



**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM GOVERNANÇA E DESENVOLVIMENTO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**GOVERNANÇA E INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS: UMA
ANÁLISE DA AQUISIÇÃO ATÉ A DISPENSAÇÃO DE
MEDICAMENTOS**

HAMILTON RUGGIERI RIBEIRO

BRASÍLIA- DF

2026

GOVERNANÇA E INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS: UMA ANÁLISE DA AQUISIÇÃO ATÉ A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Governança e Desenvolvimento da Escola Nacional de Administração Pública - ENAP como requisito para obtenção do título de Mestre em Governança e Desenvolvimento.

Aluno: Hamilton Ruggieri Ribeiro

Orientador: Prof. Dr. Ciro Campos Christo
Fernandes

Brasília-DF

2026

R484g Ribeiro, Hamilton Ruggieri

Governança e integração de sistemas: uma análise da aquisição até a dispensação de medicamentos / Hamilton Ruggieri Ribeiro. -- Brasília: Enap, 2026.

219 f.: il.

Dissertação (Mestrado – Programa de Mestrado Profissional em Governança e Desenvolvimento) -- Escola Nacional de Administração Pública, 2026.

Orientação: Prof. Dr. Ciro Campos Christo Fernandes

1. Governança Pública. 2. Capacidade Estatal. 3. Dispensação de Medicamentos. 4. Saúde – Logística. 5. Saúde – Sistema de Informação. 6. Integração de Sistemas. 7. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). I. Fernandes, Ciro Campos Christo, orient. II. Título.

CDD 351

Bibliotecária: Elda Campos Bezerra – CRB1/1425

**ATA DA BANCA DE DEFESA DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM GOVERNANÇA E DESENVOLVIMENTO**

Aluno (a): Hamilton Ruggieri Ribeiro

Ano de Ingresso: 2023

Título da dissertação:. Governança e Integração de Sistemas : Uma análise da aquisição até a dispensação de medicamentos

Orientador: Prof. Dr. Ciro Campos Christo Fernandes

Avaliador: Profa. Dra. Regina Luna Santos de Souza
Prof. Dr. Felipe Vilaça Loureiro Santos

Avaliação:

☒ Aprovado

☐ Aprovado com ressalvas

Brasília, 30 de julho de 2026

☐ Reprovado

DocuSigned by:
Regina Luna Santos de Souza

D182DC0801D04BA...

Avaliadora

DocuSigned by:
Felippe Vilaça Loureiro Santos

1C040A4515A34AC...

Avaliador

DocuSigned by:
Ciro Campos Christo Fernandes

3CECE4511100488...

Orientador

DEDICATÓRIA

À Isabela, Júlia, Helena e Henrique, e à toda minha família, que me apoiaram para desenvolver a pesquisa, sem consentimento prévio.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amigo João Batista por me apresentar o programa e me ajudar a abraçar o desafio. Aos colegas da COUCI e demais colegas e amigos da CGDF, à Priscilla e aos demais colegas de mestrado que se mostraram unidos e apoiadores no cumprimento do programa por todos do grupo, à SES/DF onde exerci inicialmente minha carreira profissional no Governo do Distrito Federal, em especial à SAGOV/SES, aos meus amigos de toda a vida e a todos os demais que me ajudaram em alguma parte do percurso. Por fim, ao meu orientador Ciro Fernandes e bancas pela orientação, atenção e contribuições, e à ENAP pela oportunidade.

“Cuidado com gente que não tem dúvida. Gente que não tem dúvida não é capaz de inovar, de reinventar, não é capaz de fazer de outro modo. Gente que não tem dúvida só é capaz de repetir.”

Mario Sergio Cortella

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Sigla/abreviatura

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AS-IS	Estado atual do processo
BI	<i>Business Intelligence</i>
BPM	<i>Business Process Management</i> — Gestão de Processos de Negócio
BPMN	<i>Business Process Model and Notation</i>
BPC	Boas Práticas Clínicas
BPS	Banco de Preços em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CCFT	Comissão Central de Farmácia e Terapêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CERPIS	Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CGDF	Controladoria-Geral do Distrito Federal
CIG	Comitê Interno de Governança
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLDF	Câmara Legislativa do Distrito Federal
CMM	Consumo Médio Mensal
CNS	Conselho Nacional de Saúde; também Cartão Nacional de Saúde, conforme o contexto
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORIS	Coordenação de Auditoria de Riscos e Integridade
COUCI	Coordenação de Unidades de Controle Interno
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CTINF	Coordenação de Tecnologia da Informação em Saúde
DCB	Denominação Comum Brasileira
DF	Distrito Federal
DIASF	Diretoria de Assistência Farmacêutica
DIPRO	Diretoria de Programação de Insumos e Produtos para Saúde
DODF	Diário Oficial do Distrito Federal

Sigla/abreviatura

DOI	<i>Digital Object Identifier</i> — Identificador Digital de Objeto
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ERP	<i>Enterprise Resource Planning</i> — Sistema Integrado de Gestão Empresarial
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETP	Estudo Técnico Preliminar
FCDF	Fundo Constitucional do Distrito Federal
FGV	Fundação Getulio Vargas
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FIFO	<i>First In, First Out</i> — Primeiro que Entra, Primeiro que Sai
GAFAE	Gerência da Assistência Farmacêutica Especializada
GCBAF	Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica
GCEAF	Gerência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
GDF	Governo do Distrito Federal
GM/MS	Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HCB	Hospital da Criança de Brasília
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HRSM	Hospital Regional de Santa Maria
IA	Inteligência Artificial
ICH	<i>International Council for Harmonisation</i>
ICDF	Instituto de Cardiologia do Distrito Federal
ICIPE	Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada
ID	Identificador
IGES-DF	Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
IoT	<i>Internet of Things</i> — Internet das Coisas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASPO	<i>National Association of State Procurement Officials</i>
NBR	Norma Brasileira
NUFAJ	Núcleo de Farmácia Judicial
NUMEB	Núcleo de Monitoramento de Estoques e Abastecimento

Sigla/abreviatura

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDPAS	Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PIS	Práticas Integrativas em Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNCP	Portal Nacional de Contratações Públicas
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROFIAP	Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional
PVPS	Primeiro que Vence, Primeiro que Sai
RA	Região Administrativa
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REME	Relação de Medicamentos do Distrito Federal
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RH	Recursos Humanos
SAGOV	Subsecretaria de Governança
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SEEC	Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SEPLAG	Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SETIS	Subsecretaria de Tecnologia da Informação em Saúde
SIASG	Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais
SIES	Sistema de Informações de Insumos Estratégicos
SINJ	Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS-MATERIAIS	Sistema de gestão de materiais da SES/DF
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SSA	Serviço Social Autônomo
SUBCI	Subcontroladoria de Controle Interno

Sigla/abreviatura

SUCOMP	Subsecretaria de Compras e Contratações
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SULOG	Subsecretaria de Logística em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TCDF	Tribunal de Contas do Distrito Federal
TCU	Tribunal de Contas da União
TMS	<i>Transportation Management System</i> — Sistema de Gerenciamento de Transportes
TO-BE	Estado futuro ou processo aprimorado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSP	Unidade Básica de Saúde Prisional
UCI	Unidade de Controle Interno
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URD	Unidade de Referência Distrital
WFM	<i>Workflow Management</i> — Gerenciamento de Fluxo de Trabalho
WMA	<i>World Medical Association</i> — Associação Médica Mundial
WMS	<i>Warehouse Management System</i> — Sistema de Gerenciamento de Armazém
e-SUS APS	Estratégia e sistema de informação do SUS para a Atenção Primária à Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Macrorregiões e Regiões de Saúde do DF	26
Tabela 2 - Macrorregiões, Regiões de Saúde e Regiões Administrativas do DF	27
Tabela 3- SES/DF (Total do orçamento por exercício, em R\$).....	27
Tabela 4- Assistência Farmacêutica Componente Básico (CBAF), por fonte, em R\$	28
Tabela 5- Participação da SES no orçamento do DF	29
Tabela 6- Participação do FCDF por exercício (% do total da SES/DF)	30
Tabela 7 - Hospitais e Unidades de Referência Distrital (SES/DF).....	32
Tabela 8 - Relação de UPAs 24h do DF	33
Tabela 9 – Evolução da Resolutividade de demandas de Ouvidoria (2020–2024).....	46
Tabela 10 – Manifestações por Região Administrativa – Ouvidoria CGDF	47

LISTA DE MAPAS E FIGURAS

Mapa 1 – Regiões de Saúde e Hospitais da Rede SES/DF	31
Figura 1 – Fluxo da cadeia de medicamentos identificado na SES/DF – “AS IS”	120
Figura 2 – Fluxo TO BE.....	189

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição por categoria de problema.....	138
Gráfico 2 - Natureza dos desafios identificados.....	139
Gráfico 3 - Distribuição dos problemas ao longo do fluxo logístico	140
Gráfico 4 - Distribuição dos achados relacionados ao estoque ao longo do processo da aquisição à dispensação.....	142
Gráfico 5 - Natureza dos desafios associados ao código estoque	143
Gráfico 6 - Distribuição dos achados de estoque por subcódigo	144

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Rede de Urgência e Emergência (UPAs 24h) - Distrito Federal.....	33
Quadro 2 – Tipos de farmácia da SES/DF	34
Quadro 3 - Diretrizes fundamentais para orientar as ações relacionadas a medicamentos no país	36
Quadro 4 - Estudo histórico do SUS no Distrito Federal, desde 1960 até 2018	37
Quadro 5 - Estrutura da Assistência Farmacêutica na SES/DF.....	43
Quadro 6 – Classificação de acesso aos Medicamentos na SES/DF.....	44
Quadro 7 - Fluxo da Aquisição à Dispensação de Medicamentos	45
Quadro 8 – Comparativo das Entrevistas Exploratórias sobre Sistemas de Medicamentos na SES/DF.....	50
Quadro 9 - Abordagens Analíticas para Avaliação da Qualidade Governamental	57
Quadro 10 - Relação entre Capacidade da Burocracia e Grau de Autonomia	58
Quadro 11 – Comparativo das Abordagens sobre Governança.....	63

Quadro 12 – Contribuições ao Referencial Analítico.....	69
Quadro 13 – Funções e Desafios da Governança em Saúde Pública: uma síntese dos estudos selecionados	70
Quadro 14 - Etapas da Logística de Medicamentos – Análise Reflexiva	73
Quadro 15 - Fluxo de Aquisição e Dispensação de Medicamentos atual no SES/DF com visão das etapas da cadeia logística de medicamentos	75
Quadro 16 - Componentes Principais da Governança da Cadeia Logística de Medicamentos - reorganizados.....	77
Quadro 17 - Falhas Estruturais na Governança da Cadeia de Medicamentos – Análise de Acórdãos do TCU.....	78
Quadro 18 - Dimensões da Capacidade Estatal – SES/DF	87
Quadro 19 - Aquisições de medicamentos – aspectos analíticos	94
Quadro 20 - Lei nº 8.080/1990 e sua Relevância para a Aquisição e Dispensação de Medicamentos	99
Quadro 21 - Normas organizadas cronologicamente - SUS e Áreas Correlatas	104
Quadro 22 - SUS e Assistência Farmacêutica	106
Quadro 23 - Regulação Sanitária	107
Quadro 24 – Etapas considerando alinhamento dos conceitos de Governança	111
Quadro 25 – Mapa Síntese da Metodologia	114
Quadro 26 - Matriz de Análise	123
Quadro 27 - Unidades organizacionais dos entrevistados e suas competências	128
Quadro 28 – Unidades organizacionais dos entrevistados, fluxo AS-IS e norma aplicável .	129
Quadro 29 - Estrutura metodológica de sistematização dos achados, proposições e classificação das transformações.....	131
Quadro 30 - Síntese por natureza do desafio.....	160
Quadro 31 – Desafios.....	162
Quadro 32 - Síntese dos desafios estruturantes identificados da aquisição à dispensação	183
Quadro 33 - Desafios relacionados às entrevistas exploratórias	184

RESUMO

A pesquisa analisa a governança e a integração de sistemas de informação no processo da aquisição à dispensação de medicamentos no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), com o objetivo de propor um fluxo aprimorado que contribua para o enfrentamento de desafios operacionais, sistêmicos e comportamentais. A pesquisa parte do pressuposto de que a qualidade da governança está diretamente associada à capacidade estatal de coordenar atores, integrar informações e assegurar a implementação eficaz das políticas públicas, conforme a abordagem de Francis Fukuyama (Fukuyama, 2013). Metodologicamente, adota-se uma abordagem qualitativa, combinando análise documental, mapeamento do fluxo atual (AS-IS), entrevistas semiestruturadas com profissionais gestores da SES/DF e construção de uma matriz analítica para sistematização dos achados. Os resultados evidenciam a fragmentação dos processos, baixa interoperabilidade entre sistemas, sobreposição de competências e fragilidades na coordenação intersetorial, com influência negativa na eficiência e na resolutividade da política pública. A partir desse diagnóstico, é desenvolvido um fluxo aprimorado (TO-BE), estruturado para promover maior integração entre sistemas, padronização de procedimentos, fortalecimento de mecanismos de controle e melhoria na articulação institucional. Conclui-se que os principais entraves identificados não decorrem da ausência de normativos, mas da limitação na capacidade de implementação, o que reforça a centralidade da governança como elemento estruturante para a geração de valor público na assistência farmacêutica. O estudo busca contribuir, assim, com uma proposta aplicável à realidade institucional da SES/DF e com subsídios analíticos para o aprimoramento da gestão pública em saúde.

Palavras Chaves: Governança pública; Sistemas de informação em saúde; Aquisição de medicamentos; Dispensação de medicamentos; Logística em saúde; Integração de sistemas; Capacidade estatal.

ABSTRACT

This study analyzes governance and the integration of information systems in the process from the procurement to the dispensing of medicines within the Secretariat of Health of the Federal District (SES/DF), with the objective of proposing an improved process flow to address operational, systemic, and behavioral challenges. The research is grounded in the assumption that the quality of governance is directly associated with the state's capacity to coordinate actors, integrate information, and ensure the effective implementation of public policies, in line with the approach of Francis Fukuyama (2013). Methodologically, a qualitative approach is adopted, combining document analysis, mapping of the current process (AS-IS), semi-structured interviews with SES/DF managers, and the development of an analytical matrix to systematize the findings. The results reveal process fragmentation, low interoperability between systems, overlapping responsibilities, and weaknesses in intersectoral coordination, negatively affecting the efficiency and effectiveness of the public policy. Based on this diagnosis, an improved process flow (TO-BE) is developed, structured to promote greater system integration, standardization of procedures, strengthening of control mechanisms, and improved institutional coordination. It is concluded that the main barriers identified do not stem from the absence of regulatory frameworks, but rather from limitations in implementation capacity, reinforcing the central role of governance as a structuring element for the generation of public value in pharmaceutical services. The study thus seeks to contribute with a proposal applicable to the institutional reality of SES/DF and with analytical inputs for improving public health management.

KEYWORDS: Public governance; Health information systems; Medicine procurement; Medicine dispensing; Health logistics; System integration; State capacity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. CONTEXTO	25
2.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL: A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – SES/DF	25
2.2 AQUISIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMO POLÍTICA PÚBLICA E GESTÃO.....	35
2.3 DIAGNÓSTICO PRELIMINAR DA SITUAÇÃO ATUAL NA SES/DF	45
3. PROBLEMA E OBJETIVOS DE PESQUISA	53
4. REFERENCIAL ANALÍTICO	55
4.1. CONCEITOS ANALÍTICOS DE GOVERNANÇA NO SETOR PÚBLICO	56
4.2 GOVERNANÇA EM SAÚDE PÚBLICA.....	65
4.3 GOVERNANÇA DA CADEIA LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS	71
4.3.1 GESTÃO DE PROCESSOS DE NEGÓCIO (BPM).....	80
4.4 CAPACIDADES ESTATAIS	82
4.5 ASPECTOS ANALÍTICOS RELACIONADOS AO FLUXO DA AQUISIÇÃO E DISPENSAÇÃO	88
4.6 CRITÉRIOS NORMATIVOS	95
4.6.1 ESPECIFICIDADES RELACIONADAS À LEI Nº 14.133/2021	107
5. METODOLOGIA	111
5.1 MAPEAMENTO PRELIMINAR DO FLUXO ATUAL	117
5.2. DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ DE ANÁLISE	122
5.3. ORGANIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	126
5.4. SISTEMATIZAÇÃO DOS ACHADOS.....	130
6. RESULTADOS E ANÁLISE	132
6.1 PROBLEMAS IDENTIFICADOS	134
6.2 ANÁLISE DOS DESAFIOS.....	141
6.2.1 ESTOQUE.....	141
6.2.2 MEDICAMENTO	149
6.2.3 PACIENTE.....	153
6.2.4 GESTÃO	156
6.3 CONSOLIDAÇÃO DOS DESAFIOS	159
7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: FLUXO APRIMORADO	185

7.1 PLANEJAMENTO E AQUISIÇÃO	194
7.2 RECEBIMENTO E ARMAZENAMENTO	197
7.3 DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA	199
7.4 PRESCRIÇÃO	202
7.5 DISPENSAÇÃO	204
8. CONCLUSÃO	207
9. REFERÊNCIAS	213

1. INTRODUÇÃO

A governança pública e a integração de sistemas de informação são elementos fundamentais para a eficiência na gestão em saúde, especialmente em processos logísticos como aquisição e dispensação de medicamentos. A afirmação busca amparo nos artigos “What Does ‘Governance’ Mean?”, de Susan Rose-Ackerman (Rose-Ackerman, 2017) e “What Is Governance?”, de Francis Fukuyama (Fukuyama, 2013). A tese central do primeiro é a de que “Governança” não é apenas gestão técnica, é um equilíbrio entre eficácia de políticas públicas e legitimidade procedimental, fortalecendo a noção de que governança vai além do cumprimento normativo e deve ser analisada como conjunto de incentivos, estruturas e relações institucionais que afetam diretamente a qualidade dos serviços públicos. No segundo artigo, Fukuyama propõe uma definição de governança como a capacidade de um Estado de formular e implementar regras e de prestar serviços públicos, independentemente de ser democrático ou não. Para o autor, a qualidade da governança está assentada em dois elementos fundamentais: a capacidade e a autonomia burocrática. A capacidade refere-se ao profissionalismo dos servidores, à organização interna dos órgãos, ao poder de execução das ações públicas e à disponibilidade de recursos adequados. Já a autonomia diz respeito ao grau de independência que a burocracia possui frente a interferências políticas ou práticas clientelistas, sendo necessária para assegurar decisões técnicas e orientadas pelo interesse público. Esse modelo de análise permite avaliar a qualidade da ação estatal não apenas pelos resultados, mas também pela estrutura e funcionamento das instituições públicas que executam as políticas.

No campo da gestão em saúde, a articulação entre os sistemas, processos e setores constitui uma questão relevante para a eficiência e a efetividade das ações públicas. Lorenzetti et al. (2014) apontam elementos críticos¹ relacionados ao planejamento, à avaliação dos serviços e à coordenação intersetorial no SUS, associados à profissionalização da gestão e à fragmentação dos processos. Nessa perspectiva, a gestão da saúde depende da capacidade de articular sistemas de informação, planejamento estratégico e processos decisórios coerentes com as necessidades assistenciais.

No Distrito Federal, é importante citar a percepção do tema por meio de um normativo de destaque. O Decreto Distrital nº 39.736, de 28 de março de 2019, instituiu no DF a Política

¹ Condições essenciais (liderança, clareza de papéis, coordenação intersetorial, transparência, mecanismos de responsabilização e integração de sistemas) que determinam o bom desempenho da cadeia de aquisição e dispensação de medicamentos na SES/DF. Adapt. de Andrews (2010) e Paim (2016)

de Governança Pública e Compliance, definindo governança como o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle essenciais para alinhar a tomada de decisão e a coordenação de ações em estruturas complexas e interdependentes. A integração entre governança, processos organizacionais e sistemas de informação constitui, portanto, aspecto relevante para a coordenação das ações públicas, especialmente quando diferentes unidades participam de etapas interdependentes de um mesmo processo.

No campo da aquisição até a dispensação de medicamentos, essa necessidade assume importância, uma vez que o percurso entre o planejamento da contratação e a efetiva disponibilização do medicamento ao usuário envolve diferentes servidores públicos, em buídos de competências específicas, seguindo etapas e fluxos de informação. É nesse contexto que se insere o objeto empírico desta pesquisa: o fluxo da aquisição até a dispensação de medicamentos no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A pesquisa volta-se à compreensão de como os elementos de governança, os sistemas de informação e a articulação entre os setores envolvidos se relacionam ao longo desse fluxo, buscando identificar possibilidades de aprimoramento do processo.

Seguindo esse argumento inicial, o caso da SES/DF constitui um campo de prova particularmente relevante pois, além de acumular as competências típicas de Estado e de Município, a SES/DF opera uma rede capilarizada e heterogênea de pontos de dispensação, composta por Unidades Básicas de Saúde² (UBS), Atenção Secundária³, Componentes Especializados de Assistência Farmacêutica⁴ (Farmácias de Alto Custo), Hospitais⁵ e Farmácias

² UBS - estabelecimento de saúde que serve como a porta de entrada principal do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo atenção primária para a população, incluindo consultas, vacinação, acompanhamento de doenças crônicas e exames básicos. As UBSs, antes conhecidas como postos de saúde, são compostas por equipes multiprofissionais que realizam ações de promoção, prevenção e tratamento de saúde para indivíduos e coletividades. <https://www.gov.br/secom/pt-br/aceso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/unidades-basicas-de-saude-do-governo-federal>

³ A Atenção Secundária à Saúde abrange serviços especializados e de média complexidade, que atendem a casos que não podem ser resolvidos na Atenção Primária. Isso inclui o suporte de hospitais, clínicas especializadas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Profissionais como cardiologistas e psiquiatras atuam neste nível, investigando e tratando condições que demandam um conhecimento técnico e equipamentos mais específicos do que a atenção primária. <https://www.saude.df.gov.br/atencao-secundaria>

⁴ Os Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica (CEAF) são uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o acesso a medicamentos para o tratamento de doenças de alto custo e complexidade, como doenças crônicas e raras. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf>

⁵ Hospitais são unidades de atendimento à saúde para casos graves e tratamentos complexos, que recebem o encaminhamento de outros serviços de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Na rede de saúde do Distrito Federal (DF), existem hospitais regionais e unidades de referência que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que os leitos sejam usados por quem realmente precisa. <https://www.saude.df.gov.br/w/ubs-upa-ou-hospital>

Vivas⁶, na qual decisões cotidianas dependem de coordenação intersetorial e de informações confiáveis em tempo oportuno. Assim, “capacidade” e “autonomia” burocráticas, no sentido operacional proposto por Fukuyama, precisam se materializar em regras claras, papéis definidos e mecanismos de responsabilização que sustentem entregas consistentes ao cidadão, preservando a legitimidade procedimental abordada por Rose-Ackerman. Em termos de valor público, portanto, este não é apenas um estudo sobre sistemas, mas é um exame sobre como a governança molda, limita ou viabiliza a experiência do usuário ao fim da política pública.

Detalhando um pouco mais, na Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), dois sistemas conjugados no SISMATERIAIS⁷, o TrackCare⁸ e o AlphaLink⁹, são utilizados, mas de forma pouco integrada, sem coordenação efetiva entre setores. Essa ausência de integração e a sobreposição de responsabilidades entre áreas geram desorganização nos fluxos de trabalho. Enquanto o primeiro é amplamente utilizado em algumas unidades hospitalares e ambulatoriais terceirizadas por meio de contrato de gestão, o segundo foi concebido para fornecer uma solução integrada de gestão de insumos e medicamentos, com ênfase na otimização de estoques e na transparência das informações. A falta de integração afeta, também, as informações disponibilizadas no Portal InfoSaúde-DF¹⁰.

Para buscar a coerência entre o conceito geral e o caso específico, **a lente analítica se aproxima do “degrau” mais próximo que é o fluxo de medicamentos, da aquisição até a dispensação de medicamentos.** Ele será observado em duas camadas complementares. A primeira é o fluxo técnico *stricto sensu* do planejamento da aquisição, passando pelo armazenamento, distribuição e prescrição com a validação farmacêutica, por fim da

⁶ Farmácias Vivas são unidades de saúde, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que realizam todo o ciclo de produção de fitoterápicos, desde o cultivo da planta medicinal, sua coleta e processamento, até a manipulação, controle de qualidade e dispensação à população com receita médica.

⁷ sistema de gestão logística da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Utilizado para o controle de estoques, medicamentos, produtos de saúde e materiais de consumo ou permanentes em hospitais e unidades de rede, com regras definidas pela Portaria nº 436/2021.

⁸ O TrackCare é um sistema de informação em saúde que atua como prontuário eletrônico do paciente (PEP) e ferramenta de gestão clínica e hospitalar. Ele é utilizado em hospitais, policlínicas e laboratórios da rede pública do DF, com o objetivo de padronizar processos e apoiar a prestação e transformação dos cuidados de saúde.

⁹ O AlphaLink é um sistema de gerenciamento de materiais utilizado pela SES/DF para controlar os estoques de medicamentos e insumos médicos. Ele é responsável por fornecer dados atualizados sobre a posição de estoque das unidades de saúde, sendo uma ferramenta essencial para a transparência e eficiência na gestão de recursos.

¹⁰ As informações do AlphaLink alimentam o portal InfoSaúde-DF, permitindo que cidadãos e profissionais de saúde consultem os estoques de medicamentos nas farmácias da rede pública. O Portal InfoSaúde-DF é uma plataforma digital desenvolvida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) para disponibilizar informações atualizadas sobre a situação da saúde pública no DF. Lançado em 2020, o portal visa promover transparência, facilitar o acesso a dados e apoiar a tomada de decisões por cidadãos, profissionais de saúde e gestores públicos.

separação/baixa no estoque à entrega ao usuário. A segunda é o “envoltório de governança” desse fluxo, ou seja, os arranjos institucionais e normativos, as relações formais e informais entre setores da SES/DF e os padrões de interoperabilidade, basicamente sistemas selecionados, que habilitam ou travam a coordenação do processo. É nessa interface entre etapas formais e seu envoltório que se localizam os nexos de governança expressados na definição de responsabilidades, capacidade tecnológica, coordenação horizontal/vertical, incentivos e transparência, com efeitos diretos sobre tempestividade, conformidade e resolutividade perante o cidadão.

A delimitação desse problema de pesquisa foi favorecida pela atuação profissional do pesquisador como integrante da Coordenação de Unidades de Controle Interno da Controladoria-Geral do Distrito Federal (COUCI/CGDF)¹¹, particularmente por sua participação na 13ª Reunião Ordinária do Fórum dos Subsecretários¹², membros do Comitê Interno de Governança (CIG). A pauta central da reunião foi a “Governança das Contratações”, no âmbito das ações da Secretaria Adjunta de Governança da SES/DF (SAGOV)¹³ voltadas à sensibilização e à capacitação da alta gestão. Na ocasião, foram apresentadas boas práticas de gestão de riscos pela Coordenação de Gestão de Riscos da CGDF (CORIS/CGDF)¹⁴, aspectos relacionados à governança das contratações pela COUCI/CGDF e reflexões sobre o papel do Fórum dos Subsecretários e dos Subcomitês de Assessoramento Técnico na implementação de práticas de governança.

Durante a preparação para essa reunião, a cadeia de medicamentos, mencionada pela SAGOV, apresentou-se como campo relevante para a observação concreta das questões que envolvem governança, integração de sistemas e articulação entre unidades administrativas. Nesse contexto, foram realizadas entrevistas exploratórias¹⁵ voltadas à identificação de

¹¹ A Coordenação de Unidades de Controle Interno (COUCI) é um órgão integrante da Subcontroladoria de Controle Interno (SUBCI) da Controladoria-Geral do Distrito Federal (CGDF). Sua principal função é supervisionar, orientar e padronizar as atividades das Unidades de Controle Interno (UCIs) presentes nos diversos órgãos e entidades do Poder Executivo do Distrito Federal.

¹² A reunião realizou-se no dia 24 de julho de 2024, às 14h, no Edifício PO 700 da SES/DF.

¹³ A SAGOV foi instituída pelo Decreto nº 45.391, de 9 de janeiro de 2024, que estabeleceu sua estrutura e competências no contexto da SES/DF. A principal finalidade da SAGOV é coordenar a política de governança da SES/DF.

¹⁴ A Coordenação de Auditoria de Riscos e Integridade (CORIS) é uma unidade integrante da Subcontroladoria de Controle Interno (SUBCI) da Controladoria-Geral do Distrito Federal (CGDF). Sua principal missão é promover, orientar e supervisionar a implementação de práticas de gestão de riscos e integridade nos órgãos e entidades do Poder Executivo do Distrito Federal.

¹⁵ As entrevistas exploratórias trouxeram achados utilizados na formatação metodológica da pesquisa, auxiliaram também na seleção das entrevistas que serão abordadas ao longo de toda pesquisa.

obstáculos do processo, como pontos de desconexão informacional, de sobreposições de atribuições, lacunas de treinamento e estratégias informais de contorno, bem como de boas práticas e soluções locais. Essas observações contribuíram para a delimitação progressiva do objeto da pesquisa e para a formulação da proposta de análise do fluxo compreendido entre a contratação e a dispensação de medicamentos.

Nesse processo exploratório, também emergiram questões relacionadas à disponibilidade e à circulação de informações destinadas ao cidadão. Em uma das situações observadas, diante de questionamento acerca da localização de determinado medicamento, a orientação fornecida remetia ao Portal InfoSaúde-DF, no qual constava a disponibilidade do item, mas não a indicação do local onde poderia ser encontrado. A situação reforçou a pertinência de investigar como informações produzidas e utilizadas em diferentes etapas e sistemas se articulam ao longo da cadeia de medicamentos e em que medida essa integração repercute na prestação do serviço ao usuário.

Tudo isso reforça a percepção de que os problemas de governança e integração sistêmica estão diretamente associados a prejuízos na prestação do serviço. As entrevistas exploratórias também indicam que desde a aquisição, logística e dispensação, as etapas são relacionadas a ponto de a eficácia de uma afetar diretamente as demais. As compras são centralizadas e entregues em um almoxarifado central, que distribui para regionais e depois, finalmente, são redistribuídas para as farmácias de distribuição. Tudo com equipes e logística da própria SES/DF. De acordo com (Fernandes, 2015), “a eficiência nas compras públicas depende de um arcabouço legal robusto e de processos sistematizados que promovam transparência e eficiência administrativa”, sendo imprescindível que esses princípios sejam adotados para aperfeiçoar práticas de governança, integrar sistemas e, assim, responder às demandas por medicamentos.

A proposta desta pesquisa é um produto que objetiva uma intervenção, materializado em um fluxo aprimorado para o processo da aquisição à dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF, com base na análise da governança, da integração dos sistemas de informação e da articulação entre os setores envolvidos, considerando os normativos vigentes e os desafios operacionais e comportamentais identificados.

Após a presente Introdução, o trabalho organiza-se em **cinco capítulos**. O primeiro trata do **Contexto**, e situa a assistência farmacêutica no âmbito do SUS e, em particular, na SES/DF, evidenciando como a fragmentação de processos, a baixa integração entre sistemas de informação e a frágil articulação entre as áreas da aquisição à dispensação impactam a entrega

ao cidadão. Para tanto, o capítulo organiza-se em três subseções: a primeira descreve a estrutura organizacional da SES/DF e da rede de atendimento farmacêutico, relacionando-as à participação da saúde no orçamento do Distrito Federal (2020–2025); a segunda aborda da aquisição à dispensação de medicamentos como política pública e como processo de gestão; e a terceira apresenta um diagnóstico preliminar da situação atual na SES/DF, justificando a escolha do objeto empírico com base na experiência profissional do autor.

Na sequência, apresenta-se o capítulo com o **Problema e Objetivos de Pesquisa** que orientam o desenvolvimento do estudo, definindo a problemática a ser enfrentada e os resultados esperados com a proposta de fluxo aprimorado.

O percurso da pesquisa foi guiado por um **Referencial Analítico** estruturado em dois grandes eixos. No primeiro eixo são apresentados os conceitos fundamentais de governança no setor público, avançando para as especificidades da governança em saúde e para a análise da governança da cadeia logística de medicamentos, com destaque para a gestão de processos de negócio como abordagem metodológica. Também é explorado o papel das capacidades estatais na condução de políticas públicas complexas e discutem-se os aspectos analíticos diretamente relacionados ao fluxo de aquisição e dispensação de medicamentos, aproximando a teoria da realidade empírica do estudo. O segundo eixo concentra-se nos critérios normativos que regulam da aquisição à dispensação de medicamentos. Reúnem-se nesse segundo eixo os principais marcos legais, diretrizes e regulamentos aplicáveis, com ênfase nas normas do Sistema Único de Saúde e nas regras relacionadas à gestão de sistemas de informação em saúde pública. Esse eixo aprofunda-se ainda nas especificidades introduzidas pela Lei nº 14.133/2021, novo marco legal das contratações públicas, e nos impactos que ela gera para o objeto da pesquisa.

A **Metodologia** descreve o percurso adotado para a condução do estudo, combinando abordagem qualitativa, análise documental e a validação técnica junto a especialistas. O capítulo inicia pelo mapeamento do fluxo atual de aquisição e dispensação de medicamentos, etapa em que foram identificados gargalos operacionais e normativos que comprometem a efetividade do processo. Em seguida, desenvolve-se uma matriz de análise preliminar, que sistematiza esses achados e orienta a construção de critérios para o redesenho do fluxo. Nesse percurso, foram realizadas entrevistas com especialistas, com o objetivo de aprofundar a compreensão dos achados, explorar divergências e incorporar contribuições qualificadas ao processo de análise. Por fim, são apresentados os resultados e a proposta de fluxo aprimorado,

discutindo suas implicações para a gestão, os requisitos de implementação e os caminhos possíveis para monitoramento e aperfeiçoamento contínuo.

Por fim, a **Conclusão** retoma os objetivos do estudo, sintetiza os principais achados empíricos e analíticos e discute suas implicações para a gestão da cadeia da aquisição à dispensação de medicamentos na SES/DF. Busca, ainda, destacar as contribuições do trabalho para o aprimoramento da governança e das capacidades estatais no setor saúde, apontando algumas recomendações práticas e indicando possibilidades para pesquisas futuras.

2. CONTEXTO

Este capítulo apresenta o contexto institucional, normativo e operacional no qual se insere desde aquisição até a dispensação de medicamentos na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Inicialmente, será descrita a estrutura organizacional da Secretaria, considerando a regionalização da rede assistencial, sua capacidade instalada, a distribuição territorial das unidades de saúde e das farmácias, e os recursos orçamentários mobilizados para o financiamento das ações de saúde e da assistência farmacêutica. Em seguida, para entender melhor o contexto sobre como se encaixam como componentes de uma política pública, serão apresentados a organização da assistência farmacêutica e o fluxo que compreende as etapas que serão tratadas nos capítulos posteriores e que compõe o percurso que culmina com a entrega dos medicamentos aos usuários. Ao final deste capítulo, será apresentado um diagnóstico preliminar da situação atual da SES/DF, construído a partir de dados da Ouvidoria, pesquisa documental e entrevistas exploratórias, com o propósito de contribuir para o entendimento das limitações relacionadas à governança, à coordenação entre áreas, à rastreabilidade das operações e à integração dos sistemas de informação utilizados ao longo desse processo.

2.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) apresenta uma estrutura administrativa e assistencial que é complexa, inserida em uma configuração institucional na qual o Distrito Federal acumula as competências típicas de um Estado e de um Município. No âmbito da assistência farmacêutica, essa estrutura compreende diferentes pontos de atendimento e dispensação de medicamentos, distribuídos entre Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades de Atenção Secundária, unidades relacionadas aos Componentes Especializados de Assistência Farmacêutica, que são as Farmácias de Alto Custo, hospitais e Farmácias Vivas, explicadas na introdução da pesquisa.

A diversidade desses pontos de atendimento confere à gestão de medicamentos uma característica transversal. O percurso realizado pelo medicamento não se restringe à unidade na qual ocorre sua dispensação ao usuário, pois envolve etapas anteriores de planejamento, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição, executadas por diferentes unidades setoriais. Desse modo, a compreensão da dispensação exige considerar sua inserção em uma

cadeia mais ampla, na qual decisões e informações produzidas em etapas antecedentes se relacionam com a disponibilidade do medicamento na unidade de atendimento.

Essa configuração torna a SES/DF um ambiente relevante para a análise proposta nesta pesquisa, particularmente sob a perspectiva da governança. A existência de diferentes unidades, competências e etapas interdependentes permite examinar como responsabilidades, processos organizacionais e informações precisam se articular para que o fluxo iniciado na aquisição resulte na disponibilização do medicamento ao usuário.

Detalhando um pouco mais, é necessário para compreensão dessa estrutura complexa, informar que a SES/DF organiza a rede assistencial em 7 Regiões de Saúde e 3 macrorregiões (GDF, 2025), que articulam a administração central, superintendências e unidades assistenciais no território do DF¹⁶.

Serão apresentados nas tabelas a seguir, não apenas informações sobre a estrutura física, mas também sobre o suporte orçamentário necessário para garantir a aquisição e a continuidade do abastecimento regular de medicamentos. A análise desses elementos, capacidade instalada, disponibilidade de recursos e gestão de insumos, permite avançar para a discussão seguinte, da aquisição à dispensação, considerada tanto como política pública quanto como processo de gestão.

A Tabela 1 apresenta a organização territorial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, estruturada em três macrorregiões que agregam sete Regiões de Saúde. Essa divisão evidencia a lógica de regionalização adotada para a gestão da rede assistencial, possibilitando compreender como o território é segmentado para fins de planejamento, coordenação e distribuição de recursos.

Tabela 1 - Macrorregiões e Regiões de Saúde do DF¹⁷

Macrorregião	Regiões de Saúde
1	Oeste; Sudoeste
2	Sul; Centro-Sul; Central
3	Norte; Leste

Fonte: Delimitação das três macrorregiões e suas sete Regiões de Saúde (composição oficial SES-DF).

¹⁶ Extraído do Caderno 2 - Análise de Situação de Saúde das Macrorregiões de Saúde do Distrito Federal. Portal InfoSaúde (2025) - www.info.saude.df.gov.br

¹⁷ A reorganização territorial da Secretaria de Saúde foi estabelecida no **Decreto nº 37.057/2016**.

A Tabela 2 detalha a organização territorial apresentada anteriormente, relacionando cada Região de Saúde às respectivas Regiões Administrativas atendidas. Esse desdobramento permite visualizar a abrangência geográfica e populacional de cada região, a forma como a SES/DF trata a heterogeneidade do território e a complexidade da gestão da rede assistencial.

Tabela 2 - Macrorregiões, Regiões de Saúde e Regiões Administrativas do DF

Macror.	Região de Saúde	Regiões Administrativas atendidas
1	Oeste	Ceilândia, Brazlândia, Sol Nascente/Pôr do Sol
1	Sudoeste	Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas, Águas Claras, Vicente Pires
2	Central	Plano Piloto, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal, Lago Norte, Lago Sul, Varjão
2	Centro-Sul	Guará, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way
2	Sul	Gama, Santa Maria
3	Norte	Sobradinho, Sobradinho II, Planaltina, Fercal
3	Leste	Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico

Fonte: Portal Infosaúde (2026) - www.info.saude.df.gov.br e <https://www.saude.df.gov.br/regioes-de-saude>

A Tabela 3 apresenta a evolução do orçamento da SES/DF entre 2020 e 2024.

Tabela 3- SES/DF (Total do orçamento por exercício, em R\$)¹⁸

	Dotação inicial	Dotação autorizada	Empenhado	Liquidado	Pago
2020	7.721.634.095	8.857.057.807	8.521.392.605	8.269.541.715	8.029.719.538
2021	7.538.999.586	10.116.890.393	9.633.515.972	9.033.842.490	8.753.930.958
2022	7.989.446.546	10.618.299.236	10.179.522.332	9.893.834.219	9.576.886.569
2023	10.896.645.117	12.906.514.297	12.459.003.416	12.038.272.524	11.406.991.010
2024	11.046.578.703	13.312.640.885	12.955.367.836	12.324.234.076	11.770.438.838

Fonte: RAG de 2020 a 2024. O RAG de 2025 ainda não estava disponível em 04/03/2026

¹⁸ Os dados de execução orçamentária do Componente Básico da Assistência Farmacêutica foram extraídos do Relatório Anual de Gestão da SES/DF e, para 2025, não se encontrava consolidado no momento da análise. <https://info.saude.df.gov.br/transparencia-e-prestacao-de-contas/relatorio-de-gestao-rge/>

A Tabela 4 apresenta a execução orçamentária do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) em dois momentos do período analisado, possibilitando uma comparação entre 2020 e 2024.

Tabela 4- Assistência Farmacêutica Componente Básico (CBAF), por fonte, em R\$

Ano	LOA	Autorizada	Empenhado	Liquidado
2020	33.481.676,00	25.527.688,73	20.775.817,88	20.532.004,53
2024	39.048.600,00	39.087.737,19	29.377.869,22	25.229.848,77

Fontes (CBAF, por ano): organizadas pelo autor¹⁹.

A Tabela 5 apresenta a participação da Secretaria de Saúde no orçamento total do Distrito Federal ao longo dos exercícios analisados. A decomposição entre recursos próprios do DF e aqueles provenientes do Fundo Constitucional (FCDF) permite compreender a composição do financiamento. Esse cenário ilustra que, conforme será demonstrado ao longo da pesquisa, embora haja volume relevante de recursos destinados à saúde, os desafios identificados na assistência farmacêutica estão mais associados a aspectos de governança, coordenação e uso da informação do que à disponibilidade orçamentária em si.

¹⁹ Divergências nos relatórios (RAG) de 2021 e 2023 levaram à seleção dos exercícios de 2020 e 2024 para fins comparativos, uma vez que trazem os dados completos por fonte e para a destinação de Assistência Farmacêutica

Tabela 5- Participação da SES no orçamento do DF

(1) Orçamento geral do DF (LOA+FCDF)	(2) Receita própria total do DF (Art. 1º da LOA no SINJ – sem FCDF)	(3) FCDF (col. 1 – col. 2)	(5) SES/DF – FCDF	(6) SES/DF com FCDF – Liquidado total	(7) Exercício
R\$ 43,10 bi. (aprovação da LOA 2020). (<u>Secretaria de Economia do DF</u>)	R\$ 27.590.799.955,00 (Lei nº 6.482/2020, Art. 1º).	R\$ 15.509.200.045,00	R\$ 4.128.359.131,25 (RAG)	R\$ 8.269.541.715,61 (49,9%) (<i>dotação inicial total SES/DF – GDF+MS+FCDF</i>). (<u>Secretaria de Saúde do Distrito Federal</u>)	2020
R\$ 44,18 bi (LOA 2021 sancionada). (<u>Secretaria de Economia do DF</u>)	R\$ 28.377.990.209,00 (Lei nº 6.778/2021, Art. 1º).	R\$ 15.802.009.791,00	R\$ 4.275.682.598,00 (RAG)	R\$ 9.033.842.490,94 (47,3%) (<i>dotação inicial total SES/DF – GDF+MS+FCDF</i>). (<u>Secretaria de Saúde do Distrito Federal</u>)	2021
R\$ 48,543 bi (LOA 2022 aprovada). (<u>Secretaria de Economia do DF</u>)	R\$ 32.261.920.806,00 (Lei nº 7.061/2022, Art. 1º).	R\$ 16.281.079.194,00	R\$ 4.471.492.902,00 (RAG)	R\$ 9.893.834.219,41 (45,2%) (<i>dotação inicial total SES/DF – GDF+MS+FCDF</i>). (<u>Secretaria de Saúde do Distrito Federal</u>)	2022
R\$ 57,36 bi (LOA 2023). (<u>Secretaria de Economia do DF</u>) e (<u>CLDF</u>)	R\$ 34.397.008.718,00 (Lei nº 7.212/2022, Art. 1º).	R\$ 22.962.991.282,00	R\$ 7.898.634.310,34 (RAG)	R\$ 12.038.272.524,53 (65,6%) (<i>dotação inicial total SES/DF – GDF+MS+FCDF</i>). (<u>Secretaria de Saúde do Distrito Federal</u>)	2023
R\$ 61,1 bi (LOA 2024). (<u>Secretaria de Economia do DF</u>) e (<u>CLDF</u>)	R\$ 37.874.880.298,00 (Lei nº 7.377/2023, Art. 1º).	R\$ 23.225.119.702,00	R\$ 7.629.293.909,94 (RAG)	R\$ 12.324.234.076,83 (61,9%) (<i>dotação inicial total SES/DF – GDF+MS+FCDF</i>). (<u>Secretaria de Saúde do Distrito Federal</u>)	2024
R\$ 66,678 bi (LOA 2025 aprovada). (<u>Secretaria de Economia do DF</u>) e (<u>CLDF</u>)	R\$ 41.083.470.793,00 (Lei nº 7.650/2024, Art. 1º).	R\$ 25.594.529.207,00	R\$ 8,1 bi (estimado – ainda não tem RAG)	<i>Exercício em curso - (dotação inicial total SES/DF – GDF+MS+FCDF)</i> . (<u>Secretaria de Saúde do Distrito Federal</u>)	2025

Fontes: SEEC/DF²⁰, CLDF, SINJ DF e Infosaúde SES/DF, consolidadas pelo autor, considerando a LOA DF e FCDF.

<https://www.economia.df.gov.br/> + <https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma> + <https://www.cl.df.gov.br/> + RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – RAG, dos exercícios de 2020 a 2024 extraídos do site <https://info.saude.df.gov.br> em 6/09/2025

A Tabela 6 apresenta a participação do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF) no financiamento da SES/DF ao longo dos exercícios analisados. Observa-se que o FCDF representa parcela significativa do orçamento em todas as fases da execução, com aumento mais expressivo a partir de 2023, quando passa a superar 60% em praticamente todos os indicadores.

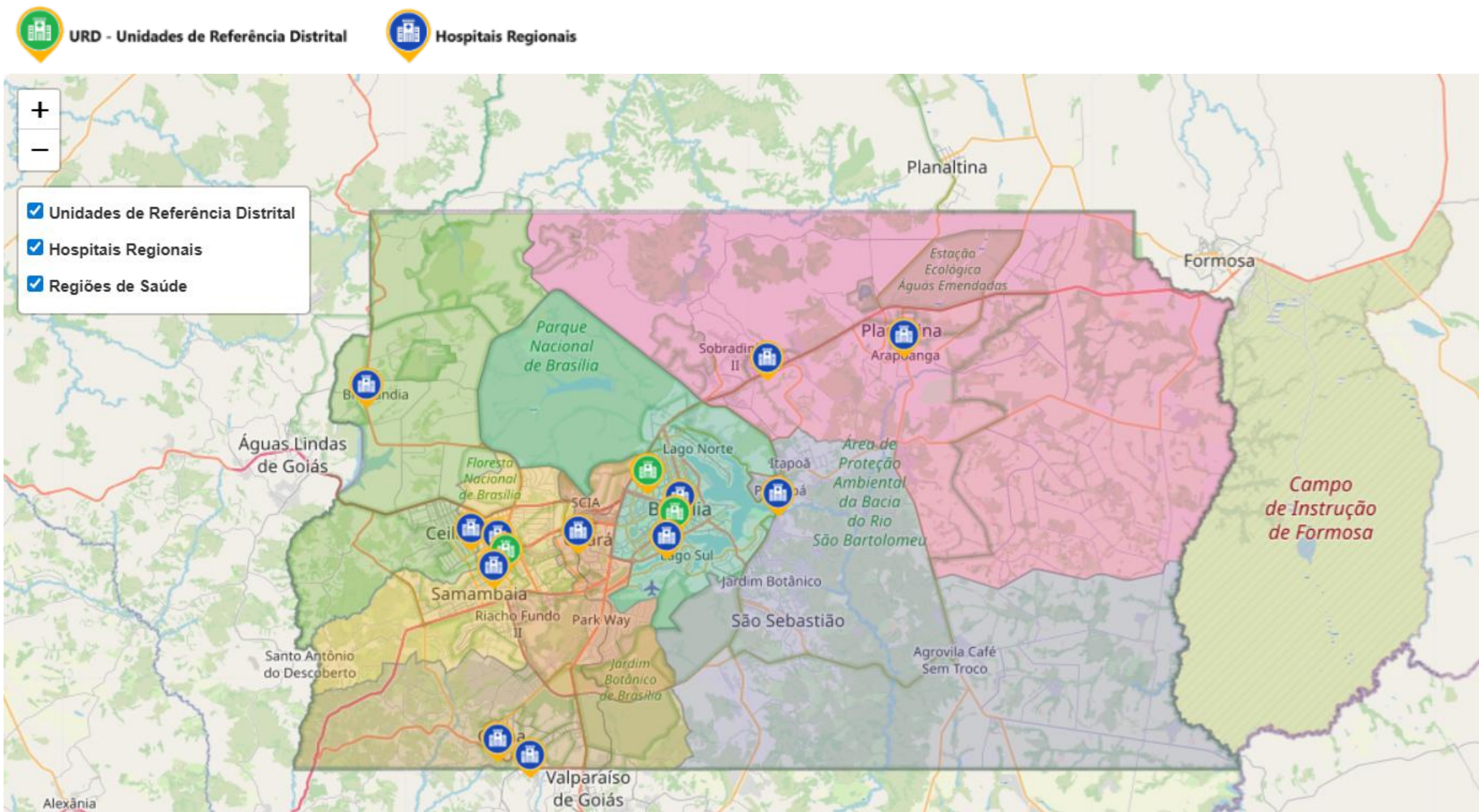
Tabela 6- Participação do FCDF por exercício (% do total da SES/DF)

Ano	Dotação inicial	Autorizada	Empenhada	Liquidada	Paga
2020	53,7%	46,8%	48,4%	49,9%	50,3%
2021	54,3%	42,3%	44,4%	47,3%	47,2%
2022	54,5%	42,1%	43,9%	45,2%	46,6%
2023	65,6%	62,1%	64,3%	65,6%	66,3%
2024	63,6%	58,9%	60,5%	61,9%	61,9%

Fonte: elaborado pelo autor

O Mapa 1 apresenta a distribuição territorial das Regiões de Saúde e das unidades hospitalares da rede própria da SES/DF. A visualização permite compreender a capilaridade e a organização espacial da rede assistencial. Essa configuração é relevante para a assistência farmacêutica, uma vez que a distribuição geográfica das unidades influencia diretamente a logística de abastecimento, a circulação de medicamentos e a coordenação entre os diferentes pontos de atenção à saúde.

Mapa 1 – Regiões de Saúde e Hospitais da Rede SES/DF



Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/hospitais-ses/>- No SUS-DF, a **rede hospitalar** própria soma 16 hospitais, sendo 11 Hospitais Regionais e 5 Unidades de Referência Distrital, conforme o ilustrados no Portal Infosaúde (2025).

Tabela 7 - Hospitais e Unidades de Referência Distrital (SES/DF)

Categoria	Unidade	Observações
URD	Hospital de Base do Distrito Federal	Gestão IGES-DF
URD	Hospital de Apoio de Brasília	
URD	Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa – HMIB	
URD	Hospital da Criança de Brasília José Alencar – HCB	
URD	Hospital São Vicente de Paulo	
Hospital Regional	Hospital Regional da Asa Norte – HRAN	
Hospital Regional	Hospital Regional de Brazlândia	
Hospital Regional	Hospital Regional de Ceilândia	
Hospital Regional	Hospital Regional do Gama	
Hospital Regional	Hospital Regional do Guará	
Hospital Regional	Hospital da Região Leste (Paranoá)	
Hospital Regional	Hospital Regional de Planaltina	
Hospital Regional	Hospital Regional de Santa Maria	Gestão IGES-DF
Hospital Regional	Hospital Regional de Samambaia	
Hospital Regional	Hospital Regional de Sobradinho	
Hospital Regional	Hospital Regional de Taguatinga	

Fonte: Relação oficial de unidades hospitalares da rede própria do SUS-DF - Infosaúde/saude.df.gov.br e <https://www.saude.df.gov.br/infos-hospitais>

A **rede de urgência** e emergência conta com 13 UPAs²¹ 24h em funcionamento, enquanto a gestão de parte das unidades é compartilhada com o IGES-DF, que administra 8 unidades (o Hospital de Base, o Hospital Regional de Santa Maria e 6 UPAs)²², conforme ilustrado no Quadro 1 a seguir.

²¹ UPA - é um serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que atende casos de urgência e emergência, sendo um elo entre a atenção básica (postos de saúde) e os hospitais. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/upa-24h/upa-24h-2013-unidade-de-pronto-atendimento>

²² Extraído do portal oficial da SES (em 31/ago/2025) <https://www.saude.df.gov.br/hospitais-e-upas>.

Quadro 1- Rede de Urgência e Emergência (UPAs 24h) - Distrito Federal

	Quantidade / Descrição	Data de referência	Fonte
UPAs 24h em funcionamento no DF	13 unidades	05/08/2025	Agência Brasília
Unidades sob gestão do IGES-DF (versão A) ²³	8 unidades (HBDF, HRSM e 6 UPAs)	31/08/2025	Portal SES/DF – “Hospitais e UPAs”
Unidades sob gestão do IGES-DF (versão B)	HBDF, HRSM e 13 UPAs (todas as UPAs)	05-06/2025	SES/Agência Brasília

Fonte: Relação oficial de UPAS do SUS-DF - Infosaúde/saude.df.gov.br e <https://www.saude.df.gov.br/infos-hospitais>. Organizado pelo autor

Tabela 8 - Relação de UPAs 24h do DF

UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UPA Brazlândia
UPA Ceilândia
UPA Ceilândia II
UPA Gama
UPA Núcleo Bandeirante
UPA Paranoá
UPA Planaltina
UPA Recanto das Emas
UPA Riacho Fundo II
UPA Samambaia
UPA São Sebastião
UPA Sobradinho
UPA Vicente Pires

Fontes (31/08/2025): SES-DF – página “UPA 24h”: lista nominal das 13 UPAs.

²³ As classificações denominadas ‘versão A’ e ‘versão B’, observadas nos painéis e representações gráficas da SES/DF, não correspondem a categorias normativas formalmente definidas, mas a formas distintas de organização e visualização das unidades sob gestão do IGES-DF, utilizadas para fins analíticos e de apresentação das informações.

Na **Atenção Primária**, a rede dispõe de 176 UBS²⁴ distribuídas nas sete Regiões de Saúde. (GDF, 2025). Em Saúde Mental, a SES/DF informa 18 CAPS (todas as modalidades) distribuídos por todas as regiões (GDF, 2025).

A **Assistência Farmacêutica** opera farmácias em diferentes tipos, como será apresentado no quadro seguinte.

Quadro 2 – Tipos de farmácia da SES/DF

Tipo de farmácia	Quantitativo publicado	Onde está	Observações
Farmácias das UBS (Atenção Primária)	143 UBS com farmácia que dispensa medicamentos (de 176 UBS no total); 90 dessas dispensam psicotrópicos	Agência Brasília (portal oficial do GDF) + páginas SES confirmando 176 UBS .	A SES-DF não publica um contador consolidado de “UBS com farmácia” na área institucional.
Farmácias Ambulatoriais (Policlinicas, CAPS, Farmácia-Escola, Hospital Dia/IB)	Sem total consolidado publicado.	Página “Farmácias – Atenção Secundária” (SES-DF).	Há um dado parcial : “ 7 de 9 CAPS possuem farmácia ambulatorial”
Farmácias do CEAF (“Alto Custo”)	3 unidades (Asa Sul, Ceilândia e Gama) — endereços e contatos publicados.	Página “Componente Especializado” (SES-DF).	A SES-DF mantém ainda link para estoque diário no InfoSaúde (por unidade).
Farmácias Vivas (fitoterápicos)	2 unidades (Riacho Fundo I e Planaltina).	Página “Farmácias Vivas – Fitoterápicos” (SES-DF)	Produzem e distribuem fitoterápicos para UBS selecionadas
“Pontos de distribuição” (agregado)	192 pontos (nota institucional, 26.dez.2024).	Agência Brasília (portal oficial do GDF).	“Pontos de distribuição” ≠ “farmácias” necessariamente

Fontes: Agência Brasília, Site da Secretaria de Saúde do DF. Em 7/09/2025. Organizado pelo autor <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/w/ubss-urbanas-do-gama-passam-a-dispensar-medicamentos-de-controle-especial> e <https://www.saude.df.gov.br/farmacias-atencao-secundaria>

Na rede pública do DF, o atendimento farmacêutico está organizado em quatro frentes: farmácias das UBS (Atenção Primária), farmácias ambulatoriais da Atenção Secundária (policlinicas, CAPS, Farmácia-Escola, Hospital de Base), farmácias do Componente Especializado (CEAF/“alto custo”) e Farmácias Vivas (fitoterápicos). O site da SES-DF traz a classificação e informações operacionais por tipo, e o InfoSaúde-DF oferece módulos específicos (UBS, Ambulatoriais, CEAF e Farmácias Vivas), porém sem

²⁴UBS - é o principal ponto de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, oferecendo atendimento primário, como consultas médicas e de enfermagem, vacinação, acompanhamento de doenças crônicas, atendimento odontológico e distribuição de medicamentos. <https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/unidades-basicas-de-saude-do-governo-federal>

contador total estático. Em fontes abertas complementares, a Agência Brasília aponta 143 UBS com farmácia (sendo 90 com dispensação de psicotrópicos) e indica 192 “pontos de distribuição” de medicamentos.

Em conjunto, os dados apresentados indicam uma rede ampla e capilarizada, com presença significativa no território e volume expressivo de recursos mobilizados. Ainda assim, a análise evidencia que a disponibilidade de estrutura e financiamento, por si só, não assegura o funcionamento regular do ciclo de medicamentos. Persistem desafios relacionados à coordenação entre níveis de atenção, à organização dos fluxos e à gestão de insumos, o que reforça a necessidade de examinar, de forma mais detida, o fluxo da aquisição à dispensação como um processo integrado de gestão pública

2.2 AQUISIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMO POLÍTICA PÚBLICA E GESTÃO

No âmbito das políticas de saúde brasileiras, a garantia de acesso a medicamentos constitui um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁵, conforme preconizado pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde)²⁶ e pela Política Nacional de Medicamentos, PNM, aprovada pela Portaria GM/MS n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998²⁷. O fornecimento regular de insumos farmacêuticos em todos os níveis de atenção, desde a Atenção Primária, responsável pelo primeiro contato e acompanhamento contínuo dos usuários, até as unidades de Atenção Hospitalar, que lidam com casos mais complexos, é considerado um componente central na efetivação do direito à saúde. Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (1998), o acesso a medicamentos seguros e eficazes, bem como sua dispensação oportuna, impacta diretamente a qualidade do cuidado, a adesão a tratamentos e os desfechos clínicos dos pacientes. Nesse sentido, deficiências na governança ou na integração dos sistemas de informação podem acarretar

²⁵ A Lei nº 8.080/1990 institui o Sistema Único de Saúde (SUS), que é composto pelo 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.

²⁶ A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamenta os dispositivos constitucionais relativos ao direito à saúde e organiza o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional. Essa lei estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regula os serviços públicos e privados de saúde, define a atuação das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal e introduz princípios fundamentais como a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a equidade, a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade. Também trata da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência terapêutica e organização da atenção à saúde.

²⁷ A Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM) no Brasil.

não apenas atrasos na assistência, mas também maior demanda por serviços de urgência, hospitalizações evitáveis e, em última instância, a piora dos indicadores de saúde pública, reforçando a relevância deste estudo.

A PNM estabelece diretrizes fundamentais para orientar as ações relacionadas a medicamentos no país, conforme quadro a seguir.

Quadro 3 - Diretrizes fundamentais para orientar as ações relacionadas a medicamentos no país

Diretriz	Descrição
Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	Estabelece uma lista de medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades de saúde da população.
Regulamentação sanitária e garantia de qualidade de medicamentos	Registro, controle e inspeção para assegurar qualidade, segurança e eficácia (pré e pós-comercialização).
Reorientação da assistência farmacêutica	Propõe mudanças na organização e gestão da assistência farmacêutica para torná-la mais eficiente e centrada nas necessidades da população.
Promoção do uso racional de medicamentos	Busca assegurar que os medicamentos sejam utilizados de forma apropriada, segura e eficaz. Conformidade com protocolos
Desenvolvimento científico e tecnológico	Estimula a pesquisa e a inovação no campo dos medicamentos para atender às demandas de saúde pública.
Promoção da produção de medicamentos	Incentiva a produção nacional de medicamentos, especialmente os essenciais, para garantir o abastecimento e reduzir a dependência de importações.
Financiamento e descentralização	Definição de responsabilidades e fluxos de recursos entre esferas; repasses fundo-a-fundo e pactuação.
Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos	Foca na formação e qualificação de profissionais para atuar na área de medicamentos e assistência farmacêutica.

Fonte: Ministério da Saúde, Brasil (1998). Elaborado pelo autor.

Para o cumprimento das diretrizes referenciadas no Quadro 3, a Portaria GM/MS nº 3.916/1998 define as responsabilidades das diferentes esferas de governo na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao Governo Federal cabe estabelecer as normas, promover a assistência farmacêutica, apoiar a organização de consórcios de saúde e estimular o uso racional de medicamentos. O gestor estadual é responsável por formular políticas estaduais de medicamentos, apoiar consórcios intermunicipais, definir relações estaduais de

medicamentos e investir em infraestrutura que assegure a qualidade dos produtos. O gestor municipal tem como atribuição coordenar e executar a assistência farmacêutica local, promover o uso racional de medicamentos e colaborar com outros municípios para melhorar a prestação dos serviços de saúde. A SES/DF acumula as responsabilidades estadual e municipal.

Destaca-se que a Portaria GM/MS nº 3.916/1998 que reorienta a Assistência Farmacêutica, define que ela não se restringe à compra e distribuição, mas inclui a **utilização** dos medicamentos, na qual se inserem prescrição e **dispensação**. Portanto, o **fluxo de dispensação** na SES/DF é aderência direta à diretriz da PNM e à perspectiva de **uso racional** e **acesso efetivo**. No desenho desta pesquisa, isso legitima aproximar a lente analítica do “degrau” operacional onde o valor é percebido pelo usuário, mapeando etapas técnicas e a governança do processo, que no caso inclui as responsabilidades, arranjos formais e informais e a interoperabilidade de sistemas como TrackCare e AlphaLink, para identificar gargalos e propor um **fluxo** que conecte governança com componentes da integração de informações e resultados.

Gottems, Raggio e Bittencourt (2019), apresentaram um estudo histórico do SUS no Distrito Federal, abrangendo desde 1960 até 2018, trazendo informações sobre a evolução da governança, organização e infraestrutura do sistema de saúde local. O estudo histórico ilustra, como consta no quadro a seguir, como o DF evoluiu desde a criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) em 1960, responsável por planejar, coordenar, controlar e executar a política de saúde pública, e que pode ser considerada o início de um sistema público de saúde no DF, até sua substituição pela SES/DF.

Quadro 4 - Estudo histórico do SUS no Distrito Federal, desde 1960 até 2018

Ano	Marco Institucional
1960	Criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) pelo Decreto nº 48.028/1960.
1986	Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com apoio do Ministério da Saúde.
1988	Promulgação da Constituição Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS).
1990	Publicação das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que regulamentam o SUS.
1993	Extinção da FHDF e criação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).
2003	Reestruturação da SES/DF, centralizando formulação, regulação, financiamento, prestação de serviços e avaliação.

2007	Início da regionalização da saúde com a criação das Regiões de Saúde e estruturação da Atenção Primária.
2010	Instituição do PDPAS – Programa de Descentralização Progressiva da Gestão da Atenção Primária à Saúde no DF (Decreto nº 31.625/2010).
2011	Criação do Programa Saúde em Casa, com foco na ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF).
2017	Publicação das Portarias nº 77 e nº 78, que definem a ESF como modelo prioritário de atenção à saúde.
2018	Ampliação da cobertura da ESF, com crescimento no número de equipes e na expansão da Atenção Primária.

Fonte: Gottems, Raggio e Bittencourt (2019).

O artigo traz como registro dessa evolução que com a promulgação da Constituição de 1988 e da Lei 8.080/1990, o DF teve que organizar um sistema próprio, sendo uma unidade da federação com modelo centralizado de gestão de todo o sistema de saúde sob uma única secretaria que assumiu a responsabilidade integral pela formulação e operação das políticas de saúde.

O artigo ainda apresenta critérios normativos institucionais e legais que estruturam o SUS e regulam sua operação no Distrito Federal, destacando tanto marcos nacionais quanto normas locais. No âmbito nacional, indica-se que a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS)²⁸, regulamentado pelas Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990²⁹. No Distrito Federal, o artigo aponta a instituição do Programa de Descentralização Progressiva da Gestão da Atenção Primária à Saúde (PDPAS), por meio do Decreto n.º 31.625, de 19 de agosto de

²⁸ A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) ao estabelecer que 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. Nos artigos 197 a 200, a Constituição define a organização e os princípios do SUS, estabelecendo que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, sob a responsabilidade dos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). O SUS foi concebido para substituir o modelo anterior, que era restrito aos contribuintes da previdência social, garantindo acesso universal, integral e gratuito à saúde para toda a população brasileira.

²⁹ A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, complementa a Lei nº 8.080/1990 ao regulamentar a participação da sociedade na gestão do SUS e os mecanismos de transferência de recursos financeiros entre os entes federativos. A norma estabelece a obrigatoriedade da existência de Conselhos de Saúde e de Conferências de Saúde em todas as esferas de governo, como instrumentos de controle social e deliberação sobre as políticas públicas de saúde. Além disso, define os critérios para repasse de verbas do Fundo Nacional de Saúde aos Estados e Municípios, condicionando esses repasses à existência dos conselhos e à apresentação de planos e relatórios de gestão.

2010³⁰, bem como a publicação das Portarias n.º 77³¹ e n.º 78/2017³², que definiram a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de atenção à saúde no DF.

A Portaria n.º 77/2017 da SES/DF define a Atenção Primária à Saúde - APS³³ como o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade. A portaria também detalha os princípios da APS, como acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, centralização na família e orientação comunitária. Além disso, organiza a APS em modalidades de serviço, como Equipe de Saúde da Família (eSF)³⁴, Equipe de Saúde Bucal (eSB)³⁵, Equipe de Saúde da Família Rural (eSF/Rural)³⁶, Equipe de Consultório na Rua (eCR)³⁷, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³⁸, Equipe de Saúde do Sistema Prisional³⁹, Equipe do Sistema Socioeducativo⁴⁰, Equipe de Saúde do Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS)⁴¹ e Equipe do Programa Academia da Saúde⁴². A portaria também classifica os estabelecimentos de saúde da APS como Unidades Básicas

³⁰ O Decreto n.º 31.625, de 29 de abril de 2010, do Distrito Federal, institui o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS). Esse programa visa descentralizar progressivamente as ações de saúde para as Diretorias Gerais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital, com o objetivo de apoiar supletivamente a execução das atividades desenvolvidas por essas unidades.

³¹ A Portaria n.º 77/2017 estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF).

³² A Portaria n.º 78/2017 regulamenta o artigo 51 da Portaria n.º 77/2017, disciplinando o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

³³ Atenção Primária à Saúde

³⁴ Equipe de saúde responsável por um território determinado, considerando critérios de vulnerabilidades, de até 4.000 pessoas, composta por um Médico de Família e Comunidade (40 horas), um Enfermeiro ou um Enfermeiro de Família e Comunidade (40 horas), 40 a 80 horas de técnicos de enfermagem e até seis Agentes Comunitários de Saúde

³⁵ Equipe responsável pela saúde bucal da população do território da Estratégia Saúde da Família (ESF)

³⁶ Equipe de saúde da família responsável pelo atendimento integral à população do campo e da floresta de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

³⁷ Equipe de saúde com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel

³⁸ Equipe de saúde multiprofissional com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, que tem por objetivo apoiar as equipes de saúde da família, aumentando sua resolutividade e abrangência, por meio de matriciamento, discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado e construção conjunta de projetos terapêuticos

³⁹ Equipe de saúde que atua em Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP) do Distrito Federal e da Penitenciária Federal de Brasília PFBRA

⁴⁰ Equipe de saúde que atua em unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade

⁴¹ Equipe multiprofissional qualificada para realizar ações de Práticas Integrativas em Saúde (PIS)

⁴² Equipe multiprofissional voltada para as atividades de Promoção da Saúde e da Educação Popular em Saúde no SUS, vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência na sua área de abrangência

de Saúde (UBS), especificando diferentes tipos de UBS, como UBS tipo 1, UBS tipo 2, UBS Rural, UBS de Práticas Integrativas e Promoção da Saúde, UBS Escola e UBS Prisional.

Por outro lado, a regulamentação da assistência farmacêutica, incluindo a dispensação de medicamentos, é atribuída à Lei nº 8.080/1990, complementada pela Lei nº 12.401/2011⁴³, que exige que essa assistência esteja pautada em critérios técnico-científicos, baseando-se em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas oficialmente reconhecidos.

A Lei Federal nº 12.401/2011 estabeleceu que a incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou modificação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, são atribuições do Ministério da Saúde, assessoradas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). A Conitec foi criada por essa lei para garantir que as decisões sobre tecnologias em saúde sejam baseadas em evidências científicas quanto à eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções propostas.

Adicionalmente, a Política Nacional de Medicamentos foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998⁴⁴, que estabelece diretrizes fundamentais como a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)⁴⁵, a promoção do uso racional de medicamentos, a reorientação da assistência farmacêutica e a regulação sanitária.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma lista oficial elaborada e publicada pelo Ministério da Saúde, que reúne os medicamentos considerados indispensáveis para atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um dos principais instrumentos da Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998, e tem como finalidade orientar a oferta pública de medicamentos.

⁴³ A Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, alterou a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) para regulamentar a assistência terapêutica integral e o processo de incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁴⁴ A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, com o objetivo de garantir à população o acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, além de promover o seu uso racional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁴⁵ A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma lista oficial publicada pelo Ministério da Saúde que reúne os medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNM é uma diretriz central do Ministério da Saúde que estabelece os fundamentos para assegurar à população o acesso a medicamentos essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNM organiza e orienta as ações relacionadas a medicamentos em todas as esferas de governo — federal, estadual e municipal — abrangendo desde a seleção de medicamentos essenciais (RENAME), a regulamentação sanitária e a reorganização da assistência farmacêutica, até a promoção da produção nacional, o desenvolvimento científico e tecnológico, a garantia da qualidade e a formação de profissionais.

A RENAME é atualizada periodicamente e serve de referência para a seleção, aquisição e disponibilização de medicamentos pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios). Além disso, orienta a formulação das listas locais, como a RENAME estadual e a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), buscando coerência e integração entre os níveis do SUS.

Complementarmente, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução CNS nº 338/2004⁴⁶, integra a Política Nacional de Saúde, articulando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, com ênfase no medicamento como insumo essencial à efetivação do direito à saúde no âmbito do SUS.

A PNAF define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial, visando garantir o acesso e o uso racional desses produtos. Essas ações abrangem desde a pesquisa e desenvolvimento até a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade, acompanhamento e avaliação da utilização dos medicamentos.

Como já foi mencionado, a assistência farmacêutica no SUS é uma responsabilidade compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme estabelecido pela Constituição Federal e regulamentações infraconstitucionais. O Distrito Federal exerce competências tanto de Estado quanto de Município. Assim, é responsável por:

⁴⁶ A Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), estabelecendo diretrizes para a organização e gestão das ações relacionadas aos medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Organizar os serviços e executar as atividades farmacêuticas, incluindo seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.
- Implementar políticas de saúde e assistência farmacêutica, respeitando as diretrizes nacionais.
- Participar do financiamento tripartite da assistência farmacêutica, conforme pactuações estabelecidas.

Assim, a cooperação entre os entes federativos é essencial para a efetividade da assistência farmacêutica. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁴⁷ é o principal fórum de pactuação entre União, Estados e Municípios, onde são definidos as responsabilidades e os critérios de financiamento e execução das ações de saúde.

No caso do Distrito Federal, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)⁴⁸ possui uma estrutura organizacional específica para cumprir suas atribuições e competências na assistência farmacêutica, a Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF), órgão responsável por coordenar, normatizar e organizar tecnicamente a assistência farmacêutica e as farmácias da SES/DF. A DIASF possui as seguintes subunidades hierarquicamente vinculadas:

- Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (GCBAF);
- Gerência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (GCEAF);
- Gerência da Assistência Farmacêutica Especializada (GAFAE); e
- Núcleo de Farmácia Judicial (NUFAJ).

⁴⁷ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um órgão colegiado que reúne gestores do SUS de nível federal, estadual e municipal para discutir e pactuar questões relacionadas à gestão do Sistema Único de Saúde. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 define os princípios e fundamentos do SUS, incluindo a gestão compartilhada entre os entes federados, que é um dos pilares da CIT; a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 define os princípios e mecanismos de participação social no SUS, incluindo a participação dos usuários na gestão; a Portaria nº 1.180, de 22 de julho de 1991 instituiu a Comissão Técnica em âmbito nacional, que posteriormente foi renomeada para Comissão Intergestores Tripartite; por fim, as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) detalham as competências e o funcionamento da CIT, incluindo a definição de pautas para reuniões, a forma de tomada de decisões por consenso e a divulgação das decisões.

⁴⁸ O Regimento Interno da SES/DF consta no Decreto Distrital nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018, e a Resolução nº 602, do Conselho de Saúde do DF definiu a Política Distrital de Assistência Farmacêutica – PDAF, para que seja implementada por meio dos planos, programas, projetos e demais instrumentos de gestão e governança, adotados no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)

Cada uma dessas unidades desempenha funções específicas relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, bem como à gestão de demandas judiciais e serviços farmacêuticos hospitalares, conforme resumido no Quadro 5, a seguir.

Quadro 5 - Estrutura da Assistência Farmacêutica na SES/DF

Unidade/Órgão	Atribuições Principais
DIASF	Coordenação, normatização e organização técnica da assistência farmacêutica e das farmácias da SES/DF.
GCBAF	Gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, incluindo medicamentos da Atenção Básica.
GCEAF	Gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, responsável por medicamentos de alto custo conforme PCDT.
GAFAE	Gestão da Assistência Farmacêutica Especializada, incluindo serviços farmacêuticos hospitalares.
NUFAJ	Gerenciamento das demandas judiciais relacionadas à assistência farmacêutica.

Fonte: (SES/DF, Regimento Interno, 2018); organizado pelo autor.

A SES/DF segue diversos normativos para regulamentar a assistência farmacêutica, incluindo: a **Portaria nº 250/2014**⁴⁹, que estabelece normas técnicas e administrativas para a prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde no âmbito da Assistência Farmacêutica Básica; o **Guia de Boas Práticas para os Serviços Farmacêuticos no Ambiente Hospitalar**⁵⁰, que apresenta normatizações e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços farmacêuticos nas farmácias hospitalares; e o **Manual da Assistência Farmacêutica**⁵¹, que detalha a organização da assistência farmacêutica no SUS, incluindo a estrutura organizacional e as competências dos entes federativos.

A estrutura das farmácias da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) é organizada para atender às diferentes demandas da população, conforme os níveis de atenção à saúde. Atualmente, conforme detalhado na seção 2.1, a rede conta com 192 pontos de dispensação de medicamentos distribuídos pelas regiões administrativas do DF, realizando mais de 27 milhões de dispensações gratuitas por ano.⁵²

⁴⁹ PORTARIA Nº 250, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2014. Dispõe sobre normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

⁵⁰ Documento elaborado pelo grupo de trabalho (Ordem de Serviço nº60, de 23 de abril de 2019), sob coordenação da Gerência de Assistência Farmacêutica Especializada (GAFAE) da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF)

⁵¹ Documento aprovado pela Resolução CSDF nº 602, em 12 de dezembro de 2023.

⁵² Extraído de <https://www.saude.df.gov.br/assistencia-farmacautica> em 21/04/2025.

Para contextualizar a análise da logística farmacêutica na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Quadro 6, a seguir, sintetiza a tipologia das farmácias sob gestão da SES/DF, explicitando suas atribuições, os principais grupos de medicamentos disponibilizados e o público-alvo correspondente em cada nível de atenção. Esse mapeamento, ainda que descritivo, é essencial para visualizar os distintos fluxos de dispensação e os requisitos operacionais específicos de cada ponto de entrega de medicamentos.

Quadro 6 – Classificação de acesso aos Medicamentos na SES/DF

Tipo de Farmácia	Descrição	Exemplos de Medicamentos	Público-Alvo
Farmácias das Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Atendem a Atenção Primária, fornecendo medicamentos para condições comuns.	Antihipertensivos, antidiabéticos, analgésicos.	População em geral com condições de saúde comuns.
Farmácias da Atenção Secundária	Localizadas em Policlínicas, CAPS e Farmácia Escola, atendem pacientes encaminhados por especialistas.	Medicamentos para saúde mental, antibióticos especiais.	Pacientes com necessidades específicas encaminhados por especialistas.
Farmácias do Componente Especializado (Alto Custo)	Conhecidas como "Farmácias de Alto Custo", fornecem medicamentos de alto valor conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).	Medicamentos para esclerose múltipla, artrite reumatoide, entre outros.	Pacientes com doenças crônicas ou raras que atendem aos critérios dos PCDT.
Farmácias Hospitalares	Atendem pacientes internados nos hospitais da rede pública.	Medicamentos intravenosos, anestésicos, entre outros.	Pacientes hospitalizados.
Farmácias Vivas	Manipulam e fornecem medicamentos fitoterápicos.	Fitoterápicos diversos.	Pacientes com indicação para tratamentos fitoterápicos.

Fonte: www.saude.df.gov.br/assistencia-farmaceutica. Organizado pelo autor

Conforme mencionado no capítulo introdutório desta dissertação, foram realizadas entrevistas exploratórias na área de logística e distribuição, farmácia, demandas de ouvidoria e gestão de tecnologia de informação da SES/DF, o que guiou grande parte do trabalho. A partir dessas entrevistas exploratórias, e de consultas a documentos institucionais, como no Manual de Logística da SES/DF, se delineia o seguinte fluxo referente à aquisição, armazenamento, logística, prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF):

Quadro 7 - Fluxo da Aquisição à Dispensação de Medicamentos

Etapas/Fases	Descrição
Planejamento e Aquisição (SUCOMP)	Identificação e consolidação das demandas pelas unidades. Planejamento das compras. Realização de processos licitatórios ou dispensas, conforme a legislação vigente. Formalização dos contratos e emissão de ordens de fornecimento.
Recebimento e Armazenamento (SULOG/CAF)	Recebimento dos medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) Central. Conferência e armazenamento conforme boas práticas. Controle de estoque e validade. Distribuição para os Almoxarifados Regionais.
Distribuição e Logística (SIS-MATERIAIS)	Registro de requisições pelas unidades de saúde no sistema SIS-MATERIAIS. Separação e expedição dos produtos pela CAF Central. Transporte até as unidades solicitantes. Conferência e armazenamento local nas unidades de saúde.
Prescrição	Realizada por médicos e demais profissionais de saúde habilitados. Baseada na avaliação clínica do paciente e nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Registro da prescrição no prontuário do paciente.
Dispensação	Ocorre nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde (UBS), farmácias de alto custo e hospitalares. Análise técnica da prescrição por farmacêutico. Registro da dispensação no sistema SIS-MATERIAIS. Entrega do medicamento ao paciente com as devidas orientações de uso.

Elaborado pelo autor.

2.3 DIAGNÓSTICO PRELIMINAR DA SITUAÇÃO ATUAL NA SES/DF

Antes de desenvolver a análise sobre os dados e depoimentos que seguem, cabe alertar para um termômetro pouco explorado, mas revelador, que é o da qualidade da resposta da SES/DF: o indicador de resolatividade das ouvidorias. Ao tomar esse índice como ponto de partida, e acompanhar suas variações ao longo dos últimos anos, bem como os relatos de profissionais que lidam com as consultas dos cidadãos e a infraestrutura dos sistemas logísticos, será possível perceber em que medida a distância entre norma, tecnologia e prática interfere no atendimento efetivo às demandas por medicamentos. O que vem adiante, portanto, não se limita a exibir percentuais ou tabelas, mas sinalizar desafios de governança que atravessam toda a cadeia de abastecimento.

Segundo o Portal da Ouvidoria-Geral do DF e o sistema ParticipaDF⁵³, a resolutividade é calculada com base no número de manifestações encerradas com resposta conclusiva (resposta definitiva ou com correção de fluxo) em relação ao total de manifestações recebidas. Essa informação pode ser consultada em: <https://www.participa.df.gov.br> e <https://www.cg.df.gov.br>. A CGDF também utiliza esse indicador nos painéis do SIG-Ouv⁵⁴ para monitorar o desempenho das unidades de atendimento ao cidadão e subsidiar ações de melhoria na gestão pública.

A evolução da resolutividade da Ouvidoria da SES/DF entre 2020 e 2024, demonstrada na Tabela 9 a seguir, evidencia um comportamento oscilante e, em geral, descendente. Em 2020, foram registradas 514 manifestações, com 26,23% de resolutividade. No ano seguinte, 2021, houve uma leve redução no número de manifestações (493), mas a resolutividade subiu para 37,42%, o maior percentual do período. Em 2022, as manifestações cresceram expressivamente para 861, mantendo um índice relativamente alto de resolutividade (36,77%). A partir de 2023, o sistema apresentou queda acentuada: 1.866 manifestações foram registradas, com apenas 28,86% de resolutividade. Já em 2024, as manifestações chegaram a 2.737, com um novo recuo no índice de resolutividade, que atingiu apenas 23,88%. Em 2025, até maio, foram computadas 621 manifestações, com 28,41% de resolutividade parcial. A média do indicador entre os anos de 2020 e 2024 foi de 30,63%, o que reforça a limitação institucional da SES/DF em garantir respostas efetivas às demandas da população quanto a medicamentos. Questiona-se, portanto, se os encaminhamentos feitos pela ouvidoria estão sendo incorporados de fato para a melhoria da gestão. A ausência de melhoria consistente no índice pode indicar falhas na escuta ativa, na responsabilização das áreas técnicas e na articulação entre a ouvidoria e as demais unidades da SES, ou seja, uma questão de governança.

Tabela 9 – Evolução da Resolutividade de demandas de Ouvidoria (2020–2024)

Ano	Resolutividade (%)
2020	26.23
2021	37.42
2022	36.77
2023	28.86

53 Sites acessados nos sítios <https://ouvidoria.df.gov.br/> e <https://www.participa.df.gov.br/> e analisados no <https://sig.cg.df.gov.br/microstrategy/asp/portallindicadores/>

54 <https://www.painel.ouv.df.gov.br/dashboard>

2024	23.88
Média (2020–2024)	30.63

Fonte: Ouvidoria – SES/DF. Organizado pelo autor com indicadores da Ouvidoria

Quanto à distribuição das manifestações por Região Administrativa⁵⁵, as com maior número de manifestações por falta de medicamentos são: Plano Piloto (2.321), Ceilândia (1.365), Gama (826), Taguatinga (388) e Samambaia (204). Essas regiões coincidem com aquelas que concentram as farmácias de alto custo, segundo explicado na entrevista exploratória da SULOG. A tabela completa com os dados das manifestações por RA está apresentada a seguir.

Tabela 10 – Manifestações por Região Administrativa – Ouvidoria CGDF

Região Administrativa	Quantidade de Manifestações
ARNIQUEIRA	7
BRAZLÂNDIA	42
CANDANGOLÂNDIA	16
CEILÂNDIA	1365
CRUZEIRO	21
FERCAL	3
GAMA	826
GUARÁ	124
ITAPOÃ	30
JARDIM BOTÂNICO	17
JARDIM BOTÂNICO (duplicado)	2
LAGO NORTE	19
LAGO SUL	23
NÚCLEO BANDEIRANTE	27
NÚCLEO BANDEIRANTE (duplicado)	2
PARANOÁ	68
PARK WAY	5
PLANALTINA	167
PLANO PILOTO	2321
RECANTO DAS EMAS	97
REGISTRO NULO	73
RIACHO FUNDO	34
RIACHO FUNDO II	37
SAMAMBAIA	204
SANTA MARIA	128
SCIA	26
SIA	101
SOBRADINHO	90
SOBRADINHO II	33
SOL NASCENTE E POR DO SOL	20
SUDOESTE E OCTOGONAL	13

⁵⁵ No Distrito Federal (DF), uma Região Administrativa (RA) é uma subdivisão territorial criada para descentralizar a administração pública. A divisão do DF em RAs é definida por lei, com cada RA tendo uma Administração Regional responsável por representar o governo e coordenar serviços locais. A principal norma que regula as RAs no DF é a Lei Orgânica do Distrito Federal.

SÃO SEBASTIÃO	60
TAGUATINGA	388
VARJÃO	7
VICENTE PIRES	30
ÁGUAS CLARAS	45

Fonte – Ouvidoria CGDF. Organizado pelo autor⁵⁶

As mencionadas entrevistas exploratórias antecederam a delimitação final da pesquisa e desempenharam papel relevante em sua formulação. Embora o desenho metodológico ainda não estivesse consolidado à época do Fórum de Governança abordado no capítulo introdutório, essas entrevistas constituíram o ponto de partida para a definição do problema de pesquisa, do título e do objetivo geral, bem como para a construção preliminar das questões que seriam posteriormente desenvolvidas.

O processo ocorreu em três etapas. Inicialmente, surgiu uma demanda da Secretaria Adjunta de Governança, dirigida à Coordenação de Unidades de Controle Interno, para subsidiar com argumentos práticos a importância de ações de governança na distribuição de medicamentos pela rede da SES/DF. Em seguida, por iniciativa do pesquisador, foi indicada uma área-chave vinculada à gestão de suprimentos, que se tornou objeto prioritário de análise. Posteriormente, a primeira entrevista gerou a indicação de outras áreas relevantes, as quais foram incorporadas ao estudo em entrevistas subsequentes, realizadas após o Fórum, já no momento de elaboração da pesquisa.

Em uma das entrevistas exploratórias, foi relatado um caso emblemático que ilustra a desconexão entre o atendimento prestado ao cidadão via ouvidoria e a efetiva resolução da demanda apresentada. Conforme narrado pelo entrevistado, uma manifestação foi registrada por um cidadão que buscava informações sobre a disponibilidade de determinado medicamento na rede pública de saúde, diante da dificuldade recorrente em obtê-lo nas farmácias da SES/DF.

Ao receber a demanda, a Ouvidoria seguiu o fluxo institucional previsto e encaminhou a solicitação à área técnica responsável pela gestão de estoques. No entanto, a resposta final encaminhada ao cidadão foi orientá-lo a consultar a lista de medicamentos disponíveis no site institucional da Secretaria de Saúde. Segundo a entrevista exploratória, esse tipo de resposta, embora formalmente válida, não responde diretamente à dúvida do cidadão, tampouco oferece garantia de acesso à informação desejada,

⁵⁶ Informações analisadas no <https://sig.cg.df.gov.br/microstrategy/asp/portaindicadores/>

especialmente considerando que o site nem sempre está atualizado com a situação real dos estoques em cada unidade.

O caso revela um possível padrão de resposta defensiva, que não contribui para a resolutividade das manifestações nem para o fortalecimento da confiança do usuário no serviço público. O entrevistado destacou que, nessas situações, a Ouvidoria atua como canal de transmissão, sem ter ferramentas ou respaldo técnico para oferecer uma resposta mais concreta ou verificar a informação em tempo real. Este episódio reforça a percepção de que a ausência de integração entre os sistemas logísticos e de informação ao cidadão compromete o princípio da transparência e o uso estratégico da Ouvidoria como instrumento de gestão responsiva.

Os sistemas de informação constituem uma dimensão relevante para a pesquisa, uma vez que diferentes etapas da gestão de medicamentos dependem da produção, do registro, da atualização e do compartilhamento de informações. Nesse contexto, integram o ambiente estudado o SISMATERIAIS e os sistemas TrackCare e AlphaLink, além do Portal InfoSaúde-DF, este último relacionado à disponibilização de informações ao cidadão.

O TrackCare é utilizado em unidades da rede, enquanto o AlphaLink foi concebido como solução voltada à gestão de insumos e medicamentos, incluindo informações relacionadas aos estoques. Esses sistemas participam, portanto, de etapas ou ambientes relacionados à aquisição, gestão logística e dispensação de medicamentos. A existência de diferentes soluções tecnológicas torna relevante analisar não apenas as funcionalidades isoladas de cada uma, mas a forma pela qual as informações transitam entre os sistemas, as unidades e as etapas do processo.

Sob essa perspectiva, a análise dos sistemas de informação desenvolvida nesta pesquisa não se limita à dimensão tecnológica. Interessa também verificar como sua utilização se relaciona com os processos de trabalho, as atribuições das unidades e a circulação das informações necessárias à execução das diferentes etapas do fluxo. O Portal InfoSaúde-DF acrescenta a esse exame a perspectiva do usuário, uma vez que parte das informações produzidas no ambiente administrativo se destina, ao final, a orientar o cidadão sobre os serviços de saúde.

O Quadro 8 a seguir fornece indícios extraídos nas entrevistas exploratórias, comparando suas visões sobre funcionalidades críticas do sistema de medicamentos, que

serão tratados ao longo da pesquisa. A síntese destaca pontos de convergência e lacunas em integração de sistemas, rastreabilidade por CPF, controle de lote e validade, leitura automatizada, atualização contratual e capacidade de resposta ao cidadão, oferecendo subsídios empíricos para avaliar as limitações tecnológicas e institucionais que afetam a governança logística.

Quadro 8 – Comparativo das Entrevistas Exploratórias sobre Sistemas de Medicamentos na SES/DF

Tema	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3	Entrevistado 4
Integração de sistemas	AlphaLink não integrado com TrackCare, e-SUS, nem IGES/DF; prescrição digitada manualmente	Ouvidoria não acessa dados atualizados de estoque; depende de retorno das áreas técnicas	Não há fluxo automatizado entre prescrição e dispensação; TrackCare tem integração parcial com AlphaLink	Não há integração com e-SUS ou MV; interoperabilidade limitada; contrato não prevê integração
Rastreabilidade por CPF	Prescrição não indexada por CPF; dificulta rastreamento de pacientes	Paciente não é identificado de forma única na resposta ao cidadão	Sem rastreio por CPF, não é possível consolidar histórico de atendimento	CPF não é chave primária por decisão técnica inicial; máscara foi usada para evitar erro de cadastro
Controle por lote e validade	Não foi destacado diretamente pelo farmacêutico	Não aplicável	Não mencionado	Funcionalidade existe, mas depende de registro correto na entrada; uso inconsistente nas unidades
Leitura por QR Code / código de barras	Dispensação manual, digitada item por item	Não aplicável	Reconhece ausência de leitura automática	Leitura por QR Code não implementada; possível via desenvolvimento, mas contrato não cobre
Atualização e contrato	Sistema funciona, mas está desatualizado e sem treinamento padronizado	Respostas ao cidadão limitadas por falta de informações confiáveis no sistema	Sistema precisa de atualização, mas contrato não prevê melhorias	Sistema segue regras de 2014; contrato limita a manutenção corretiva, sem desenvolvimento
Resposta ao cidadão	Registro manual dificulta fornecer informações precisas em tempo real	Cidadão foi orientado a consultar site, que não reflete realidade dos estoques	Confirma dificuldade de fornecer informação precisa sobre estoque	Sem painel de consulta eficiente; extração de dados limitada e não padronizada

Fonte: entrevistas exploratórias ocorridas entre julho e dezembro de 2024. Elaborado pelo autor.

Cabe destacar que o Decreto Distrital nº 39.736/2019⁵⁷ trata da governança no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do DF, instituindo estruturas de comitês internos e mecanismos de monitoramento. Pode-se questionar se a baixa resolutividade identificada pode estar associada à frágil articulação entre os setores técnicos, como a CTINF, e a estrutura de governança instituída por esse decreto.

Como visto no âmbito dessas entrevistas exploratórias, o processo que compreende da aquisição à dispensação de medicamentos na rede pública de saúde exige processos integrados e transparentes, devido à grande quantidade de usuários e à multiplicidade de setores envolvidos. Conforme apontam as entrevistas, há problemas como cadastros duplicados de pacientes, inconsistências no registro de entrada e saída de medicamentos, além da falta de atualização dos estoques em tempo real. Tais problemas podem dificultar tomar decisões gerenciais ágeis e garantir que o paciente receba o medicamento no momento adequado.

Ressalta-se que a **logística de medicamentos, da sua aquisição até a dispensação, passa pela coordenação de diferentes etapas: organização da demanda, aquisição, recepção, prescrição, armazenagem e dispensação ao paciente**. Cada uma dessas etapas se encontra distribuída em diferentes estruturas administrativas, o que reforça a importância de comunicação e coordenação efetivas para evitar retrabalhos, perdas e ineficiências, pois falhas pontuais de governança, combinadas à falta de integração dos sistemas de informação, em especial o TrackCare e o AlphaLink, podem culminar em desabastecimentos prolongados, atrasos no atendimento e aumento de custos operacionais, além de comprometer a qualidade do cuidado prestado.

Concluindo a análise do contexto, temos que as manifestações da Ouvidoria da SES/DF apontam para um aumento de reclamações e denúncias entre 2020 e 2024. Embora ainda não haja estudos consolidados que expliquem todos os fatores que contribuíram para esse aumento, hipóteses iniciais levantadas nas entrevistas sugerem correlação com falhas logísticas, falta de integração sistêmica e capacitação insuficiente dos servidores responsáveis. Na prática, situações como atraso na reposição de estoques, falta de controle na dispensação e desconhecimento das funcionalidades dos sistemas podem motivar o crescimento nas queixas.

⁵⁷ Dispõe sobre a Política de Governança Pública e Compliance no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Distrito Federal.

A relevância desta pesquisa, portanto, reside em identificar as raízes desses problemas, estabelecer relações entre a governança, e a integração de sistemas, e propor melhorias que possam ser implementadas de modo realista no contexto da SES/DF. Dessa forma, espera-se favorecer uma gestão mais eficiente de medicamentos, reduzir duplicidades e desperdícios, bem como melhorar o atendimento e a satisfação dos usuários na rede pública de saúde do Distrito Federal.

A análise inicial das entrevistas exploratórias, sugere que, embora existam esforços pontuais para integrar os processos, ainda é necessária uma visão mais global da governança, incluindo clara definição de responsabilidades, mecanismos de coordenação entre setores e, sobretudo, maior alinhamento com as equipes de TI.

O contexto que cerca este estudo aponta, portanto, para a urgência de consolidar práticas de boa governança e de promover uma efetiva integração de sistemas de informação na SES/DF, sob pena de verem-se agravados os problemas de desabastecimento, ineficiência operacional e insatisfação dos usuários. É a partir desse pano de fundo que a presente pesquisa se justifica e que as seções subsequentes buscarão aprofundar as causas, efeitos e possíveis soluções para a situação-problema evidenciada.

3. PROBLEMA E OBJETIVOS DE PESQUISA

A situação-problema que motiva este estudo está relacionada às dificuldades enfrentadas no processo que abrange desde a aquisição até a dispensação de medicamentos no âmbito do sistema público de saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Presume-se, por meio das entrevistas exploratórias e análise de dados de ouvidoria, que há uma ausência de integração efetiva de sistemas de informação, bem como possíveis lacunas em termos de governança e controle operacional, que resultam de falhas logísticas, provocam desabastecimento, e que são motivadas por dificuldades de coordenação entre setores. Esses problemas culminam em impactos negativos, pois a falta de comunicação entre áreas administrativas agrava a entrega ineficiente de medicamentos aos cidadãos.

Essa carência de integração e governança, por sua vez, parece refletir-se nas manifestações registradas na Ouvidoria. Diante disso, o problema de pesquisa pode ser sintetizado na seguinte questão principal: **Como aprimorar a governança e a integração de sistemas de informação na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para enfrentar os desafios relacionados da aquisição até a dispensação de medicamentos?**

A relevância deste problema reside no fato de que da aquisição à dispensação de medicamentos, especialmente em sistemas públicos de saúde, envolvem diversas unidades administrativas, bases normativas específicas e fluxos operacionais interdependentes. No contexto da SES/DF, observam-se dificuldades recorrentes relacionadas à fragmentação entre setores, à ausência de interoperabilidade entre sistemas e à articulação entre os processos de aquisição e dispensação dos medicamentos. Ainda não há estudos aprofundados que articulem, no contexto da SES/DF, os impactos concretos da ausência de governança e da fragmentação sistêmica, tampouco que proponham caminhos realistas de superação desses gargalos.

Estes desafios operacionais são potencializados por fatores de natureza cultural e comportamental, como a dificuldade de promover uma responsabilização integrada e a limitação da visão de governança como processo coletivo. O cenário aponta, portanto, para a necessidade de compreender como a integração sistêmica e a governança aplicada

à gestão de medicamentos podem ser fortalecidas à luz dos normativos vigentes e das práticas identificadas na literatura especializada.

A pesquisa busca, assim, oferecer uma contribuição aplicada ao analisar criticamente o fluxo atual de aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF, com vistas à construção de uma proposta de fluxo aprimorado, alinhado às diretrizes legais e capaz de promover maior eficiência e efetividade no atendimento à população.

A formulação dos objetivos reflete tanto o interesse central em investigar como a governança e a integração de sistemas de informação podem melhorar da aquisição à dispensação de medicamentos, quanto a necessidade de abordar aspectos complementares, como fatores comportamentais, gestão de riscos e efetividade das normas vigentes na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Desta forma, define-se o objetivo geral deste trabalho, **propor um fluxo aprimorado para o processo da aquisição até a dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF, com base na análise da governança, da integração dos sistemas de informação e da articulação entre os setores envolvidos, considerando os normativos vigentes e os desafios operacionais e comportamentais identificados.**

Para atender a esse propósito, são delineados os tópicos principais do trabalho, que representam as estratégias (a, b e c) e os seus objetivos específicos (d, e):

- a) Delimitar o conceito de governança aplicado à gestão pública em saúde e à cadeia logística de medicamentos;
- b) Analisar os critérios normativos institucionais e legais que regulam a aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF;
- c) Mapear o fluxo atual de aquisição à dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF;
- d) Identificar os principais desafios operacionais, culturais e sistêmicos associados à fragmentação dos processos logísticos na SES/DF;
- e) Desenvolver uma proposta de fluxo aprimorado que promova a integração entre os setores envolvidos, a conformidade normativa e o fortalecimento da governança.

4. REFERENCIAL ANALÍTICO

Este capítulo apresenta o referencial analítico adotado na pesquisa, com o objetivo de situar o leitor sobre os conceitos, dimensões e modelos que serão utilizados para interpretar os problemas identificados no processo que compreende desde a aquisição até a dispensação de medicamentos na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A construção desse referencial busca estabelecer os critérios que orientarão a análise dos dados, dos documentos e das entrevistas, possibilitando relacionar os achados empíricos aos aspectos de governança, capacidade institucional, integração de sistemas de informação e gestão dos processos.

Inicialmente, serão apresentados os conceitos analíticos de governança no setor público, destacando as abordagens de Fukuyama, Andrews e Rose-Ackerman, bem como as contribuições de organismos internacionais e instituições de controle, como Banco Mundial, OCDE e Tribunal de Contas da União. Essa discussão objetiva esclarecer o conceito de governança adotado na pesquisa e sua aplicação ao contexto da SES/DF, considerando elementos como capacidade estatal, autonomia burocrática, competência técnica, transparência, responsabilização e adequação das soluções às condições institucionais locais.

Em seguida, será apresentada a governança em saúde pública, a partir das contribuições de Carvalho et al., Almeida et al., Santos e Giovanella, Lorenzetti et al. e outros estudos que abordam suas funções, dimensões e desafios. Essa discussão objetiva compreender como a formulação de políticas, a coordenação entre os níveis assistenciais, a pactuação entre atores, a gestão de recursos, a qualificação profissional, a participação social e a integração das tecnologias da informação influenciam a capacidade institucional da SES/DF.

Na sequência, será tratada a governança da cadeia logística de medicamentos, considerando, principalmente, as etapas de planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, bem como os componentes institucionais, tecnológicos e normativos que sustentam seu funcionamento. Essa discussão objetiva compreender como a integração de sistemas, a rastreabilidade, os mecanismos de controle e responsabilização, a capacidade institucional, a coordenação intersetorial e a gestão de processos influenciam a eficiência e a continuidade do abastecimento de medicamentos na SES/DF.

Posteriormente, serão tratadas as capacidades estatais necessárias da distribuição à dispensação de medicamentos, considerando dimensões como capacidade administrativa, operacional, tecnológica, organizacional, clínica, analítica e de coordenação. Essa discussão objetiva compreender como a infraestrutura, a qualificação dos profissionais, os sistemas de informação, o planejamento logístico, a articulação entre setores e a capacidade de resposta institucional influenciam a atuação da SES/DF.

Ao final do capítulo, serão apresentados os aspectos analíticos relacionados ao fluxo da aquisição à dispensação de medicamentos, com destaque para a governança das contratações públicas, o planejamento integrado, a profissionalização, a articulação entre compras e gestão de estoques, o uso de dados e a inovação institucional. Essa discussão objetiva compreender como esses elementos influenciam a geração de valor público, a previsibilidade do abastecimento e a integração entre as etapas da cadeia logística de medicamentos na SES/DF.

4.1. CONCEITOS ANALÍTICOS DE GOVERNANÇA NO SETOR PÚBLICO

Nesta seção é apresentado o conceito de governança adotado como referência operacional na pesquisa, alinhando-o aos objetivos de aprimorar os processos de aquisição e dispensação de medicamentos na SES/DF.

A partir da revisão das principais abordagens conceituais, com destaque para a definição de Francis Fukuyama (2013), governança como a capacidade do Estado de formular e implementar políticas de forma eficaz, autônoma e tecnicamente competente, estabeleceu-se um modelo analítico capaz de captar a complexidade e os desafios institucionais enfrentados no contexto da assistência farmacêutica. Essa definição orientará a análise, ao permitir a identificação dos principais elementos que condicionam a governança na SES/DF: competência administrativa, autonomia técnica e articulação interinstitucional, aspectos indispensáveis para superar a fragmentação sistêmica e assegurar a efetividade das políticas públicas de saúde.

Embora frequentemente associada à qualidade da democracia, a governança pública não se restringe ao regime político adotado. A literatura contemporânea, como exemplificado por Fukuyama (2013), destaca que a governança diz respeito à capacidade do Estado de agir de forma eficaz, independentemente de ser democrático ou autoritário.

Trata-se, sobretudo, da habilidade administrativa de implementar políticas públicas com eficiência, o que implica foco na operacionalização da máquina estatal, ou seja, na sua **capacidade de “fazer acontecer”**. Nesse contexto, a adoção acrítica de indicadores tradicionais, como taxas de alfabetização, níveis de segurança ou acesso à saúde, revela limitações analíticas, pois esses resultados são fortemente influenciados por fatores externos à ação direta do governo, como o contexto socioeconômico ou dinâmicas globais. Além disso, rankings globais amplamente utilizados, como os produzidos pelo Banco Mundial ou o Índice de Percepção da Corrupção, tendem a agregar dimensões complexas em uma única métrica, desconsiderando variações internas entre setores, regiões ou funções governamentais específicas, o que compromete a precisão e a utilidade prática desses instrumentos para fins de diagnóstico e melhoria institucional.

Para sistematizar as distintas perspectivas de avaliação da qualidade governamental discutidas na literatura, o Quadro 9 resume quatro abordagens analíticas: processual, capacidade de gasto e profissionalização, resultados e autonomia burocrática, explicitando sua lógica avaliativa e os limites inerentes a cada uma. Esse mapeamento ajuda a comparar criticamente os critérios de aferição de desempenho estatal, evidenciando como diferentes lentes metodológicas influenciam o diagnóstico de forças e fragilidades na administração pública.

Quadro 9 - Abordagens Analíticas para Avaliação da Qualidade Governamental

Abordagem	Descrição	Limites
Processual (Weberiana)	Foca em hierarquia, mérito, regras formais.	Pode engessar a administração pública.
Capacidade de gasto e profissionalização	Avalia como os recursos são aplicados e a formação ética/técnica dos servidores.	Exige indicadores de uso de recursos e de qualificação funcional.
Resultados finais (outcomes)	Medidas como mortalidade, criminalidade etc.	Sujeitas a fatores externos e metodologicamente frágeis.
Autonomia burocrática	Grau de liberdade para técnicos atuarem sem microgestão ou clientelismo.	Exige equilíbrio: autonomia sem controle gera corrupção; controle demais sufoca inovação.

Fonte: Fukuyama (2013). Organizado pelo autor

Um dos principais pontos do estudo é a interação entre autonomia burocrática e capacidade estatal. A autonomia deve ser modulada conforme a qualificação técnica e

ética da burocracia: em contextos de baixa capacidade, regras mais rígidas podem evitar abusos; em contextos de alta capacidade, maior discrição pode gerar eficiência e inovação. Essa lógica apoia-se na conhecida equação de Klitgaard (1988): "Corrupção = Monopólio da Decisão + Discricionariedade – Prestação de Contas"⁵⁸.

Para facilitar a discussão sobre o equilíbrio entre autonomia burocrática e capacidade estatal, o Quadro 10 traz uma correspondência direta entre o nível de qualificação da burocracia e o grau de autonomia recomendado. Ao sintetizar essa relação, a tabela propicia evidenciar como a modulação da discricionariedade, em consonância com a equação de Klitgaard sobre corrupção, pode identificar abusos em contextos de baixa capacidade e, inversamente, fomentar inovação e eficiência quando a capacidade é elevada.

Quadro 10 - Relação entre Capacidade da Burocracia e Grau de Autonomia

Capacidade da Burocracia	Autonomia Recomendável	Justificativa
Baixa	Baixa	Evita abusos, padroniza decisões e limita clientelismo.
Alta	Alta	Estimula inovação e uso qualificado do conhecimento técnico.

Fonte: Fukuyama (2013). Organizado pelo autor

Essas reflexões são especialmente relevantes para países e instituições com grande heterogeneidade interna, como é o caso do Brasil. **Aplicar esse modelo de governança à gestão pública em saúde permite avaliar, por exemplo, em que medida a autonomia concedida às áreas técnicas da Secretaria de Saúde do DF é compatível com a sua capacidade institucional, e como isso impacta a efetividade da política de aquisição e dispensação de medicamentos.**

As entrevistas exploratórias realizadas com servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) revelam uma série de desafios operacionais e estruturais que

⁵⁸ a corrupção (C) é equivalente ao monopólio da decisão (M) mais a discricionariedade (D) menos a prestação de contas (A). Dessa forma, quanto mais reduzido for o grupo de atores de quem depende a decisão sobre o assunto em questão (monopólio), quanto maior for a margem de discricionariedade que dispõem tais atores para tomar a sua decisão e, por último, quanto menos ou mais ineficientes forem os controles sobre os agentes que tomam a decisão, maior será a probabilidade de surgir a corrupção. (Klitgaard, 1988)

evidenciam a distância entre a formalidade institucional e a efetividade administrativa, reforçando a pertinência do conceito de governança como capacidade estatal, conforme proposto por Fukuyama (2013). O autor destaca que **a qualidade de governo deve ser analisada pela capacidade de implementação das decisões políticas, e não apenas pela existência de normas ou pelo regime político adotado**. No caso da SES/DF, os relatos indicam falhas recorrentes na integração de sistemas (AlphaLink, TrackCare e prontuários), na rastreabilidade dos medicamentos dispensados e na baixa confiabilidade das bases cadastrais.

Tais disfunções refletem diretamente os limites da capacidade estatal, particularmente em termos de infraestrutura tecnológica, qualificação técnica e padronização de processos. A ausência de um sistema unificado de registro por CPF e a baixa automação da dispensação são exemplos claros de uma burocracia com restrita capacidade operacional, que, segundo Fukuyama, exigiria maior controle centralizado e regras mais rígidas para evitar desvios e assegurar mínima efetividade. Por outro lado, há unidades que demonstram melhor desempenho a partir da iniciativa de seus profissionais, como o uso de planilhas de BI artesanal na ouvidoria, indicando o potencial de ganhos de eficiência com a ampliação da autonomia em contextos pontuais de maior profissionalização.

A governança, nesse cenário, não pode ser mensurada apenas por indicadores finais, como presença de medicamentos ou número de atendimentos. Como argumenta Fukuyama (2013), tais métricas são influenciadas por variáveis exógenas e pouco revelam sobre a qualidade da gestão pública em si. Assim, ele está dizendo que o resultado observado é um composto: parte reflete a qualidade da gestão; parte reflete fatores alheios ao controle da SES/DF. Se avaliarmos somente o desfecho (estoque de medicamentos), poderemos atribuir mérito ou culpa injustamente à burocracia local. Um bom gestor pode sofrer escassez se o laboratório atrasar entregas (exógeno). Um mau gestor pode ter bons estoques se houver uma injeção pontual de verbas (exógeno). Portanto, se conclui que é preciso adotar análises mais granulares, voltadas a identificar capacidades internas (planejamento de compras, monitoramento de estoques, integridade dos processos) em vez de depender de rankings ou medidas agregadas.

O que se observa, a partir das entrevistas, é a coexistência de ilhas de excelência e bolsões de pontos críticos institucionais, o que exige análises mais granulares, voltadas à identificação de capacidades específicas e lacunas localizadas. Assim, a pesquisa

empírica conduzida no âmbito da SES/DF reforça a necessidade de reformas contextuais, que considerem o grau real de autonomia que pode ser concedido às unidades sem comprometer a coerência das políticas públicas, promovendo uma governança baseada na capacidade de execução, profissionalismo e integridade técnica da burocracia.

Continuando com o argumento, a governança no Setor Público se revela elemento central para que se busque responder à pergunta de pesquisa, uma vez que estabelece os princípios, possibilita a identificação de mecanismos e estruturas que orientam a tomada de decisão, a coordenação entre os diversos atores institucionais na gestão da aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF. No contexto específico do Distrito Federal, onde coexistem competências estaduais e municipais, a governança adequada às duas competências é indispensável para superar desafios relacionados à fragmentação dos sistemas de informação, à insuficiente integração entre setores logísticos, assistenciais e administrativos. Nesse sentido, a prática da governança é importante porque afeta diretamente a eficiência (uso racional dos recursos), a qualidade (adequação técnica das decisões e dos fluxos) e a confiabilidade (previsibilidade e controle) da assistência farmacêutica. Esta seção, portanto, reúne diferentes abordagens conceituais de governança, tanto aquelas com finalidade analítica e descritiva quanto as que estabelecem diretrizes normativas e referenciais de boas práticas, para fundamentar a análise proposta nesta pesquisa.

Mas qual o critério e o conceito de governança adotados nesta pesquisa? Primeiro, destaca-se que o tema governança é importante porque condiciona a capacidade do Estado de formular e implementar políticas eficazes, conforme destaca Fukuyama (2013).

Por outro lado, o artigo de Matt Andrews (2008), intitulado “The Good Governance Agenda: Beyond Indicators without Theory”, propõe uma crítica contundente à abordagem dominante da governança baseada em indicadores agregados e sem fundamentação teórica robusta. Matt Andrews argumenta que a agenda internacional de boa governança tem sido construída com base em indicadores amplamente aceitos, como os do Banco Mundial, mas sem uma teoria clara e coerente sobre o que constitui governança eficaz. Para ele, essa abordagem resulta em uma série de problemas metodológicos e práticos: os indicadores utilizados muitas vezes combinam múltiplas dimensões (democracia, corrupção, burocracia, estabilidade etc.), sem explicar como esses elementos se relacionam ou contribuem efetivamente para a melhoria do desempenho governamental. O autor critica o uso de rankings e pontuações como

instrumentos normativos que impõem modelos universais de boa governança, normalmente baseados em padrões ocidentais e em experiências de países desenvolvidos, sem considerar os contextos institucionais, históricos e culturais dos países em desenvolvimento. Andrews propõe que, em vez de buscar conformidade com modelos ideais, os países devem desenvolver soluções locais, incrementais e adaptadas às suas realidades, com base em análise funcional e empírica das instituições existentes.

Assim, justificando o recorte, ao focar em “ilhas de excelência” e “pontos críticos” identificados nas entrevistas exploratórias, a pesquisa rejeita governança só por resultados agregados (estoque de medicamentos, número de atendimentos). Andrews (2010) fornece a base crítica para isso, pois os rankings misturam dimensões demais e não explicam como cada uma afeta, de fato, o desempenho. Logo, o autor é um reforço para a decisão metodológica de analisar capacidades específicas (planejamento de compras, integração de sistemas, monitoramento de estoques) ao invés de usar indicadores prontos. Oferecer critérios para desenhar instrumentos empíricos faz parte da proposta de (Andrews M. , 2008) num outro artigo: “bom governo significa coisas diferentes em contextos diferentes”. Nesse sentido, orienta a pesquisa a elaborar questionários e matriz de análise que não presumam um modelo único de referência, mas investiguem quais capacidades importam, como por exemplo a coordenação entre farmácias e setor de compras, ou quais restrições são locais, como por exemplo a infraestrutura de TI, rotatividade de pessoal e quais soluções já emergiram organicamente, como protocolos informais que funcionam em certas unidades. Isso ajuda a tornar entrevistas mais diagnósticas e menos prescritivas, possivelmente capturando dados úteis para ajustes incrementais. No artigo de 2010, Andrews propõe que o conceito de “bom governo” deve ser relacional (isto é, construído em relação às capacidades e problemas específicos de cada país) e contextual (adaptado às condições locais). Ele argumenta que diferentes países atingem níveis elevados de eficácia governamental adotando arranjos institucionais diversos. Em outras palavras, não existe um único caminho para o bom governo.

Embora Andrews e Fukuyama apresentem abordagens distintas, existe uma É importante convergência: ambos enfatizam a capacidade do Estado de implementar políticas eficazes como núcleo da boa governança. Enquanto Fukuyama foca na interação entre autonomia burocrática e competência técnica, Andrews alerta para os riscos de se ignorar o contexto de “melhores práticas”. Juntos, contribuem com um arcabouço para

avaliar criticamente o funcionamento da administração pública e propor reformas baseadas em diagnóstico realista e adaptabilidade institucional.

No caso da SES/DF, os relatos de entrevistas e os documentos analisados evidenciam justamente a importância dessa abordagem: há deficiências específicas de integração de sistemas, rastreabilidade e qualificação técnica que não podem ser resolvidas por modelos genéricos. A adoção de boas práticas deve ser mediada por um processo de identificação de lacunas locais, construção progressiva de profissionalismo e reconhecimento das limitações operacionais existentes.

A abordagem de Susan Rose-Ackerman sobre governança, apresentada no artigo *“What Does ‘Governance’ Mean?”* (2017), oferece uma perspectiva complementar às de Fukuyama e Matt Andrews, com foco particular nas relações entre governança, corrupção, competência técnica e legitimidade democrática. Susan Rose-Ackerman busca clarificar o conceito multifacetado de governança, destacando que ele deve ser entendido como uma intersecção entre efetividade administrativa e legitimidade democrática. A autora critica o uso impreciso e excessivamente amplo do termo, muitas vezes reduzido à mera ausência de corrupção ou ao funcionamento técnico da burocracia. Para Rose-Ackerman, governança de qualidade exige transparência, responsabilização institucional (accountability) e limites eficazes ao exercício do poder discricionário, de modo a minimizar incentivos à corrupção. Sua análise defende que a boa governança não se resume à capacidade estatal de implementar políticas, mas depende também da forma como essas políticas são formuladas e controladas em um ambiente democrático. Essa concepção é especialmente relevante para a pesquisa em curso, ao apontar que os desafios enfrentados na gestão da cadeia logística de medicamentos da SES/DF não podem ser compreendidos apenas pela ótica da eficiência técnica, sendo necessário incluir também aspectos de controle institucional, participação social e integridade pública.

Para consolidar as bases conceituais que orientam esta pesquisa, o Quadro 11 apresenta uma comparação sucinta das principais abordagens de governança formuladas por Fukuyama (2013), Andrews (2008) (2010) e Rose-Ackerman (2017), destacando o ponto central de cada autor e a respectiva relevância para analisar a cadeia logística de medicamentos na SES/DF. A síntese evidencia convergências e distinções entre perspectivas que enfatizam capacidade estatal, contextualização institucional e legitimidade democrática, oferecendo um referencial crítico para contribuir com a

avaliação da eficiência técnica e mecanismos de accountability na política farmacêutica distrital.

Quadro 11 – Comparativo das Abordagens sobre Governança

Autor (Ano)	Ponto Principal	Relevância para a Pesquisa
Fukuyama (2013) – What is Governance?	Define governança como a capacidade estatal de implementar políticas públicas com eficiência, independentemente do regime político. Enfatiza a interação entre autonomia burocrática e capacidade técnica.	Fornecer um referencial teórico robusto para analisar a qualidade institucional da SES/DF, sobretudo no que tange à sua capacidade de efetivar políticas de aquisição e dispensação de medicamentos.
Andrews (2010) – Good Government Means Different Things in Different Countries	Defende uma abordagem relacional e contextual da boa governança, rejeitando modelos universais ou transplantados.	Fundamenta a necessidade de soluções adaptadas à realidade local da SES/DF, reforçando que as práticas de governança devem considerar a maturidade institucional e os recursos disponíveis.
Andrews (2008) – The Good Governance Agenda: Beyond Indicators without Theory	Critica o uso de indicadores globais sem base teórica consistente. Alerta para a limitação de rankings como instrumentos normativos.	Reforça a importância de diagnósticos locais realistas, evitando a adoção de modelos que ignoram disfunções operacionais e culturais específicas, como as identificadas na pesquisa.
Rose-Ackerman (2017) – What Does “Governance” Mean?	Associa governança à intersecção entre efetividade técnica e legitimidade democrática. Destaca a importância de transparência, responsabilização, e limitação dos incentivos à corrupção.	Contribui para o entendimento da governança como algo que ultrapassa a eficiência administrativa, incorporando dimensões de accountability e participação pública. Aplica-se diretamente aos desafios enfrentados pela SES/DF, onde a ausência de mecanismos de responsabilização e a fragmentação de sistemas impactam a qualidade da gestão.

Organizado pelo autor

Por outro lado, os organismos internacionais e instituições de controle interno oferecem modelos normativos com foco em diretrizes práticas que, nesta pesquisa, são tomados como referências gerais e não como padrões a serem replicados de forma acrítica.

O Banco Mundial define governança como “a maneira pela qual o poder é exercido na gestão dos recursos econômicos e sociais de um país para o desenvolvimento” (World Bank, 1992)⁵⁹. Ainda, de acordo com o Relatório sobre o Desenvolvimento

⁵⁹ Relatório intitulado *Governance and Development*, publicado pelo Banco Mundial em 1992. WORLD BANK. Governance and development. Washington, DC: World Bank, 1992.

Mundial 2017 (Banco Mundial, 2017)⁶⁰, políticas eficazes não podem ser simplesmente copiadas ou transplantadas como "melhores práticas", pois seu sucesso depende fundamentalmente do comprometimento confiável, coordenação efetiva e promoção da cooperação entre diferentes atores políticos e sociais. O Relatório de Desenvolvimento Mundial 2017 destaca que o sucesso das políticas públicas depende fundamentalmente da governança, entendida como a capacidade institucional de assegurar comprometimento, coordenação e cooperação entre os diversos atores envolvidos. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)⁶¹ enfatiza princípios como transparência, integridade, participação e prestação de contas.

A definição de governança pública adotada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE é apresentada por (Thorstensen & Nogueira, 2020) no documento "Governança Pública: a evolução do tema na OCDE e as diretrizes para o Brasil". Trata-se dos arranjos formais e informais que determinam como as decisões públicas são tomadas e como as ações públicas são implementadas, considerando princípios essenciais como accountability⁶², transparência⁶³, eficiência⁶⁴, efetividade⁶⁵.

No Brasil, o Tribunal de Contas da União (TCU)⁶⁶ consolidou uma definição operacional voltada para a administração pública: governança é o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à geração de valor público. A definição de

⁶⁰ Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 2017 Governança e Direito - <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2017>

⁶¹ ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). G20/OECD Principles of Corporate Governance. Paris: OECD Publishing, 2015.

⁶² Responsabilidade de um agente público, ou de qualquer entidade responsável por um ato ou decisão, de prestar contas e responder por suas ações, garantindo transparência e controle. Em essência, é a obrigação de responder por seus atos, decisões e resultados, com foco na prestação de contas e na responsabilização pelas consequências de suas ações. (extraído de <https://accountability-framework.org/pt/use-a-accountability-framework/principios-fundamentais/>)

⁶³ Fundamentos que garantem que a sociedade tenha acesso a informações relevantes sobre as atividades das instituições e órgãos públicos, promovendo a participação e o controle social. (extraído de https://www.stj.jus.br/internet_docs/ministros/Discursos/0001182)

⁶⁴ Incluído na Constituição Federal através da Emenda Constitucional nº 19/1998. estabelece que a administração pública deve buscar os melhores resultados com os menores custos e tempo possíveis, mantendo a qualidade dos serviços prestados ao cidadão.

⁶⁵ Efetividade se concentra na qualidade do resultado e na própria necessidade de certas ações públicas. (EnANPAD 2006)

⁶⁶ Referencial Básico de Governança para as Organizações Públicas (2020) <https://portal.tcu.gov.br/governanca/governanca.htm>

governança pública adotada pelo Tribunal de Contas da União (TCU)⁶⁷, conforme apresentada no Referencial Básico de Governança Organizacional (Brasil, 2020), está na aplicação estruturada de práticas relacionadas à liderança, estratégia e controle. Segundo o TCU, essas práticas possibilitam aos gestores e partes interessadas em uma organização pública avaliar a situação, identificar demandas prioritárias, orientar as ações institucionais e realizar o monitoramento contínuo dos processos organizacionais, podendo, assim, aumentar a probabilidade de obter resultados satisfatórios aos cidadãos no âmbito das políticas públicas e serviços oferecidos.

É necessário reconhecer as limitações do conceito normativo de governança adotado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), amplamente aplicado no setor público brasileiro e no Governo do Distrito Federal. Embora útil para estruturar práticas administrativas ao enfatizar os mecanismos formais de liderança, estratégia e controle, esse modelo mostra-se por vezes insuficiente para abarcar desafios complexos observados nesta pesquisa, como os conflitos inter organizacionais, as restrições de capacidade estatal e a fragmentação logística nos processos de aquisição e dispensação de medicamentos. Por essa razão, ainda que a estrutura do TCU seja adotada como referência organizadora, sua aplicação será complementada por abordagens analíticas mais críticas e abrangentes.

Por fim, registra-se que **a definição proposta por Francis Fukuyama (2013) se mostra mais aderente aos objetivos desta pesquisa, pois articula os elementos essenciais para avaliar a eficácia da gestão pública no setor da saúde, como competência técnica, autonomia decisória e efetividade na entrega de políticas.**

4.2 GOVERNANÇA EM SAÚDE PÚBLICA

Nesta seção é apresentado o conceito de governança que servirá de referência operacional para esta pesquisa, com o objetivo de subsidiar a análise dos mecanismos institucionais que influenciam os processos de aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

⁶⁷ O Tribunal de Contas da União (TCU) é o órgão de controle externo do governo federal que tem como principal função fiscalizar a aplicação dos recursos públicos federais, mas ao se manifestar sobre temas de competência da União, cria jurisprudência também para todos os entes federativos. (<https://portal.tcu.gov.br/conheca-o-tcu/competencias-do-tcu>)

Conforme sistematizado por Carvalho *et al.* (2025), a governança em saúde pública envolve um conjunto de funções estruturantes, como a formulação de políticas de saúde⁶⁸, a regulação e fiscalização, o financiamento do sistema, a gestão de recursos humanos, a informação e as tecnologias em saúde, além da participação da comunidade. Trata-se de um processo político que requer o equilíbrio entre diferentes interesses, dos usuários dos serviços, dos profissionais de saúde e dos fornecedores de insumos e medicamentos, sendo modelada de acordo com as especificidades políticas, econômicas e culturais de cada território. Essa concepção será utilizada como base para identificar os fatores críticos que condicionam a governança no âmbito da assistência farmacêutica da SES/DF, sobretudo no que se refere à sua capacidade institucional de articular recursos, processos decisórios e resultados em saúde pública.

A concepção de governança em saúde pública apresentada por Carvalho, *et al.* (2025) compreende funções estruturantes e integradas como a formulação de políticas, regulação, financiamento, gestão da informação e participação social, reconhecendo a governança como um processo político que deve se adaptar às realidades institucionais e territoriais. Essa abordagem é corroborada por depoimentos de servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que evidenciam esforços recentes para aprimorar a gestão da informação oriunda da ouvidoria, com o uso de planilhas e ferramentas de BI para compilar, categorizar e responder manifestações da população sobre falta de medicamentos. No entanto, o relato revela limitações na articulação entre os níveis decisórios e operacionais, como a ausência de retorno da ponta sobre correções de fluxo e a dificuldade em consolidar respostas sistêmicas a partir das manifestações recebidas. Esses elementos indicam que, embora haja iniciativa técnica, ainda há lacunas na institucionalização da governança, especialmente no que se refere à integração entre os atores e à capacidade do sistema em retroalimentar-se com base nas informações produzidas, o que reflete diretamente os desafios apontados na literatura quanto à efetividade e coordenação na governança em saúde pública

Por sua vez, Almeida *et al.* (2010) se posiciona no intuito de compreender que a governança, no âmbito da coordenação da saúde pública, ultrapassa os limites da estrutura normativa e burocrática, exigindo capacidade institucional efetiva para articular atores,

⁶⁸ Guia de Governança e Gestão em Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU, 2018), a formulação de políticas é uma das funções estruturantes da governança, pois define o rumo estratégico do sistema de saúde e permite o alinhamento entre planejamento, gestão, monitoramento e avaliação.

níveis assistenciais e sistemas de informação. Essa perspectiva destaca a governança como um processo dinâmico, centrado na coordenação da atenção básica, especializada e hospitalar, essencial para assegurar a continuidade do cuidado.

Carvalho, *et al.* (2025), ao abordar a fragmentação dos sistemas de informação e a consequente perda de eficiência no cuidado, converge com essa visão ao indicar a necessidade de estratégias integradoras, como redes assistenciais pactuadas e fluxos coordenados. Esses desafios estão presentes na realidade da SES/DF, onde as entrevistas exploratórias identificaram, ainda de forma preliminar, pontos críticos recorrentes na articulação entre farmácia, atenção básica e serviços especializados, comprometendo a efetividade das ações, um exemplo prático do que Fukuyama (2013) denomina falência de governança funcional, no caso da SES/DF, como risco. Os achados da pesquisa buscam reforçar a tese de que a governança depende de arranjos organizacionais bem definidos, com instrumentos institucionais que promovam a coordenação horizontal e vertical, transparência e fluxo contínuo de informações, elementos defendidos por Rose-Ackerman (2017) como condicionantes para uma governança eficaz e responsiva.

Santos e Giovanella (2014) oferecem uma contribuição conceitual e empírica relevante para a análise da governança em saúde pública, ao abordar o tema a partir das práticas de gestão regional e das disputas políticas e institucionais que influenciam a organização dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). A governança, nesse contexto, é compreendida como a capacidade de coordenação entre diferentes entes federativos e níveis assistenciais, com ênfase na regulação pactuada, na institucionalização de instâncias colegiadas e na articulação entre atores políticos, técnicos e sociais. A análise desenvolvida no artigo demonstra que a ausência de clareza nos papéis institucionais, a descontinuidade nas relações intergovernamentais e os conflitos de interesse comprometem a efetividade das ações planejadas, refletindo diretamente sobre a fragmentação das redes de atenção.

Essa perspectiva se alinha aos objetivos desta pesquisa ao evidenciar que a boa governança não depende apenas da existência de normas e diretrizes, mas sobretudo da capacidade de articulação, negociação e responsabilização compartilhada, elementos que até aqui se mostram passíveis de alguma crítica no contexto da assistência farmacêutica da SES/DF, como evidenciado nas entrevistas exploratórias e documentos de ouvidoria analisados. Ao destacar a necessidade de instrumentos e arranjos cooperativos para consolidar a gestão regional e garantir a continuidade do cuidado, o estudo reforça a

importância de compreender a governança como processo relacional e estratégico, com implicações diretas para a cadeia logística de medicamentos, sobretudo no que diz respeito à coordenação intersetorial e ao fluxo pactuado entre unidades de atenção básica, especializada e hospitalar.

Lorenzetti *et al.* (2014) identificam a gestão em saúde no Brasil como caracterizada por elementos críticos estruturais que comprometem sua efetividade, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de entrevistas com gestores públicos e privados, os autores destacam que a gestão em saúde envolve três dimensões fundamentais: (1) a organização das redes e serviços, que exige a articulação integrada entre diferentes níveis de atenção e setores institucionais; (2) a formação e valorização dos quadros profissionais, cuja carência de qualificação gerencial e alta rotatividade prejudicam a continuidade e a qualidade das políticas públicas; e (3) a incorporação de tecnologias de informação e comunicação, necessária para assegurar a eficiência administrativa, o planejamento estratégico e o monitoramento sistemático das ações em saúde.

A análise conduzida por Lorenzetti *et al.* (2014) é relevante para refletir sobre o contexto da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), onde a fragmentação dos sistemas de informação, como ocorre com o TrackCare e o AlphaLink, evidencia as mesmas falhas identificadas nacionalmente: ausência de integração tecnológica, falta de qualificação gerencial e baixa capacidade de planejamento e avaliação. Assim, o estudo reforça a necessidade de políticas que promovam a profissionalização da gestão, a estabilidade administrativa e a integração entre processos e sistemas como estratégias indispensáveis ao fortalecimento da governança pública e à melhoria da eficiência nos serviços de saúde.

O Quadro 12, a seguir, consolida as principais contribuições teóricas e empíricas extraídas de estudos selecionados sobre governança em saúde, evidenciando como cada referência amplia o referencial analítico desta pesquisa. Ao sistematizar aspectos como funções estruturantes, coordenação assistencial, pactuação intergovernamental e integração em rede, a síntese oferece bases conceituais para compreender os desafios específicos da SES/DF na gestão e na logística farmacêutica.

Quadro 12 – Contribuições ao Referencial Analítico

Referência	Contribuição para o Referencial Analítico
Carvalho <i>et al.</i> (2025)	Destaca a governança em saúde como processo político com funções estruturantes (políticas, regulação, financiamento, gestão de pessoas e informações) e participação social. Aponta desafios da SES/DF na integração de sistemas e uso de informações da ouvidoria.
Almeida <i>et al.</i> (2010)	Enfatiza a coordenação entre níveis assistenciais como elemento central da governança em saúde, ultrapassando estruturas burocráticas. Reforça a necessidade de articulação efetiva para a continuidade do cuidado, alinhando-se aos desafios da SES/DF.
Santos & Giovanella (2014)	Contribui com análise empírica sobre a governança regional, destacando a importância da pactuação, clareza institucional e articulação entre entes federativos. Evidencia que a ausência desses elementos compromete a efetividade da assistência farmacêutica.
Lorenzetti <i>et al.</i> (2014)	Aponta três dimensões essenciais da gestão em saúde: articulação em rede, qualificação de profissionais e integração tecnológica. Os achados se aplicam à SES/DF, evidenciando carência de planejamento, fragmentação de sistemas e baixa capacidade gerencial.

Organizado pelo autor com base nas referências citadas

Como a pesquisa se concentra no aprimoramento da governança e da integração dos sistemas de informação voltados à aquisição e dispensação de medicamentos, com base em referenciais normativos, teóricos, entrevistas e análise documental, a investigação buscará identificar lacunas na governança, falhas de integração sistêmica e riscos operacionais, analisando critérios normativos, fluxos logísticos, capacidade estatal, aspectos comportamentais e estratégias de controle.

Essa abordagem se insere no escopo mais amplo da governança da saúde pública, conforme expõem Carlson *et al.* (2014), ao enfatizar funções essenciais como o alinhamento às prioridades da população, a gestão eficiente dos recursos e a articulação entre atores institucionais e comunitários. No entanto, conforme apontam estudos como os de Sun (2022) e Marks *et al.* (2011), a efetivação dessa governança enfrenta obstáculos como a politização das decisões, desigualdades estruturais e escassez de recursos, exigindo, assim, a adoção de arranjos colaborativos e tecnicamente qualificados – desafio central também identificado no contexto da SES/DF e enfrentado nesta pesquisa. Sun (2022) destaca que, nos Estados Unidos, a politização da governança compromete a resposta coordenada às crises sanitárias. Desafios estruturais como a escassez de recursos e as desigualdades persistentes na oferta e nos resultados em saúde dificultam a efetivação de uma governança responsiva e justa, como evidenciado por Marks *et al.* (2011).

O quadro a seguir sintetiza as principais funções e desafios da governança em saúde pública a partir desses outros estudos.

Quadro 13 – Funções e Desafios da Governança em Saúde Pública: uma síntese dos estudos selecionados

Funções/Desafios	Descrição e Referência
Desenvolvimento de políticas	Estabelecer políticas que reflitam as prioridades da comunidade (Carlson <i>et al.</i> , 2015).
Gestão de recursos	Gerir de forma eficiente os recursos de saúde para maximizar resultados (Carlson <i>et al.</i> , 2015).
Melhoria contínua	Adotar estratégias permanentes para qualificar os serviços (Carlson <i>et al.</i> , 2015).
Engajamento de parceiros	Colaborar com governo, setor privado e comunidade (Carlson <i>et al.</i> , 2015).
Influência política	Politização compromete respostas coordenadas (Sun, 2021).
Alocação de recursos	Escassez afeta a qualidade e continuidade dos serviços (Sun, 2021).
Desigualdades em saúde	Governança deve enfrentar iniquidades no acesso e resultados (Marks <i>et al.</i> , 2011).

Organizado pelo autor a partir das fontes citadas

Em apertada síntese, **a governança da saúde pública representa um campo estratégico da administração pública que integra estruturas institucionais, processos decisórios e mecanismos de coordenação voltados à formulação de políticas, alocação de recursos e prestação de serviços essenciais à população.** Em contextos marcados por complexidade organizacional, restrições orçamentárias e desigualdades no acesso à saúde, o fortalecimento da governança se torna condição fundamental para a efetividade das ações estatais e para a garantia do direito à saúde. Compreender suas funções e desafios é, portanto, indispensável para identificar os fatores que condicionam a capacidade institucional dos sistemas de saúde, bem como para orientar práticas colaborativas.

4.3 GOVERNANÇA DA CADEIA LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS

Nesta seção, destinada à cadeia logística de medicamentos, a pesquisa trata do percurso que se inicia a partir das bases normativas da assistência farmacêutica brasileira e avança por investigações que vão compor o mosaico de evidências sobre como tecnologias emergentes, arranjos institucionais e responsabilidade compartilhada moldam o abastecimento de medicamentos. A seção evidencia que avanços isolados não bastam, pois governar a cadeia logística significa conectar pessoas, sistemas e regras em torno de um propósito comum de rastreabilidade e eficiência.

A governança na cadeia logística de medicamentos configura-se como um componente estratégico da gestão pública em saúde, ao integrar decisões críticas sobre **aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de insumos farmacêuticos** a sistemas de controle e monitoramento que garantam rastreabilidade, segurança e eficiência. Instituída pela Resolução CNS nº 338/2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)⁶⁹ reforça esse papel estruturante ao estabelecer diretrizes que articulam a assistência farmacêutica às ações e serviços do SUS, com ênfase em planejamento, financiamento adequado, uso racional de medicamentos e implantação de sistemas informatizados para avaliação contínua. Ao delimitar responsabilidades técnicas entre os entes federativos, a PNAF contribui para a efetividade e sustentabilidade da cadeia de medicamentos, consolidando a governança farmacêutica como base para a realização do direito à saúde.

Ahmadi et al. (2020) e Moscou et al. (2016) contribuem para o aprofundamento da compreensão sobre a governança na cadeia logística de medicamentos ao enfatizarem, respectivamente, o papel das tecnologias emergentes e os desafios institucionais na farmacovigilância. Ahmadi et al. (2020) propõem a integração de blockchain⁷⁰ e Internet das Coisas⁷¹ (IoT) como mecanismo para assegurar rastreabilidade, integridade e

⁶⁹ A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi instituída oficialmente pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004. Esse documento normativo foi publicado no Diário Oficial da União em 20 de maio de 2004, seção 1, página 52, e está disponível no site oficial do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

⁷⁰ Blockchain é uma tecnologia de registro digital distribuída, frequentemente traduzida como "cadeia de blocos" em português. Ela armazena transações em blocos criptografados e interligados, formando uma cadeia inalterável e transparente.

⁷¹ A Internet das Coisas (IoT, na sigla em inglês) refere-se à rede de dispositivos físicos, objetos, máquinas e outros objetos conectados à internet, que coletam e trocam dados. Estes dispositivos, frequentemente equipados com sensores, software e tecnologia de comunicação, interagem entre si e com sistemas externos, permitindo o monitoramento.

segurança na cadeia farmacêutica, oferecendo registros imutáveis e em tempo real que fortalecem a transparência e a eficiência operacional, aspectos essenciais em contextos de fragmentação informacional e falhas de controle, como os observados na SES/DF. Já Moscou et al. (2016) analisam a governança sob a ótica da farmacovigilância no Brasil, evidenciando lacunas na integração de sistemas de informação e nas práticas regulatórias, o que compromete a resposta institucional a eventos adversos e a responsabilização nas etapas finais da cadeia. Ambos os estudos convergem ao apontar a necessidade de maior interoperabilidade, definição de responsabilidades e arranjos de coordenação capazes de sustentar uma governança mais robusta e responsiva no âmbito da saúde pública.

Os estudos de Sujarwad et al. (2023), Wulandari et al. (2020) e Wandira e Chikita (2022) oferecem um panorama abrangente sobre a governança da cadeia logística de medicamentos em contextos de atenção primária à saúde na Indonésia, com destaque para o papel do planejamento colaborativo e da coordenação interinstitucional. Sujarwad et al. (2023) enfatizam a articulação entre os setores farmacêutico, financeiro e clínico como elemento crítico no planejamento das necessidades, evidenciando uma estrutura funcional de governança, ainda que heterogênea, com potencial de fortalecimento por meio da padronização de práticas e integração de sistemas. Wulandari et al. (2020), por sua vez, analisam a gestão logística em instalações farmacêuticas distritais, destacando a centralidade dos gestores farmacêuticos e a adoção parcial de práticas informatizadas, ao lado de limitações como controle inadequado de temperatura e uso persistente de registros manuais. Já Wandira & Chikita (2022) apresentam uma visão sistêmica da cadeia logística, abordando desde o planejamento até a eliminação de medicamentos, e identificam elementos críticos estruturais, falhas de conectividade e ausência de critérios formais de priorização. Os autores reconhecem a presença de mecanismos de coordenação e boas práticas parciais, sugerindo que a efetividade da governança logística depende da melhoria contínua da infraestrutura, da interoperabilidade dos sistemas e do fortalecimento da capacidade institucional em todos os níveis administrativos.

Os estudos de Tasrim et al. (2024) e Handayany e Fathurrahmi (2020) evidenciam variações no desempenho logístico de medicamentos em diferentes localidades da Indonésia, com destaque para aspectos críticos da governança. Tasrim et al. (2024), ao avaliarem a instalação farmacêutica do Departamento de Saúde da cidade de Kendari, identificam conformidade com normas nacionais de descarte e desempenho positivo em etapas como distribuição, embora apontem elementos críticos nas fases de aquisição e

armazenamento, indicando necessidade de fortalecimento dos controles e qualificação dos processos decisórios. Em contraste, Handayany e Fathurrahmi (2020) analisam a gestão logística no Hospital Dr. Wahidin Sudirohusodo, em Makassar, e registram limitações estruturais mais expressivas, como escassez de recursos humanos qualificados, infraestrutura inadequada e ausência de previsões orçamentárias para perdas, resultando em ineficiências operacionais. Ambos os trabalhos demonstram que falhas em insumos, processos e resultados comprometem a efetividade da cadeia logística, reforçando a centralidade da governança para assegurar o abastecimento e o uso racional de medicamentos.

Diante da diversidade de contextos e enfoques metodológicos dos estudos analisados, observa-se uma convergência quanto à centralidade da governança como elemento estruturante para a efetividade da cadeia logística de medicamentos. As evidências empíricas indicam que avanços pontuais, como a adoção de tecnologias emergentes ou a implementação de rotinas padronizadas, não são suficientes para assegurar desempenho satisfatório quando desvinculados de mecanismos institucionais sólidos, sistemas interoperáveis e coordenação entre os níveis decisórios. Persistem elementos críticos que se manifestam tanto na infraestrutura física quanto nos fluxos informacionais e nas práticas de gestão, com impactos diretos sobre a rastreabilidade, o uso racional e a segurança dos medicamentos. Assim, os achados da literatura reforçam a necessidade de superar a fragmentação das ações por meio de estratégias integradas, sustentadas por planejamento intersetorial, responsabilização técnica e investimentos estruturais, elementos que se apresentam como determinantes para o fortalecimento da governança logística em sistemas públicos de saúde.

O quadro a seguir sintetiza os principais achados a partir desses trabalhos:

Quadro 14 - Etapas da Logística de Medicamentos – Análise Reflexiva

ID	Etapas	Análise Reflexiva com Base nos Estudos
a	Planejamento	O planejamento logístico de medicamentos, embora presente em todas as experiências analisadas, revela diferentes níveis de maturidade. Estudos como os de Sujarwad et al. (2023) e Wandira e Chikita (2022) destacam a importância do planejamento colaborativo entre setores, com base em dados de consumo e perfil epidemiológico. No entanto, falhas na entrega de formulários e na priorização estratégica comprometem a efetividade desse processo.
b	Aquisição	A aquisição apresenta variações críticas quanto ao uso de tecnologias (e-catalog) e critérios de seleção. Os estudos de Tasrim et al. (2024) e Wulandari

		et al. (2020) evidenciam baixa conformidade com padrões de disponibilidade e eficiência de compras. A ausência de mecanismos estruturados de priorização e a dependência de recursos externos demonstram elementos críticos na governança dessa etapa.
c	Armazenamento ou Logística	Apesar do uso de boas práticas (Wulandari et al., 2020; Wandira e Chikita, 2022), o armazenamento sofre com limitações estruturais recorrentes, como controle inadequado de temperatura e carência de equipamentos. Tais deficiências afetam a qualidade e a segurança dos medicamentos, refletindo falhas nos investimentos e na supervisão contínua.
d	Distribuição ou Dispensação	A distribuição tende a apresentar melhores resultados, como nos estudos de Tasrim et al. (2024), que indicam alta conformidade com os prazos e precisão na entrega. No entanto, a eficiência está condicionada à boa articulação entre os setores, como observado por Wandira e Chikita (2022), o que revela a necessidade de coordenação interinstitucional para garantir a regularidade do abastecimento.
e	Eliminação	A eliminação de medicamentos vencidos ou danificados é regulamentada, mas nem sempre aplicada de forma sistemática. Handayany e Fathurrahmi (2020) e Wandira e Chikita (2022) apontam que restrições orçamentárias e burocráticas ainda impedem a execução adequada dessa etapa. Isso gera riscos ambientais e sanitários, indicando falhas na última fase da cadeia logística.
f	Registro e Controle	O registro e a prestação de contas são parcialmente informatizados em muitos contextos (Wulandari et al., 2020), com persistência de práticas manuais. A falta de integração entre sistemas compromete a rastreabilidade e a accountability dos fluxos logísticos, o que fragiliza a governança geral e exige investimento em sistemas interoperáveis, como indicado por Ahmadi et al. (2020).

Elaborado pelo autor com base nos autores citados

A escolha das etapas apresentados no Quadro 14 resulta de um recorte sintético das fases que aparecem com maior frequência nos estudos empíricos revisados. Nas experiências analisadas por Wulandari et al. (2020) e Wandira & Chikita (2022), por exemplo, “Armazenamento” e “Logística” são tratadas como um mesmo macroprocesso, pois as restrições de infraestrutura (câmaras frias, controle de temperatura, equipamentos de movimentação) e de supervisão costumam ser examinadas conjuntamente. Do mesmo modo, Tasrim et al. (2024) analisam distribuição e dispensação como partes de uma única fase destacando que a conformidade nos prazos de entrega depende da articulação entre o depósito central e o atendimento direto ao usuário. Assim, o Quadro 14 consolida seis grandes etapas (Planejamento, Aquisição, Armazenamento/Logística, Distribuição/Dispensação, Eliminação e Registro/Controle) porque essa agregação permite comparar diferentes sistemas de saúde sem perder a correspondência com as rotinas logísticas descritas na literatura.

Já o Quadro 7, apresentado anteriormente, reflete o fluxo operacional específico da SES/DF, extraído do Manual de Logística e validado, inicialmente, nas entrevistas exploratórias. Nesse desenho, “Recebimento e Armazenamento” aparecem como etapa

distinta de “Distribuição e Logística”, e Dispensação é separada da distribuição justamente porque, na prática local, essas atividades são executadas por unidades e equipes diferentes. Para tornar claro o diálogo entre as duas visões, o trabalho insere o Quadro 15, que faz a correspondência entre as categorias analíticas do Quadro 14 e as etapas do fluxo institucional.

Em síntese, nenhum estudo isolado utiliza exatamente as categorias do Quadro 14. Elas são fruto de uma sistematização comparativa que agrupa fases semelhantes para viabilizar a análise reflexiva de governança. O desdobramento mais detalhado do Quadro 7 é mantido para garantir aderência ao contexto local, e a triangulação entre os quadros (14, 15 e 7) demonstra como a pesquisa articula teoria e prática: o referencial analítico identifica “onde” a governança costuma falhar, enquanto o fluxo da SES/DF mostra “como” e “em que ponto” essas falhas se materializam.

Esses elementos ajudam a revelar que a governança da cadeia logística de medicamentos não se restringe à execução técnica dos fluxos, mas inclui a criação de condições institucionais e normativas para garantir controle, transparência, rastreabilidade e articulação entre os atores envolvidos.

Assim, propõe-se a seguir uma análise comparativa do fluxo descrito no quadro 7 - Fluxo da Aquisição à Dispensação de Medicamentos com os componentes descritos no Quadro 14:

Quadro 15 - Fluxo de Aquisição e Dispensação de Medicamentos atual no SES/DF com visão das etapas da cadeia logística de medicamentos

Etapas	Descrição	ID (Quadro 14)
Planejamento e Aquisição (SUCOMP)	Identificação da Necessidade e Consolidação das demandas pelas unidades. Planejamento das compras. Realização de processos licitatórios ou dispensas, conforme a legislação vigente. Formalização dos contratos e emissão de ordens de fornecimento.	a, b
Recebimento e Armazenamento (SULOG/CAF)	Recebimento dos medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) Central. Conferência e armazenamento conforme boas práticas. Controle de estoque e validade. Distribuição para os Almoxarifados Regionais.	c
Distribuição e Logística (SIS-MATERIAIS)	Registro de requisições pelas unidades de saúde no sistema SIS-MATERIAIS. Separação e expedição dos produtos pela CAF Central. Transporte até as unidades solicitantes. Conferência e armazenamento local nas unidades de saúde.	c, d

Prescrição	Realizada por médicos e demais profissionais de saúde habilitados. Baseada na avaliação clínica do paciente e nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Registro da prescrição no prontuário do paciente.	Sem correspondência
Dispensação	Ocorre nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde (UBS), farmácias de alto custo e hospitalares. Análise técnica da prescrição por farmacêutico. Registro da dispensação no sistema SIS-MATERIAIS. Entrega do medicamento ao paciente com as devidas orientações de uso.	d

Fonte: elaborado pelo autor

Dessa forma, o Quadro 14 apresenta uma estrutura analítica das etapas da logística de medicamentos com base em estudos empíricos, enquanto o Quadro 15 representa o fluxo institucional praticado no âmbito da Secretaria de Saúde, associado aos respectivos componentes analíticos por meio da coluna de ID. Destacam-se as seguintes ausências de alinhamento entre as visões analíticas (Quadro 14) e a situação atual na SES/DF (Quadro 15):

- **Prescrição:** embora seja uma etapa relevante para o uso racional do medicamento, não possui correspondência direta com os componentes analíticos do Quadro 14, por se tratar de um processo clínico-assistencial e não logístico *strictu-sensu*. Por esse motivo, não é destacada nas abordagens analíticas da literatura revisada. No entanto, dada sua relevância prática na rotina da SES/DF, especialmente pela forma como impacta as etapas subsequentes do processo, ela foi incluída no Quadro 15.
- **Eliminação (ID e):** o Quadro 15 não contempla a fase de eliminação de medicamentos vencidos ou danificados, etapa frequentemente apontada na literatura como crítica para a segurança sanitária e ambiental. Ainda assim, essa fase não foi incluída na análise, por não representar um gargalo prioritário nem ser objeto das propostas de intervenção consideradas neste trabalho.
- **Registro e Controle (ID f)⁷²:** também não há referência explícita ao componente de registro, prestação de contas ou integração de sistemas no Quadro 15. Essa ausência, contudo, não compromete a análise desenvolvida, uma vez que o foco do trabalho recai sobre as etapas logísticas diretamente associadas aos fluxos de aquisição e dispensação.

⁷² O sistema SIS-MATERIAIS é um sistema utilizado pela SES/DF para o registro operacional da dispensação e distribuição, sem abranger mecanismos de rastreabilidade ou *accountability* ampliada.

Complementarmente, o Quadro 16, a seguir, sintetiza, de forma estruturada e didática, os principais componentes da **governança da cadeia logística de medicamentos**, reorganizando elementos identificados na literatura especializada. A proposta do quadro é permitir uma compreensão integrada das dimensões que sustentam a governança dessa cadeia no setor público de saúde, indo além da mera operação logística e evidenciando a articulação entre aspectos institucionais, tecnológicos, normativos e organizacionais.

Os sete componentes fundamentais (a-g) apresentados são interdependentes e complementares, estruturando a governança da cadeia logística de medicamentos conforme o referencial analítico pesquisado. Cada componente é descrito e fundamentado em fontes acadêmicas, legitimando sua adoção como base conceitual da pesquisa. A partir dessa sistematização, foi possível realizar a categorização dos elementos críticos identificados nas entrevistas conduzidas no âmbito da SES/DF, possibilitando confrontar as dimensões teóricas da boa governança com a realidade empírica observada. Essa triangulação evidenciou lacunas estruturais e operacionais que comprometem a efetividade da cadeia de medicamentos na prática.

Quadro 16 - Componentes Principais da Governança da Cadeia Logística de Medicamentos - reorganizados

ID	Componente	Descrição	Fontes (artigos)
a	Planejamento Intersetorial e Participativo	Envolve a articulação entre setores (farmacêutico, clínico, financeiro e gestor), com base em dados epidemiológicos, consumo histórico e capacidade orçamentária. A governança se expressa na coordenação vertical (entre níveis de governo) e horizontal (entre setores).	Wandira e Chikita (2022); Sujarwad et al. (2023); Handayany e Fathurrahmi (2020)
b	Integração e Interoperabilidade de Sistemas de Informação	Refere-se à capacidade de conectar bases de dados, automatizar registros, e viabilizar o monitoramento da cadeia logística em tempo real. Falhas nesse item comprometem a rastreabilidade e a governança.	Ahmadi et al. (2020); Moscou et al. (2016); Wulandari et al. (2020)
c	Adoção de Tecnologias de Rastreabilidade	Implementação de soluções como blockchain, IoT, ou sistemas nacionais de controle logístico. Esses recursos ampliam a transparência e a confiança no fluxo logístico.	Ahmadi et al. (2020); Mackey (2014)
d	Mecanismos de Controle e Responsabilização (Accountability)	Controles internos, auditorias, rastreamento de perdas, prazos e conformidade com normas técnicas (ex: FIFO, FEFO). Também envolve	Wandira & Chikita (2022); Tasrim et al. (2024); Handayany e

		prestação de contas e atribuições claras entre os atores.	Fathurrahmi (2020)
e	Capacidade Institucional e Infraestrutura	Governança exige suporte estrutural adequado: RH capacitado, espaços de armazenamento padronizados, conectividade, e recursos financeiros para todas as etapas (inclusive eliminação).	Handayany e Fathurrahmi (2020); Wandira e Chikita (2022); Sujarwad et al. (2023)
f	Normatização e Conformidade Regulatória	Aplicação de marcos legais e regulatórios (como regulamentos de descarte e registros obrigatórios), tanto nacionais quanto internacionais, com aderência às normas técnicas de gestão farmacêutica.	Moscou et al. (2016); Tasrim et al. (2024); Ahmadi et al. (2020)
g	Coordenação Interinstitucional	Alinhamento entre unidades centrais (secretarias ou departamentos de saúde) e unidades descentralizadas (postos, hospitais), com fluxos formais de informação, repasse de insumos e suporte técnico.	Wandira e Chikita (2022); Sujarwad et al. (2023); Mackey (2014)

Organizado pelo autor a partir das referências consultada

Convergindo com essa análise, o Tribunal de Contas da União (TCU), com base em três acórdãos selecionados no Portal do TCU⁷³, Acórdão nº 2.467/2023, Acórdão nº 1.161/2024 e Acórdão nº 622/2025, o tribunal afirma que é possível identificar falhas estruturais recorrentes na governança da cadeia de medicamentos em estados e municípios, e reforça esse entendimento ao apontar falhas como a ausência de integração entre setores e a fragilidade dos controles internos, conforme resumido no quadro a seguir. O TCU recomendou o aprimoramento da governança da cadeia, com foco em planejamento adequado, controles logísticos efetivos, além de responsabilização de gestores pela qualidade do abastecimento e da dispensação.

Quadro 17 - Falhas Estruturais na Governança da Cadeia de Medicamentos – Análise de Acórdãos do TCU

Categoria da Falha	Descrição	Acórdão do TCU	Recomendação	ID (Quadro 14)
Ausência de integração entre	Baixa interoperabilidade entre	Acórdão 622/2025	Fortalecer a adesão aos sistemas de informação nacionalmente padronizados	a, b

⁷³ <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/o>

setores e sistemas	sistemas como SIPNI ⁷⁴ , dificultando o acompanhamento da cadeia logística.		e aprimorar a integração entre instâncias de gestão.	
Fragilidade nos controles internos e na fiscalização de contratos	Falta de mecanismos efetivos de fiscalização, inclusive ausência de acesso a sistemas WMS/TMS ⁷⁵ . Pagamentos sem base em indicadores.	Acórdão 1161/2024	Estabelecer e fiscalizar o cumprimento de cláusulas contratuais relativas ao fornecimento e validação de sistemas de gestão.	d
Deficiências no planejamento logístico e na gestão de estoques	Distribuição ineficiente e desarticulação entre níveis de governo comprometem o abastecimento.	Acórdão 622/2025	Melhorar o planejamento logístico baseado em demanda real, com articulação entre esferas federal, estadual e municipal.	a, g
Falta de indicadores confiáveis e rastreabilidade	Ausência de indicadores de desempenho e dados confiáveis para avaliar contratos e políticas públicas.	Acórdão 1161/2024	Implantar e monitorar indicadores de performance vinculados a metas contratuais, com base em dados auditáveis.	b, d
Deficiências na logística e gestão descentralizada de insumos	Os DSEIs ⁷⁶ apresentaram falhas na distribuição de medicamentos e insumos, com carência de controle de estoques, ausência de planejamento estruturado e limitações operacionais dos sistemas de informação.	Acórdão 2.467/2023	Aprimorar a governança logística nos DSEIs por meio de planejamento regular de abastecimento, capacitação de equipes locais e padronização de processos de controle e distribuição de medicamentos.	a, b, e, g

Fonte: organizado pelo autor

A governança da cadeia logística de medicamentos emerge, à luz da literatura analisada, como elemento estruturante para assegurar a efetividade das políticas públicas

⁷⁴ Os sistemas SIPNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SIES (Sistema de Insumos Estratégicos) são ferramentas importantes no âmbito da saúde pública, com funções distintas, mas complementares. O SIPNI foca no registro e análise de informações sobre a vacinação, enquanto o SIES gerencia insumos estratégicos, como medicamentos e equipamentos, utilizados nas ações de saúde. - <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001077.pdf>

⁷⁵ WMS (Warehouse Management System) e TMS (Transportation Management System) são sistemas de software utilizados na gestão logística para otimizar processos de armazenagem e transporte. <https://www.intelipost.com.br/blog/wms-x-tms-entenda-quais-sao-as-diferencas>

⁷⁶ Distritos Sanitários Especiais Indígenas – no caso, os Yanomami.

de saúde. Longe de se restringir a aspectos operacionais, ela abrange um arranjo que articula planejamento intersetorial, integração de sistemas, tecnologias de rastreabilidade, controle institucional e normatização. O cruzamento entre os quadros analíticos (Quadros 14, 15 e 16) e os achados dos acórdãos do TCU (Quadro 17) evidencia que os principais entraves enfrentados pela administração pública, como falhas de integração, controles internos frágeis, deficiência de planejamento e ausência de rastreabilidade, decorrem da inexistência ou fragilidade desses componentes estruturantes.

Nesse sentido, observa-se que avanços pontuais, como a informatização parcial ou a adoção de práticas padronizadas, não são suficientes. O bom desempenho nas etapas de aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos depende da consolidação de uma governança sólida, apoiada por infraestrutura adequada, equipe capacitada, interoperabilidade entre os sistemas e coordenação efetiva entre as diversas áreas atuantes. A comparação entre o fluxo institucional vigente no SES/DF e os referenciais teóricos permite identificar lacunas relevantes, como a ausência de mecanismos amplos de registro, o que reforça a necessidade de revisar e aprimorar os processos.

Dessa forma, a governança logística deve ser compreendida como parte do compromisso da SES/DF com a qualidade da assistência na dispensação de medicamentos. A articulação entre atores, processos e sistemas é condição para o aumento da eficiência administrativa, com efeitos diretos sobre a disponibilidade, a continuidade do abastecimento e o acesso aos medicamentos.

4.3.1 GESTÃO DE PROCESSOS DE NEGÓCIO (BPM)

Para tornar essa análise mais operacional e permitir observar de forma estruturada como esses componentes podem ser modelados e aprimorados, insere-se a seguir a abordagem de Gestão de Processos de Negócio (BPM), que colabora com a base metodológica para organizar e confrontar as etapas da cadeia logística de medicamentos.

Conforme Aalst (2013), BPM integra conhecimentos de tecnologia da informação e de gestão para modelar, analisar, executar, monitorar e melhorar processos operacionais, com vistas a ganhos significativos de produtividade e redução de custos. Em termos conceituais, o BPM amplia o escopo do gerenciamento de fluxos de trabalho (WFM), ao abarcar não apenas automação, mas também o desenho organizacional e a gestão das operações.

Abordar o tema, mesmo que brevemente, tendo o **Quadro 14** como referência, é metodologicamente aplicável⁷⁷ porque ele sintetiza, em seis macrocomponentes recorrentes na literatura (Planejamento; Aquisição; Armazenamento/Logística; Distribuição/Dispensação; Eliminação; Registro/Controle), as fases que aparecem com maior frequência nos estudos empíricos revisados até aqui. Essa agregação cria uma taxonomia comparável entre contextos distintos, reduz o ruído oriundo de terminologias locais e permite observar, de modo reflexivo, **padrões de desempenho e de governança** que se repetem na cadeia logística de medicamentos. Em outras palavras, o Quadro 14 funciona como uma **lente analítica** estável para organizar evidências, identificar gargalos típicos e discutir capacidades institucionais.

Também, ancorar a análise no Quadro 14 favorece a **triangulação com o caso SES/DF**, por meio do mapeamento oferecido no Quadro 15 e do fluxo operacional específico (Quadro 7). Do ponto de vista operacional, o Quadro 14 estrutura a derivação de **indicadores e mecanismos de controle** por componente (p.ex., planejamento apoiado por dados epidemiológicos; critérios de aquisição e priorização; boas práticas de armazenamento; coordenação na distribuição/dispensação; rastreabilidade e accountability no registro/controle; conformidade na eliminação). Essa estrutura assim apresentada deve facilitar o desenho de **requisitos de informação**, a identificação de **riscos** e a definição de **responsáveis** em cada macroprocesso, tornando mais explícitas as condições de governança (normas, papéis, rotinas) que sustentam a logística da cadeia de medicamentos, e não apenas sua execução técnica.

A escolha dialoga bem com uma abordagem de **BPM**: os seis componentes oferecem um esqueleto para mapear o **AS-IS**, propor o **TO-BE**. Embora nenhum estudo isolado use exatamente as mesmas categorias, a **sistematização comparativa** do Quadro 14 é adequada para fins analíticos e para orientar intervenções de melhoria com base em evidências, preservando, ao mesmo tempo, o detalhamento do fluxo local (Quadro 7) por meio do quadro de correspondências (Quadro 15).

⁷⁷ A disciplina organiza-se em um ciclo de vida com três macrofases: (re)desenho do processo (AS-IS/TO-BE), implementação/configuração do modelo e execução/ajuste contínuo, sustentadas por análises baseadas em modelos (p.ex., simulação “what-if”) e baseadas em dados (logs de eventos) para localizar gargalos e desvios.

4.4 CAPACIDADES ESTATAIS

A capacidade estatal na distribuição de medicamentos no Brasil reflete a interação entre fatores que influenciam diretamente a assistência farmacêutica. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização dos processos de aquisição, especialmente no que tange ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica⁷⁸ (CEAF), notadamente o Grupo 1B⁷⁹, cuja responsabilidade recai sobre as Secretarias Estaduais de Saúde.

Rossignoli *et al.* (2024) demonstram que essa descentralização tem resultado em expressiva variabilidade nos preços de aquisição entre os estados, refletindo a desigualdade de capacidades de negociação. Ainda que existam instrumentos de apoio, como o financiamento federal e o Banco de Preços em Saúde⁸⁰ (BPS), a ausência de uma coordenação centralizada robusta contribui para a perpetuação dessas disparidades. Esse cenário evidencia a urgência de mecanismos que favoreçam a coordenação nacional, a harmonização de processos licitatórios e o fortalecimento da equidade como princípio estruturante da governança na cadeia logística de medicamentos.

As evidências trazidas por Almeida e Vêras (2017) sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil reforçam a necessidade de analisar criticamente as capacidades estatais na distribuição de medicamentos, sobretudo no que diz respeito à sua efetividade em alcançar populações vulneráveis. Os autores revelam lacunas na capacidade operacional e institucional do Estado para garantir uma assistência farmacêutica abrangente e equitativa.

De modo complementar, os estudos de Cosendey *et al.* (2000) e Martins *et al.* (2019) aprofundam a compreensão sobre os fatores estruturantes da capacidade estatal. O primeiro aponta que, mesmo com esforços de institucionalização da assistência

⁷⁸ O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é um dos três pilares que estruturam a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), ao lado dos Componentes Básico e Estratégico. Seu principal objetivo é assegurar o acesso a medicamentos de alto custo ou de complexidade

⁷⁹ O Grupo 1B inclui medicamentos de alto custo e/ou para doenças complexas, como alguns para tratamento de câncer, doenças raras e outras condições que exigem atenção especializada. Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013.

⁸⁰ O Banco de Preços em Saúde (BPS) é um sistema informatizado mantido pelo Ministério da Saúde, destinado ao registro dos preços praticados nas aquisições públicas de medicamentos e produtos para a saúde realizadas por órgãos e entidades públicas em todo o território nacional. Esse instrumento promove a transparência nas compras governamentais, possibilita a comparação de preços entre diferentes entes federativos e fornece subsídios relevantes para auditorias, controles internos e formulação de políticas

farmacêutica na Atenção Primária à Saúde (APS), persistem desafios ligados à infraestrutura, qualificação dos recursos humanos e integração com os serviços de saúde, elementos fundamentais para a eficiência na distribuição de medicamentos. Já Martins et al. (2019) demonstram o potencial da inteligência artificial e do aprendizado profundo na previsão de demanda, o que pode mitigar desabastecimentos e excedentes. No entanto, a adoção dessas tecnologias depende de capacidades institucionais como infraestrutura tecnológica, disponibilidade de dados qualificados e profissionais capacitados. Ambos os estudos sustentam que a boa governança da logística de medicamentos exige mais que soluções técnicas isoladas: demanda arranjos institucionais robustos, planejamento estratégico baseado em evidências e a incorporação de inovações compatíveis com as realidades operacionais do SUS.

A análise das soluções tecnológicas propostas por Liu et al. (2022) e Liu et al. (2011) revela que a integração de sistemas inteligentes à cadeia logística de medicamentos representa uma oportunidade concreta de fortalecimento da capacidade administrativa do Estado⁸¹, conforme definido por Savoia e Sen (2014). Ou seja, ao distinguir se as falhas decorrem de limitações de capacidade (por exemplo, falta de pessoal, infraestrutura ou sistemas) ou de outros fatores (como corrupção ou ausência de vontade política), conforme Savoia e Sen (2014), abre-se um caminho prático e específico para intervenções que reforcem a capacidade administrativa do Estado. Essa abordagem permite que as ações sejam direcionadas de forma mais eficaz para superar obstáculos estruturais à boa governança. A previsibilidade da demanda, a rastreabilidade dos produtos e a automação dos processos críticos de armazenagem e dispensação são elementos que, uma vez institucionalizados, ampliam a responsividade e a segurança dos fluxos logísticos. Ao dialogar com os desafios identificados na SES/DF, essas soluções mostram-se viáveis para modernizar os processos operacionais e promover maior aderência às diretrizes de governança orientada por dados, desde que haja infraestrutura adequada, interoperabilidade entre sistemas e pessoal capacitado.

⁸¹ No artigo “Measurement, evolution, determinants, and consequences of state capacity: a review of recent research”, de Savoia et al. (2015), a expressão “concrete opportunity for strengthening administrative capacity” aparece na p. 19 do PDF (p. 165 do Journal), no seguinte contexto: “Identifying the relative role of capacity constraints versus other factors in producing service delivery failures offers a concrete opportunity for strengthening administrative capacity.” A “oportunidade concreta de fortalecimento da capacidade administrativa do Estado”, segundo os autores, refere-se à possibilidade de melhorar essa capacidade a partir da identificação precisa das causas das falhas na prestação de serviços públicos.

Por sua vez, a proposta de Okajima et al. (2012) introduz a lógica da resiliência logística baseada na diversificação de fornecedores e na gestão de riscos de abastecimento, o que amplia o escopo da governança da distribuição para além da execução técnica imediata. A adoção de estratégias de “sourcing dual⁸²” pode ser compreendida como uma resposta institucional às vulnerabilidades da cadeia, especialmente em ambientes federativos como o SUS, onde as disparidades econômicas entre os entes federados dificultam uma atuação homogênea. Essas estratégias complementam o referencial de Savoia e Sen (2014), ao apontarem que a capacidade administrativa estatal também depende da construção de arranjos regulatórios e operacionais que promovam estabilidade, previsibilidade e equidade. Em conjunto, esses estudos apontam que a superação das falhas logísticas na distribuição de medicamentos exige uma abordagem multidimensional, integrando inovação tecnológica, planejamento estratégico e fortalecimento da capacidade estatal.

O referencial analítico aplicável decorre da distinção entre as três dimensões da capacidade estatal descritas por Savoia: capacidade administrativa⁸³, capacidade extrativa⁸⁴ e capacidade coercitiva⁸⁵. Em especial, a capacidade administrativa, entendida

⁸² Segundo Okajima et al. (2012), a adoção de estratégias de “sourcing dual” (ou aquisição dual) consiste na combinação de dois tipos de fornecedores: um fornecedor principal, com maior capacidade de produção e menor custo, e um fornecedor secundário, com menor capacidade e maior custo, utilizado como backup. O objetivo dessa estratégia é minimizar os riscos de desabastecimento, aumentar a resiliência da cadeia de suprimentos e equilibrar custo e confiabilidade na aquisição de medicamentos éticos.

⁸³ No artigo “*Measurement, evolution, determinants, and consequences of state capacity: a review of recent research*” (Savoia e Sen, 2014), capacidade administrativa é definida como a habilidade do Estado de prover bens e serviços públicos de forma eficiente, com qualidade e alcance adequado, por meio de instituições organizadas, burocracias profissionais e regras estáveis. Essa dimensão envolve a eficiência na formulação e implementação de políticas públicas, a profissionalização da burocracia com base em mérito e competências técnicas, a existência de uma infraestrutura administrativa funcional — incluindo sistemas de informação, monitoramento e avaliação —, a coordenação entre níveis de governo e entre setores, além da estabilidade institucional que assegura continuidade e previsibilidade na atuação estatal.

⁸⁴ No mesmo artigo de Savoia e Sen, 2014, a capacidade extrativa é definida como a habilidade do Estado de mobilizar recursos financeiros por meio de mecanismos de arrecadação, especialmente a tributação. Essa dimensão da capacidade estatal está relacionada à eficácia do sistema tributário, à abrangência da base tributária, à conformidade fiscal dos contribuintes e à capacidade das instituições fiscais de implementar e fiscalizar políticas de arrecadação. Envolve também fatores como a legitimidade do sistema de cobrança, a eficiência administrativa da coleta de tributos e o grau de equidade na distribuição da carga tributária. Uma capacidade extrativa elevada permite ao Estado financiar políticas públicas de maneira sustentável e reduzir a dependência de fontes externas de financiamento.

⁸⁵ A capacidade coercitiva, conforme definida por Savoia e Sen, 2014, refere-se à habilidade do Estado de garantir a ordem, fazer cumprir as leis e exercer o monopólio legítimo do uso da força em seu território. Essa dimensão envolve instituições como o sistema judiciário, a polícia e as forças armadas, e está relacionada à eficácia na aplicação das normas legais, à capacidade de prevenir e reagir a conflitos ou crimes, e à imposição de sanções quando necessário. Além disso, a capacidade coercitiva não se restringe ao uso da força física, mas inclui também mecanismos de controle social, regulação e supervisão institucional, capazes de assegurar o cumprimento das regras por meio de incentivos e dissuasões. Estados com alta capacidade coercitiva tendem a apresentar maior estabilidade, menor criminalidade e maior

como a aptidão do Estado para implementar políticas públicas com efetividade, é diretamente pertinente à governança da cadeia logística de medicamentos. Essa dimensão envolve elementos como infraestrutura institucional, recursos humanos qualificados, sistemas de informação integrados, coordenação intergovernamental e rotinas administrativas eficazes.

A governança da cadeia logística de medicamentos, particularmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), exige mais do que diretrizes normativas e fluxos operacionais bem definidos, ela demanda capacidades institucionais concretas e sustentáveis por parte dos entes envolvidos. Essas capacidades incluem a articulação entre setores técnicos, clínicos e administrativos, a estruturação de sistemas de informação que permitam o monitoramento da farmacoterapia, e a institucionalização de práticas baseadas em evidências. O exercício da governança, nesse sentido, materializa-se por meio da competência dos profissionais, da existência de comissões técnicas atuantes, da adoção de protocolos clínicos e da implementação de estratégias que promovam o uso racional de medicamentos. A análise de Galato et al. (2008), ao enfatizar a dispensação como uma etapa crítica e complexa da assistência farmacêutica, evidencia que a capacidade estatal precisa incorporar não apenas infraestrutura e insumos, mas também processos formativos contínuos, integração entre níveis de atenção e mecanismos efetivos de controle e avaliação. Tal abordagem reforça a noção de que a governança da assistência farmacêutica é indissociável da capacidade concreta de gestão pública.

A dispensação de medicamentos assume papel estratégico na efetividade da assistência farmacêutica, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Conforme destacado por Ferreira e Soler (2021) e Galato et al. (2008), a qualidade da dispensação depende de múltiplos fatores institucionais, como a capacidade instalada, a qualificação dos profissionais envolvidos, a existência de protocolos padronizados e o suporte técnico da gestão. Esses estudos reforçam que a dispensação não é uma mera função operacional, mas uma prática integrada à gestão do cuidado, que requer competências clínicas, comunicação efetiva e mecanismos de apoio institucional. A ausência desses elementos compromete a eficácia terapêutica e o uso racional dos

governabilidade, sendo essa dimensão fundamental para a implementação de políticas públicas e para o funcionamento da governança democrática.

medicamentos, revelando limitações concretas na capacidade administrativa e operacional do Estado.

Essa perspectiva é corroborada por Paiva et al. (2017) e Carvalho e Soler (2025), ao evidenciar que a governança da assistência farmacêutica deve articular planejamento, gestão técnica, coordenação intersetorial e sistemas de monitoramento. A desarticulação entre setores, a ausência de fluxos padronizados e a fragilidade nos registros e sistemas de informação comprometem a institucionalização da dispensação como processo estruturado. A análise de Yu Sun (2022), embora não trate diretamente da dispensação, ilustra, por analogia, que a ausência de mecanismos eficazes de coordenação e a descentralização desestruturada são entraves críticos à alocação eficiente de insumos. Nesse sentido, os achados apresentados apontam para a necessidade de fortalecer capacidades estatais integradas na SES/DF, especialmente a administrativa e a organizacional, como condição indispensável para a efetiva governança da dispensação de medicamentos regulados pelo SUS.

A partir desses estudos, é possível identificar dimensões-chave da capacidade estatal necessária para a distribuição de medicamentos, como capacidade técnica (recursos humanos qualificados), capacidade organizacional (rotinas e processos), capacidade de coordenação (integração entre entes e setores), capacidade de uso de sistemas (infraestrutura e dados), entre outras. Essas dimensões são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 18 - Dimensões da Capacidade Estatal – SES/DF

Dimensão da Capacidade Estatal	Descrição	Evidência empírica (entrevistas exploratórias)	Referência(s)
Capacidade de Coordenação Federativa	Habilidade de harmonizar processos licitatórios e promover equidade entre entes federativos, diante da descentralização das aquisições.	Distribuição mensal às 7 regiões, com possibilidade de “pedido de emergência” quando a demanda ultrapassa o previsto, exigindo articulação entre nível central e regionais	Rossignoli et al. (2024)
Capacidade Operacional e Institucional	Capacidade de assegurar cobertura territorial, continuidade no fornecimento e estrutura logística no SUS.	Falta de pessoal obriga fechamento de guichês e, por vezes, suspensão total do atendimento farmacêutico	Almeida e Vêras (2017)
Capacidade Infraestrutural e Organizacional	Disponibilidade de estrutura física adequada, integração entre serviços de saúde e rotinas de planejamento e controle.	Unidades carecem de equipamentos para registrar lote/validade; a informação é ocultada no sistema para evitar erros de inventário	Cosendey et al. (2000)
Capacidade Tecnológica e Analítica	Aptidão para adotar IA e sistemas preditivos para otimizar previsão de demanda e reduzir falhas logísticas.	Alphalink opera com código SES; campo CPF existe, mas não é utilizado como chave primária, limitando rastreabilidade	Martins et al. (2019)
Capacidade Administrativa	Capacidade de implementar políticas públicas com efetividade, com base em infraestrutura, pessoal qualificado e sistemas integrados.	Contrato de TI cobre apenas manutenção corretiva, impedindo evoluções ou integrações solicitadas pelos usuários	Savoia e Sen (2014)
Capacidade de Planejamento Logístico e Responsividade	Capacidade de prever demanda, rastrear produtos e automatizar processos críticos.	Consumo médio-mensal (CMM) é alimentado por movimentações de baixa; pedidos emergenciais entram no cálculo e ajustam a programação de compras	Liu et al. (2022); Liu et al. (2011)
Capacidade de Gestão de Riscos e Resiliência Logística	Adoção de sourcing dual para garantir continuidade de abastecimento frente à vulnerabilidade federativa.	Redução do volume executado por ata de 4 → 2 meses para aumentar o giro do estoque e evitar faltas	Okajima et al. (2012)
Capacidade Clínica e Comunicacional na Dispensação	Competência dos profissionais para realizar dispensação segura, racional e eficaz, com suporte institucional.	250 atendimentos/dia feitos com digitação manual item-a-item; falta de QR-code ou leitura ótica aumenta tempo e risco de erro	Ferreira e Soler (2021); Galato et al. (2008)
Capacidade de Integração Intersetorial e Governança Técnica	Coordenação entre setores técnicos e clínicos, com uso de protocolos, comissões e indicadores para a APS.	Alphalink não integra automaticamente com TrackCare, e-SUS; dados são digitados manualmente, dificultando consolidação	Carvalho e Soler (2025); Paiva et al. (2017)
Capacidade de Resposta Coordenada e Alocação de Insumos	Capacidade de resposta rápida e coordenada em contextos de crise, evitando falhas logísticas.	Frota própria insuficiente; unidades recorrem a TáxiGov ou retiram pessoalmente, criando atrasos e desabastecimentos pontuais	Yu Sun (2022)

Fonte: Organizado pelo autor

A literatura revisada neste tópico destaca diversos desafios que comprometem a efetividade da dispensação de medicamentos no setor público. Entre eles, a alta rotatividade de profissionais nas unidades de saúde impacta negativamente a continuidade das práticas de dispensação, dificultando a consolidação de rotinas e o cumprimento de protocolos. Além disso, há baixa adesão a sistemas informatizados de gestão, que são essenciais para a rastreabilidade, controle de estoques e integração dos dados da assistência farmacêutica. Outro entrave identificado é a ausência de protocolos uniformes de dispensação, o que resulta em práticas despadronizadas entre os profissionais e unidades. Por fim, a desarticulação entre os níveis administrativos, como a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), as unidades executoras e as coordenações regionais, fragiliza o planejamento conjunto e compromete a governança da cadeia logística de medicamentos.

Este item contribui para a análise empírica da pesquisa ao evidenciar, com base na literatura e em entrevistas exploratórias, as capacidades estatais efetivamente presentes, ausentes ou subutilizadas na SES/DF no que tange à etapa de dispensação de medicamentos. Observa-se que, embora existam iniciativas voltadas à informatização e à melhoria dos fluxos logísticos, ainda persistem limitações estruturais e operacionais que dificultam uma atuação coordenada, eficiente e equitativa. A análise permite, assim, delimitar pontos críticos da governança e orientar recomendações para o fortalecimento das capacidades institucionais voltadas à dispensação, etapa final da cadeia logística e crucial para a efetividade da assistência farmacêutica.

4.5 ASPECTOS ANALÍTICOS RELACIONADOS AO FLUXO DA AQUISIÇÃO E DISPENSAÇÃO

A governança da cadeia logística de medicamentos na administração pública não pode ser compreendida de forma fragmentada. Cada etapa, da aquisição à dispensação, integra um fluxo decisório que demanda coordenação institucional, capacidade técnica e aderência a práticas baseadas em evidências. Nesse sentido, o processo de aquisição constitui-se como elo dessa cadeia, sendo responsável por garantir que os insumos estejam disponíveis para atender às necessidades de saúde da população. A etapa da dispensação, tratada no item 4.4, só se realiza plenamente quando precedida por processos

aquisitivos eficazes, sustentados por planejamento adequado, previsão de demanda e uso racional dos recursos públicos.

No âmbito do item 4.1, que trata da estrutura institucional, observa-se que a inexistência de articulação entre setores de aquisição e as unidades assistenciais compromete o alinhamento entre oferta e demanda. Essa disfunção reflete-se no 4.6, ao revelar a dificuldade de integrar os sistemas de informação da logística com os dados clínicos e operacionais, o que repercute na previsibilidade de consumo e abastecimento. A análise dos fluxos decisórios (4.3) evidencia que as decisões de aquisição nem sempre consideram a etapa final da cadeia, levando a compras desarticuladas com a realidade do consumo local. Por fim, o diagnóstico das capacidades estatais (4.4) aponta a ausência de protocolos de integração e o déficit de profissionais qualificados como gargalos que repercutem negativamente nas aquisições. Assim, o item 4.5 se debruça sobre a governança e capacidades estatais das aquisições, com foco especial na aquisição de medicamentos, como ponto de partida para a garantia da dispensação eficaz no sistema público de saúde.

A contratação pública, conforme argumenta Alexandre (2021), deve ser compreendida como uma atividade estratégica do Estado, inserida em um modelo de governança orientado à geração de valor público⁸⁶. Essa perspectiva exige que os processos de aquisição, especificamente no campo da assistência farmacêutica, sejam planejados, executados e monitorados com base em princípios de transparência, responsabilidade, integridade e foco em resultados. A governança das aquisições, nesse sentido, demanda a existência de estruturas institucionais estáveis, profissionais tecnicamente capacitados, planejamento integrado e mecanismos de acompanhamento dos impactos produzidos. No caso das aquisições de medicamentos, isso implica reconhecer a interdependência entre a etapa de compra e outras fases, como o armazenamento, a distribuição e a dispensação.

Complementarmente ao contexto apresentado, Paim (2016) propõe um modelo de “compras públicas inteligentes”, no qual a governança das contratações é ancorada na

⁸⁶ No artigo “Governança nos processos das contratações públicas” Alexandre (2021), os princípios de governança pública são compreendidos como fundamentos orientadores da atuação estatal voltada para resultados e accountability, sendo alinhados às diretrizes estabelecidas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) – transparência, Responsabilidade, integridade, accountability e foco em resultados. geração de valor - o artigo adota a definição trazida pelo TCU: trata-se da entrega de resultados que efetivamente atendam às necessidades da sociedade, com uso eficiente, eficaz e efetivo dos recursos públicos.

integração entre capacidade institucional, inteligência estratégica e inovação voltada à geração de valor. Essa abordagem amplia o escopo tradicional das compras públicas ao vinculá-las diretamente ao desempenho e à efetividade das entregas governamentais, superando a visão meramente legalista. Aplicada à aquisição de medicamentos, essa concepção reforça a necessidade de processos decisórios baseados em dados, uso racional de recursos públicos e alinhamento com os objetivos da política de saúde. Assim, tanto Alexandre (2021) quanto Paim (2016) convergem ao se inferir na pesquisa, que a boa governança das aquisições no SUS pressupõe planejamento estratégico, articulação intersetorial e foco na entrega de valor à sociedade.

O modelo de Paim apresenta cinco eixos estruturantes: (1) capacidade institucional para compras públicas, (2) infraestrutura normativa e tecnológica, (3) cultura organizacional orientada à inovação, (4) alinhamento entre planejamento e orçamento e (5) foco na entrega de valor ao cidadão. Ao aplicar esse referencial à aquisição de medicamentos no contexto da SES/DF, é possível reconhecer que a ausência de integração entre setores técnicos e administrativos, a fragmentação dos sistemas de informação e a falta de planejamento baseado em evidências impactam diretamente a eficácia da dispensação, tema tratado nos itens 4.3 e 4.4. Além disso, o autor destaca a importância de um ciclo virtuoso entre planejamento da contratação, gestão da execução e avaliação dos resultados, alinhado a práticas como a modelagem de risco, a governança dos dados e a capacitação técnica contínua dos agentes públicos. Essa lógica está em consonância com os elementos críticos identificadas na cadeia logística de medicamentos na SES/DF, especialmente quanto à previsibilidade das demandas, à rastreabilidade dos processos e à qualidade da informação utilizada para tomada de decisão.

Fernandes (2015) reconhece que a área de compras públicas ainda está em processo de amadurecimento institucional, exigindo avanços na profissionalização, no planejamento e na articulação entre as funções técnicas, operacionais e estratégicas. O autor argumenta que as compras e contratações governamentais devem ser compreendidas não apenas como atividades burocráticas, mas como instrumentos de implementação de políticas públicas e de geração de valor público. Essa perspectiva demanda o fortalecimento das capacidades institucionais nos seguintes eixos: (1) desenvolvimento de competências técnicas dos profissionais responsáveis pelas aquisições; (2) institucionalização de processos decisórios baseados em evidências e em planejamento de médio e longo prazo; e (3) integração entre os setores demandantes,

unidades de compras e áreas de controle e planejamento. Essas diretrizes dialogam diretamente com os desafios identificados nas aquisições públicas relacionadas à assistência farmacêutica, particularmente no que tange à previsão de demanda, definição de especificações, coordenação entre áreas técnicas como logística e assistência farmacêutica.

Fernandes (2010) aborda as compras públicas como parte essencial da gestão pública, destacando que elas não devem ser vistas apenas como ações administrativas rotineiras, mas como instrumentos estratégicos de desenvolvimento institucional, econômico e social. Ele propõe que as aquisições estejam integradas a uma política pública clara, com diretrizes e objetivos bem definidos, o que implica uma mudança de paradigma: de um modelo tradicional, focado em procedimentos e legalidade estrita, para um modelo de governança baseado em resultados, planejamento e articulação com políticas públicas setoriais. A partir desse enfoque, o autor enfatiza a necessidade de institucionalização de políticas de compras que articulem planejamento, gestão orçamentária, definição de demandas e critérios de desempenho, reforçando a ideia de que as contratações públicas devem ser compreendidas como processos interligados ao ciclo de políticas públicas. No contexto da aquisição de medicamentos, isso implica alinhar as decisões de compra com as demandas reais da população, com os fluxos da cadeia logística e com a capacidade de distribuição e dispensação dos serviços de saúde.

É possível melhorar o entendimento do enfoque nas aquisições a partir do livro *“Gestão de Estoques: Planejamento, Execução e Controle”* de Bráulio Wilker Silva (2019). O autor dedica parte relevante da obra à articulação entre o planejamento das aquisições e a eficiência na gestão de estoques. Ele enfatiza que a previsão da demanda deve orientar os processos de compra, ressaltando a importância da acurácia no planejamento para evitar tanto o desabastecimento quanto o excesso de materiais. Silva destaca ainda que, nas aquisições, é necessário considerar os prazos legais e operacionais, que muitas vezes limitam a flexibilidade das decisões logísticas e exigem maior antecipação e rigor na gestão das necessidades. O autor também destaca como é importante o papel da integração entre os setores de compras, planejamento e controle de estoques. A ausência dessa articulação é apontada como um fator crítico de ineficiência, especialmente quando não se observa a sazonalidade do consumo ou os ciclos de reposição dos insumos. Além disso, o autor trata da gestão por indicadores como ferramenta fundamental para qualificar o processo de compras, sendo a rotatividade dos

estoques, o índice de atendimento de requisições e o tempo médio de reposição exemplos de métricas que devem retroalimentar as decisões de aquisição.

Borges et al. (2024), contribui para o referencial ao evidenciar como inovações institucionais podem aprimorar a governança das contratações no setor público de saúde. O autor destaca que o Ministério da Saúde adotou práticas inovadoras na aquisição de medicamentos, incluindo a adoção de estratégias integradas de planejamento, o uso intensivo de sistemas de informação, e o fortalecimento da articulação entre áreas técnicas e administrativas. Essas ações se alinham aos princípios da boa governança pública, conforme definidos pelo TCU e pela OCDE, ao promover maior transparência, eficiência e coordenação intersetorial. O estudo de caso revela que a inovação nos processos de compras públicas depende da institucionalização de rotinas estruturadas, da qualificação dos profissionais envolvidos e da existência de marcos regulatórios que favoreçam a integração entre etapas do ciclo de contratação.

Tais elementos reforçam a ideia de que a governança nas aquisições não se resume à conformidade legal, mas envolve a capacidade de gerar valor público por meio de estratégias coerentes com os objetivos da política de saúde. Varrichio (2017) oferece um referencial analítico importante para a compreensão da governança nos processos de aquisições públicas na área da saúde, especialmente no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). A autora articula elementos estratégicos que envolvem o papel do Estado como regulador, demandante e indutor de inovação, destacando o uso das compras públicas como política de inovação pelo lado da demanda. A autora contribui com três dimensões analíticas relevantes: Governança orientada à inovação na saúde, onde a aquisição de medicamentos pelo SUS é apresentada como instrumento de política pública estruturante, que articula a demanda estatal a objetivos estratégicos de desenvolvimento produtivo e tecnológico; Integração entre políticas públicas e compras governamentais demonstrando como políticas são operacionalizadas por meio de aquisições públicas, especialmente no setor farmacêutico; e Capacidades estatais e geração de valor, onde autora evidencia que a governança nas aquisições não se limita à conformidade normativa, mas demanda capacidades institucionais de coordenação, planejamento, negociação e avaliação.

O Quadro 19, a seguir, sistematiza aspectos analíticos centrais para a compreensão das aquisições públicas de medicamentos, evidenciando que esse processo vai além da mera observância legal e deve ser tratado como componente estratégico da governança

em saúde. Os autores apresentados convergem na defesa de uma contratação pública orientada à geração de valor público Alexandre (2021), baseada em planejamento integrado, profissionalização Fernandes (2015) e articulação entre políticas públicas e compras governamentais Fernandes (2010). A integração entre setores responsáveis pelas aquisições e pela gestão de estoques é destacada como essencial para prevenir falhas de abastecimento Silva (2019), enquanto a capacidade institucional e o uso de dados qualificados orientam decisões mais eficazes Paim (2016) e Borges et al. (2024). Por fim, o quadro reconhece o potencial das compras públicas como instrumento indutor de inovação no setor saúde Varrichio (2017), articulando objetivos assistenciais e de desenvolvimento tecnológico. Quadro 19 não apenas sistematiza o referencial teórico, mas evidencia como esses elementos se materializam na prática da SES/DF a partir das evidências empíricas coletadas. Observa-se que a Ouvidoria surge como fonte relevante de inteligência para auxílio da governança ao identificar os medicamentos mais reclamados e, com isso, subsidiar decisões mais ágeis de reposição e abastecimento. Da mesma forma, a produção de relatórios mensais de BI demonstra a presença, ainda que incipiente, de uma capacidade institucional voltada ao uso de dados para antecipação de rupturas, possibilitando atuação preventiva junto a fornecedores e regiões de saúde. No campo da profissionalização e do planejamento, as entrevistas indicam a necessidade de articulação estruturada entre normas, sistemas e capacitação, com destaque para estratégias como o matriciamento para difusão do uso do AlphaLink, evidenciando lacunas na formação e na integração entre setores. Além disso, os achados empíricos reforçam a proposta de integração entre sistemas como AlphaLink e ComprasNet, com uso de histórico de preços para qualificar decisões de compra. As evidências revelam tanto limitações quanto potencial de inovação institucional para auxiliar decisões visando modernizar a cadeia de suprimentos. Em suma, o quadro busca demonstrar que os fundamentos teóricos encontram correspondência nas práticas observadas, ainda que permeadas por necessidades de melhorias estruturais, tecnológicas e de governança.

Quadro 19 - Aquisições de medicamentos – aspectos analíticos

Dimensão Analítica	Descrição	Evidência empírica (entrevistas exploratórias e elementos oriundos da Ouvidoria da SES/DF)	Autor(es)
Governança orientada à geração de valor público	A contratação pública deve estar alinhada com princípios de transparência, integridade, responsabilidade e resultados, visando gerar valor à sociedade.	A Ouvidoria passou a identificar os medicamentos mais reclamados. Pode contribuir para acelerar compras e reposição, buscando abastecimento para o cidadão	Alexandre (2021)
Capacidade institucional e inteligência estratégica	Integração entre competências institucionais, inovação e uso de dados para decisões que gerem efetividade nas entregas públicas.	Relatórios de BI mensais identificam os itens mais criticados e permitem acionar fornecedores e regiões antes de nova ruptura	Paim (2016)
Profissionalização e planejamento integrado	Necessidade de articulação entre setores, desenvolvimento de competências e planejamento de médio e longo prazo nas compras públicas.	Governança local destaca a necessidade da tríade “normas, ferramentas e capacitação”; propõe matriciamento para formar multiplicadores do AlphaLink nas regiões	Fernandes (2015)
Aquisição como instrumento estratégico de política pública	As compras devem ser integradas a diretrizes e objetivos de políticas públicas, superando o foco exclusivo na legalidade.	CTINF defende integrar AlphaLink ao ComprasNet e histórico de preços para orientar o setor de compras e alinhar aquisições a políticas assistenciais	Fernandes (2010)
Integração entre compras e gestão de estoques	Previsão de demanda precisa e integração entre setores de compras e estoques como chave para evitar desabastecimento e excessos.	SES utiliza (ainda que de forma limitada) o CMM do AlphaLink para calcular ponto de ressuprimento e definir quantidades licitadas	Silva (2019)
Inovação institucional e governança baseada em evidências	Uso de estratégias integradas, sistemas de informação e rotinas estruturadas para fortalecer a governança das contratações públicas.	Requisitos do AlphaLink estão defasados (2014); atualização permitiria relatórios mais robustos e apoio analítico das decisões logísticas	Borges et al. (2024)
Compras públicas como política de inovação na saúde	Aquisição de medicamentos como instrumento para articular desenvolvimento produtivo e tecnológico com políticas públicas.	Projeto (ideia) de operador logístico é visto como solução para trazer novo sistema, frota e equipe, modernizando toda a cadeia de suprimentos	Varrichio (2017)

Organizado pelo autor a partir do referencial teórico

O Quadro 19 evidencia que a governança das aquisições, também no setor saúde, transcende a dimensão meramente procedimental e passa a ser compreendida como instrumento estratégico para a geração de valor público. As contribuições dos autores citados reforçam a importância da integração entre gestão orçamentária, planejamento logístico, sistemas de informação e qualificação dos agentes envolvidos como dimensões analíticas fundamentais para superar a fragmentação dos processos.

Nesse sentido, esta pesquisa propõe o desenvolvimento de um fluxo aprimorado para o processo de aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF, com base na análise de governança, da integração de sistemas e dos arranjos institucionais existentes. A partir do mapeamento dos fluxos existentes, da identificação dos desafios operacionais e normativos e da sistematização dos achados das entrevistas, busca-se responder à questão central do estudo: como aprimorar a governança e a integração dos sistemas de informação na SES/DF para enfrentar os desafios da assistência farmacêutica? A resposta envolve o fortalecimento da capacidade estatal, a adoção de tecnologias compatíveis com a complexidade da logística em saúde e o aperfeiçoamento dos processos internos.

4.6 CRITÉRIOS NORMATIVOS

Este item trata dos critérios normativos que regulam da aquisição à dispensação de medicamentos e que afetam, histórica, direta ou indiretamente, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), os quais se organizam historicamente em um arcabouço legal e infralegal que acompanha a evolução da política de saúde no Brasil.

Desde o Decreto nº 20.377⁸⁷, de 8 de setembro de 1931, que regulamentou o exercício da profissão farmacêutica, passando pela criação da Central de Medicamentos pelo Decreto nº 68.806⁸⁸, de 25 de junho de 1971 e pela Lei nº 6.360⁸⁹, de 23 de setembro de 1976, que estruturou a vigilância sanitária de medicamentos, observa-se a consolidação progressiva de um marco regulatório voltado à segurança e à eficácia dos insumos relacionados a esta pesquisa.

⁸⁷ Aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil

⁸⁸ Institui a Central de Medicamentos (CEME)

⁸⁹ Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos

A Constituição Federal de 1988⁹⁰ conferiu à saúde o status de direito fundamental, base para a promulgação da Lei nº 8.080⁹¹, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu a assistência terapêutica integral, incluindo o fornecimento de medicamentos como obrigação estatal.

Com a ampliação dos mecanismos de controle, inovação e profissionalização da gestão pública, surgiram normas específicas como a Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde nº 3.916⁹², de 30 de outubro de 1998 (aprovou a Política Nacional de Medicamentos), a Portaria Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde nº 344⁹³, de 12 de maio de 1998 (medicamentos de controle especial), a Lei nº 9.787⁹⁴, de 10 de fevereiro de 1999 (Lei dos Medicamentos Genéricos), o Decreto nº 7.508⁹⁵, de 28 de junho de 2011 (define a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME), além de resoluções sanitárias e éticas que impactam diretamente o ciclo logístico dos medicamentos, como a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária RDC nº 44⁹⁶, de 17 de agosto de 2009 e as Resoluções Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde CNS nº 338⁹⁷, de 6 de maio de 2004 (Promove o uso racional de medicamentos), nº 466⁹⁸, de 12 de dezembro de 2012 (Regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos), e nº 510⁹⁹, de 7 de abril de 2016 (normas aplicáveis a pesquisas).

Por sua vez, as leis nº 8.666¹⁰⁰, de 21 de junho de 1993 e nº 14.133¹⁰¹, de 1º de abril de 2021 que estabelecem normas gerais de licitação e contratação para as

⁹⁰ A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo que este deve garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁹¹ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes

⁹² Aprova a Política Nacional de Medicamentos

⁹³ Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial

⁹⁴ Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos

⁹⁵ 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

⁹⁶ Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias

⁹⁷ Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica

⁹⁸ Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos

⁹⁹ Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais

¹⁰⁰ Regulamentou o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, instituindo normas para licitações e contratos da Administração Pública até 1º de abril de 2021.

¹⁰¹ Lei de Licitações e Contratos Administrativos

Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A análise dessas normas, agrupadas por tema e cronologicamente organizadas, permitirá compreender como o ordenamento jurídico estrutura as obrigações da SES/DF em garantir acesso seguro, eficiente e contínuo aos medicamentos no contexto da saúde pública.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamenta o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as bases legais e organizacionais para a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil. Essa norma é uma concretização do direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988, especialmente em seu art. 6º, que define a saúde como direito social, e no art. 196, que afirma ser dever do Estado garantir esse direito por meio de políticas públicas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Lei 8.080/1990, em consonância com esses dispositivos constitucionais, institui a assistência terapêutica integral como um dos campos de atuação do SUS (art. 6º, inciso I, alínea 'd'), abrangendo o fornecimento de medicamentos, insumos e procedimentos necessários à atenção à saúde, o que fundamenta juridicamente a existência e funcionamento dos serviços farmacêuticos em todas as esferas de gestão do sistema.

Oliveira (2017), oferecem uma reflexão normativa e conceitual sobre o reconhecimento da saúde como direito fundamental, conforme disposto na Lei nº 8.080/1990. Os autores destacam que o artigo 2º da referida lei transcende o aspecto programático ao vincular o Estado ao dever jurídico de assegurar condições dignas de saúde para todos, com base nos princípios da universalidade e equidade. No contexto da pesquisa sobre a governança da aquisição e dispensação de medicamentos na SES/DF, esse marco normativo é central, pois reforça a obrigatoriedade da prestação contínua e qualificada de serviços de assistência farmacêutica.

No que se refere à governança e ao fluxo de medicamentos, a norma estabelece diretrizes fundamentais para a organização dos serviços de saúde, incluindo o planejamento e a execução descentralizada, com participação da comunidade (art. 7º, inciso I e VIII), o que implica a necessidade de integração entre os setores responsáveis pela logística, prescrição, dispensação e controle de medicamentos, tanto no nível nacional quanto no âmbito distrital, como é o caso da SES/DF. Além disso, a Lei nº 8.080

prevê a elaboração de sistemas de informação em saúde como suporte à tomada de decisão, ao planejamento e à avaliação dos serviços (art. 6º, §1º, inciso VII), estabelecendo um marco legal direto para a implementação e gestão de sistemas como o AlphaLink e o TrackCare. Esses dispositivos são essenciais para orientar os processos de aquisição e dispensação de medicamentos, especialmente quando combinados com outras normas infraconstitucionais, como a Portaria GM/MS nº 3.916/1998 (Política Nacional de Medicamentos), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004) e as resoluções da ANVISA que normatizam práticas de farmacovigilância, segurança e rastreabilidade no SUS.

Para evidenciar a aplicação prática da Lei nº 8.080/1990 na política farmacêutica distrital, o Quadro 20 relaciona, em cada eixo de análise, o conteúdo normativo da lei, suas implicações operacionais para a SES/DF e indícios empíricos coletados nas entrevistas exploratórias. Essa síntese permite verificar como os fundamentos constitucionais e infraconstitucionais se traduzem em desafios cotidianos de abastecimento, integração de sistemas e governança logística de medicamentos.

Quadro 20 - Lei nº 8.080/1990 e sua Relevância para a Aquisição e Dispensação de Medicamentos

Eixo de Análise	Conteúdo Extraído da Norma	Implicações para a SES/DF	Evidência empírica (entrevistas exploratórias e ouvidoria)
Fundamento Constitucional	Art. 6º e art. 196 da CF/88: saúde como direito social e dever do Estado	Fundamenta a obrigatoriedade de garantir o acesso universal a medicamentos como parte das políticas públicas de saúde	Entrevistado 1 relata desabastecimentos que chegam a 50 % dos itens solicitados, comprometendo a oferta ao usuário
Assistência Terapêutica Integral	Art. 6º, I, 'd': inclusão da assistência farmacêutica no campo de atuação do SUS	Respalda juridicamente o fornecimento de medicamentos e insumos em todas as esferas da gestão pública de saúde	Dispensa por ações judiciais quando o protocolo não cobre a necessidade do paciente, mostrando a responsabilidade da SES/DF por fornecer o insumo
Descentralização e Participação Social	Art. 7º, I e VIII: diretrizes para planejamento descentralizado e com participação da comunidade	Requer articulação entre instâncias da SES/DF para planejamento logístico, atendimento à demanda e controle da distribuição	Falta de frota obriga unidades a buscar medicamentos no depósito central ou via TáxiGov, evidenciando lacunas de coordenação regional
Governança do Fluxo de Medicamentos	Integração entre logística, prescrição, dispensação e controle	Impõe à SES/DF a necessidade de articulação intersetorial entre farmácias, almoxarifados, assistência e áreas de planejamento	CTINF aponta ausência de comunicação automática entre TrackCare e AlphaLink, afetando rastreabilidade do fluxo completo
Sistemas de Informação em Saúde	Art. 6º, §1º, VII: obrigação de implementar sistemas de informação para suporte à decisão e avaliação de serviços	Justifica o uso de sistemas como AlphaLink e TrackCare na gestão da assistência farmacêutica	Servidores destacam necessidade de atualizar o AlphaLink e integrá-lo ao ComprasNet para gerar relatórios mais robustos e apoiar compras
Integração com Normas Infraconstitucionais	Exemplo: Portaria GM/MS nº 3.916/1998, Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004), resoluções da ANVISA sobre farmacovigilância e rastreabilidade	Reforça a articulação da Lei nº 8.080 com normas complementares que operacionalizam o controle de qualidade e segurança no fornecimento de medicamentos	Entrevistado menciona “nota técnica” que define perfis de acesso no AlphaLink, evidenciando vínculo com normativas internas de governança

Organizado pelo autor

A Portaria GM/MS nº 3.916/1998 institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM) em conformidade com os princípios constitucionais da universalidade e integralidade da assistência à saúde (CF/88, art. 198, incisos I e II), a PNM estrutura o campo da assistência farmacêutica como componente da atenção integral à saúde. A norma estabelece diretrizes para a promoção do uso racional de medicamentos, a adoção de medicamentos essenciais, a regulação sanitária de medicamentos, e o desenvolvimento da capacidade tecnológica nacional, o que impacta diretamente a governança do setor saúde. Para a SES/DF, a PNM é marco referencial obrigatório para a definição dos medicamentos ofertados, os critérios de prescrição e dispensação, e a necessidade de planejamento logístico e informacional compatível com essas diretrizes.

Vasconcelos et al. (2017), oferece uma análise crítica da trajetória da Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores destacam os avanços institucionais relacionados à adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), à descentralização da assistência farmacêutica, à organização dos componentes de financiamento (Básico, Estratégico e Especializado) e ao fortalecimento regulatório promovido pela criação da ANVISA. Ressaltam, contudo, que a operacionalização da PNM enfrentou contradições como o subfinanciamento crônico, a judicialização excessiva e a assimetria na incorporação de tecnologias. No contexto da SES/DF, o artigo fornece elementos fundamentais para compreender os marcos normativos e estruturais que moldam os processos de aquisição e dispensação de medicamentos, quiçá possibilitando identificar lacunas entre diretrizes formais e sua implementação efetiva. A análise reforça a importância da governança integrada e da articulação intersetorial na formulação de fluxos logísticos aderentes aos princípios do SUS.

Em seguida, destaca-se que a **Lei nº 9.787/1999** altera a Lei nº 6.360/1976 e estabelece o marco regulatório dos medicamentos genéricos no Brasil. A introdução dos genéricos fortalece os instrumentos de regulação sanitária e econômica, sendo obrigatória a identificação por Denominação Comum Brasileira (DCB), o que facilita sua rastreabilidade e integração a sistemas informatizados de controle. Na prática, a norma **impõe à SES/DF o dever de alinhar seus processos de aquisição e dispensação com**

os critérios da equivalência terapêutica, impactando diretamente o catálogo de compras públicas, os protocolos de prescrição e os módulos de estoque e distribuição nos sistemas de informação da assistência farmacêutica.

Rodrigues et al. (2019), analisam os efeitos da implementação da política de medicamentos genéricos no Brasil, instituída pela Lei nº 9.787/1999, com foco na percepção dos profissionais de saúde e dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto da aquisição e dispensação de medicamentos pela SES/DF, os achados do artigo reforçam a importância da rastreabilidade dos medicamentos.

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta a Lei nº 8.080/1990, detalhando a organização e o planejamento inter federativo do SUS. Entre seus instrumentos centrais está a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que **define os medicamentos prioritários a serem ofertados no SUS**. Essa relação, de atualização periódica, é fundamental para a programação e aquisição de medicamentos pelos entes federativos, incluindo a SES/DF. O Decreto reafirma os princípios constitucionais de regionalização, hierarquização e integralidade da assistência (CF/88, art. 198) e determina que a organização das ações e serviços de saúde observe a programação pactuada integrada (PPI) e os instrumentos de gestão compartilhada, como os contratos organizativos da ação pública. Para a governança em saúde e a integração dos sistemas logísticos, essa norma **impõe à SES/DF a necessidade de alinhar seus fluxos internos à Rename, com padronização técnica e articulação entre as áreas de farmácia, compras, auditoria e planejamento**. Sua função é central para o cumprimento da assistência terapêutica integral prevista no art. 6º da Lei nº 8.080/1990, oferecendo base para seleção, aquisição, prescrição, dispensação e uso racional no âmbito do SUS. Na SES/DF, a Rename serve como referência obrigatória para os processos de licitação e distribuição, devendo estar integrada aos sistemas de informação e controle de estoque. Essa integração permite garantir a rastreabilidade, a avaliação de desabastecimentos, o planejamento logístico e a prestação de contas pública, todos elementos essenciais para a governança da assistência farmacêutica.

Inclui-se nesse rol inicial de normativos, citada com outra finalidade mais acima, **a Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde**, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como parte integrante da Política Nacional de Saúde, vinculada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como universalidade, integralidade e equidade. A norma **define a assistência farmacêutica**

como um conjunto de ações que envolvem a pesquisa, desenvolvimento, seleção, aquisição, distribuição, dispensação, controle de qualidade e uso racional de medicamentos, com foco na promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. A Resolução nº 338/2004 informa diretamente sobre normas que regem a aquisição e dispensação de medicamentos no SUS, estabelece diretrizes para a estruturação de serviços farmacêuticos nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na descentralização, qualificação de serviços, uso da RENAME e promoção da atenção farmacêutica. **Aborda a importância da articulação intersetorial**, do monitoramento do mercado e da regulação sanitária, elementos essenciais para a gestão de sistemas de informação em saúde pública e para o fortalecimento da governança na cadeia logística de medicamentos.

Quanto à gestão de sistemas de informação em saúde pública, a **Lei 8.080/1990** destaca a necessidade de organização e coordenação do sistema de informação em saúde como atribuição comum dos entes federados (art. 15, inciso IV). Além disso, o art. 6º-A (incluído pela Lei nº 14.654/2023) **obriga as instâncias do SUS a divulgarem publicamente os estoques de medicamentos das farmácias públicas**, promovendo transparência, controle social e rastreabilidade, todos elementos centrais à governança em saúde pública.

A **Portaria SVS/MS nº 344/1998**, do Ministério da Saúde, disciplina todas as etapas relacionadas a entorpecentes, psicotrópicos, precursores e outros medicamentos com potencial de dependência, estabelecendo regras para produção, distribuição, armazenamento, transporte, prescrição, dispensação e uso dessas substâncias. **Regula minuciosamente os requisitos de notificações de receita, controle de estoques, responsabilidade dos estabelecimentos e rastreabilidade dos produtos.**

A **Portaria SVS/MS nº 344/1998** informa diretamente sobre as normas aplicáveis à aquisição e à dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial no âmbito da SES/DF. Além disso, ela impacta a gestão de sistemas de informação em saúde pública, pois **exige registros padronizados e rastreáveis** que possam ser integrados aos sistemas logísticos e de controle da assistência farmacêutica.

Por fim, a **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 44/2009**, da ANVISA, que **estabelece normas específicas para a aquisição, recebimento, armazenamento, organização, dispensação e transporte de medicamentos**, incluindo medicamentos sujeitos a controle especial. Determina ainda a exigência de documentação técnica,

Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)¹⁰² e manutenção de registros, com foco em rastreabilidade, segurança e qualidade dos produtos, obrigações relacionadas à capacitação dos profissionais, infraestrutura e responsabilidade técnica do farmacêutico. Essa norma é central para compreender os marcos regulatórios que estruturam a aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito do SUS e da SES/DF, bem como as exigências operacionais e sanitárias que impactam diretamente os sistemas de informação em saúde pública.

Outra perspectiva normativa que se relaciona com o tema governança é a **Instrução Normativa nº 4, de 11 de maio de 2009, da ANVISA (Brasil, 2009), que institui o Guia de Inspeção em Boas Práticas Clínicas (BPC), com o objetivo de orientar e harmonizar os procedimentos de inspeção regulatória** em pesquisas clínicas **com medicamentos e produtos para saúde**. O guia é fundamentado em marcos internacionais, como o Documento das Américas em BPC¹⁰³, as diretrizes do ICH¹⁰⁴ e declarações éticas como a de Helsinque¹⁰⁵, prevendo a atuação da ANVISA tanto em inspeções de rotina quanto motivadas por denúncias, com possibilidade de suspensão ou cancelamento de estudos em caso de irregularidades.

A Declaração de Helsinque, elaborada pela Associação Médica Mundial (WMA)¹⁰⁶ estabelece princípios para a realização de pesquisas médicas com seres

¹⁰² Um Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento que detalha, de forma clara e objetiva, os passos a serem seguidos para realizar uma determinada tarefa ou processo

<https://www.gov.br/ANVISA/procedimentos-operacionais-padrao-pops>

¹⁰³ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boas_praticas_clinicas_opas.pdf Tem como objetivo harmonizar diretrizes regulatórias regionais, estabelecendo padrões éticos e técnicos para condução de ensaios clínicos. Baseado na Declaração de Helsinque, reafirma os princípios de respeito às pessoas, beneficência e justiça, e reforça a necessidade de comitês de ética independentes, qualificação dos profissionais envolvidos e manutenção de registros auditáveis. Na sua pesquisa, esse documento é relevante por destacar a importância da qualidade ética e científica como parte da governança clínica e regulatória, especialmente no monitoramento e rastreabilidade da cadeia de medicamentos. O Documento das Américas sobre Boas Práticas Clínicas é um documento desenvolvido por representantes de diversos países da América Latina e Caribe com apoio

¹⁰⁴ O Conselho Internacional para Harmonização de Requisitos Técnicos para Produtos Farmacêuticos para Uso Humano é uma iniciativa que reúne autoridades reguladoras e a indústria farmacêutica para discutir aspectos científicos e técnicos do desenvolvimento e registro de produtos farmacêuticos. - <https://www.gov.br/ANVISA/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/publicacoes-sobre-medicamentos/guia-de-boas-praticas-clinicas-ich-e6-r2/view>. O guia da International Council for Harmonisation (ICH) define um padrão internacional para desenho, condução, monitoramento, auditoria e relato de ensaios clínicos

¹⁰⁵ Este site pertence e é editado pela Associação Médica Mundial, Inc. (WMA). A WMA está localizada em 13A, Chemin du Levant, CS 5001 Le Keynes, 01210 Ferney-Voltaire, França. Está registrada na prefeitura de Ain, França, sob o número Siret 301 503 991 00038, desde 5 de dezembro de 1974. Secretário-Geral: Dr. Otmar Kloiber - <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

¹⁰⁶ A Associação Médica Brasileira é filiada à Associação Médica Mundial (WMA, na sigla em inglês), organização internacional que representa os médicos de todo o mundo. Fundada em 1947, a missão da WMA é servir a humanidade na tentativa de estabelecer os mais altos padrões em educação, ciência, arte e

humanos. No contexto da governança em saúde pública, ela se insere como referência ética obrigatória para garantir que os processos decisórios sobre medicamentos e intervenções estejam alinhados ao interesse público e à proteção do cidadão.

Os Quadros a seguir apresentam uma linha do tempo dos principais marcos legais e regulatórios que moldam o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Quadro 21 apresenta, em ordem cronológica, as principais normas e instrumentos relacionados ao SUS e às áreas correlatas consideradas nesta pesquisa. Para facilitar a compreensão da evolução normativa, os documentos podem ser observados a partir de três linhas do tempo complementares. A primeira reúne os marcos relacionados à organização do sistema de saúde, à vigilância sanitária e à assistência farmacêutica, abrangendo desde a regulamentação da profissão farmacêutica até a instituição do SUS, da Política Nacional de Medicamentos, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e das regras de divulgação dos estoques de medicamentos. A segunda linha do tempo contempla as normas aplicáveis às licitações e às contratações públicas, que orientam os processos de aquisição de medicamentos e demais insumos utilizados pela Administração Pública. A terceira concentra os referenciais éticos e regulatórios relacionados às pesquisas com seres humanos e às boas práticas clínicas, incluindo normas nacionais e instrumentos internacionais. Como parâmetros de organização, foram considerados o ano de publicação ou instituição, a identificação da norma ou do instrumento e seu assunto principal, possibilitando visualizar como os diferentes marcos normativos se complementam e influenciam a assistência farmacêutica, as aquisições públicas e os procedimentos de pesquisa.

Quadro 21 - Normas organizadas cronologicamente - SUS e Áreas Correlatas

Ano	Número da Norma / Instrumento	Assunto
1931	Decreto nº 20.377	Regulamenta o exercício da profissão farmacêutica no Brasil.
1971	Criação da Central de Medicamentos (CEME)	Institui estrutura para fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas.
1976	Lei nº 6.360	Dispõe sobre a vigilância sanitária de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos.
1988	Constituição Federal	Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado; fundamentos para o SUS.
1990	Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde)	Regula o SUS e a assistência terapêutica integral, incluindo o fornecimento de medicamentos.

ética médicas, além da assistência de qualidade a todos os cidadãos. <https://www.wma.net/> e <https://amb.org.br/wma/>

1993	Lei nº 8.666	Estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos.
1998	Portaria GM/MS nº 3.916	Institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM); diretrizes de segurança, eficácia, qualidade e acesso.
1998	Portaria SVS/MS nº 344	Aprova o regulamento técnico para substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
1999	Lei nº 9.787	Altera a Lei nº 6.360/76 e regula medicamentos genéricos no Brasil.
1999	Lei nº 9.782	Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); define o SNVS.
2001	Portaria GM/MS nº 1.310	Aprova elenco de medicamentos essenciais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
2004	Resolução CNS nº 338	Institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF); define conjunto de ações relacionadas aos medicamentos no SUS.
2009	RDC nº 44/2009 (ANVISA)	Estabelece Boas Práticas Farmacêuticas; normas sanitárias para funcionamento, dispensação e comercialização de medicamentos.
2009	Instrução Normativa ANVISA nº 4	Institui o Guia de Inspeção em Boas Práticas Clínicas (BPC); orienta inspeções em pesquisas clínicas.
2011	Decreto nº 7.508	Regulamenta a Lei nº 8.080/1990; detalha organização interfederativa do SUS e institui a RENAME.
2011	Lei nº 12.401	Altera a Lei nº 8.080/1990 para regulamentar a incorporação de tecnologias em saúde no SUS.
2012	Resolução CNS nº 466	Define diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos no Brasil.
2016	Resolução CNS nº 510	Normas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.
2021	Lei nº 14.133	Nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos.
2023	Lei nº 14.654	Altera a Lei nº 8.080/1990 para obrigar divulgação pública de estoques de medicamentos no SUS.
2024	Lei nº 14.874	Estabelece princípios e regras para condução de pesquisas com seres humanos.
s/d	Documento das Américas em Boas Práticas Clínicas (BPC)	Harmoniza diretrizes regulatórias para ensaios clínicos nas Américas.
s/d	Guia da ICH em Boas Práticas Clínicas	Padrão internacional para condução e auditoria de ensaios clínicos.
s/d	Declaração de Helsinque (WMA)	Princípios éticos internacionais para pesquisas médicas com seres humanos.

Fonte: Organizado pelo autor

O Quadro 22 apresenta os principais marcos normativos relacionados à organização do Sistema Único de Saúde e à consolidação da assistência farmacêutica no Brasil, utilizados na pesquisa. A sequência de normas que foram identificadas na pesquisa reúne, inicialmente, os fundamentos constitucionais e legais que reconhecem a saúde como direito de todos e dever do Estado e que estruturam o funcionamento do SUS. Em seguida, são destacados os instrumentos que instituem a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, bem como aqueles que regulamentam a seleção e a oferta de medicamentos essenciais, a organização interfederativa do sistema, a incorporação de tecnologias em saúde e a transparência das

informações sobre estoques. Como parâmetros de organização, foram considerados o ano de publicação, a identificação da norma ou do instrumento e seu objeto principal, possibilitando compreender a evolução das bases jurídicas que sustentam o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Quadro 22 - SUS e Assistência Farmacêutica

Ano	Número da Norma / Instrumento	Assunto
1988	Constituição Federal	Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado; fundamentos para o SUS.
1990	Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde)	Regula o SUS e a assistência terapêutica integral, incluindo o fornecimento de medicamentos.
2004	Resolução CNS nº 338	Institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF); define conjunto de ações relacionadas aos medicamentos no SUS.
1998	Portaria GM/MS nº 3.916	Institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM); diretrizes de segurança, eficácia, qualidade e acesso.
2001	Portaria GM/MS nº 1.310	Aprova elenco de medicamentos essenciais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
2011	Decreto nº 7.508	Regulamenta a Lei nº 8.080/1990; detalha organização interfederativa do SUS e institui a Rename.
2011	Lei nº 12.401	Altera a Lei nº 8.080/1990 para regulamentar a incorporação de tecnologias em saúde no SUS.
2023	Lei nº 14.654	Altera a Lei nº 8.080/1990 para obrigar divulgação pública de estoques de medicamentos no SUS.

Organizado pelo autor

O Quadro 23 apresenta os principais marcos normativos relacionados à regulação sanitária de medicamentos no Brasil. Contempla a regulamentação da vigilância sanitária de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e produtos correlatos, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, as regras aplicáveis às substâncias e aos medicamentos sujeitos a controle especial, a regulamentação dos medicamentos genéricos e as boas práticas farmacêuticas para funcionamento, dispensação e comercialização. Como parâmetros de organização, foram considerados o ano de publicação, a identificação da norma ou do instrumento e seu objeto principal, focando na estrutura dos mecanismos de controle, segurança, qualidade e fiscalização dos medicamentos.

Quadro 23 - Regulação Sanitária

Ano	Número da Norma / Instrumento	Assunto
1976	Lei nº 6.360	Dispõe sobre a vigilância sanitária de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos.
1999	Lei nº 9.782	Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); define o SNVS.
1998	Portaria SVS/MS nº 344	Aprova o regulamento técnico para substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
2009	RDC nº 44/2009 (ANVISA)	Estabelece Boas Práticas Farmacêuticas; normas sanitárias para funcionamento, dispensação e comercialização de medicamentos.
1999	Lei nº 9.787	Altera a Lei nº 6.360/76 e regula medicamentos genéricos no Brasil.

Organizado pelo autor

4.6.1 ESPECIFICIDADES RELACIONADAS À LEI Nº 14.133/2021

Antes de detalhar a convergência entre a Lei nº 14.133/2021 e os Quadros 16, 18 e 19, é necessário explicitar porque essa confrontação é importante para a pesquisa. O objetivo do estudo é propor um fluxo aprimorado de aquisição e dispensação de medicamentos na SES/DF; logo, comparar a nova lei de licitações, que estabelece requisitos formais de governança, gestão de riscos e controles internos, com os componentes de governança logística (Quadro 16), as dimensões de capacidade estatal (Quadro 18) e os aspectos analíticos de geração de valor (Quadro 19) permite traduzir princípios teóricos em obrigações normativas verificáveis. Essa análise revela lacunas e oportunidades de alinhamento entre a legislação e a prática institucional, indicando onde a SES/DF deve reforçar planejamento intersetorial, profissionalização, rastreabilidade e accountability para alcançar resultados tangíveis na assistência farmacêutica.

Alinhando diretamente o referencial normativo com o tema da pesquisa e buscando confrontar os componentes de governança logística do **Quadro 16** com as orientações da Lei 14.133/2021, é útil imaginar a nova lei de licitações como um “mapa-guia” que alinha boas práticas e obrigações. Por exemplo, a lei ¹⁰⁷ prevê que cada órgão

¹⁰⁷ “Art. 11 ... Parágrafo único. A alta administração do órgão ou entidade é responsável pela governança das contratações e deve implementar processos e estruturas, inclusive de gestão de riscos e controles internos, para avaliar, direcionar e monitorar os processos licitatórios e os respectivos contratos, com o intuito de alcançar os objetivos estabelecidos no **caput** deste artigo, promover um ambiente íntegro e confiável, assegurar o alinhamento das contratações ao planejamento estratégico e às leis orçamentárias e promover eficiência, efetividade e eficácia em suas contratações. Fonte: Lei 14.133/2021”

implante estruturas formais de governança, gestão de riscos e controles internos e descreve o passo a passo para um planejamento rigoroso e estruturado antes da licitação. Dessa forma, os conceitos de planejamento intersetorial, rastreabilidade, accountability e coordenação, que aparecem no quadro como ideais de governança, ganham força de lei e devem ser verificados.

Primeiramente a Lei 14.133/2021 estrutura a fase de planejamento como etapa-chave e, nessa condição, dá suporte direto ao Componente (a) do Quadro 16. Planejamento intersetorial passa por exigir Estudo Técnico Preliminar, análise de riscos, justificativa orçamentária e demonstração de benefícios, forçando a articulação entre áreas clínica, farmacêutica, financeira e de gestão antes da licitação. Está prevista a obrigatoriedade de divulgação de todos os atos no PNCP, de forma praticamente direta, impõe interoperabilidade de sistemas e incentiva tecnologias de rastreabilidade que garantam visibilidade em tempo real sobre volumes, prazos e conformidade na cadeia logística de medicamentos.

Os Componentes (d) e (e) encontram relação no eixo de governança, riscos e controles. A responsabilização de agentes públicos, a exigência de matrizes de risco para cada contratação e a definição de perfis profissionais mínimos para agentes de contratação e gestores de contratos obrigam a SES/DF a investir em equipes capacitadas e infraestrutura padronizada. Os Componentes (f) e (g) dialogam com a ênfase da Lei 14.133/2021 na normatização integrada e na coordenação interinstitucional, possibilitando que se compartilhem atas e obtenham ganhos de escala, reduzindo os riscos de rupturas de estoque. Mas, para que isso funcione, é preciso acompanhar os protocolos de gestão farmacêutica e fluxos de informação verticalizados para que alimentem também o PNCP, produzindo dados capazes de sustentar decisões logísticas baseadas em evidências e gerar valor público.

Adicionalmente, ao relacionar as “Dimensões da Capacidade Estatal – SES/DF” que constam no **Quadro 18** com a Lei 14.133/2021, é possível identificar a lei como uma caixa de ferramentas normativa que traduz capacidades abstratas em requisitos mensuráveis de licitação e gestão contratual. A Lei cria incentivos e, em muitos casos, obrigações, onde a Secretaria de Saúde do DF deve transformar sua competência técnica em rotinas institucionais, como o fato de disciplinar, respectivamente, o planejamento anual de compras e o Sistema de Registro de Preços. Assim a SES/DF pode consolidar demandas próprias e de vizinhos, harmonizar cronogramas e programar ganhos de escala. A gestão centralizada de atas de preços pode reduzir assimetrias entre os entes que tratam

das aquisições de medicamentos e atenua os riscos de desabastecimento. Ao exigir justificativas de quantitativos, prazos e condições logísticas ainda na fase preparatória, a lei direciona a secretaria a alinhar estruturas físicas (almoxarifados, centrais de distribuição) e processos internos antes de publicar o edital para as aquisições. Retornando à criação do Portal Nacional de Contratações Públicas, o portal integra bases de dados em tempo real e estimula a adoção de painéis de BI que monitoram consumo, saldos de contratos e desempenho dos fornecedores. Ao mesmo tempo, indica para práticas permanentes de gestão de riscos e controles internos. Esses dispositivos alinham a capacidade tecnológica em metas verificáveis, como por exemplo, dashboards de risco por medicamento e capacitações para agentes de contratação e gestores de contratos.

A Lei 14.133/2021 também permite contratações diretas em emergências. Quando combinada a previsões de demanda mais robustas e ao dever de rastreabilidade previsto no PNCP, essa dispensa emergencial vira um plano institucionalizado. A SES/DF pode acionar fornecedores pré-qualificados, enquanto indicadores de estoque mínimo alimentam o controle. O resultado é uma cadeia de medicamentos mais resiliente, capaz de reagir mais rapidamente sem abandonar a transparência.

Por fim, ao cruzar os “aspectos analíticos” do **Quadro 19** com a Lei 14.133/2021, a lei converte princípios de governança, inovação e geração de valor em requisitos verificáveis de planejamento, contratação e gestão de estoques. Se tratamos da profissionalização, identificamos nas figuras do agente de contratação, da equipe de apoio e dos gestores/fiscais (Arts. 7º e 8º da lei) a exigência de qualificações mínimas e treinamentos, aproximando-se da dimensão de profissionalização desse quadro. Além disso, analisando os sistemas Alphalink e TrackCare e sua função objetiva, no art. 169 estão previstas práticas permanentes de gestão de riscos, mecanismos que viabilizam painéis de BI e uso de dados em tempo real, respondendo à dimensão “inovação institucional e governança baseada em evidências” e fortalecendo a integração entre compras e gestão de estoques.

Dispositivos como o art. 40 (trata das centrais de compras) e o art. 86 (Sistema de Registro de Preços) permitem a consolidação de demandas entre unidades e adesão a atas, reduzindo riscos de rupturas de estoque e potencializando o planejamento de médio e longo prazo. As preferências admitidas para bens produzidos conforme critérios de desenvolvimento sustentável (art. 26, §1º, III) ou de inovação (art. 26, §1º, I) possibilitam que a SES/DF alinhe suas aquisições à política de inovação em saúde mencionada no quadro. Com isso, compras públicas deixam de ser mera obrigação legal e passam a

funcionar como alavanca para coordenação intersetorial, adoção de soluções tecnológicas (por exemplo, rastreabilidade) e aprimoramento da assistência farmacêutica.

Assim, ao tratarmos da aquisição, o referencial normativo é a Lei nº 14.133/2021¹⁰⁸. Nesse contexto, a maior parte dos medicamentos adquiridos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) se enquadra nessa categoria, por serem padronizados e possuírem parâmetros técnicos claramente estabelecidos nas listas oficiais e nos protocolos clínicos. Assim, a aquisição de medicamentos padronizados deve, em regra, ocorrer por meio de pregão eletrônico, por ser a modalidade que melhor assegura a competitividade, a transparência e a economicidade, salvo se houver justificativa técnica que demonstre a inviabilidade dessa forma de contratação.

¹⁰⁸ A Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, é a Lei de Licitações e Contratos, que estabelece normas gerais para licitações e contratações das administrações públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Ela substituiu a Lei nº 8.666/93 e introduziu diversas alterações e inovações no sistema de compras públicas. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/14133.htm

5. METODOLOGIA

Antes de avançar para os procedimentos metodológicos adotados, torna-se importante reiterar como os referenciais analítico e normativo se articulam aos objetivos específicos da pesquisa. A síntese teórica composta pelos marcos conceituais apresentados e pelas análises setoriais relacionadas à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) constituiu a base para compreender os arranjos institucionais, as capacidades estatais e os mecanismos de coordenação que estruturam as etapas da aquisição e da dispensação de medicamentos. Essa articulação forneceu a lente interpretativa utilizada para examinar tanto os normativos quanto as práticas organizacionais observadas ao longo da investigação.

O percurso analítico desenvolvido até este ponto fundamentou, sobretudo, o primeiro objetivo específico da pesquisa, que é o de delimitar o conceito de governança aplicado à gestão pública em saúde e à cadeia logística de medicamentos. Para tanto, foram sistematizados os fundamentos teóricos apresentados nos itens 4.1 a 4.5 do referencial analítico, abrangendo componentes de governança, capacidades estatais, mecanismos institucionais e aspectos normativos relevantes ao contexto da SES/DF.

Assim, a construção desse marco conceitual seguiu, portanto, as etapas descritas no Quadro 24 a seguir:

Quadro 24 – Etapas considerando alinhamento dos conceitos de Governança

ETAPA	DESCRIÇÃO	DETALHAMENTO
A	Revisão das abordagens analíticas sobre governança no setor público	Fundada nas contribuições de Fukuyama (2013), Andrews (2010) e Rose-Ackerman (2017), que enfatizam capacidade estatal, autonomia burocrática, contexto institucional e accountability como dimensões centrais da governança pública. Apresentada no item 4.1
B	Aplicação dos conceitos à governança em saúde pública	Com base na literatura especializada, são analisados os mecanismos específicos de coordenação, legitimidade e desempenho das instituições de saúde, em contextos descentralizados e complexos como o SUS. item 4.2
C	Especificação da governança na cadeia logística de medicamentos	Identificam-se os elementos críticos que compõem a governança da cadeia de suprimentos em saúde, tais como previsibilidade, rastreabilidade, articulação intersetorial e capacidade institucional. Apresentada no item 4.3
D	Caracterização das capacidades estatais na dispensação de medicamentos	A análise enfoca a infraestrutura tecnológica, os recursos humanos, os sistemas de informação e os procedimentos gerenciais que compõem a base operacional da assistência farmacêutica. Apresentada no item 4.4
E	Aspectos analíticos relacionados aos processos de aquisições de medicamentos	Analisa aquisições como função estratégica: planejamento baseado em evidências, integração intersetorial, governança de dados, indicadores, orçamento, profissionalização e inovação. Apresentado no item 4.5.

Fonte: organizado pelo autor

De forma complementar, o segundo objetivo específico, o de analisar os critérios normativos, institucionais e legais relacionados ao processo de aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF, foi sustentado pela base conceitual e normativa consolidada no item 4.6 do referencial analítico. Essa construção permitiu examinar a articulação entre normativos nacionais e distritais, instrumentos regulatórios e diretrizes operacionais que orientam a assistência farmacêutica.

A análise desses critérios contribuiu para avaliar a aderência entre as exigências legais, o desenho institucional e as práticas adotadas na SES/DF, possibilitando identificar a ocorrência de lacunas regulatórias, de sobreposições de competências e oportunidades de aperfeiçoamento relacionadas à governança. Nesse contexto, consideraram-se também as repercussões de inovações normativas introduzidas por instrumentos como a Lei nº 14.133/2021, especialmente quanto aos seus possíveis impactos sobre processos relacionados à assistência farmacêutica no âmbito distrital.

Diante desse contexto, a proposta metodológica foi concebida para compreender os processos relacionados à aquisição à dispensação de medicamentos na SES/DF, considerando as interações entre a governança institucional, os sistemas de informação e a dinâmica organizacional envolvida. A definição dos procedimentos metodológicos buscou assegurar coerência entre o problema de pesquisa, os objetivos específicos e as estratégias de coleta e análise dos dados. Essa escolha metodológica decorre diretamente da questão que orienta o estudo: *Como aprimorar a governança e a integração de sistemas de informação na SES/DF para enfrentar os desafios relacionados à aquisição e dispensação de medicamentos?*

Assim, a investigação adotou a abordagem qualitativa, possibilitando compreender com maior profundidade como a governança institucional, a integração entre sistemas de informação e a coordenação entre setores se manifestam no cotidiano da cadeia logística de medicamentos. O estudo concentrou-se no contexto específico da SES/DF, envolvendo profissionais vinculados às etapas de planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação, buscando compreender práticas, experiências e interpretações relacionadas aos desafios observados no funcionamento desses processos.

A produção dos dados fundamentou-se na triangulação entre as entrevistas semiestruturadas, a análise documental, os normativos institucionais, a revisão bibliográfica e elementos observados no contexto organizacional estudado. A articulação entre essas diferentes fontes buscou ampliar a robustez interpretativa da análise e fortalecer a compreensão dos fenômenos investigados.

A metodologia foi estruturada ao longo da evolução da pesquisa para evidenciar desde o início o nexo entre o problema de pesquisa e o tipo de resposta que o estudo pretende oferecer. Para tanto, a investigação concentrou-se em três movimentos encadeados: *mapear o fluxo atual de aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF, identificar os principais desafios operacionais, culturais e sistêmicos decorrentes da fragmentação desses processos e, a partir daí, desenvolver uma proposta de fluxo aprimorado que promova maior integração entre os setores envolvidos, assegure a conformidade normativa e fortaleça a governança.*

Nesse percurso, a **matriz analítica** constituiu o “core” da pesquisa. Concebida como instrumento de identificação estruturada, buscou relacionar as fases da cadeia logística com os componentes de governança pertinentes, materializando a articulação entre a teoria e a prática. Durante a coleta de dados, ela foi refinada com as evidências empíricas obtidas por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas, servindo de base para o desenho do fluxo aprimorado. A versão definitiva, contendo os ajustes decorrentes da análise empírica, é apresentada juntamente com o fluxo “to-be”, evidenciando a evolução do núcleo analítico da pesquisa e a forma como os achados empíricos contribuíram para sua consolidação.

Trata-se, portanto, de uma investigação voltada a um tema ainda pouco sistematizado sob a perspectiva da governança e da integração institucional. Embora já existam normas e registros administrativos relacionados desde a aquisição até a dispensação de medicamentos na SES/DF, persiste a necessidade de compreender de forma mais estruturada como esses processos funcionam, ou deixam de funcionar, na prática. Assim, a pesquisa buscou justamente preencher essa lacuna, identificando elementos críticos e propondo caminhos para sua superação. Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos que compuseram o percurso da pesquisa: construção e refinamento da matriz analítica, elaboração do questionário, realização das entrevistas, análise dos dados e proposição do fluxo aprimorado. Essas etapas são sintetizadas em um mapa síntese da proposta metodológica, conforme **Quadro 25** a seguir:

Quadro 25 – Mapa Síntese da Metodologia

Objetivo específico	Atividade empírica principal	Insumo teórico / normativo que sustenta	Produto resultante
a. Delimitar o conceito de governança aplicado à cadeia de medicamentos	Revisão sistemática da literatura e síntese conceitual (Etapas 4.1 a 4.5)	Teorias de governança pública (Fukuyama 2013; Andrews 2010; Rose-Ackerman 2017); estudos sobre governança em saúde	Marco conceitual consolidado, base para a matriz analítica
b. Analisar critérios normativos que regulam aquisição e dispensação	Análise documental comparativa dos atos normativos (item 4.6)	Lei 14.133/2021, normativos nacionais e distritais, manuais e diretrizes internas da SES/DF	Diagnóstico de aderência normativa: forças, lacunas e sobreposições
c. Mapear o fluxo atual de aquisição e dispensação	Levantamento de processos e entrevistas exploratórias para construção do fluxo “AS-IS”	Manual de Logística SES/DF; registros em sistemas internos	Diagrama do fluxo atual validado pelos atores-chave institucionais
d. Identificar desafios operacionais, culturais e sistêmicos	(d.1) Construção e refinamento da matriz analítica (Quadro 26) (d.2) Elaboração do questionário (d.3) Entrevistas com servidores (d.4) Análise e interpretação dos dados empíricos	Quadros 15 (etapas da cadeia) e 16 (componentes de governança), Quadros 18 e 19 (capacidades institucionais e geração de valor)	Matriz analítica refinada; diagnóstico dos desafios institucionais
e. Propor fluxo aprimorado e recomendações	Síntese das evidências empíricas para construção do fluxo “to-be” e formulação de recomendações	Resultados integrados das etapas anteriores	Proposta de fluxo aprimorado; recomendações para governança, integração de sistemas, capacitação e monitoramento)

Fonte: Elaboração própria

A construção metodológica deste estudo foi estruturada à luz da abordagem proposta por Creswell (Creswell, 2003), que organiza o desenho da pesquisa a partir da definição do problema, da estratégia investigativa, dos procedimentos de coleta e da análise de dados e dos mecanismos de validação. A investigação foi orientada à produção de conhecimento aplicado, com foco na compreensão de processos organizacionais e no exame de fatores relacionados à aquisição e à dispensação de medicamentos na SES/DF.

Conforme essa tipologia, a pesquisa enquadrou-se como qualitativa de natureza aplicada, adotando desenho sequencial exploratório. Em um momento inicial, foram realizadas quatro entrevistas exploratórias, com a finalidade de verificar a relevância prática do problema, identificar lacunas relacionadas à governança e avaliar a viabilidade de contribuição acadêmica e institucional da pesquisa. Essas entrevistas desempenharam função diagnóstica e contribuíram para a delimitação do foco investigativo.

Com base nos achados preliminares dessas entrevistas exploratórias, foi desenvolvida uma matriz analítica que articulou as etapas do fluxo logístico, os componentes de governança e as dimensões de capacidade institucional. Essa matriz orientou a construção do instrumento de coleta da fase principal, na qual foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com agentes estratégicos da SES/DF. O desenho permitiu o aprofundamento progressivo e a atualização do desenho *As Is*.

Instrumentos de coleta de dados

O principal instrumento de produção dos dados foi a entrevista semiestruturada. Na etapa exploratória, as quatro entrevistas apresentaram caráter aberto, buscando compreender problemas percebidos, fragilidades sistêmicas e potenciais contribuições da pesquisa.

Na etapa principal, as entrevistas foram estruturadas a partir da matriz metodológica derivada do Quadro 26 (veja p. 120-122), procurando vincular cada questão investigada a etapas do fluxo logístico e os componentes de governança, possibilitando estabelecer a rastreabilidade entre os relatos dos participantes, as categorias analíticas e os pontos do processo organizacional relacionados.

O roteiro semiestruturado, associado à possibilidade de aprofundamento durante as entrevistas, contribuiu para assegurar coerência analítica entre os participantes e comparabilidade interpretativa entre os dados produzidos, preservando simultaneamente a riqueza qualitativa dos relatos. Observou-se maior engajamento dos participantes

quando lhes foi oferecido espaço para compartilhar percepções sobre problemas considerados estruturantes para o aperfeiçoamento das capacidades institucionais e do desempenho organizacional.

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, de natureza aplicada, e utiliza como estratégia o estudo de caso, delimitado ao fluxo da aquisição até a dispensação de medicamentos no contexto institucional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A escolha decorreu da necessidade de compreender, em profundidade e em seu contexto organizacional, como a governança, a integração dos sistemas de informação e a coordenação entre setores se manifestam nas práticas, experiências e interpretações dos profissionais envolvidos. O desenho da pesquisa foi organizado conforme Creswell (2003), articulando o problema investigado, os procedimentos de produção e análise dos dados e os mecanismos de validação. A fundamentação específica da estratégia de estudo de caso apoia-se no referencial analítico e foi consolidada nos quadros 15 e 16.

A produção dos dados ocorreu de forma sequencial. Inicialmente, foram realizadas as quatro entrevistas exploratórias, que contribuíram para delimitar o problema e construir uma matriz analítica relacionando as etapas do fluxo logístico aos componentes de governança e às dimensões de capacidade institucional. Essa matriz orientou o roteiro da etapa principal, composta por dez entrevistas semiestruturadas com agentes estratégicos da SES/DF. As entrevistas foram complementadas pela análise de normativos, manuais, registros administrativos e informações dos sistemas internos, possibilitando a triangulação das diferentes fontes. As técnicas de entrevista semiestruturada, categorização e interpretação dos dados, análise documental e triangulação foram conduzidas com fundamento em Creswell (2003).

A análise dos dados foi orientada pelas categorias previamente estabelecidas na matriz analítica e por seu refinamento a partir das evidências empíricas. Os relatos foram organizados e interpretados segundo as etapas da cadeia logística, os componentes de governança e as capacidades institucionais, permitindo comparar as percepções dos participantes com os documentos e registros examinados. A integração dessas fontes sustentou o mapeamento do fluxo atual, a identificação dos desafios institucionais e a elaboração da proposta de fluxo aprimorado.

5.1 MAPEAMENTO PRELIMINAR DO FLUXO ATUAL

Retoma-se inicialmente o objetivo geral da pesquisa, que é o de **propor um fluxo aprimorado para o processo da aquisição até a dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF, com base na análise da governança, da integração dos sistemas de informação e da articulação entre os setores envolvidos, considerando os normativos vigentes e os desafios operacionais e comportamentais identificados.**

Como etapa inicial do percurso investigativo, procedeu-se ao mapeamento do fluxo relacionado à aquisição e à dispensação de medicamentos na SES/DF. Para isso, elaborou-se uma versão preliminar desse fluxo, construída a partir da articulação entre o referencial normativo apresentado no item 4.6 e as evidências produzidas durante a etapa exploratória da pesquisa.

Com base nas informações institucionais disponibilizadas pela SES/DF e nos elementos obtidos na investigação inicial, apresenta-se um panorama do funcionamento da cadeia logística de medicamentos no âmbito da Secretaria.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) adota fluxo estruturado abrangendo etapas relacionadas à aquisição, armazenamento, logística, prescrição e dispensação de medicamentos, conforme descrito em instrumentos institucionais como o Manual de Logística da SES/DF. A aquisição é coordenada pela Subsecretaria de Compras e Contratações (SUCOMP), considerando necessidades identificadas pelas unidades de saúde e procedimentos relacionados ao planejamento das compras, processos licitatórios e formalização contratual. O armazenamento é conduzido pela Subsecretaria de Logística em Saúde (SULOG), principalmente por meio da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF Central) e almoxarifados regionais, observando práticas relacionadas ao controle de estoque, armazenamento e validade dos medicamentos.

A logística ocorre com suporte de sistemas institucionais, como o SISMATERIAIS, envolvendo requisição pelas unidades, separação, expedição, transporte, conferência e armazenamento dos produtos destinados ao uso interno ou à dispensação. A prescrição é realizada por profissionais habilitados, registrada nos prontuários e orientada pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Por sua vez, a dispensação ocorre em unidades farmacêuticas da rede, mediante análise

técnica da prescrição, registro da entrega e orientações ao paciente quanto ao uso adequado do medicamento.

O **mapeamento do fluxo atual foi realizado por meio** de uma abordagem metodológica que combinou **a realização de entrevistas, a análise documental e a modelagem de processos organizacionais**. Esse percurso desenvolveu-se em quatro movimentos interdependentes.

No primeiro momento, foram realizadas entrevistas exploratórias durante a fase inicial da pesquisa, com o objetivo de verificar a relevância prática do problema investigado, delimitar o foco analítico e compreender aspectos relacionados ao funcionamento da cadeia logística de medicamentos na SES/DF (Quadro 8). Essa etapa permitiu identificar elementos associados à fragmentação entre setores, limitações relacionadas à integração sistêmica, utilização de registros paralelos e outros aspectos vinculados aos mecanismos institucionais de governança.

Em seguida, após o amadurecimento da estrutura metodológica, foram conduzidas **dez¹⁰⁹ entrevistas semiestruturadas** com participantes ocupantes de funções estratégicas relacionadas à cadeia logística da SES/DF. A seleção considerou elementos do regimento interno institucional e a participação dos atores nas diferentes etapas do processo analisado. A coleta foi orientada por matriz analítica estruturada, articulando etapas do fluxo logístico, componentes de governança e dimensões relacionadas às capacidades institucionais.

Num terceiro momento, realizou-se análise documental e normativa, contemplando o exame de normativos federais, distritais e instrumentos institucionais aplicáveis ao contexto estudado. Essa etapa contribuiu para compreensão da aderência entre procedimentos operacionais observados e os referenciais normativos vigentes.

Por fim, procedeu-se à modelagem técnica do fluxo organizacional utilizando notação BPMN por meio da ferramenta Bizagi, possibilitando sistematizar visualmente as etapas identificadas durante o processo investigativo.

O processo foi organizado em cinco macro etapas interdependentes: Planejamento e Aquisição; Recebimento e Armazenamento; Distribuição e Logística; Prescrição e Registro; Dispensação e Registro. Cada macro etapa foi descrita considerando atividades

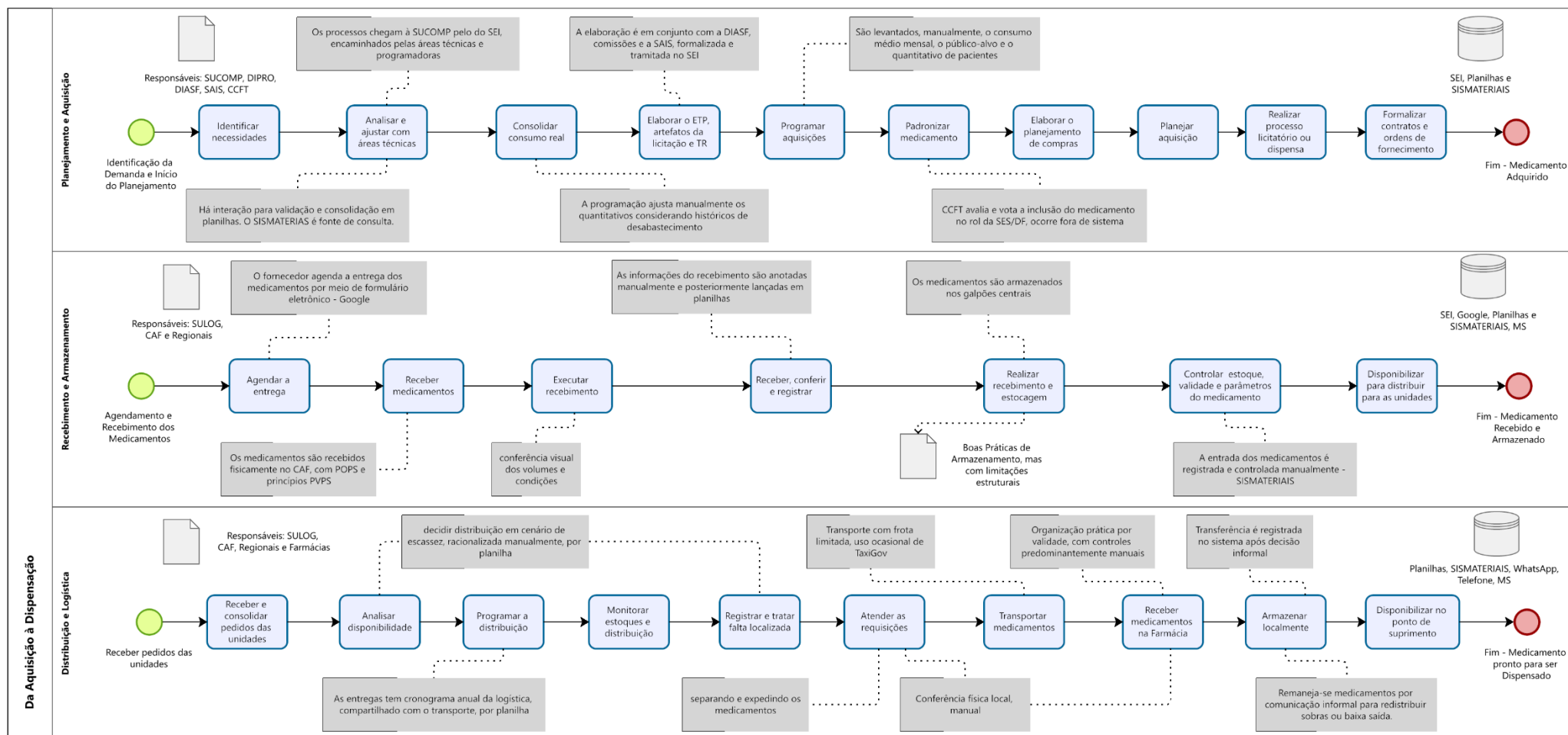
¹⁰⁹ Os entrevistados foram selecionados a partir de uma leitura do Regimento Interno da SES/DF, Decreto 39546 de 19 de dezembro de 2018, do esboço do fluxo “AS-IS” e das 4 entrevistas exploratórias.

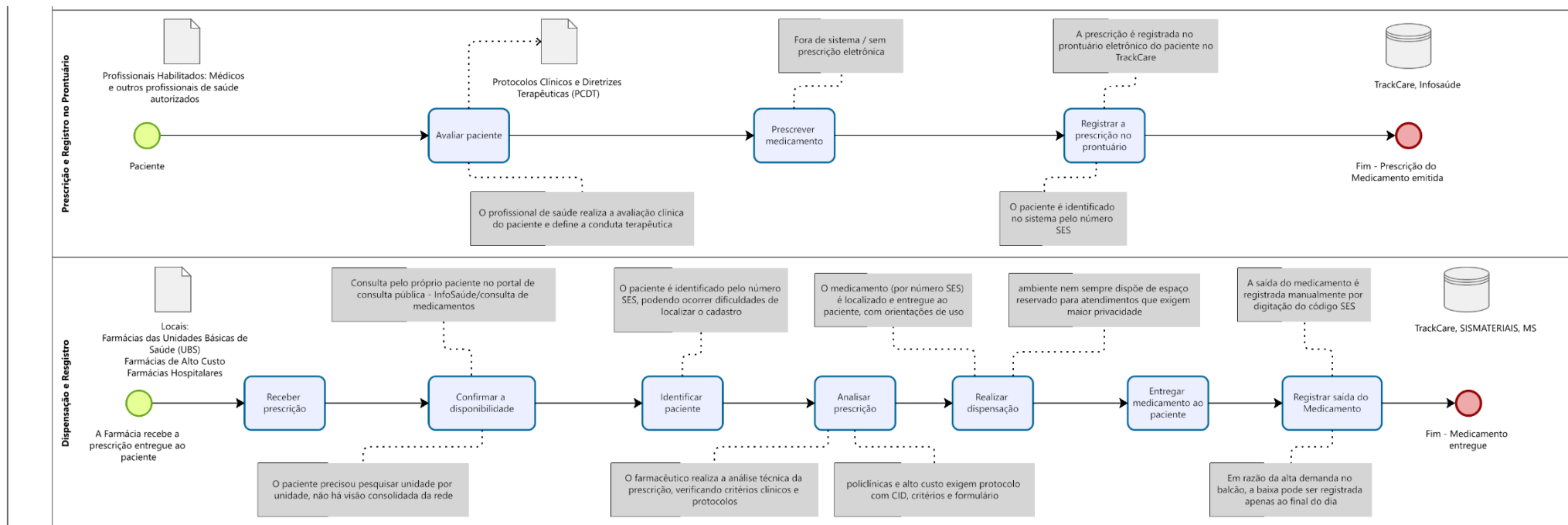
desenvolvidas, principais responsáveis, pontos decisórios, registros sistêmicos e mecanismos de controle identificados ao longo da investigação.

A representação do fluxo incorporou também elementos observados no contexto empírico, incluindo registros paralelos, limitações de interoperabilidade entre sistemas, mecanismos informais de comunicação e procedimentos de controle não automatizados. Tais elementos foram considerados relevantes para compreensão do funcionamento organizacional e dos desafios relacionados à coordenação institucional.

Assim, o mapeamento do fluxo atual resultou da articulação entre entrevistas exploratórias e semiestruturadas, análise normativa, análise documental e informações institucionais, integradas por meio da modelagem técnica em BPMN. O fluxo AS IS, apresentado na sequência, corresponde à sistematização analítica do funcionamento observado na cadeia logística de medicamentos da SES/DF, constituindo referência para interpretação dos elementos discutidos nos capítulos subsequentes.

Figura 1 – Fluxo da cadeia de medicamentos identificado na SES/DF – “AS IS”





Fonte: elaborado pelo autor

5.2. DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ DE ANÁLISE

A etapa empírica da pesquisa e a construção dos seus instrumentos de produção dos dados foi fundamentada na matriz analítica apresentada a seguir. No eixo vertical, organizam-se as etapas da cadeia relacionadas à aquisição e à dispensação de medicamentos, conforme sistematizadas no Quadro 15. No eixo horizontal, dispõem-se os componentes de governança aplicáveis ao objeto investigado, conforme definidos no Quadro 16.

A articulação entre esses eixos permitiu estruturar uma abordagem analítica voltada à compreensão da presença, ausência ou fragilidade de elementos relacionados à governança ao longo das diferentes etapas do processo. Essa organização favoreceu a observação de possíveis discontinuidades, sobreposições institucionais, limitações de coordenação e aspectos associados ao funcionamento organizacional, contribuindo para interpretação dos desafios identificados no contexto estudado.

Nesse sentido, a matriz apresentada no Quadro 26 constituiu elemento estruturante do percurso metodológico, orientando a elaboração dos instrumentos utilizados na etapa empírica e subsidiando a sistematização das evidências produzidas ao longo da investigação. As questões utilizadas nas entrevistas foram elaboradas a partir dos parâmetros apresentados nos Quadros 18 e 19, os quais consolidam capacidades institucionais e diretrizes de governança relacionadas à geração de valor público em processos de contratação na área da saúde. O Quadro 26 ilustra a matriz utilizada para as entrevistas.

Quadro 26 - Matriz de Análise

Etapas do Fluxo X Componentes da Governança	Planejamento Intersetorial e Participativo	Integração e Interoperabilidade de Sistemas de Informação	Adoção de Tecnologias de Rastreabilidade	Mecanismos de Controle e Responsabilização (Accountability)	Capacidade Institucional e Infraestrutura	Normatização e Conformidade Regulatória	Coordenação Interinstitucional
Planejamento e aquisição	Como ocorre, na prática, a participação da sua área no planejamento das aquisições de medicamentos? Você sabe se existem mecanismos para consolidar as demandas e as prioridades entre as áreas assistenciais e logísticas?	De que forma você enxerga os sistemas utilizados, se contribuem, ou limitam a consolidação de informações para o planejamento das compras? Você identifica que haja integração entre dados de consumo, estoque e prescrição para projetar as necessidades de aquisição?	Você identifica uso de tecnologias que permitam rastrear o consumo dos medicamentos ao longo do tempo para subsidiar o planejamento? Como você vê a ausência ou limitação de rastreabilidade impactando na definição das quantidades a serem adquiridas?	Quais controles que são utilizados para validar as informações para o planejamento das aquisições? Você considera as responsabilidades sobre decisões de priorização e quantitativos de compra?	Você entende que a equipe responsável pelo planejamento possui capacidade técnica e ferramentas adequadas para realizar as projeções de demanda? Você sabe se existem limitações de infraestrutura, sistemas ou pessoal que impactam a qualidade do planejamento das aquisições?	Na sua visão, o processo de planejamento das aquisições segue normas e diretrizes? Você saberia dizer se há lacunas normativas ou dificuldades de interpretação que impactam a execução do planejamento?	Como você entende a articulação entre os diferentes setores e níveis da Secretaria para consolidar o planejamento das aquisições? Existem dificuldades de coordenação entre áreas que possam resultar em desalinhamentos ou retrabalho no processo de compra?
Recebimento e Armazenamento	Como você participa da organização e da definição dos procedimentos de recebimento e armazenamento dos medicamentos? Há alinhamento prévio entre quem planeja a aquisição e quem executa o	Os sistemas que você acessa permitem registrar e compartilhar, em tempo real, as informações sobre a entrada de medicamentos, estoque e localização? Você sabe se existem falhas de integração que dificultam a visibilidade do	O registro de lote, validade e movimentação dos medicamentos é realizado de forma automatizada ou manual? Há uso de tecnologias, como código de barras ou outros mecanismos, que permitam a rastreabilidade desde o recebimento?	Quais controles você identifica no momento do recebimento, para garantir a conformidade entre o que foi contratado e o que foi entregue? Você saberia os setores responsáveis por informar em casos de divergência, perdas ou falhas no armazenamento?	Você possui estrutura física adequada para armazenamento, considerando volume, tipo e condições dos medicamentos? A sua equipe está dimensionada e capacitada para realizar a conferência, o registro e	Você sabe se existem normas e protocolos para o recebimento e armazenamento, e se eles são seguidos na prática? Quais as dificuldades no cumprimento do controle de validade, condições ambientais e	Como ocorre a comunicação com os fornecedores, e as unidades centrais e unidades locais no processo de recebimento dos medicamentos? Existem problemas de coordenação que impactam os prazos, a conferência ou a distribuição inicial dos itens recebidos?

	recebimento quanto a volumes, prazos e condições de armazenamento?	estoque logo após o recebimento?			armazenamento com segurança e qualidade?	registro das entradas?	
Distribuição e Logística	Como você entende que as áreas envolvidas participam do planejamento das rotas, prioridades e frequência de distribuição dos medicamentos? Há alinhamento quanto às necessidades reais de abastecimento?	Os sistemas que você utiliza permitem acompanhar os pedidos, o estoque disponível e o status das entregas? Existem falhas de integração que dificultam a visibilidade sobre o que foi solicitado, separado, transportado e entregue?	É possível rastrear os medicamentos durante o transporte, incluindo lote, validade e destino? Há uso de tecnologias para registrar automaticamente as movimentações logísticas e confirmar a entrega?	Quais controles existem para verificar se os medicamentos distribuídos correspondem aos pedidos realizados? Há definição de responsabilidades em casos de extravio, atraso ou divergência na entrega?	A estrutura logística disponível, me refiro a veículos, equipe, equipamentos, é suficiente para atender à demanda de distribuição? Existem limitações operacionais que impactam prazos, frequência ou qualidade das entregas?	Você conhece os procedimentos para distribuição e transporte de medicamentos? Há dificuldades no cumprimento dos requisitos relacionados ao transporte, como condições de registros das entregas?	Como ocorre a articulação entre unidades centrais, regionais e locais para viabilizar a distribuição? Existem falhas de comunicação ou coordenação que impactam o fluxo logístico e o abastecimento das unidades?
Prescrição	Há alinhamento entre as áreas assistenciais e de gestão quanto aos protocolos de prescrição considerando seu impacto na demanda por medicamentos? Os farmacêuticos participam da definição de diretrizes que influenciam o planejamento das aquisições?	Os sistemas de prontuário estão integrados aos sistemas de estoque e dispensação, permitindo vincular a prescrição, o paciente e a disponibilidade do medicamento? Existem falhas de integração que dificultam o registro da prescrição ou a visualização da disponibilidade na rede?	É possível rastrear a prescrição ao longo do fluxo, vinculando o paciente, o medicamento, o lote e a dispensação? Há uso de tecnologias para a identificação única do paciente (CPF) e que evitem duplicidades ou inconsistências nos registros?	Existem mecanismos de validação das prescrições, especialmente em relação a protocolos, elegibilidade e adequação do medicamento? Há definição de responsabilidades quanto ao registro correto das informações no prontuário?	Os farmacêuticos dispõem de sistemas e condições para acessar e os médicos para registrar as prescrições? Existem limitações de tempo, capacitação ou infraestrutura que impactam a qualidade dos registros no prontuário?	As prescrições seguem protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas roteirizados? Há dificuldades na aplicação dessas normas, seja por desconhecimento, ausência de padronização ou limitações do sistema?	Como ocorre a articulação entre as unidades assistenciais e as áreas de gestão? Existem falhas de comunicação entre níveis de atenção ou unidades que impactam a continuidade do cuidado e o registro das informações?
Dispensação	Há alinhamento entre as áreas assistenciais e logísticas quanto	O sistema de dispensação está integrado aos sistemas de prescrição e	A dispensação é registrada com identificação de lote, validade e paciente?	Quais controles existem para que a dispensação esteja conforme com a prescrição e aos	As unidades dispõem de estrutura física, sistemas e equipe	Existem normas para dispensação e registro no sistema, e elas são	Como ocorre a articulação entre as unidades de dispensação e as

	aos critérios e práticas de dispensação dos medicamentos? As unidades de dispensação participam da definição de parâmetros como estoque mínimo, reposição e priorização em situações de escassez?	estoque, permitindo a atualização automática das saídas? Existem falhas de integração que geram inconsistências entre o que foi dispensado e o que consta no estoque?	Há uso de tecnologias, como leitura de código de barras, que automatizam o registro e reduzam os erros?	protocolos estabelecidos? Há definição de responsabilidades em casos de erro de dispensação, divergência de estoque ou falhas de registro?	suficientes para realizar a dispensação com segurança e para registrar corretamente as saídas? Você identifica limitações operacionais que impactam a precisão do estoque ou a qualidade do atendimento ao paciente?	seguidas? Há dificuldades no cumprimento de exigências relacionadas ao registro, controle de estoque e rastreabilidade dos medicamentos?	áreas de gestão para atualização de informações e reposição de estoque? Existem falhas de comunicação que impactam a disponibilidade de medicamentos ou a confiabilidade dos registros no sistema?
--	--	--	--	---	---	---	---

Elaborado pelo autor

5.3. ORGANIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS ENTREVISTAS

A seleção dos entrevistados partiu do arranjo institucional e normativo que estrutura a cadeia da aquisição à dispensação de medicamentos no âmbito as SES/DF. A partir desse arranjo foram identificadas as funções institucionais relevantes para compreender o funcionamento do sistema e, posteriormente, os perfis a serem entrevistados correspondentes.

A seleção dos participantes da pesquisa fundamentou-se no arranjo institucional e normativo que estrutura os processos relacionados à aquisição e à dispensação de medicamentos no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A partir desse arranjo, foram identificadas funções institucionais relevantes para compreensão do funcionamento do sistema, subsidiando posteriormente a definição dos perfis participantes da etapa empírica.

Em primeiro lugar, o regimento interno¹¹⁰ da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal estabelece competências relacionadas à coordenação das políticas do Sistema Único de Saúde no âmbito distrital, à assistência farmacêutica e à gestão de sistemas de informação em saúde. Esse referencial foi considerado relevante por permitir localizar as unidades institucionais envolvidas nas diferentes etapas da cadeia logística de medicamentos, incluindo áreas relacionadas à assistência, logística, tecnologia da informação e governança.

Em segundo lugar, os referenciais normativos da assistência farmacêutica indicam que os processos relacionados aos medicamentos são constituídos por etapas interdependentes. O Guia de Boas Práticas de Serviços Farmacêuticos¹¹¹ descreve essas etapas, que incluem a seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento, a distribuição e a dispensação. Esse documento foi utilizado para verificar o desenho do fluxo da cadeia logística, pois descreve as etapas operacionais da assistência farmacêutica.

¹¹⁰ o Regimento Interno define a competência institucional da Secretaria e organiza sua estrutura administrativa. Entre as atribuições centrais estão a formulação e coordenação das políticas do SUS no DF, a gestão da assistência farmacêutica e a organização dos sistemas de informação em saúde (Decreto 39.546/2018).

¹¹¹ O guia da SES/DF apresenta diretrizes operacionais para os serviços farmacêuticos hospitalares, incluindo seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.

Em terceiro lugar, a Portaria nº 250/2014, relacionada à prescrição e ao fornecimento de medicamentos, estabelece parâmetros para a dispensação em conformidade com medicamentos padronizados e protocolos clínicos adotados institucionalmente. Esse aspecto reforça a interdependência entre decisões clínicas, organização dos serviços assistenciais e funcionamento da etapa final do processo analisado. Em razão disso, foram incluídos participantes vinculados à assistência farmacêutica e à atenção à saúde, capazes de relatar implicações práticas associadas à disponibilidade ou indisponibilidade de medicamentos no atendimento ao usuário.

Em quarto lugar, normativos relacionados à contratação pública e à execução contratual, incluindo a Portaria nº 210/2017 e a Portaria nº 170/2018, indicam que o processo de aquisição de medicamentos envolve etapas relacionadas ao planejamento da contratação, instrução processual, licitação e gestão contratual. Considerando a influência dessas decisões sobre o abastecimento do sistema, foram incluídos participantes vinculados às áreas responsáveis por compras e planejamento das contratações.

Adicionalmente, aspectos relacionados à gestão logística e ao controle de estoques são disciplinados por normativos específicos¹¹² que regulam sistemas eletrônicos de gestão de materiais utilizados pela SES/DF. Esses sistemas abrangem atividades relacionadas à catalogação de medicamentos, movimentação de estoques e distribuição às unidades de saúde. Dessa forma, tornou-se relevante incluir participantes envolvidos tanto na gestão logística quanto na gestão dos sistemas de informação, considerando a influência da integração, ou da fragmentação, desses mecanismos sobre o funcionamento da cadeia de suprimentos.

Partindo desse conjunto de referenciais institucionais e normativos, a seleção dos entrevistados seguiu o critério de representação funcional das principais etapas da cadeia logística de medicamentos. Assim, os dez entrevistados foram escolhidos por amostragem para representar funções institucionais estratégicas, distribuídas ao longo de todo o fluxo analisado.

Abaixo apresenta-se o quadro metodológico que conecta as entrevistas às normas estudadas.

¹¹² Portaria 401/2022 – estabelece o regulamento dos procedimentos operacionais do SIS-Materiais

Quadro 27 - Unidades organizacionais dos entrevistados e suas competências

Unidade Organizacional	Denominação	Função institucional na cadeia de medicamentos
DIASF	Diretoria de Assistência Farmacêutica	Unidade responsável pela coordenação técnica da política de assistência farmacêutica da SES/DF. Atua na padronização de medicamentos, gestão da REME, apoio técnico às unidades e articulação com outras áreas da rede.
DIPRO	Diretoria de Programação de Insumos e Produtos para Saúde	Área responsável pela programação da demanda de medicamentos e outros insumos, consolidando necessidades das unidades e subsidiando o planejamento das aquisições.
SUCOMP	Subsecretaria de Compras e Contratações	Unidade responsável pela condução dos processos de contratação pública da SES/DF, incluindo licitações, atas de registro de preços e formalização de contratos para aquisição de medicamentos.
SULOG	Subsecretaria de Logística em Saúde	Responsável pela logística de suprimentos da SES/DF, incluindo recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos para as unidades de saúde.
NUMEB	Núcleo de Monitoramento de Estoques e Abastecimento	Unidade responsável pelo acompanhamento dos níveis de estoque e pela análise de abastecimento nas unidades, auxiliando no controle logístico e na reposição de medicamentos.
SETIS/CTINF	Subsecretaria de Tecnologia da Informação em Saúde	Área responsável pela gestão e desenvolvimento dos sistemas de informação utilizados na SES/DF, incluindo sistemas de prontuário eletrônico, gestão de estoque e integração de dados.
SAGOV	Secretaria Adjunta de Governança em Saúde	Unidade responsável pela coordenação de políticas de governança, planejamento estratégico, monitoramento de resultados e integração institucional entre áreas da secretaria.
Ouvidoria	Unidade Setorial de Ouvidoria	Responsável por receber manifestações dos cidadãos (reclamações, denúncias, solicitações e elogios), possibilitando identificar impactos da gestão de medicamentos na percepção dos usuários.
Farmacêuticos de UBS	Farmacêutica de Unidade Básica de Saúde	Profissional responsável pela dispensação e orientação sobre medicamentos na atenção primária, representando o ponto final da cadeia logística no contato com o paciente.

Fonte: elaborado pelo autor

A partir da sistematização do fluxo AS IS, foi desenvolvida uma visão metodológica destinada a explicitar como cada participação empírica se relaciona simultaneamente com os processos institucionais, as unidades organizacionais, as bases normativas e os componentes analíticos de governança adotados na pesquisa.

Essa sistematização permitiu verificar que o conjunto das entrevistas contemplou etapas do processo institucional representado no fluxo AS IS. O percurso considerado iniciou-se no planejamento e aquisição, passando pelo recebimento e armazenamento, avançando para a logística de distribuição e alcançando as etapas relacionadas à

prescrição e dispensação. Cada uma dessas etapas está vinculada a unidades institucionais específicas previstas na estrutura organizacional da SES/DF e orientadas por referenciais administrativos.

Os participantes representaram diferentes dimensões relacionadas à governança do sistema de medicamentos, incluindo planejamento da demanda, gestão das compras públicas, logística de abastecimento, integração entre sistemas de informação, assistência farmacêutica e monitoramento de demandas da população. Essa composição buscou ampliar a compreensão do funcionamento da cadeia logística a partir de múltiplas perspectivas institucionais.

Todos os participantes ocupavam funções de chefia ou assessoramento e possuíam experiência superior a dois anos em suas respectivas áreas de atuação. Sob o ponto de vista metodológico, a seleção não ocorreu de forma aleatória, tendo sido construída a partir do arranjo institucional e normativo relacionado à política de assistência farmacêutica e aos processos de aquisição e dispensação de medicamentos na SES/DF. Assim, cada participação empírica manteve correspondência com etapas do fluxo institucional representado no modelo AS-IS e com componentes analíticos utilizados na matriz metodológica da pesquisa.

Quadro 28 – Unidades organizacionais dos entrevistados, fluxo AS-IS e norma aplicável

Entrevista	Etapa do fluxo AS-IS representada	Norma principal associada
DIASF	Padronização de medicamentos e política farmacêutica	Regimento Interno SES/DF
DIPRO	Programação da aquisição	Portaria nº 210/2017
SUCOMP	Processo licitatório e formalização da contratação	Portaria nº 210/2017
SULOG	Recebimento, armazenagem e distribuição	Portaria nº 401/2022
NUMEB	Monitoramento de estoque e reposição	Portaria nº 401/2022
SETIS / CTINF	Integração de sistemas e gestão da informação	Regimento Interno SES/DF
SAGOV	Coordenação estratégica e governança	Regimento Interno SES/DF
Ouvidoria	Monitoramento das demandas da população	Regimento Interno SES/DF
Farmacêutico hospitalar	Dispensação e análise da prescrição	Portaria SES/DF nº 250/2014

Fonte: elaborado pelo autor

O roteiro de entrevista foi aplicado após autorização institucional formal da SES/DF e mediante manifestação individual de consentimento dos participantes, observando os procedimentos éticos relacionados à participação na pesquisa.

Para a produção dos dados empíricos, foram selecionados dez participantes, conforme descrito no item anterior, todos vinculados a funções relacionadas aos processos de aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito da SES/DF. A composição da amostra seguiu critério intencional, buscando contemplar funções estratégicas associadas às áreas de planejamento, logística, assistência farmacêutica, governança, ouvidoria e tecnologia da informação. Essa definição procurou assegurar aderência entre os participantes selecionados e os processos organizacionais analisados, incorporando diferentes perspectivas institucionais sobre o funcionamento da cadeia logística de medicamentos.

Cada participante respondeu individualmente ao roteiro semiestruturado, elaborado a partir da matriz analítica da pesquisa, apresentado no item 5.2, e orientado pelos componentes de governança previamente definidos. O instrumento buscou favorecer a compreensão das práticas institucionais, dos desafios observados e das relações estabelecidas entre etapas do processo e mecanismos de governança.

As entrevistas foram realizadas entre setembro e novembro de 2025, mediante convite encaminhado aos participantes. Nove ocorreram presencialmente e uma foi conduzida em formato remoto, apresentando duração média aproximada de sessenta minutos. A estrutura semiestruturada permitiu aprofundamento dos relatos conforme a experiência profissional, o contexto de atuação e a posição institucional ocupada pelos participantes.

5.4. SISTEMATIZAÇÃO DOS ACHADOS

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à organização e sistematização dos dados produzidos, sendo que os relatos foram transcritos e segmentados em unidades analíticas. A interpretação dos dados, por sua vez, ocorreu mediante processo de análise temática orientado pelos componentes previamente definidos na matriz metodológica, admitindo simultaneamente a incorporação de elementos emergentes identificados ao

longo da investigação. Essa estratégia buscou conciliar consistência analítica com abertura interpretativa frente às evidências produzidas durante o trabalho de campo.

Os dados empíricos foram posteriormente organizados em tabela analítica cujos principais elementos estão descritos no Quadro 29. Essa sistematização teve como finalidade favorecer a rastreabilidade entre evidências empíricas, etapas do processo analisado e componentes analíticos relacionados à governança, contribuindo para maior transparência metodológica na interpretação dos dados.

Quadro 29 - Estrutura metodológica de sistematização dos achados, proposições e classificação das transformações

Bloco Analítico	Coluna	Descrição Operacional	Função Metodológica
Fonte de evidência	Entrevista	Identifica numericamente a entrevista da qual a evidência foi extraída.	Permite rastreabilidade metodológica, controle de saturação e triangulação entre participantes.
Fonte de evidência	Fala	Trecho literal selecionado da entrevista.	Preserva a evidência primária direta e assegura ancoragem empírica da análise.
Fonte de evidência	Detalhamento	Interpretação analítica da fala, convertendo o discurso em problema estruturado.	Realiza a transição do dado bruto para categoria analítica comparável.
Diagnóstico	Título do achado – problema a ser resolvido	Síntese diagnóstica objetiva da disfunção identificada.	Padroniza os problemas e permite comparação transversal entre as 70 linhas.
Localização no processo	Etapa do fluxo (AS IS)	Identifica a etapa da cadeia logística onde o problema ocorre.	Garante aderência ao mapeamento do fluxo e viabiliza redesenho estruturado no TO BE.
Classificação do problema	Código	Categoria macro do problema, por exemplo Estoque.	Permite análise de recorrência temática.
Classificação do problema	Subcódigo	Subcategoria específica, por exemplo Monitoramento, Apresentação.	Aumenta granularidade da tipologia analítica.
Enquadramento em governança	Componente	Dimensão principal de governança afetada, conforme Quadro 16.	Conecta empiricamente os achados ao modelo teórico adotado.
Enquadramento em governança	Componente secundário	Dimensão complementar, por exemplo accountability.	Refina o enquadramento conceitual do problema.
Potencial de intervenção	Há proposição de aperfeiçoamento?	Indica se o achado gera proposta concreta de modificação.	Distingue problemas descritivos de problemas com capacidade estruturante.
Tipos de alteração	Fluxo do Processo	Indica se exige redesenho de etapas ou inclusão de atividades.	Explicita mudança estrutural no processo.

Tipos de alteração	Recursos Humanos	Indica necessidade de capacitação ou redistribuição de responsabilidades.	Avalia impacto organizacional.
Tipos de alteração	Governança	Indica mudança em mecanismos de coordenação, controle ou integração.	Avalia impacto na capacidade governativa.
Tipos de alteração	Recursos Materiais	Indica necessidade de tecnologia, sistema ou infraestrutura.	Avalia impacto físico ou tecnológico.
Tipos de alteração	Normas	Indica necessidade de ajuste normativo.	Avalia dependência regulatória da solução.
Proposição de aperfeiçoamento	Qual a solução?	Descrição objetiva da intervenção proposta.	Converte diagnóstico em ação concreta.
Proposição de aperfeiçoamento	O que deve ser contemplado no fluxo aprimorado	Detalhamento operacional da alteração no TO BE.	Traduz a solução em redesenho processual formal.
Proposição de aperfeiçoamento	Etapa do fluxo (TO BE)	Indica onde a nova atividade será inserida.	Garante coerência entre diagnóstico e redesenho.
Resultado esperado	Resultado	Efeito sistêmico esperado após implementação.	Explicita a relação causal entre intervenção e melhoria institucional.
Avaliação estratégica	Complexidade de Implementação	Classifica o esforço necessário para implantar a solução.	Sustenta análise de viabilidade e matriz complexidade × impacto.
Avaliação estratégica	Potencial de Transformação Sistêmica	Classifica o alcance estrutural da mudança.	Fundamenta priorização estratégica no Capítulo 5.

Elaborado pelo autor

6. RESULTADOS E ANÁLISE

Este capítulo trata dos resultados da etapa empírica e a análise dos desafios identificados no processo da aquisição à dispensação de medicamentos na SES/DF. Inicialmente, as evidências produzidas por meio das entrevistas foram organizadas e relacionadas às etapas do fluxo analisado, permitindo identificar alguns problemas recorrentes e a compreender como eles se manifestam no funcionamento da cadeia logística. Em seguida, esses problemas foram consolidados em agrupamentos analíticos relacionados a categorias identificadas como destaque ao longo da pesquisa, estoque, medicamento, paciente e gestão, e associadas a desafios também identificados ao longo da pesquisa, de natureza sistêmica, operacional e cultural ou comportamental. Essa estrutura objetiva apresentar os resultados de forma didática, partindo das evidências coletadas para a categorização dos problemas e, posteriormente, para a consolidação dos desafios que fundamentam as propostas de aperfeiçoamento do fluxo.

A seguir, serão apresentados os problemas identificados a partir da análise integrada das entrevistas e das demais evidências produzidas durante a pesquisa. Essa análise objetiva demonstrar como as fragilidades se distribuem ao longo das etapas da aquisição à dispensação de medicamentos e como se relacionam a aspectos de estoque, rastreabilidade, integração dos sistemas de informação, capacidade institucional e coordenação entre as áreas da SES/DF. A sistematização transforma as evidências empíricas em achados comparáveis, organizados segundo a categoria do problema, a natureza do desafio e a etapa do fluxo em que se manifestam.

Em seguida, será apresentada a análise dos desafios associados aos problemas identificados, considerando sua natureza sistêmica, operacional e cultural ou comportamental. Essa discussão objetiva distinguir as limitações relacionadas à fragmentação dos sistemas e ao desenho institucional daquelas vinculadas à execução cotidiana das atividades, à infraestrutura disponível e às práticas informais utilizadas para assegurar o funcionamento do processo. A análise também permitirá compreender como os problemas aparentemente localizados podem refletir limitações mais amplas de governança, integração informacional e capacidade organizacional.

No primeiro agrupamento analítico, serão examinados os achados relacionados ao estoque, considerando as questões de monitoramento, de parametrização dos níveis mínimos e máximos, reposição, rastreabilidade por lote e validade, visualização da disponibilidade e confiabilidade dos saldos registrados. Essa análise objetiva compreender como as limitações na qualidade das informações, na automação dos controles e na integração entre sistemas e unidades influenciam o planejamento, a distribuição e a dispensação de medicamentos. O estoque será tratado, portanto, não apenas como disponibilidade física de produtos, mas como um componente transversal do fluxo, dependente de informação confiável, coordenação institucional e monitoramento contínuo.

Na sequência, serão analisados os achados associados ao medicamento, com destaque para sua identificação, apresentação, registro, validação e rastreabilidade ao longo do processo. Essa discussão objetiva compreender como as diferenças entre os códigos utilizados nos sistemas e nas embalagens, ausência de leitura automatizada, registros manuais e falta de padronização das informações afetam o acompanhamento do medicamento desde o recebimento até a dispensação. Também serão examinadas as limitações decorrentes da fragmentação entre as plataformas, que dificultam a vinculação entre lote, validade, unidade de destino e apresentação efetivamente entregue ao usuário.

Posteriormente, serão apresentados os achados relacionados ao paciente, considerando a integração entre as informações clínicas, os registros de prescrição e os dados produzidos durante a dispensação. Essa análise objetiva compreender como a ausência de vinculação entre os sistemas e de um identificador único limita o acompanhamento do histórico de retirada de medicamentos, da adesão terapêutica e da continuidade do cuidado. Também será examinada a capacidade institucional de transformar os dados existentes em informações úteis para o planejamento, o monitoramento da assistência farmacêutica e a atuação dos profissionais da rede.

No quarto agrupamento, serão analisados os achados relacionados à gestão do processo da aquisição à dispensação, considerando o planejamento, a coordenação entre áreas, a definição de responsabilidades, o uso estratégico das informações e os mecanismos de acompanhamento e tomada de decisão. Essa discussão objetiva compreender como as limitações na articulação institucional e na construção de uma visão integrada do processo influenciam o funcionamento da cadeia logística. Também serão considerados os esforços adaptativos das equipes e o uso de mecanismos informais de coordenação, que contribuem para a continuidade das atividades, mas evidenciam oportunidades de fortalecimento das rotinas e estruturas formais de governança.

Ao final, será apresentada a consolidação dos desafios identificados, articulando os resultados das entrevistas, a análise normativa, as informações institucionais e a modelagem do fluxo AS-IS. Essa consolidação objetiva reunir os achados segundo sua natureza sistêmica, operacional e cultural ou comportamental, permitindo visualizar as relações entre os problemas, as etapas do fluxo e os componentes de governança associados. A síntese servirá como base para distinguir medidas de aperfeiçoamento pontual daquelas que demandam mudanças institucionais mais abrangentes e fundamentará a construção das propostas de melhoria e do fluxo aprimorado da aquisição à dispensação de medicamentos.

6.1 PROBLEMAS IDENTIFICADOS

A análise integrada das evidências produzidas durante a etapa empírica permitiu identificar padrões relacionados ao funcionamento atual da cadeia logística de medicamentos no âmbito da SES/DF. Esse procedimento permitiu transformar as falas coletadas nas entrevistas em achados comparáveis, vinculando cada evidência à etapa do fluxo logístico em que ocorre, ao tipo de problema identificado e às dimensões de

governança associadas. Ressalta-se que a interpretação dos dados foi orientada pela estrutura analítica adotada na pesquisa, favorecendo a sistematização e comparação das evidências ao longo das diferentes etapas relacionadas da aquisição à dispensação de medicamentos.

De maneira geral, os achados dessa pesquisa indicaram que os problemas identificados não se concentram em etapa específica do processo, mas se distribuem ao longo de toda a cadeia logística da assistência farmacêutica. As evidências revelaram fragilidades presentes desde o planejamento e aquisição até as etapas relacionadas à prescrição, dispensação e registro das informações nos sistemas utilizados institucionalmente. Observou-se recorrência de questões associadas à gestão administrativa do processo e ao controle de estoque, além de problemas relacionados à rastreabilidade, controle de validade dos medicamentos e limitações envolvendo integração entre informações clínicas e registros de dispensação. Esses elementos sugerem que parte expressiva dos desafios identificados está relacionada menos ao produto farmacêutico em si e mais à forma como informações são organizadas, compartilhadas e incorporadas aos processos decisórios.

No caso específico das questões relacionadas ao estoque, as evidências indicaram dificuldades recorrentes associadas à parametrização de níveis mínimos e máximos, ausência de mecanismos automatizados de monitoramento e limitações na rastreabilidade por lote e validade. Essas fragilidades tendem a afetar a capacidade institucional de antecipação das necessidades e de gestão do ressuprimento, favorecendo respostas reativas diante de demandas emergenciais ou ajustes pontuais em detrimento de mecanismos estruturados de monitoramento contínuo.

Outro conjunto relevante de evidências relacionou-se à fragmentação entre sistemas de informação utilizados ao longo do processo. Os relatos indicaram limitações na integração entre informações associadas à prescrição, dispensação, estoque e aquisição, comprometendo a construção de uma visão integrada da cadeia logística e restringindo o uso estratégico dos dados produzidos. A ausência de interoperabilidade também parece reduzir a capacidade institucional de utilizar informações produzidas nas etapas finais do processo como insumo para planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas.

As evidências também apontaram limitações relacionadas à capacidade institucional e à coordenação entre unidades responsáveis pelas diferentes etapas do processo. Em diversos relatos surgiram dificuldades de comunicação entre setores, ausência de rotinas padronizadas para compartilhamento de informações e indefinições relacionadas às responsabilidades institucionais em determinadas atividades. Esses elementos sugerem que parte dos desafios observados não decorre exclusivamente de limitações tecnológicas, mas também de aspectos organizacionais e de governança.

Nesse contexto, observou-se que muitos dos problemas identificados apresentam características sistêmicas. Ao relacionar as evidências aos componentes analíticos adotados na pesquisa, verificou-se associação frequente com dimensões relacionadas à integração entre sistemas de informação, planejamento intersetorial, coordenação institucional e capacidade organizacional. Esses resultados reforçam a interpretação de que dificuldades operacionais observadas ao longo do processo podem refletir limitações mais amplas relacionadas à estrutura de governança da assistência farmacêutica.

Além disso, parte dos achados revelou desafios de natureza cultural e comportamental. Alguns relatos indicaram utilização recorrente de práticas informais de comunicação, dependência de contatos pessoais para resolução de problemas operacionais e ausência de rotinas institucionalizadas de acompanhamento. Tais situações sugerem a permanência de mecanismos informais de coordenação, potencialmente capazes de afetar previsibilidade, continuidade e confiabilidade do processo logístico.

O cruzamento entre evidências empíricas e componentes analíticos permitiu identificar dimensões institucionais em que determinadas fragilidades aparecem com maior recorrência. Entre elas destacam-se limitações relacionadas à rastreabilidade, integração entre sistemas de informação, fortalecimento da capacidade institucional e aperfeiçoamento de normativos ou procedimentos operacionais. Essa interpretação contribuiu para distinguir problemas com potencial predominantemente operacional daqueles associados a mudanças institucionais mais amplas.

Outro aspecto observado refere-se à diferença de complexidade das medidas associadas ao enfrentamento dos problemas identificados. Parte das possibilidades de aperfeiçoamento corresponde a ajustes operacionais relativamente localizados, enquanto outras demandariam alterações mais abrangentes envolvendo integração entre sistemas,

redefinição de responsabilidades institucionais ou desenvolvimento de capacidades organizacionais adicionais.

Essa distinção entre diferentes níveis de complexidade também esteve associada ao potencial de transformação institucional das medidas consideradas. Enquanto algumas tendem a produzir melhorias localizadas, outras apresentam potencial para influenciar de forma mais abrangente o funcionamento da cadeia logística e os mecanismos relacionados à governança da assistência farmacêutica.

Considerados em conjunto, os achados sugerem que os desafios relacionados à cadeia logística de medicamentos podem ser compreendidos a partir da interação entre três dimensões principais: operacional, envolvendo limitações relacionadas ao controle de estoque, rastreabilidade e padronização de rotinas; sistêmica, associada à fragmentação entre sistemas de informação; e institucional, relacionada à coordenação entre unidades, definição de responsabilidades e fortalecimento da governança.

Essa leitura integrada indica que a fragmentação observada no funcionamento da cadeia logística parece decorrer menos de falhas isoladas e mais da interação entre fatores estruturais que influenciam a forma como o sistema é organizado e governado. A sistematização das evidências permitiu transformar os elementos observados em interpretações estruturadas sobre os desafios relacionados ao funcionamento do processo analisado.

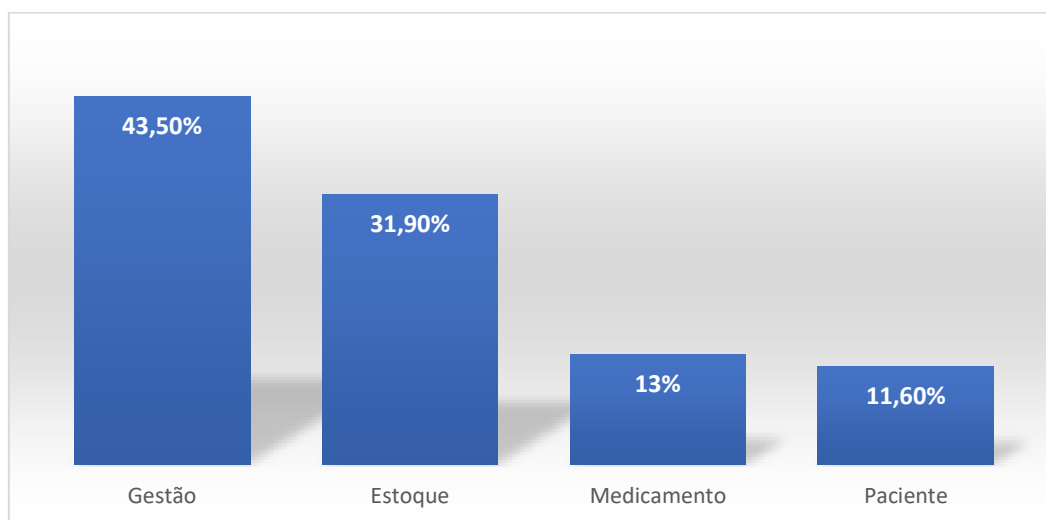
Para aprofundar essa leitura geral, apresenta-se a seguir a distribuição das evidências segundo agrupamentos analíticos construídos durante a interpretação dos dados, organizados a partir da sistematização empírica e em diálogo com os componentes conceituais adotados na pesquisa. Essa distribuição não tem finalidade estatística ou representativa, mas atua como recurso auxiliar para visualizar a recorrência temática dos problemas identificados na pesquisa.

A análise qualitativa trabalhou com a organização dos dados, codificação, formação de categorias e interpretação dos significados. A quantificação, quando aparecer, é apenas como apoio descritivo, para indicar recorrência, saliência ou presença reiterada de determinado tema, sem atribuir a isso valor de representatividade ou de maior importância metodológica. Adotou-se essa cautela porque, de forma coerente com a análise qualitativa (Creswell, 2003), enfatizou-se códigos, categorias e interpretação, e

não inferência estatística. As contagens poderiam transmitir uma orientação quantitativa de magnitude e frequência contrária ao foco qualitativo, por isso a cautela.

A classificação por categoria de problema permite observar maior concentração de evidências relacionadas à gestão e ao estoque, conforme representado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição das evidências por categoria de problema



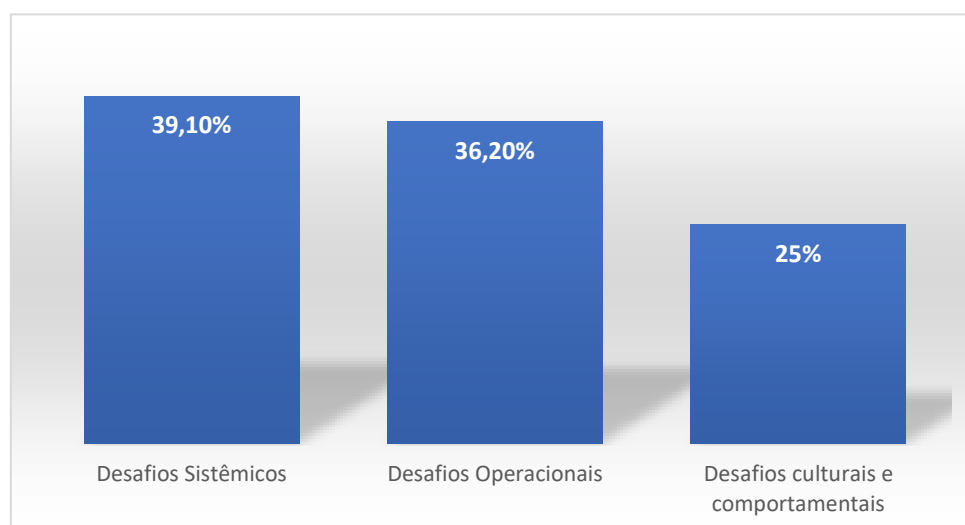
Fonte: elaborado pelo autor conforme tabulação da matriz que fundamentou o Quadro 31¹¹³

A leitura do gráfico indica que os temas relacionados à gestão e ao estoque apareceram de forma recorrente nas evidências empíricas analisadas. Esse padrão reforça a relevância desses dois agrupamentos para a compreensão dos desafios da cadeia da aquisição à dispensação de medicamentos, mesmo sem que a frequência observada seja tratada como medida de importância ou representatividade estatística.

Quando as evidências são organizadas segundo a natureza dos desafios, observa-se a presença de questões sistêmicas, operacionais e culturais ou comportamentais, conforme sintetizado no Gráfico 2.

¹¹³ Refere-se às citações pelos entrevistados

Gráfico 2 - Distribuição das evidências por natureza dos desafios identificados¹¹⁴



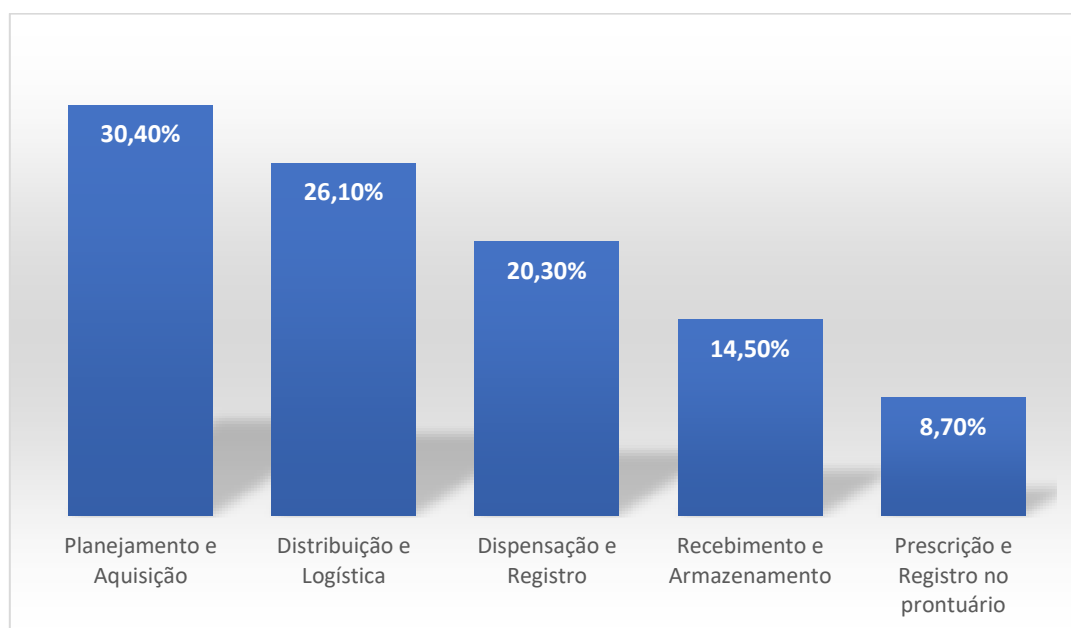
Fonte: elaborado pelo autor conforme tabulação da matriz que fundamentou o Quadro 31.

A distribuição sugere que os desafios identificados não se limitam a falhas operacionais pontuais. Parte relevante das evidências está associada a aspectos sistêmicos, como integração entre sistemas, desenho institucional do processo, governança das informações e coordenação entre unidades. Essa leitura indica que as fragilidades observadas na cadeia da aquisição à dispensação de medicamentos devem ser compreendidas também a partir de limitações estruturais de governança e integração institucional.

A análise das evidências também permite observar sua distribuição ao longo das etapas do processo, conforme apresentado no Gráfico 3.

¹¹⁴ Na elaboração da matriz que fundamentou o Quadro 31, houve a utilização de códigos, referenciados como desafios sistêmicos, operacionais ou culturais e comportamentais

Gráfico 3 - Distribuição das evidências ao longo do fluxo logístico



Fonte: elaborado pelo autor conforme tabulação da matriz que fundamentou o Quadro 31.

A leitura do gráfico indica que as fragilidades não se concentram apenas nas etapas finais do processo. Elas aparecem em diferentes momentos da cadeia da aquisição à dispensação, com presença relevante nas fases iniciais de planejamento e aquisição. Esse padrão sugere que parte dos desafios observados nas etapas posteriores pode estar relacionada a limitações anteriores na programação da demanda, no uso das informações disponíveis e na organização do fluxo institucional.

Consideradas em conjunto, as distribuições apresentadas nos gráficos funcionam como apoio descritivo à interpretação qualitativa dos achados. Elas permitem visualizar padrões de recorrência, mas não substituem a análise substantiva das evidências. A leitura integrada sugere três aspectos centrais: a recorrência de problemas associados à gestão e ao estoque; a presença de desafios sistêmicos relacionados à integração informacional e à governança institucional; e a dispersão das fragilidades ao longo das etapas da aquisição à dispensação.

Com base nessa síntese geral, as subseções seguintes examinam os achados de forma mais detalhada, organizando a análise por agrupamentos temáticos. Esse procedimento busca aprofundar a compreensão dos problemas identificados e subsidiar, em capítulo próprio, a formulação das proposições de aperfeiçoamento do fluxo.

6.2 ANÁLISE DOS DESAFIOS

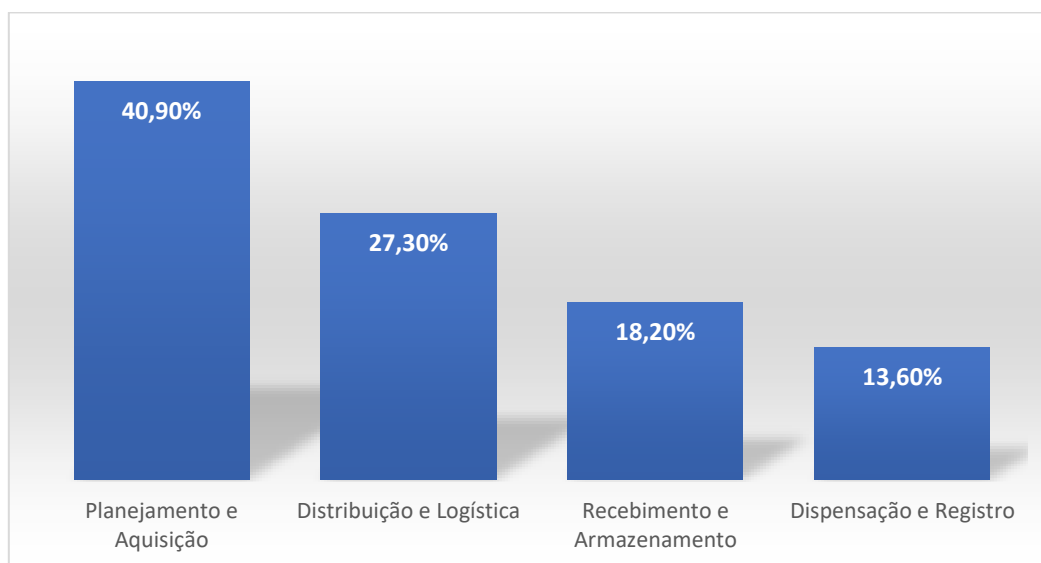
Esta seção apresenta a análise dos desafios identificados a partir das evidências produzidas nas entrevistas, organizadas em quatro agrupamentos analíticos: estoque, medicamento, paciente e gestão. Essa estrutura objetiva demonstrar como os problemas observados se manifestam em diferentes dimensões do processo da aquisição à dispensação, facilitando distinguir as limitações relacionadas ao fluxo logístico, à qualidade e integração das informações, ao acompanhamento do usuário e à coordenação institucional. A análise de cada agrupamento procurou considerar a natureza dos desafios, sua distribuição ao longo do processo e suas relações com os componentes de governança adotados na pesquisa.

6.2.1 ESTOQUE

Entre os agrupamentos analíticos construídos durante a interpretação dos dados, o tema estoque emergiu como um dos núcleos mais relevantes para compreensão dos desafios relacionados ao processo da aquisição à dispensação de medicamentos. As evidências associadas a esse agrupamento indicam que os problemas observados não se restringem ao armazenamento físico ou à disponibilidade imediata dos medicamentos. Ao contrário, atravessam diferentes etapas do processo e aparecem relacionados ao planejamento, à distribuição, à dispensação e ao uso da informação para tomada de decisão. Nesse sentido, o estoque surge menos como questão operacional isolada e mais como expressão de desafios relacionados à coordenação institucional, rastreabilidade, monitoramento e integração sistêmica da assistência farmacêutica. Nesse contexto, o AlphaLink foi identificado pelos entrevistados como o principal sistema institucional utilizado para registrar e controlar as movimentações de medicamentos na SES/DF.

A distribuição das evidências ao longo do processo sugere um caráter transversal dos desafios associados ao estoque. Os registros aparecem em diferentes etapas da aquisição à dispensação, indicando que as fragilidades observadas não se iniciam nem se encerram quando o medicamento chega fisicamente à unidade. Elas aparecem anteriormente, na programação da demanda, acompanham a movimentação logística e alcançam as etapas relacionadas à dispensação e ao uso da informação disponível para profissionais e usuários.

Gráfico 4 - Distribuição das evidências de problemas de estoque ao longo do processo da aquisição à dispensação

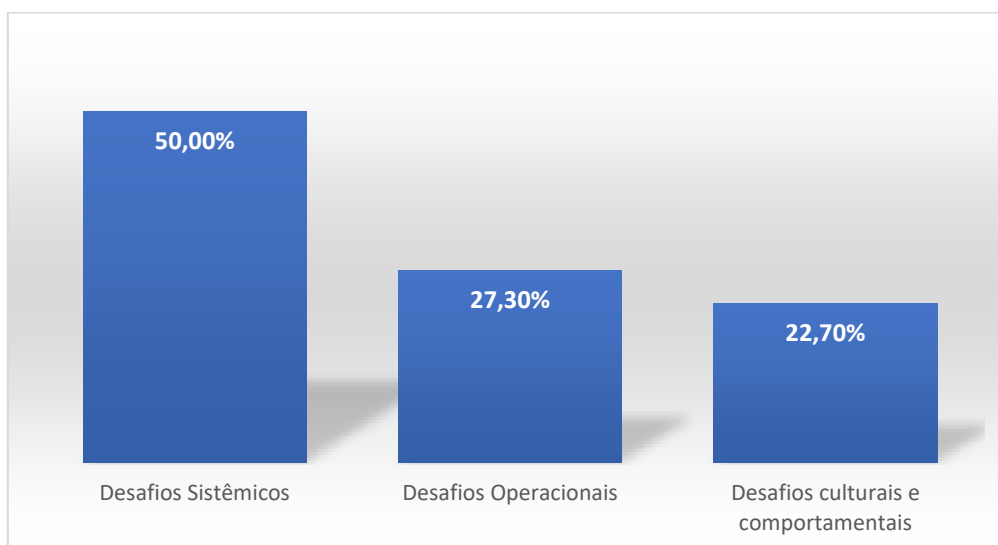


Fonte: elaborado pelo autor conforme sistematização das evidências empíricas

Essa distribuição reforça a interpretação de que os desafios relacionados ao estoque possuem natureza estrutural, estando associados ao funcionamento integrado do sistema e não apenas a deficiências localizadas de armazenagem ou abastecimento.

Ao organizar as evidências segundo a natureza dos desafios identificados, observa-se presença simultânea de limitações sistêmicas, operacionais e culturais ou comportamentais. Essa leitura sugere que os problemas associados ao estoque não decorrem exclusivamente de falhas de execução cotidiana, mas também de aspectos relacionados ao desenho institucional, à integração entre sistemas e à forma como determinadas práticas são incorporadas às rotinas organizacionais.

Gráfico 5 - Distribuição das evidências de problemas de estoque por natureza dos desafios



Fonte: elaborado pelo autor conforme sistematização das evidências empíricas

A leitura integrada indica que limitações relacionadas à interoperabilidade entre plataformas, ausência de alertas automatizados, dependência de controles paralelos e insuficiência de parâmetros institucionais convivem com práticas informais e com adaptações locais utilizadas pelos profissionais para compensar fragilidades do sistema formal.

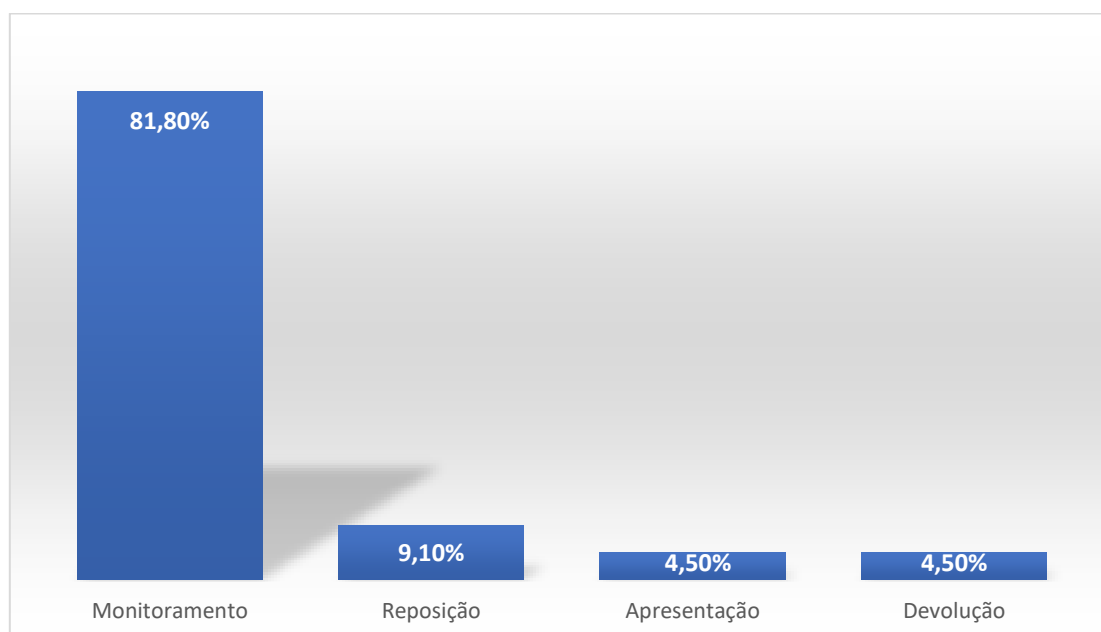
As evidências obtidas nas entrevistas demonstram como as fragilidades identificadas se manifestam no funcionamento dia a dia do processo da aquisição à dispensação de medicamentos. Por exemplo, os relatos que foram consolidados no Quadro 31 e vinculados à etapa do fluxo, à categoria do problema, à natureza do desafio e aos componentes de governança relacionados. Fica evidente que os desafios analisados não resultam apenas de inferências, mas de situações relatadas pelos profissionais que atuam nas diferentes etapas do processo, situações como a ausência de alertas automáticos, a dependência de registros manuais, a baixa integração entre sistemas, as limitações de infraestrutura e o uso de mecanismos informais de comunicação e controle. Das entrevistas se pode, como exemplo, destacar que o sistema não emite alertas quando o estoque de determinado medicamento fica abaixo do nível mínimo de segurança, exigindo que os profissionais realizem consultas manuais para identificar a necessidade de reposição. Essa evidência está no problema A01¹¹⁵ do Quadro 31 (ver pág. 160), por

¹¹⁵ A01 refere-se a Achado 01 conforme o Quadro 31.

exemplo, classificado como desafio sistêmico relacionado ao monitoramento do estoque, às tecnologias de rastreabilidade e aos mecanismos de controle e responsabilização. A situação é agravada quando a baixa do medicamento dispensado não ocorre de forma imediata, conforme registrado no problema A24 (ver pág. 167), fazendo com que o saldo apresentado no sistema não corresponda necessariamente à disponibilidade física da unidade.

Quando analisadas segundo subgrupamentos temáticos, as evidências relacionadas ao estoque concentram-se sobretudo em questões vinculadas ao monitoramento. Esse padrão sugere que o principal desafio identificado não corresponde apenas à disponibilidade física do medicamento, mas à capacidade institucional de conhecer, acompanhar e utilizar informações confiáveis sobre localização, quantidade, validade e necessidade de reposição ao longo do processo.

Gráfico 6 - Distribuição das evidências por tipo de problema de estoque¹¹⁶



Fonte: elaborado pelo autor conforme sistematização das evidências empíricas

Um primeiro conjunto de evidências refere-se ao monitoramento insuficiente do estoque. Como relatado em uma entrevista: *“o sistema não me dá um alerta. Eu preciso*

¹¹⁶ Na elaboração da matriz que fundamentou o Quadro 30, houve a utilização de subcódigos, que no caso no estoque teve achados referenciados como monitoramento, reposição, apresentação e devolução

vir manualmente no sistema para verificar”¹¹⁷. Em diferentes entrevistas, apareceram relatos de que o sistema não emite alertas automáticos quando o estoque cai abaixo do mínimo de segurança, exigindo consulta manual pelos profissionais. Também surgiram evidências de que a unidade dispensadora nem sempre consegue saber com clareza onde o medicamento está disponível ou em que etapa do fluxo logístico o pedido se encontra. Como relatado na mesma entrevista anterior: *“tenho demanda, tenho paciente desassistido, e o produto está lá, disponível, mas demora para chegar aqui”*. Em termos práticos, isso gera atraso na resposta, aumenta a dependência de contatos paralelos com outras áreas e pode resultar em desassistência do paciente, mesmo quando o produto existe em algum ponto da rede. A informação, portanto, não circula com a velocidade e a precisão necessárias para orientar a ação. Esse problema de monitoramento se desdobra em um segundo nível, igualmente relevante, que é a baixa confiabilidade do saldo exibido pelo sistema. As entrevistas mostraram que a baixa do medicamento dispensado nem sempre é registrada em tempo real, especialmente em contextos de alta demanda no balcão. Com isso, a informação disponível para consulta não reflete de forma precisa a situação real da unidade. Há, assim, uma ruptura entre o estoque físico e o estoque informacional. Um entrevistado sintetiza essa limitação ao afirmar: *“ele [o sistema] não me conta lote, não me conta validade”*¹¹⁸. O sistema apresenta um dado, mas esse dado pode estar defasado, incompleto ou insuficiente para orientar o planejamento e a dispensação. Quando isso ocorre, o monitoramento deixa de cumprir sua função de suporte à decisão e passa a operar como fonte adicional de incerteza.

Outro eixo interpretativo relaciona-se à rastreabilidade inadequada. As entrevistas revelaram que o controle de lote e validade já existe como funcionalidade em parte do sistema, mas não foi incorporado de forma consistente à rotina das unidades. Em alguns casos, o lote e a validade aparecem na nota de transferência¹¹⁹, mas não se mantêm vinculados ao saldo nas unidades dispensadoras. Em outros, o controle interno ainda depende de organização manual. O resultado é a impossibilidade de rastrear, de ponta a ponta, onde está determinado lote, qual sua validade e em que unidade se encontra. Isso compromete não apenas a gestão do estoque, mas também a segurança do processo, a

¹¹⁷ Entrevista 1 - A01 (ver pág. 160)

¹¹⁸ Entrevista 1 - A05 (ver pág. 161)

¹¹⁹ Nota de transferência - Na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a nota de transferência é um documento interno de logística. Ela não se refere ao documento de venda (Nota Fiscal) ao consumidor, mas sim à guia de movimentação de medicamentos entre os estoques da rede pública. <https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Manual-Logistica-SES.pdf>

possibilidade de remanejamento racional e a capacidade de resposta nas situações que exigem localização rápida de itens específicos. A análise das entrevistas mostra que essa deficiência de rastreabilidade não decorre de um único fator. Parte do problema é de natureza tecnológica, pois faltam captura automática, leitura por código de barras, vinculação sistêmica por lote e validade e visibilidade integrada na rede. Outra parte é organizacional, porque a funcionalidade existente ainda não foi plenamente implementada na rotina, o que mantém controles paralelos ou incompletos. Nesse ponto, o estoque deixa de ser uma simples evidência quantitativa e passa a expressar um problema mais amplo de confiabilidade do sistema logístico.

Essa limitação também repercute na informação disponibilizada ao cidadão. As entrevistas exploratórias indicaram que pode haver descompasso entre a disponibilidade informada nos canais institucionais e a situação física do estoque nas unidades de saúde. Isso ocorre quando a saída física ainda não foi registrada no sistema ou quando a informação divulgada se refere ao elenco de medicamentos padronizados, e não à posição atual do estoque em cada unidade. . As entrevistas indicaram, por exemplo, que o sistema de consulta da rede exige pesquisa repetida por unidade para verificar onde há determinado medicamento, o que revela baixa usabilidade e ausência de visão integrada da disponibilidade. No mesmo sentido, surgiram evidências de que a programação da demanda utiliza informações de dispensação que nem sempre representam a necessidade clínica real, mas apenas a forma como o item foi registrado ou apresentado no sistema, a exemplo de: comprimido, cartela ou embalagem fechada. Um dos entrevistados descreve: *“a maioria [dos registros] é em quantidade de comprimidos... alguns é por cartela... nós não temos estrutura para fracionar... acaba demandando muita perda de medicamento”*¹²⁰. Isso produz distorções entre o consumo real, o registro e o cálculo da necessidade futura. Esse achado é especialmente importante porque mostra que o estoque não é afetado apenas por falhas de monitoramento posterior, mas também por inadequações na forma como a informação entra no sistema e é convertida em insumo para o planejamento. Quando o registro do consumo não capta corretamente perdas por embalagem, limitações de fracionamento ou diferenças de apresentação, o estoque futuro já nasce comprometido. A consequência é um planejamento reativo, menos aderente à demanda assistencial e mais sujeito a distorções quantitativas.

¹²⁰ Entrevista 1 - A02 (ver pág. 160)

Também emergiram evidências relacionadas à dificuldade de integração entre sistemas e setores. Esse ponto aparece com muita força em relação aos problemas de estoque. Há registros que mostram a dependência de planilhas, extrações manuais, ausência de cálculo automático do ponto de pedido, falta de consolidação corporativa da demanda e necessidade de tratativas informais para priorização, remanejamento e devolução. Em situações de maior demanda, esse padrão inclui o registro inicial em fichas ou planilhas paralelas, com posterior alimentação do sistema, o que amplia o intervalo entre a movimentação física e sua representação informacional. Em vez de um fluxo automatizado, parametrizado e integrado, a pesquisa encontrou um arranjo em que várias decisões dependem do esforço individual dos profissionais, da interlocução entre áreas e de mecanismos externos ao sistema formal. Esse padrão aparece com clareza em relação aos aspectos de reposição e devolução de estoque. No caso da reposição, as evidências mostram que o ressuprimento ainda depende de regras parciais ou acompanhamento por planilhas, sem travas e parâmetros robustos no sistema. No caso da devolução e do remanejamento, o que emerge é a dependência da articulação informal entre os profissionais, frequentemente mediada por telefone ou aplicativos de mensagem, para localizar unidades receptoras ou encaminhar medicamentos parados. Isso evidencia uma coordenação operante, mas pouco institucionalizada. **O sistema continua operando porque os atores compensam suas lacunas e não porque o desenho do processo resolva o problema de forma estruturada.**

As entrevistas também revelam um aspecto importante de natureza cultural e comportamental. Em algumas unidades, o estoque mínimo e a margem de segurança são definidos de forma intuitiva, sem parâmetro institucional uniforme e sem adequada parametrização sistêmica. Em outras situações, o planejamento depende da confiança em bases de dados percebidas como pouco fidedignas, o que leva os profissionais a construir controles paralelos e estratégias defensivas. Esse comportamento é compreensível do ponto de vista operacional, mas produz um efeito institucional delicado: a lógica formal do sistema perde legitimidade prática, e o funcionamento da cadeia passa a depender de adaptações locais. Quando isso ocorre, o estoque deixa de ser governado por um padrão comum e passa a ser administrado por compensações sucessivas. Do ponto de vista das dimensões de governança, os achados relativos ao estoque se concentram, sobretudo, em integração e interoperabilidade dos sistemas de informação, tecnologias de rastreabilidade e coordenação interinstitucional. Isso é coerente com a natureza dos

problemas encontrados. O que a pesquisa mostra é que o estoque não pode ser tratado apenas como armazenagem ou abastecimento. Ele expressa, ao mesmo tempo, limites do desenho do processo, insuficiência de mecanismos de rastreabilidade e fragilidades de coordenação entre as áreas técnicas as unidades assistenciais. Em vários registros, aparece ainda, como componente secundário, a necessidade de accountability, o que sugere uma dificuldade adicional para identificar responsabilidades, validar dados e assegurar respostas tempestivas.

As implicações para a avaliação do sistema são amplas. Primeiro, a baixa visibilidade do estoque compromete a capacidade de resposta da rede e aumenta o risco de desassistência. Segundo, a ausência de rastreabilidade por lote e validade enfraquece a segurança logística e dificulta o controle de perdas, remanejamentos e vencimentos. Terceiro, a dependência de registros manuais, planilhas e comunicação informal eleva o esforço operacional, amplia a chance de erro e reduz a confiabilidade da informação usada no planejamento. Quarto, a falta de integração entre consumo real, prescrição, dispensação e reposição impede que o estoque funcione como elo inteligente entre necessidade assistencial e programação da aquisição. Assim, o problema do estoque afeta diretamente a efetividade da assistência farmacêutica.

Esses achados sugerem que os desafios relacionados ao estoque contemplam a capacidade de monitoramento, integração e coordenação do processo, desde a aquisição à dispensação, que são importantes para a compreensão das limitações observadas na governança da assistência farmacêutica.

O encaminhamento das soluções propostas aponta para a transição de um modelo reativo e fragmentado para um modelo mais monitorado, rastreável e integrado.

As soluções contemplam a implementação de alertas automáticos, a parametrização de estoques mínimos e de pontos de pedido, a consolidação corporativa da demanda, o uso do consumo real e das perdas por apresentação como insumo do planejamento, a vinculação do saldo a lote e validade, a captura automática de dados no recebimento e na movimentação, e a criação de consultas integradas de disponibilidade na rede. Também aparecem propostas de validação obrigatória, bloqueios automáticos quando dados essenciais não forem registrados e maior integração entre sistemas e etapas do fluxo.

Em resumo, a análise dos problemas de estoque evidencia mais três fragilidades do fluxo. A primeira é uma fragilidade de informação, porque o sistema não assegura visibilidade tempestiva e confiável do estoque ao longo da rede. A segunda é uma fragilidade de monitoramento, porque faltam os alertas, os parâmetros, as travas e as rotinas automatizadas capazes de transformar dados em ação, no momento adequado. A terceira é uma fragilidade de integração sistêmica, porque o estoque não opera como elemento articulador entre prescrição, dispensação, programação, distribuição e governança da assistência farmacêutica. Por isso, no fluxo TO BE, as soluções para esse código não devem ser consideradas apenas como melhorias pontuais de controle. Elas representam também condições para que o processo logístico passe a funcionar com maior previsibilidade, rastreabilidade, coordenação e capacidade de resposta.

6.2.2 MEDICAMENTO

Após a análise dos achados relacionados ao estoque, apresenta-se o agrupamento analítico associado ao medicamento. As evidências reunidas nesse núcleo contribuem para compreender como características relacionadas à identificação, apresentação, rastreabilidade e registro dos medicamentos influenciam o funcionamento do processo da aquisição à dispensação. Mais do que aspectos associados ao produto em si, os achados indicam limitações relacionadas à qualidade das informações produzidas, à integração entre sistemas e à capacidade institucional de utilizar esses dados ao longo do processo analisado.

Os desafios relacionados ao medicamento aparecem distribuídos em diferentes etapas, da aquisição à dispensação, especialmente no planejamento, recebimento, armazenamento e dispensação. Esse padrão sugere que a forma como o medicamento é identificado, registrado e acompanhado influencia diretamente o funcionamento do processo como um todo. Entre os aspectos observados, um primeiro conjunto de evidências relaciona-se às limitações na rastreabilidade de um medicamento. Os relatos indicaram dificuldades na capacidade de acompanhar o percurso do medicamento ao longo do processo, especialmente quanto à vinculação entre lote, validade e unidade de destino. Em determinadas situações, informações existentes em uma etapa deixam de acompanhar o medicamento nas etapas subsequentes, dificultando o monitoramento, remanejamentos e identificação tempestiva.

Essa limitação possui implicações para o controle logístico e para a segurança do processo, reduzindo a capacidade institucional de localizar rapidamente determinados lotes, acompanhar vencimentos ou responder a situações que exijam algum monitoramento específico. Nesse contexto, a rastreabilidade aparece menos como recurso operacional complementar e mais como condição para governança das informações relacionadas ao medicamento.

Outro eixo interpretativo refere-se à forma de apresentação e registro do medicamento nos sistemas utilizados. As entrevistas indicaram situações em que a unidade de medicamento utilizada para registro difere daquela utilizada na prática assistencial, produzindo distorções entre consumo efetivo, registro informacional e cálculo da necessidade futura. Esse desencontro tende a influenciar as etapas posteriores do planejamento e da programação da aquisição, uma vez que as decisões passam a ser fundamentadas em informações que não refletem a utilização real do medicamento.

Também há evidências relacionadas à ausência de padronização dos registros entre diferentes unidades e sistemas. Em alguns casos, critérios distintos são utilizados para preenchimento das informações ou determinados campos relevantes não são registrados de modo uniforme. Essa heterogeneidade dificulta a consolidação institucional dos dados e reduz a sua utilização para o planejamento, monitoramento e avaliação.

Parte dessas limitações parece associar-se à evolução histórica dos sistemas utilizados na assistência farmacêutica. As evidências sugerem que diferentes plataformas foram desenvolvidas para responder a necessidades específicas, em etapas particulares do processo, sem que houvesse inicialmente preocupação equivalente com a integração completa entre prescrição, dispensação, controle de estoque e programação da aquisição. Como consequência, informações relacionadas ao medicamento permanecem fragmentadas entre sistemas distintos, exigindo esforços adicionais de consolidação.

Do ponto de vista dos componentes analíticos adotados na pesquisa, os desafios relacionados ao medicamento concentram-se, especialmente, em aspectos associados à rastreabilidade, integração entre sistemas de informação e capacidade institucional para gestão dos dados produzidos ao longo do processo. As evidências empíricas ilustram essas limitações de forma concreta.

Nesse sentido, as falas dos entrevistados mostram que as fragilidades relacionadas ao medicamento se concentram, sobretudo, na identificação do item, na vinculação entre embalagem física e registro sistêmico, e na rastreabilidade das informações ao longo da cadeia logística. Em uma das entrevistas, ficou claro que a dispensação ainda ocorre por digitação manual, sem leitura automática e sem validação suficiente da apresentação efetivamente entregue ao paciente. O relato foi direto: “[Pergunta] *Você dá baixa... pelo código de barras?* [Resposta do entrevistado] *Não. Eu digito o código do medicamento SES (...) Há risco de erro (em razão do número de comprimidos por embalagem)*”¹²¹. A entrevista sugere fragilidade operacional. Esse ponto é importante, pois o sistema registra o medicamento utilizando identificador interno, sem assegurar correspondência automatizada entre o registro do sistema e a apresentação física entregue ao usuário.

Outra evidência aponta que o problema não está apenas na dispensação, mas na origem do fluxo, isto é, no momento da entrada do produto. Um entrevistado explicou que a rastreabilidade contínua depende de cadastro estruturado desde o recebimento na central: “*Se no momento da entrada eu vincular aquele medicamento com aquele código de barras, aquele lote a validade, isso vai ser rastreado no sistema. Então, quando eu distribuir para uma unidade de saúde, ela vai receber essa informação. Quando essa UBS bipar [], entregar para o paciente, a informação migra, mas tudo precisa ser feito no momento da entrada do produto...um grande gargalo é a entrada do produto*”¹²². Esse relato sugere que a continuidade da rastreabilidade depende menos da etapa final da dispensação e mais da qualidade do registro inicial, realizado no recebimento do medicamento.

Apareceram também evidências relacionadas ao desencontro entre identificadores utilizados internamente e códigos presentes nas embalagens físicas. Isso surge com clareza no seguinte registro: “*o farmacêutico digita com base no código da aquisição, que não é exatamente o identificador que está na caixinha do remédio*”; “*Leitores de código de barras, sem sombra de dúvida, são outro equipamento que, para a gente, seria essencial.*”(...) “*sobretudo para a dispensação, eles iriam facilitar demais o atendimento das unidades e minimizar os erros.*”¹²³. Esses relatos indicam coexistência entre

¹²¹ Entrevista 1 - A06 (ver pág. 162)

¹²² Entrevista 3 – A26 (ver pág. 168)

¹²³ Entrevista 7 – A45 (ver pág. 173)

fragilidade de identificação e dependência de registros manuais, ampliando possibilidade de inconsistências no processo.

Em outra situação, uma entrevistada relatou: *“as farmácias de alto custo não conseguem usar esse sistema, a gente precisa usar o sistema do Ministério da Saúde.”*

¹²⁴. Essa evidência sugere fragmentação entre plataformas utilizadas para acompanhamento dos medicamentos, dificultando a visão integrada da informação ao longo do processo da aquisição à dispensação.

Consideradas em conjunto, essas evidências indicam quatro dimensões principais relacionadas ao desafio medicamento: identificação, validação, rastreabilidade e integração informacional. Tais dimensões ajudam a compreender que parte relevante dos desafios observados decorre não apenas do controle físico do medicamento, mas da forma como as informações relacionadas ao item são produzidas, compartilhadas e utilizadas institucionalmente. A ausência de captura automatizada por código de barras reforça essas limitações ao manter a identificação e a baixa dos itens dependentes de digitação manual.

A entrevista exploratória confirmou que o AlphaLink dispõe de funcionalidades para registro de lote e validade, embora sua utilização não ocorra de maneira uniforme em todas as unidades. A efetividade da rastreabilidade depende, portanto, da qualidade do cadastro realizado no recebimento e da continuidade dessas informações nas movimentações posteriores. Quando o registro inicial é incompleto ou não é preservado ao longo do fluxo, a funcionalidade disponível não se converte em rastreabilidade efetiva.

Os achados sugerem que limitações relacionadas à rastreabilidade, padronização e integração informacional afetam a capacidade institucional de monitorar medicamentos, utilizar dados para planejamento e coordenar ações ao longo do processo, da aquisição à dispensação. Esses elementos constituem componente relevante para compreensão das fragilidades observadas na governança da assistência farmacêutica.

Na subseção seguinte, a análise passa a examinar os achados relacionados ao desafio paciente, contemplando evidências associadas ao registro e utilização das informações clínicas e de dispensação e suas implicações para integração entre assistência farmacêutica e cuidado ao usuário.

¹²⁴ Entrevista 7 – A46 (ver pág. 173)

6.2.3 PACIENTE

O terceiro agrupamento analítico refere-se ao paciente. De forma diferente dos desafios anteriores, mais concentrados em aspectos relacionados ao monitoramento logístico, estoque e registro do medicamento, este núcleo evidencia como as limitações nos sistemas de informação e nas rotinas institucionais influenciam a relação entre assistência farmacêutica, acompanhamento terapêutico e cuidado ao usuário. As evidências sugerem que o processo, da aquisição à dispensação, não opera apenas como mecanismo de movimentação de medicamentos, mas também como sistema de produção, circulação e utilização de informações relacionadas ao cuidado prestado ao paciente.

Nesse contexto, os achados indicam que, quando informações relacionadas à dispensação não se articulam adequadamente ao histórico clínico do paciente, tornam-se limitadas as possibilidades de acompanhamento terapêutico, monitoramento da adesão ao tratamento e utilização dessas informações para planejamento da assistência farmacêutica. Do ponto de vista interpretativo, as evidências associadas ao paciente concentram-se especialmente em desafios relacionados à integração entre sistemas clínicos e sistemas utilizados para registro da dispensação. Os relatos sugerem que parte dos problemas observados decorre menos de falhas pontuais de registro e mais da ausência de integração entre sistemas de prescrição, prontuário eletrônico e acompanhamento da dispensação.

Essa limitação aparece claramente em uma das falas registradas nas entrevistas: *"Então, a partir do momento ...de um sistema que já identificasse pela prescrição o nome do paciente e quando você faz a entrega da abaixo, você resolveria várias questões, inclusive da própria receita..."*¹²⁵. A fala sugere que a informação relacionada à dispensação, embora existente em sistemas específicos, não se integra plenamente ao histórico clínico do paciente, restringindo a capacidade do profissional de saúde de acompanhar a adesão terapêutica e continuidade do tratamento. O relato também indica que há dificuldades de visibilidade do histórico de dispensação, sobretudo quando o paciente utiliza diferentes unidades da rede. A ausência dessa integração limita a construção de uma visão longitudinal do cuidado e dificulta a utilização das informações produzidas ao longo do processo, da aquisição à dispensação.

¹²⁵ Entrevista 3 – A18 (ver pág. 166)

As entrevistas também revelaram situações em que a dinâmica assistencial interfere no registro das informações relacionadas ao paciente. Em contextos de elevada demanda, os profissionais tendem a priorizar o atendimento imediato em detrimento do detalhamento dos registros. Essa evidência sugere que o desafio é operacional, indicando que, quando os sistemas não oferecem mecanismos simples, integrados ou suficientemente aderentes às rotinas de trabalho, os registros podem perder prioridade frente às necessidades assistenciais imediatas.

As entrevistas exploratórias detalharam esse problema ao indicar que o AlphaLink não recebe automaticamente os dados da prescrição médica. O registro da dispensação é realizado manualmente pelos profissionais da farmácia e depende da disponibilidade de pessoal, do volume de atendimentos e do tempo necessário para alimentação do sistema. Em períodos de maior demanda, a prioridade conferida ao atendimento pode retardar o registro e comprometer a atualização tempestiva das informações.

Outro aspecto observado refere-se à dificuldade de transformar os dados produzidos durante a dispensação em informações úteis para análise institucional. A limitação não está necessariamente na ausência de dados, mas na capacidade institucional de integrar, interpretar e utilizar essas informações para apoiar decisões relacionadas ao planejamento, monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica.

Do ponto de vista dos componentes analíticos adotados na pesquisa, os desafios relacionados ao paciente concentram-se, especialmente, em integração e interoperabilidade entre sistemas de informação, capacidade institucional para análise de dados e coordenação entre diferentes áreas da rede assistencial. A ausência de integração entre registros clínicos e logísticos restringe o uso das informações relacionadas à dispensação como elemento de acompanhamento do cuidado, enquanto limitações de interoperabilidade dificultam a circulação e utilização dessas informações entre unidades.

Consideradas em conjunto, as evidências indicam que os desafios relacionados ao paciente possuem implicações que ultrapassam o controle do fluxo de medicamentos. Eles afetam diretamente a capacidade institucional de acompanhar a adesão terapêutica, compreender padrões de utilização dos medicamentos e incorporar informações produzidas durante a dispensação ao planejamento da assistência farmacêutica.

Assim, os achados sugerem que parte relevante das fragilidades observadas decorre da limitada integração entre informações clínicas e registros relacionados à

dispensação. Isso reduz a capacidade do sistema de saúde de acompanhar o cuidado prestado ao usuário e restringe o potencial de utilização dessas informações como insumo para governança da assistência farmacêutica, ao longo do processo da aquisição à dispensação.

Diante desse conjunto de evidências, as soluções propostas na matriz analítica concentram-se no fortalecimento da integração entre os sistemas de prescrição, prontuário eletrônico e dispensação de medicamentos. Entre os encaminhamentos sugeridos estão a vinculação dos registros de dispensação ao prontuário do paciente, a utilização de identificadores únicos (CPF) para acompanhamento do histórico de dispensação e o desenvolvimento de mecanismos que permitam transformar os dados existentes em informações úteis para a gestão da assistência farmacêutica. Consideradas em conjunto, as evidências mostram que não há uma integração suficientemente abrangente entre o dado clínico da prescrição e o dado logístico da dispensação e do estoque. Embora tenham sido relatadas conexões parciais entre o TrackCare e o AlphaLink, elas não permitem construir uma visão longitudinal e integrada das retiradas realizadas pelo paciente na rede.

A entrevista exploratória permitiu contextualizar historicamente essa limitação. Segundo o relato, o CPF não foi adotado como chave primária na implantação do AlphaLink devido às inconsistências então existentes nos cadastros, que poderiam impedir a validação e o funcionamento dos registros. Optou-se, assim, por um identificador interno, mantendo-se o CPF como campo complementar. Embora essa decisão tenha buscado assegurar a operacionalidade do sistema, seus efeitos atuais incluem dificuldade de vinculação individual das dispensações, possibilidade de duplicidade cadastral e limitação das análises de consumo por usuário.

A fragmentação se amplia diante da ausência de integração do AlphaLink com plataformas utilizadas em outros segmentos da rede, como o e-SUS APS¹²⁶ e o sistema adotado pelo IGESDF¹²⁷. Essa configuração dificulta a consolidação das informações sobre prescrições, dispensações e demandas por medicamentos, bem como a verificação do atendimento realizado em diferentes pontos da rede.

¹²⁶ A estratégia e-SUS APS prevê a identificação individualizada dos registros em saúde por CPF ou Cartão Nacional de Saúde — CNS

¹²⁷ O Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF) é serviço social autônomo criado pela Lei distrital nº 6.270/2019 e responsável pela gestão de hospitais e unidades de pronto atendimento do Distrito Federal

Em síntese, a análise do desafio paciente mostra que as fragilidades identificadas não se limitam ao fluxo logístico de medicamentos. Elas também afetam a capacidade do sistema de saúde de acompanhar o cuidado prestado ao usuário. Ao fortalecer a integração entre informações clínicas e logísticas, torna-se possível não apenas melhorar o controle do processo de dispensação, mas também ampliar a capacidade de monitorar os tratamentos, de avaliar a utilização de medicamentos e apoiar decisões na gestão da assistência farmacêutica.

6.2.4 GESTÃO

O quarto agrupamento analítico refere-se à gestão. De forma diferente dos agrupamentos anteriores, mais associados a aspectos específicos do estoque, medicamento ou paciente, este núcleo reúne evidências relacionadas à organização institucional do processo da aquisição à dispensação, à coordenação entre unidades, à utilização das informações para tomada de decisão e à capacidade administrativa de conduzir a política de assistência farmacêutica. Os achados sugerem que parte relevante dos desafios observados não decorre exclusivamente de limitações operacionais localizadas, mas também de aspectos relacionados à forma como o sistema é coordenado, monitorado e governado na SES/DF.

Assim como nos demais agrupamentos analíticos, os desafios relacionados à gestão aparecem distribuídos ao longo de diferentes etapas do processo, com maior incidência em momentos que exigem decisões estratégicas, como planejamento da aquisição, programação da demanda e organização da distribuição entre unidades. Esse padrão sugere que limitações gerenciais tendem a produzir efeitos cumulativos ao longo da aquisição à dispensação, influenciando etapas posteriores do processo.

As evidências indicam a predominância de desafios relacionados à coordenação institucional, utilização estratégica das informações, capacidade organizacional e articulação entre áreas. Um primeiro conjunto de relatos refere-se à dificuldade de incorporar, de forma sistemática, os dados produzidos pelos sistemas aos processos decisórios relacionados ao planejamento e à gestão. Essa dificuldade aparece claramente em uma das falas registradas nas entrevistas: *“Hoje, a gente tem pouco acesso a informações em transparência ativa”*; *“não alcançou ainda um ambiente informatizado*

que concentre as informações”¹²⁸. Esse relato sugere uma limitação relacionada à capacidade institucional de transformar informação disponível em insumo para planejamento, monitoramento e reorganização do processo. Ao mesmo tempo, evidencia a existência de bases informacionais relevantes que já vêm sendo produzidas pelas rotinas institucionais, ainda que sua utilização para apoio à gestão precise ser ampliada.

Essa limitação também se manifesta na ausência de painéis gerenciais dinâmicos para consulta e consolidação de dados de consumo, movimentação e dispensação por unidade, medicamento ou perfil de usuário. Embora o AlphaLink ofereça funcionalidades de consulta, os relatos indicam restrições de abrangência e baixo aproveitamento gerencial, reduzindo seu potencial como ferramenta de planejamento, monitoramento e apoio à decisão. Em conjunto, os achados mostram que os limites do AlphaLink não se restringem à operação cotidiana das unidades, mas alcançam a arquitetura tecnológica, a integração com outras plataformas e o modelo contratual que sustenta o sistema. Embora central para a logística farmacêutica da SES/DF, a plataforma opera sob condições que limitam sua evolução, a rastreabilidade das movimentações, a consolidação das informações e a capacidade de resposta da gestão e dos canais de atendimento ao cidadão.

Outro conjunto de evidências refere-se à coordenação entre as áreas responsáveis pelas diferentes etapas do processo. Em alguns relatos, a comunicação entre unidades aparece fortemente apoiada em interlocução direta entre profissionais. Um entrevistado descreve essa situação da seguinte forma: *“temos grupos [...] no WhatsApp [...] com os chefes de núcleo”*¹²⁹. Essa dinâmica sugere a coexistência entre mecanismos formais de coordenação e estratégias relacionais construídas pelos próprios servidores para assegurar continuidade operacional. Embora a dependência excessiva de articulações informais possa representar vulnerabilidade institucional, essas práticas também evidenciam elevado esforço adaptativo das equipes na busca por soluções e manutenção do funcionamento da rede diante das limitações observadas.

A fragmentação também alcança a resposta institucional ao cidadão. Segundo as entrevistas exploratórias, a ausência de integração entre os registros da prescrição, da dispensação, do estoque e da Ouvidoria dificulta a produção de respostas precisas e

¹²⁸ Entrevista 9 – A57 (ver pág. 177)

¹²⁹ Entrevista 3 – A21 (ver pág. 166)

tempestivas, tanto para o atendimento das demandas externas quanto para o uso gerencial dessas informações.

As entrevistas também indicaram situações em que responsabilidades institucionais relacionadas ao acompanhamento de determinadas atividades não aparecem claramente delimitadas. Essa percepção aparece no seguinte relato: “*o regimento interno [...] é confuso*” [e que a situação] “*gera sobrecarga*”¹³⁰. Essa percepção sugere que há oportunidades de fortalecimento quanto à definição de atribuições e mecanismos de acompanhamento. Contudo, não afasta a existência de iniciativas institucionais voltadas ao apoio à gestão e à coordenação entre áreas, que surgem em diferentes relatos e demonstram esforço contínuo de suporte ao funcionamento do sistema.

Também emergiram evidências relacionadas à dificuldade de consolidar uma visão integrada do processo da aquisição à dispensação. Esse problema aparece na seguinte fala: “*como a gente não participa desse processo de planejamento, fica muito difícil para quem está lá em cima entender as condições reais que nós temos para receber e distribuir esses medicamentos para a rede*”¹³¹. Esse aspecto limita a construção de diagnósticos sistêmicos mais abrangentes e dificulta a identificação antecipada de gargalos. Ao mesmo tempo, reforça a importância das instâncias institucionais de governança e coordenação, cuja atuação tende justamente a buscar integração entre informações, setores e processos.

Do ponto de vista dos componentes analíticos adotados na pesquisa, os desafios relacionados à gestão concentram-se especialmente em planejamento intersetorial, coordenação institucional, capacidade organizacional e mecanismos de accountability. Esses elementos influenciam a capacidade de antecipar demandas, organizar respostas, utilizar informações disponíveis e acompanhar resultados ao longo do tempo. Consideradas em conjunto, as evidências sugerem que parte dos desafios observados decorre da necessidade de ampliar integração entre áreas, fortalecer mecanismos estruturados de análise e consolidar rotinas institucionais capazes de transformar informação em decisão. Esses aspectos coexistem com esforços desenvolvidos por diferentes unidades e equipes para apoiar a gestão, coordenar ações e compensar limitações operacionais ou sistêmicas presentes no cotidiano institucional.

¹³⁰ Entrevista 5 – A37 (ver pág. 166)

¹³¹ Entrevista 7 – A44 (ver pág. 173)

No plano da capacidade institucional, um dos entrevistados relatou que a aprendizagem para utilização do AlphaLink ocorre, em alguns casos, de forma predominantemente empírica, mediante a prática cotidiana e a troca de conhecimentos entre colegas, sem programação institucional regular de capacitação. Esse achado indica dependência do conhecimento informal das equipes e risco de utilização não uniforme das funcionalidades disponíveis.

Assim, os achados relacionados à gestão indicam que o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica depende não apenas de melhorias pontuais em etapas específicas do processo, mas também do fortalecimento contínuo da capacidade institucional de planejamento, coordenação, monitoramento e apoio à decisão. Nesse sentido, a governança aparece, simultaneamente, como dimensão em desenvolvimento e como mecanismo mobilizado pelos próprios atores institucionais para sustentar o funcionamento da política pública.

A análise integrada dos agrupamentos analíticos sugere que os desafios observados se articulam ao longo do processo da aquisição à dispensação, reforçando seu caráter sistêmico. A interpretação conjunta dessas evidências contribui para a compreensão das limitações identificadas e subsidia discussões posteriores sobre possibilidades de aperfeiçoamento institucional. Essas evidências fundamentam de forma consistente o redesenho do fluxo aprimorado (TO BE), a ser apresentado mais adiante.

6.3 CONSOLIDAÇÃO DOS DESAFIOS

A partir da análise desenvolvida, os principais desafios relacionados ao processo da aquisição à dispensação de medicamentos na SES/DF podem ser consolidados segundo padrões interpretativos associados a aspectos operacionais, sistêmicos e culturais ou comportamentais. Essa consolidação resulta da articulação entre evidências empíricas produzidas durante a etapa de campo, análise normativa, informações institucionais e modelagem do fluxo AS-IS. A sistematização dessas diferentes fontes de dados permitiu identificar recorrências analíticas e distinguir desafios predominantemente operacionais daqueles associados a limitações mais amplas, de governança, coordenação institucional e integração informacional.

As evidências também sugerem que parte relevante dos desafios observados decorre da diferença entre fluxos previstos nos referenciais normativos e práticas

efetivamente desenvolvidas no contexto organizacional, bem como da fragmentação entre os sistemas de informação e da limitada institucionalização de mecanismos estruturados de monitoramento e coordenação. A incorporação das manifestações da Ouvidoria reforçou a materialidade desses aspectos ao evidenciar repercussões percebidas no atendimento ao cidadão.

Nesse contexto, os desafios identificados foram organizados em três agrupamentos interpretativos principais.

Os desafios sistêmicos referem-se à fragmentação entre sistemas, ausência de interoperabilidade e limitações na circulação das informações, manifestando-se na forma de problemas relacionados à integração, inexistência de alertas automatizados de sistema utilização do CPF como identificador e geração de relatórios, comprometendo a construção de visão integrada do processo. Os desafios operacionais, por sua vez, concentram-se nas limitações ligadas à infraestrutura, transporte, equipamentos e execução cotidiana das atividades, incluindo aquelas situações relacionadas a leitores, computadores e armazenamento que impactam diretamente a eficiência das operações. Já os desafios culturais e comportamentais estão associados à dependência de mecanismos informais, critérios intuitivos e práticas com baixa institucionalização, evidenciados pelo uso recorrente de planilhas paralelas, comunicação por aplicativos e soluções adaptativas, o que tende a fragilizar a padronização dos processos e a consolidação de mecanismos permanentes de governança.

Essa classificação dos desafios não representa categorias previamente definidas pela literatura, mas uma interpretação derivada das evidências empíricas, possibilitando compreender que as limitações observadas decorrem simultaneamente de aspectos tecnológicos, operacionais e institucionais. A síntese dos agrupamentos de evidências, organizada no Quadro 30 a seguir, permite enxergar os achados da pesquisa segundo o tipo predominante de limitação observada ao longo do processo da aquisição à dispensação, favorecendo uma interpretação mais abrangente das fragilidades identificadas.

Quadro 30 - síntese por natureza do desafio

Natureza	Problemas	Evidências	Consequência
Sistêmicos	Fragmentação; ausência de interoperabilidade	Integração; alertas; CPF; relatórios	Comprometem visão integrada
Operacionais	Infraestrutura; transporte; manualidade	Leitores; computadores; armazenamento	Reduzem eficiência

Culturais/comportamentais	Planilhas; informalidade	WhatsApp; critérios intuitivos	Fragilizam institucionalização
---------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Fonte: elaborado pelo autor

É importante destacar que o Quadro 31, a seguir, representa a consolidação do percurso analítico desenvolvido ao longo da pesquisa. Sua construção articula os achados das entrevistas com as etapas do fluxo AS-IS, as categorias de problemas identificadas e os componentes de governança utilizados como referência para análise. Enquanto o Quadro 30 sintetiza os desafios segundo sua natureza predominante, o Quadro 31 apresenta o detalhamento de cada achado, permitindo visualizar onde o problema ocorre, quais dimensões de governança estão relacionadas à sua manifestação e quais soluções foram sugeridas para seu enfrentamento. Trata-se, portanto, da principal sistematização dos resultados empíricos da pesquisa, servindo de base para a construção das propostas de melhoria apresentadas na seção subsequente.

Para fins de compreensão sobre como foi elaborado, explica-se que o Quadro 31 organiza os desafios identificados a partir das evidências empíricas e dos componentes analíticos adotados na pesquisa. A coluna “Classificação” indica a natureza predominante do desafio, enquanto “Problema identificado” apresenta, de forma sintética e codificada, a situação observada. Os códigos alfanuméricos, como A01, A02 e os seguintes, funcionam como identificadores únicos de cada problema, permitindo sua localização, comparação e referência ao longo da análise. A “Etapa do Fluxo” localiza o problema no percurso da aquisição à dispensação. A “Categoria de Problema”, desdobrada em código e subcódigo, reúne os achados por tema e especifica o aspecto analisado. As colunas referentes à “Dimensão da Governança” relacionam cada problema ao componente principal e, quando aplicável, ao componente secundário associado. A coluna “Qual a solução?” apresenta o encaminhamento proposto para enfrentar ou reduzir os efeitos do problema identificado.

No capítulo 7 essa organização demonstrará com mais detalhes como auxiliou na composição do fluxo aprimorado e na proposta de intervenção.

Quadro 31 – Desafios

Classificação	Problema identificado	Etapa do Fluxo	Categoria de Problema		Dimensão da Governança		Qual a solução?
			Código	Subcódigo	Componente	Componente Secundário	
Sistêmico	A01 -Não há visibilidade nem alerta de Estoque que está abaixo do mínimo de segurança	Distribuição e Logística	Estoque	Monitoramento	Tecnologias de rastreabilidade	Controle e responsabilização (accountability)	Implementar alerta automático no sistema para status do pedido pela unidade que dispensa o medicamento, indicando também a disponibilidade no ponto de suprimento, evitando consulta manual e paciente desassistido
Sistêmico	A02 O planejamento não incorpora a informação do consumo real prescrito e das perdas por embalagem por ausência de registro da prescrição	Planejamento e Aquisição	Estoque	Apresentação	Planejamento intersetorial e participativo	Controle e responsabilização (accountability)	Incorporar dados de consumo real, perdas por embalagem como insumo obrigatório para um planejamento de compras mais preciso

Sistêmico	A03 A consulta disponibilizada ao cidadão não permite busca integrada por medicamento na rede e exige pesquisa repetida por unidade	Dispensação e Registro	Estoque	Monitoramento	Coordenação interinstitucional	Controle e responsabilização (accountability)	Implementar consulta no sistema que permita que o cidadão localize onde há disponibilidade de um medicamento sem precisar repetir a pesquisa unidade por unidade, reduzindo a desassistência e os deslocamentos desnecessários
Operacional	A04 A ausência de CPF como chave única e a falta de integração geram risco de dispensação e registro de saída sem vínculo ao prontuário	Prescrição e Registro no Prontuário	Paciente	Cadastro	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Coordenação interinstitucional	Integrar a prescrição e a dispensação por chave única do paciente e sistema integrado, reduzindo a dependência de múltiplos sistemas e evitando dispensação sem vínculo clínico/ Unificar identificação do paciente com chave confiável CPF
Operacional	A05 A funcionalidade de lote e validade existe, mas não foi implementada na rotina de distribuição e recebimento em cada unidade de dispensação, comprometendo rastreabilidade e a gestão de estoque	Distribuição e Logística	Estoque	Monitoramento	Tecnologias de rastreabilidade	Controle e responsabilização (accountability)	Implantar validação e registro de lote e validade ao longo da movimentação logística, com suporte por leitura e checagem automática no sistema, reduzindo lacunas de controle e aumentando a rastreabilidade.

Operacional	A06 A dispensação é registrada por digitação, sem leitura e sem validação da apresentação, o que permite divergência entre registro e embalagem entregue	Dispensação e Registro	Medicamento	Cadastro	Controle e responsabilização (accountability)	Tecnologias de rastreabilidade	Implantar leitura por código de barras no ponto de dispensação, com padronização do identificador ao longo da cadeia (do recebimento à entrega), e criar validação automática que bloqueie ou alerte quando a apresentação lida não corresponder ao item selecionado no sistema (incluindo quantidade por embalagem). Incluir regra operacional para conferência obrigatória quando houver mais de uma apresentação possível para o mesmo medicamento, com registro do motivo quando ocorrer substituição de apresentação.
Operacional	A07 A demanda local é registrada pelas informações de dispensação registradas em sistema, e sem rotinas de confirmação, refletindo a informação quantitativa da embalagem na dispensação, e não a necessidade clínica e sazonal	Planejamento e Aquisição	Estoque	Monitoramento	Planejamento intersetorial e participativo	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Estabelecer rotinas mínimas de inventário e contagem (periodicidade e responsáveis), regra de fechamento de quantitativos para requisição ao NUMEB e critério de ajuste quando a dispensação ocorrer por embalagem. No registro em sistema, separar necessidade estimada por prescrição (unitarizada por paciente, quando possível) da quantidade efetivamente dispensada, e definir margem de segurança apenas com critérios objetivos (sazonalidade, histórico de faltas, perfil de atendimento e disponibilidade), registrando o critério adotado para rastreabilidade da decisão.

Operacional	A08 O cadastro de entrada heterogêneo, feito por comprimido ou por cartela, aliado à ausência de fracionamento (unitarização), geram risco de erro e divergência entre prescrição, registro de unidades ou cartelas no momento da dispensação e a entrega por embalagem fechada	Dispensação e Registro	Estoque	Monitoramento	Capacidade institucional e infraestrutura	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Definir alternativa ao fracionamento, quando aplicável, com rotina operacional e requisitos mínimos de infraestrutura, e ajustar o registro no sistema para: (1) padronizar a unidade de controle do item (comprimido, cartela, caixa) conforme cadastro do produto, (2) registrar, no ato da dispensação, a quantidade efetivamente dispensada por prescrição e, separadamente, a quantidade entregue por embalagem, e (3) habilitar validações simples para reduzir risco de troca e erro de baixa quando houver divergência entre prescrição e unidade de fornecimento.
Operacional	A09 A ausência de visitas e de monitoramento impede o diagnóstico e a orientação de melhorias estruturais e operacionais na dispensação	Planejamento e Aquisição	Gestão	Estruturas	Capacidade institucional e infraestrutura	Coordenação interinstitucional	Instituir rotina de diagnóstico e monitoramento periódico da capacidade instalada das unidades (estrutura, privacidade para atendimento, condições de orientação), com registro padronizado e retorno ao planejamento, para priorização de melhorias

Operacional	A10 A dispensação carece de espaço reservado, comprometendo a privacidade e a qualidade da orientação em atendimentos que exigem confidencialidade	Dispensação e Registro	Gestão	Estruturas	Capacidade institucional e infraestrutura	Normatização e conformidade regulatória	Definir requisito mínimo de estrutura para dispensação com orientação ampliada e privacidade, e incluir marcador obrigatório no sistema para classificar dispensações que exigem orientação e ou privacidade, vinculando o registro à necessidade de atendimento reservado
Operacional	A 11 O transporte disponível é insuficiente e inadequado para atender a demanda, gerando risco de atraso na retirada e entrega, e impactando no abastecimento das UBS	Distribuição e Logística	Gestão	Transporte	Capacidade institucional e infraestrutura	Coordenação interinstitucional	Implementar solução logística com transporte adequado para retirada e entrega, compatível com volume e frequência
Sistêmico	A12 O remanejamento de medicamentos "parados" sem alertas de sistema para localizar a disponibilidade e as unidades receptoras	Distribuição e Logística	Estoque	Monitoramento	Coordenação interinstitucional	Controle e responsabilização (accountability)	Criar um canal de comunicação formal e procedimento padrão para remanejamento de medicamentos entre unidades, integrado ao sistema, reduzindo dependência de WhatsApp/telefone e dando visibilidade de quem pode receber e de quantidades disponíveis, com alerta de sistema, mantendo o registro da transferência no Alphaslink/Sismateriais.
Operacional	A13 A unidade dispensadora não percebe a participação no planejamento por falta de devolutiva da sua participação no planejamento da aquisição, por não conhecer os critérios e por não participar na checagem dos dados registrados	Planejamento e Aquisição	Estoque	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Planejamento intersetorial e participativo	Implantar um mecanismo de retorno do planejamento com calendário, critérios e abertura para possíveis ajustes. A ponto demanda participar da checagem da informação.

Sistêmico	A14 A identificação do paciente por número SES é sujeita a erro e duplicidade e depende de migração via TrackCare, reduzindo agilidade e confiabilidade	Prescrição e Registro no Prontuário	Paciente	Cadastro	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Controle e responsabilização (accountability)	Viabilizar a integração entre prontuário (TrackCare) e sistema de dispensação/estoque (Alphalink) por meio do uso da chave CPF para identificar o paciente e relacioná-lo à prescrição
Operacional	A15 A falta de computadores em número suficiente na dispensação compromete a infraestrutura e a qualidade dos registros no sistema	Dispensação e Registro	Gestão	Soluções de TI	Capacidade institucional e infraestrutura	Coordenação interinstitucional	Prover computadores em número suficiente para a demanda de usuários nas unidades de dispensação
Cultural e Comportamental	A16 O estoque mínimo e margem de segurança são definidos de forma intuitiva, sem critério institucional e sem controle parametrizado no sistema	Recebimento e Armazenamento	Estoque	Monitoramento	Normatização e conformidade regulatória	Controle e responsabilização (accountability)	Normatizar critérios de estoque mínimo e margem de segurança por item e ajustar o sistema para controlar o parâmetro com alertas, reduzindo a dependência de decisões intuitivas
Operacional	A17 O gargalo de transporte e de organização de entregas gera a dependência do deslocamento do farmacêutico e risco de descontinuidade de atendimento na unidade	Distribuição e Logística	Gestão	Transporte	Capacidade institucional e infraestrutura	Coordenação interinstitucional	Garantir solução de transporte regular e suficiente entre central, regionais e unidades, reduzindo a dependência do deslocamento do farmacêutico para retirada ou conferência, com estrutura na central para atender as unidades no momento da distribuição.

Sistêmico	A18 O ALPHALINK/SISMATERIAIS não possui alerta por CPF para eventual retirada duplicada ou em intervalo inadequado, exigindo verificação manual do histórico de dispensação	Dispensação e Registro	Paciente	Cadastro	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Controle e responsabilização (accountability)	Implementar no Alphaslink a identificação do paciente vinculada ao protocolo da prescrição e alerta, por CPF
Cultural e Comportamental	A19 Falta orientação interna padronizada para aceitação de prescrições eletrônicas, gerando decisões divergentes e insegurança na dispensação	Prescrição e Registro no Prontuário	Paciente	Receita	Normatização e conformidade regulatória	Controle e responsabilização (accountability)	Criar orientação normativo interno para padronizar o atendimento de prescrições eletrônicas e adequar o sistema onde se registra a dispensação
Operacional	A20 Há fluxo formal (no SEI) para tratar o risco de vencimento, mas a execução é limitada por falta de equipe, falta de capacitação e espaço físico insuficiente	Recebimento e Armazenamento	Gestão	Monitoramento	Capacidade institucional e infraestrutura	Coordenação interinstitucional	Aprimorar o controle PVPS e o fluxo de risco de vencimento com registros estruturados e menos manuais (padronização e suporte por sistema), preservando a tramitação pelo SEI, com dimensionamento de equipe, capacitação e adequação do espaço físico para garantir execução.
Cultural e Comportamental	A21 O agendamento e o controle de entregas ainda não medem plenamente a inexecução de um fornecedor, por falta de automação, de pessoal e de infraestrutura, e sem rotina integrada ao Processo SEI	Planejamento e Aquisição	Gestão	Fornecedor	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Capacidade institucional e infraestrutura	Instituir rotina única e automatizada de agendamento e acompanhamento do fornecedor integrada ao SEI, incluindo prazos, entregas e inexecução, com responsáveis definidos, campos padronizados e suporte de infraestrutura e pessoal.

Sistêmico	A22 Os pedidos por consumo médio, com 20% de segurança, não são controlados por parâmetros e travas no sistema, exigindo monitoramento manual por planilhas, em cenários de escassez do medicamento	Recebimento e Armazenamento	Estoque	Reposição	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Planejamento intersetorial e participativo	Parametrizar a regra no sistema e incorporar mecanismo de racionalização e priorização para escassez e concorrência de pedidos, com registros e critérios, reduzindo a dependência de decisões e controles exclusivamente manuais.
Cultural e Comportamental	A23 Os requisitos de dispensação variam por nível de atenção à saúde, sem parametrização em sistema, há risco de regras divergentes não serem monitoradas e de haver controle inconsistente	Dispensação e Registro	Gestão	Monitoramento	Normatização e conformidade regulatória	Controle e responsabilização (accountability)	Parametrizar no fluxo e no sistema regras de dispensação por nível de atenção, registrando que, na APS, a dispensação ocorre por receita e documentos pessoais, sem exigência de CID, e que, nas policlínicas e nas farmácias de alto custo, a dispensação exige protocolo com CID, critérios de inclusão e exclusão e formulário, como condição de elegibilidade e controle.
Sistêmico	A24 A baixa no registro de medicamentos dispensados é intempestiva e inconsistente como resposta sobre disponibilidade real na unidade dispensadora	Dispensação e Registro	Estoque	Monitoramento	Tecnologias de rastreabilidade	Controle e responsabilização (accountability)	Automatizar o registro da dispensação no ponto de atendimento, com leitura por código de barras e validação de apresentação, lote e validade, para permitir baixa imediata e confiável, assegurando aderência do InfoSaúde ao requisito de “tempo real” e evitando prejuízo à programação conduzida pela DIPRO e ao atendimento de demandas de ouvidoria.

Sistêmico	A25 O ALPHALINK/SISMATERIAIS carece de relatórios clínico-assistenciais por paciente e protocolo, limitando a análise da dispensação	Prescrição e Registro no Prontuário	Paciente	Receita	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Controle e responsabilização (accountability)	Institucionalizar requisitos mínimos de registro e de extração de dados para viabilizar relatórios clínico-assistenciais de dispensação por paciente, com: (1) identificação única do paciente (CPF como chave), (2) vinculação da dispensação ao CID, à região e à idade, (3) registro de enquadramento em critérios de protocolo clínico, e (4) parâmetros de consulta e auditoria para acompanhar dispensações por paciente, por unidade e por período, preservando os relatórios gerenciais existentes e formalizando a rotina de alimentação dos campos necessários na rede.
Sistêmico	A26 A rastreabilidade por leitura na ponta é inviabilizada por falta de cadastro estruturado na entrada da central	Recebimento e Armazenamento	Medicamento	Cadastro	Tecnologias de rastreabilidade	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Parametrizar o registro na entrada do produto na farmácia central, com vinculação de código de barras, lote e validade, viabilizando a estrutura de recebimento para essa rotina até a dispensação
Sistêmico	A 27 A dispensação não registra a saída do medicamento de forma a contribuir com o mapeamento e a correspondência entre o código de barras da embalagem e o código SES, inviabilizando a reposição automatizada	Dispensação e Registro	Medicamento	Cadastro	Tecnologias de rastreabilidade	Coordenação interinstitucional	Habilitar controle de saída por código de barras e sinalização de reposição, com definição de responsabilidade pelo mapeamento

Sistêmico	A28 Na decisão de padronização dos medicamentos, CMM, o público-alvo e o quantitativo de pacientes não estão registrados de forma estruturada e consultável no fluxo de encaminhamento à programação	Planejamento e Aquisição	Medicamento	Cadastro	Planejamento intersetorial e participativo	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Registrar de forma estruturada e consultável, no fluxo institucional, a decisão da comissão e os insumos usados (CMM, público-alvo, quantitativo de pacientes) quando o item é padronizado e encaminhado à programação
Sistêmico	A29 O sistema não calcula automaticamente o ponto de pedido a partir das prescrições e não aciona nem registra de forma automatizada a requisição ao centro de distribuição	Planejamento e Aquisição	Estoque	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Controle e responsabilização (accountability)	Implementar a regra de cálculo do ponto de pedido a partir das prescrições e habilitar o envio automático do pedido ao centro de distribuição, com registro no sistema
Cultural e Comportamental	A30 O controle PVPS depende de registro visual e manual, com dados em formulário e planilha, sem suporte sistêmico	Distribuição e Logística	Gestão	Monitoramento	Capacidade institucional e infraestrutura	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Estruturar os registros do controle PVPS, reduzindo manualidade e apoiando o registro por sistema, mantendo as rotinas operacionais e o fluxo de trabalho já adotado.
Cultural e Comportamental	A31 A programação e a priorização dependem de planilhas e tratativas informais, sem suporte sistêmico, sem alertas e sem critérios integrados ao fluxo	Planejamento e Aquisição	Estoque	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Coordenação interinstitucional	Migrar a programação e os controles para suporte sistêmico, com alertas, registro de confirmação e tabela de priorização integrada ao fluxo, preservando o arranjo de participação das áreas na elaboração do ETP

Cultural e Comportamental	A32 A programação depende de extração e de consolidação manual e não trata de forma estruturada os períodos de desabastecimento, gerando grande esforço e risco de distorção nos quantitativos	Planejamento e Aquisição	Estoque	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Capacidade institucional e infraestrutura	Reduzir a dependência de movimentação manual e de extração manual de dados, melhorando a programação com a funcionalidade de sistema que “puxe” dados e sinalize as situações relevantes, e a consideração de períodos de desabastecimento
Cultural e Comportamental	A33 A demanda é acionada pelo consumo registrado, sem confirmação física ou validação da unidade dispensadora antes do ressurgimento	Planejamento e Aquisição	Estoque	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Controle e responsabilização (accountability)	Elaborar um mecanismo no sistema para identificar e sinalizar a demanda com base nas saídas e nos parâmetros do ponto de ressurgimento, com alerta de acionamento antes de atingir o mínimo aceitável
Cultural e Comportamental	A34 O processo de deferimento ou indeferimento é limitado por tramitação física e avaliação semanal em turno fixo, gerando dependência de deslocamentos e baixa capacidade	Prescrição e Registro no Prontuário	Paciente	Monitoramento	Capacidade institucional e infraestrutura	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Digitalizar o fluxo de análise documental do componente especializado, com protocolo e critérios de inclusão parametrizados, possibilitando recebimento, distribuição, registro de decisão e devolutiva no próprio sistema, com trilha de auditoria e controle de prazos. Enquanto a digitalização não estiver disponível, padronizar o trâmite físico com agenda e janelas de entrega, checklist de documentos, controle de filas e registro do status do processo, reduzindo risco de represamento e de perda de rastreabilidade.

Cultural e Comportamental	A35 A dispensação depende de digitação manual, não há unitarização, e não é informatizada por leitura com registro direto no sistema	Dispensação e Registro	Gestão	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Tecnologias de rastreabilidade	Implementar unitarização informatizada com leitura por código de barras ou QR code e registro por bip direto no sistema, substituindo a digitação manual
Sistêmico	A36 A demanda para aquisição não está consolidada de forma corporativa para toda a rede e unidades parceiras, gerando risco de planejamento fragmentado	Planejamento e Aquisição	Estoque	Reposição	Coordenação interinstitucional	Planejamento intersetorial e participativo	Adotar regra e registro explícitos de escopo da demanda, contemplando unidades parceiras, como premissa para consolidação e planejamento de aquisição e abastecimento
Sistêmico	A37 Falta um mecanismo indicador de status da aquisição, e a indefinição de atribuições aumentam sobrecarga e risco de prazos inconsistentes nas respostas ao cidadão	Planejamento e Aquisição	Gestão	Monitoramento	Coordenação interinstitucional	Controle e responsabilização (accountability)	Criar um mecanismo de atualização e consulta do status da aquisição, com definição clara de atribuições no regimento interno, e rotinas de controle derivadas da matriz de riscos e da análise de integridade, articuladas no CIG para otimizar recursos e reduzir risco de prescrição de prazo de resposta.
Sistêmico	A38 Os pedidos no SISMATERIAIS são emitidos sem a informação de lote e validade e a distribuição sob escassez do medicamento carece de critérios para priorização entre unidades e regiões	Distribuição e Logística	Gestão	Normas	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Coordenação interinstitucional	Reforçar o SISMATERIAIS como canal único do pedido, incluindo campos e validações para registro operacional mínimo e regras formais de priorização/alocação sob escassez.

Sistêmico	A39 A distribuição utilizando o SISMATERIAIS segue com registro manual, sem leitura, gerando perda de controle e estornos, e regras de cronograma e antecedência não estão parametrizadas no sistema	Distribuição e Logística	Medicamento	Cadastro	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Capacidade institucional e infraestrutura	Parametrizar no SISMATERIAIS o cronograma e a regra de antecedência e reduzir a digitação manual com automação, incluindo leitura para a operação por lote
Operacional	A40 A operação logística depende de capacidade limitada de transporte e de coordenação informal via WhatsApp, sem canal institucional com registro e rastreabilidade	Distribuição e Logística	Gestão	Transporte	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Capacidade institucional e infraestrutura	Reforçar a infraestrutura e o pessoal do transporte e da operação e formalizar canais e registros das comunicações operacionais que hoje dependem de WhatsApp.
Operacional	A41 A ausência de sistema logístico integrado compromete o registro e o acompanhamento do armazenamento e distribuição	Distribuição e Logística	Gestão	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Capacidade institucional e infraestrutura	Implantar ou aprimorar o sistema logístico que cubra armazenamento e distribuição, com registros consistentes e suporte operacional às rotinas.
Sistêmico	A42 A programação depende de base de dados não fidedigna no Alphalink, fragilizando a consolidação de necessidades pela DIPRO com DIASF e SAIS	Planejamento e Aquisição	Estoque	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Planejamento intersetorial e participativo	Implantar mecanismo de registro e validação de dados de programação que substitua ou complemente o ALPHALINK, assegurando informações confiáveis para consolidação das necessidades pela DIPRO com participação da DIASF e da SAIS.

Operacional	A43 Os pedidos sem a informação de lote e validade fragilizam a rastreabilidade e a conferência, e tem a coordenação operacional dependente de WhatsApp	Dispensação e Registro	Medicamento	Cadastro	Capacidade institucional e infraestrutura	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Desenhar a ponta como etapa com capacidade mínima definida (pessoal e meios de conferência), com registro estruturado no sistema que incorpore lote e validade quando aplicável, reduzindo estornos e deslocamentos para conferência, e estabelecendo canal formal para registros e encaminhamentos operacionais hoje tratados por WhatsApp.
Operacional	A44 O planejamento e os pedidos aos fornecedores não incorporam etapa de validação prévia da capacidade logística e mantêm alta manualidade por falta de automação por leitura	Planejamento e Aquisição	Gestão	Monitoramento	Capacidade institucional e infraestrutura	Planejamento intersetorial e participativo	Exigir a validação de capacidade logística (armazenagem, RH e recebimento) antes de emissão de empenhos e definição de cronogramas de execução, e implantar registros automatizados por leitura quando possível para reduzir trabalho manual e considerar a capacidade operacional para decisão
Sistêmico	A45 A dispensação usa código da aquisição diferente do identificador da embalagem, mantendo a digitação manual e o risco de erro	Dispensação e Registro	Medicamento	Cadastro	Tecnologias de rastreabilidade	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Alinhar os identificadores utilizados no registro de dispensação ao identificador da embalagem e implementar automação por leitura por código de barras para reduzir erros.
Sistêmico	A46 A dispensação de medicamentos de alto custo depende de sistema externo, fragmentando os registros e dificultando a integração e consultas	Dispensação e Registro	Medicamento	Cadastro	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Controle e responsabilização (accountability)	Reduzir a fragmentação de sistemas no alto custo, com integração ou alinhamento operacional que permita registrar e consultar a dispensação de forma consistente

Sistêmico	A47 Falta uma integração que considere os dados de prescrição para estimar e sinalizar medicamentos de maior demanda, limitando a precisão da programação e o abastecimento	Planejamento e Aquisição	Paciente	Receita	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Planejamento intersetorial e participativo	Disponibilizar, de forma integrada ao sistema logístico, informação que permita identificar os medicamentos com maior demanda a partir da prescrição, para apoiar a programação e as decisões de abastecimento
Operacional	A48 A frota é precária e a falta de caminhão comprometem o cronograma anual e exige imprevisto, não há rotina de contingência e nem requisitos mínimos de refrigeração e isolamento	Distribuição e Logística	Gestão	Normas	Capacidade institucional e infraestrutura	Coordenação interinstitucional	Estabelecer regra e rotina institucional de contingência quando houver indisponibilidade de caminhão, com monitoramento do cronograma anual e requisitos mínimos de adequação da frota, incluindo condições de refrigeração e isolamento quando aplicável ao tipo de transporte.
Sistêmico	A49 A informação que consta no sistema não vincula saldo a lote e validade nas unidades, impedindo rastrear e localizar lotes específicos na rede	Distribuição e Logística	Estoque	Monitoramento	Tecnologias de rastreabilidade	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Viabilizar a rastreabilidade por lote e validade no sistema, possibilitando consultar o saldo associado a lote e validade por unidade e localizar itens de um lote específico na rede.
Operacional	A50 O armazenamento em galpões não certificados, sem controle de temperatura e umidade, gera risco de não conformidade e perdas de medicamentos	Recebimento e Armazenamento	Gestão	Normas	Normatização e conformidade regulatória	Capacidade institucional e infraestrutura	Adequar e certificar a estrutura de armazenagem para atender requisitos de boas práticas, incluindo controle de temperatura e umidade, e instituir registro e tratamento das perdas como insumo para ações corretivas e gestão do contrato.

Operacional	A51 O recebimento e o armazenamento operam de forma manual por falta de leitores e de equipamentos e por equipe insuficiente, comprometendo capacidade e qualidade do registro e do controle	Recebimento e Armazenamento	Gestão	Soluções de TI	Capacidade institucional e infraestrutura	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Disponibilizar leitores de código de barras e equipamentos operacionais essenciais, e dimensionar equipe mínima para reduzir a manualidade e elevar a confiabilidade dos registros e controles no recebimento e armazenamento.
Operacional	A52 O controle de lote e validade existe no sistema, mas não foi implantado na rotina com captura automática e endereçamento, inviabilizando rastreabilidade de ponta a ponta	Recebimento e Armazenamento	Estoque	Monitoramento	Tecnologias de rastreabilidade	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Operacionalizar o recurso de controle de lote e validade que se afirmou já estar disponível no sistema, com registros obrigatórios no recebimento e na estocagem; adquirir e disponibilizar leitores e equipamentos de unitarização; vincular a captura ao registro no sistema e à gestão por endereçamento, para garantir estocagem respeitando lote e validade
Sistêmico	A53 A integração das prescrições registradas no TrackCare e de outros sistemas ainda não está operacionalizada para permitir unitarização e separação direcionada ao paciente com base em prescrições diárias	Prescrição e Registro no Prontuário	Paciente	Receita	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Tecnologias de rastreabilidade	Habilitar o aproveitamento das prescrições do TrackCare pela ferramenta; implementar integrações com os sistemas do Hospital da Criança, ICDF, IGES e SES/DF; e, como evolução prevista, permitir que as prescrições diárias orientem a separação e identificação de unidades de medicamento já direcionadas ao paciente, viabilizando unitarização vinculada ao paciente

Sistêmico	A54 A liberação de códigos e de acessos não acompanha as mudanças na REME e depende de trâmite documental por falta de integração, gerando atrasos	Distribuição e Logística	Medicamento	Cadastro	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Coordenação interinstitucional	Sincronizar no sistema a liberação de códigos e acessos após alterações na REME, reduzindo ou eliminando a necessidade de trâmite por documento por falta de integração.
Operacional	A55 O monitoramento por painéis e a cobertura logística de ponta a ponta ainda dependem de implantação e operacionalização do fluxo logístico e da remodelagem do centro de distribuição	Distribuição e Logística	Gestão	Monitoramento	Controle e responsabilização (accountability)	Coordenação interinstitucional	Implementar e manter painéis de acompanhamento da distribuição (entrega, distribuição, recebimento), executar a remodelagem da estrutura do centro de distribuição, e o controle logístico para cobrir recebimento e distribuição até os CAFs das unidades, com registros e acompanhamentos associados à operação
Operacional	A56 Uma modernização ampla, tipo ERP, e acionamento automatizado de suprimento ainda dependem de desdobramento operacional e formalização normativa para reduzir manualidade e evitar descontinuidade	Planejamento e Aquisição	Gestão	Monitoramento	Planejamento intersetorial e participativo	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Instituir governança da modernização dos suprimentos como iniciativa do planejamento estratégico, com participação formal da SAGOV e do gabinete, e diretriz de evolução para ERP de saúde; parametrizar no sistema gatilhos e fluxos para o centro de distribuição acionar contratação vigente ou ata válida; redesenhar rotinas de suprimento para reduzir tarefas manuais com automações no sistema; e editar ou consolidar normativo de sustentação institucional que mitigue risco de descontinuidade e reduza risco de retrocesso.

Operacional	A57 A ausência de um ambiente integrador e de protocolo único de triagem mantém baixa a transparência ativa e exige a distinção manual entre falta central e falta localizada, com encaminhamentos caso a caso	Planejamento e Aquisição	Gestão	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Coordenação interinstitucional	Implantar um ambiente informatizado concentrador de informações e um protocolo único de triagem central versus local, com campos mínimos e regras de encaminhamento ao local do fato.
Cultural e Comportamental	A58 O monitoramento de respostas é manual, por checklist e planilha, e depende de trâmite no SEI, reduzindo agilidade apesar do controle de qualidade	Planejamento e Aquisição	Gestão	Monitoramento	Coordenação interinstitucional	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Aprimorar a rotina de monitoramento por checklist e planilha, alinhando campos mínimos e regras do procedimento, com redução da dependência do SEI para aumentar a agilidade.
Sistêmico	A59 Não há visibilidade integrada sobre estoques de medicamento e presença de farmacêutico nas unidades, gerando deslocamentos improdutivos e limitando transparência ativa e responsabilização	Dispensação e Registro	Gestão	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Coordenação interinstitucional	Implementar integração de sistemas e visibilidade operacional que permita orientar o usuário com base na combinação entre disponibilidade de medicamento e disponibilidade de farmacêutico, com transparência ativa ampliada e registro que sustente a responsabilização conforme o art. 37.
Cultural e Comportamental	A60 Os remanejamentos e as devoluções de medicamentos dependem de articulação informal	Distribuição e Logística	Estoque	Devolução	Coordenação interinstitucional	Controle e responsabilização (accountability)	Reduzir a dependência de coordenação informal e da busca manual por lote, viabilizando rastreabilidade por lote e coordenação formal de remanejamentos e devoluções via sistema

Sistêmico	A61 A baixa visibilidade exige consultas à área técnica e múltiplos encaminhamentos, dificultando identificar as faltas localizadas e o setor responsável	Distribuição e Logística	Estoque	Monitoramento	Coordenação interinstitucional	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Criar fluxo de registro e consulta estruturados no caso de falta localizada do medicamento, incluindo se há indicação de não retirada pela unidade, e adotar roteamento baseado em responsabilidades para evitar encaminhamentos sucessivos entre setores
Sistêmico	A62 A assimetria de transparência de estoque permite consulta direta apenas para parte do portfólio e dependência de encaminhamentos para o restante	Recebimento e Armazenamento	Gestão	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Coordenação interinstitucional	Implantar um ponto único de consulta e transparência de estoque que cubra além do componente especializado, com atualização sistemática pela área gestora do estoque central, reduzindo encaminhamentos para área técnica e aumentando a agilidade na resposta.
Cultural e Comportamental	A63 A conformidade em Planejamento e Aquisição depende de atualização sistemática de normas infralegais frente a novos decretos e à Lei 14.133, mas não há rotina institucionalizada de revisão e controle de vigência	Planejamento e Aquisição	Gestão	Normas	Normatização e conformidade regulatória	Coordenação interinstitucional	Mapear os impactos de novos decretos e leis no processo, e manter rotina de revisão e ajuste de normativos infralegais, com controle de vigência e integração ao fluxo.
Cultural e Comportamental	A64 Constata-se que o fluxo com operador logístico ainda requer formalização da descrição e do registro obrigatório das etapas logísticas até a dispensação	Distribuição e Logística	Gestão	Monitoramento	Controle e responsabilização (accountability)	Coordenação interinstitucional	Estabelecer, no desenho do fluxo, a obrigatoriedade de descrever e registrar as etapas logísticas até a dispensação, como controle formal.

Operacional	A65 A implantação do operador logístico requer um fluxo com registro obrigatório das etapas e controles de risco no transporte, incluindo segurança e itens de controle especial, alinhados a pontos do TCDF	Distribuição e Logística	Gestão	Transporte	Controle e responsabilização (accountability)	Coordenação interinstitucional	Prever controles e medidas de mitigação para os riscos de transporte, incluindo o tratamento específico para medicamentos de controle especial, e mapear os pontos levantados pelo TCDF para incorporá-los ao fluxo.
Cultural e Comportamental	A66 Sem governança de evolução do Alphalink e sem painel de acompanhamento, falta instrumento para monitorar o ciclo e sustentar controle e responsabilização	Planejamento e Aquisição	Gestão	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Controle e responsabilização (accountability)	Estabelecer a governança de evolução do Alphalink e implantar um instrumento de monitoramento, como painel ou ferramenta.
Cultural e Comportamental	A67 A Governança não está incorporada de forma regular ao planejamento e a coordenação intersetorial depende de acionamentos pontuais, agravados pela capacidade limitada da SAGOV	Planejamento e Aquisição	Gestão	Normas	Planejamento intersetorial e participativo	Coordenação interinstitucional	Definir (planejamento) o arranjo de participação da SAGOV e das áreas demandantes, com: (1) composição mínima e critérios para convocação de representantes, (2) rito de acionamento de subcomitês para temas de risco e decisões do ciclo, (3) pauta, prazos e produtos esperados de cada instância, (4) registro de deliberações e responsabilidades (com trilha de encaminhamentos ao CIG), e (5) mecanismo de priorização de demandas compatível com a capacidade declarada da SAGOV (cinco pessoas), para evitar acionamentos dispersos e garantir foco nos pontos críticos.

Cultural e Comportamental	A68 Os controles já definidos por farmácia e SULOG não foram implementados no Alphalink, mantendo baixa visibilidade do estoque nas farmácias e inventários sem base confiável	Recebimento e Armazenamento	Gestão	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Controle e responsabilização (accountability)	Formalizar o levantamento já realizado (lista de controles, responsável, prioridade, dependências e critério de aceite) e vinculá-lo a um plano de implantação no Alphalink, com entregas por etapa do recebimento e armazenagem. No mínimo, implantar controles que permitam identificar saldo por item e localização, registrar movimentos de entrada e saída com trilha de auditoria, e gerar relatório de inventário, reduzindo a necessidade de verificações paralelas e viabilizando inventários periódicos com base no registro do sistema.
Operacional	A69 A lacuna estruturante de controle de estoque mantém erros de quantitativo, mesmo com matriz de riscos revisada, por falta de controles efetivos operacionalizados	Recebimento e Armazenamento	Estoque	Monitoramento	Integração e interoperabilidade de sistemas de informação	Controle e responsabilização (accountability)	Implementar controles de estoque e vincular esses controles à gestão de riscos, com critérios de validação para reduzir erros de quantitativo.

Fonte: elaborado pelo autor

Com o objetivo de facilitar a visualização dos padrões recorrentes identificados na pesquisa, o Quadro 32 apresenta uma síntese dos desafios estruturantes observados ao longo do processo da aquisição à dispensação de medicamentos. De forma diferente do detalhamento analítico que foi apresentado no Quadro 31, essa síntese organiza os achados segundo os eixos que articulam as evidências empíricas, os componentes de governança associados, as possíveis repercussões institucionais e os potenciais de intervenção, possibilitando melhor compreender como que as limitações operacionais, sistêmicas e institucionais tendem a influenciar o funcionamento da assistência farmacêutica na SES/DF.

Quadro 32 - Síntese dos desafios estruturantes identificados da aquisição à dispensação

Eixo estruturante	Evidências observadas	Componentes	Possíveis repercussões	Sugestão de intervenção
fragmentação de sistemas	baixa interoperabilidade; ausência de integração entre prescrição, estoque e dispensação	integração de sistemas; coordenação institucional	decisões fragmentadas; baixa visibilidade	integração sistêmica e chave única
fragilidade de rastreabilidade	lote, validade e confiabilidade do saldo	tecnologias de rastreabilidade; accountability	erros; perdas; desassistência	automação e captura estruturada
limitações no monitoramento	dependência de planilhas; ausência de alertas	controle; monitoramento	gestão reativa	painéis e alertas
fragilidade da coordenação	dependência de whatsapp; comunicação informal	coordenação; governança	lentidão; sobrecarga	fluxos formais
capacidade institucional limitada	infraestrutura; RH; transporte	capacidade institucional	baixa execução	fortalecimento operacional
governança pouco incorporada	participação irregular; baixa institucionalização	planejamento; coordenação	ações pontuais	arranjos permanentes

Fonte: elaborado pelo autor

Para a rastreabilidade das evidências das quatro entrevistas exploratórias, elas foram identificadas pelos códigos EE1, EE2, EE3 e EE4, correspondentes, respectivamente, aos Entrevistados 1, 2, 3 e 4 do Quadro 8. A relação apresentada no Quadro 33, a seguir, associa os temas abordados nessa etapa exploratória aos achados posteriormente sistematizados na matriz analítica. Essa vinculação não significa que cada entrevista exploratória, isoladamente, sustente todo o conteúdo de determinado achado,

uma vez que alguns deles foram aprofundados, complementados ou refinados com base nas entrevistas e nas demais fontes de evidência examinadas, mas compõe os resultados.

Quadro 33 -Síntese dos desafios relacionados às entrevistas exploratórias

Entrevista exploratória	Conteúdo apresentado no Quadro 8	Achados relacionados
EE1	AlphaLink sem integração com TrackCare, e-SUS e IGES/DF; prescrição digitada manualmente	A06, A35 e A53
EE1	Prescrição não indexada pelo CPF, dificultando o rastreamento dos pacientes	A04 e A18
EE1	Dispensação manual, com digitação item por item	A06 e A35
EE1	O registro manual dificulta o fornecimento de informações precisas em tempo real	A24 e A59
EE2	A Ouvidoria não acessa dados atualizados de estoque e depende do retorno das áreas técnicas	A57 e A61
EE2	O paciente não é identificado de forma única na resposta ao cidadão	A04
EE2	Respostas ao cidadão limitadas pela ausência de informações confiáveis	A24, A57 e A61
EE2	O cidadão é orientado a consultar um portal que não reflete a situação real dos estoques	A03, A24, A57 e A59
EE3	Ausência de fluxo automatizado entre prescrição e dispensação; integração apenas parcial entre TrackCare e AlphaLink	A04, A35 e A53
EE3	Ausência de rastreamento pelo CPF, impedindo a consolidação do histórico de atendimento	A04, A18 e A25
EE3	Ausência de leitura automática na dispensação	A06 e A35
EE3	Dificuldade de fornecer informação precisa sobre os estoques	A24 e A59
EE4	Ausência de integração com e-SUS ou MV; interoperabilidade limitada e não prevista contratualmente	A53 e A66
EE4	CPF não utilizado como chave primária por decisão técnica inicial	A04 e A18
EE4	Controle de lote e validade disponível, mas dependente do registro correto e utilizado de forma inconsistente	A05, A49 e A52
EE4	Leitura por QR Code não implementada e não abrangida pelo contrato	A06, A27, A35 e A52
EE4	Sistema sujeito a regras antigas; contrato restrito à manutenção corretiva, sem desenvolvimento	A56, A63 e A66
EE4	Ausência de painel eficiente; extração de dados limitada e não padronizada	A55, A59 e A66

Fonte: elaborado pelo autor

7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: FLUXO APRIMORADO

A análise desenvolvida nos capítulos anteriores evidenciou desafios operacionais, sistêmicos e institucionais relacionados ao funcionamento do processo da aquisição à dispensação de medicamentos, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Esses desafios mostraram-se associados especialmente a limitações de integração entre sistemas de informação, fragilidades de monitoramento, dificuldades de rastreabilidade, mecanismos informais de coordenação e restrições relacionadas à utilização estratégica das informações produzidas ao longo do processo.

Com base nessas evidências, apresenta-se nesta seção uma proposta de intervenção estruturada, por meio de um fluxo aprimorado (TO BE). O modelo proposto busca traduzir, em termos operacionais e organizacionais, algumas oportunidades de aperfeiçoamento identificadas durante a investigação empírica. Nesse sentido, o fluxo não corresponde a um desenho abstrato de melhoria de processos, mas à sistematização de mecanismos potencialmente capazes de responder aos desafios identificados.

É importante destacar que a proposta possui um caráter analítico e incremental. Assim, não pressupõe a substituição integral dos arranjos institucionais existentes nem uma reorganização disruptiva das responsabilidades atualmente atribuídas às unidades da SES/DF. Ao contrário, a proposta busca fortalecer os mecanismos já presentes no processo, ampliar a integração entre as etapas e incorporar alguns instrumentos adicionais de monitoramento, coordenação e utilização das informações.

Estrutura geral da proposta

As etapas utilizadas na análise não correspondem, inicialmente, a uma reprodução do fluxo institucional da SES/DF, mas a uma representação analítica construída com base na prática e na literatura sobre compras públicas e logística de medicamentos. Esse referencial orientou a investigação empírica, possibilitou identificar como as atividades relacionadas à aquisição e à dispensação são realizadas em cada etapa no contexto do Distrito Federal. A partir desse mapeamento, foi possível comparar as categorias analíticas com o fluxo observado, identificar correspondências, lacunas e até algumas particularidades institucionais e, posteriormente, propor seu aprimoramento. Dessa forma, a proposta não se fundamenta na preservação das etapas existentes, mas na

manutenção de uma estrutura de correspondência entre o referencial analítico e o fluxo empírico, de modo a preservar uma coerência à análise e permitir visualizar em quais pontos os problemas e as soluções se inserem.

Dessa forma, as modificações propostas concentram-se, principalmente, na introdução de mecanismos adicionais de integração informacional, de rastreabilidade, de monitoramento e de validação sistêmica. Dessa forma, a proposta privilegia os aperfeiçoamentos incrementais capazes de fortalecer a governança e a coordenação sem exigir necessariamente uma reestruturação integral do modelo existente.

Relação entre as fragilidades identificadas e os mecanismos propostos

Os mecanismos incorporados ao fluxo foram organizados de modo a responder diretamente aos problemas e desafios identificados e discutidos nos resultados.

No agrupamento relacionado ao estoque, a proposta incorpora mecanismos voltados ao monitoramento automatizado, parametrização de estoques, rastreabilidade e antecipação de riscos associados ao desabastecimento. Quanto ao agrupamento medicamento, foram priorizadas as intervenções relacionadas ao fortalecimento da rastreabilidade, vinculação entre lote e validade, padronização dos registros e melhoria da qualidade informacional ao longo do processo da aquisição à dispensação. Para os desafios relacionados ao paciente, a proposta prevê maior integração entre informações clínicas e registros associados à dispensação, buscando ampliar visibilidade do histórico terapêutico e fortalecer utilização dessas informações para acompanhamento do cuidado. No agrupamento gestão, as intervenções concentram-se no fortalecimento da capacidade institucional de monitoramento, utilização estratégica dos dados produzidos, coordenação entre áreas e apoio à tomada de decisão.

Assim, cada elemento incorporado ao fluxo pode ser compreendido como resposta analítica a fragilidades observadas empiricamente, preservando a rastreabilidade entre evidência produzida, interpretação dos resultados e proposição apresentada.

Entre os principais tipos de aperfeiçoamento destacam-se: mecanismos de registro estruturado das informações; automatização de alertas e monitoramento de estoque; integração entre sistemas de informação clínicos e logísticos; padronização de rotinas operacionais; criação de painéis de acompanhamento e monitoramento; utilização

de critérios sistêmicos para programação da aquisição e melhoria na rastreabilidade de medicamentos, por lote e validade.

Entre os exemplos de pontos de controle representados no fluxo aprimorado destacam-se: verificação da disponibilidade antes da programação da distribuição; bloqueio de processos quando dados essenciais não estiverem registrados; validação da identificação do paciente antes da dispensação; controle de inconsistências no registro da prescrição ou da dispensação e tratamento de situações de indisponibilidade ou exceções logísticas. Esses mecanismos buscam reduzir a dependência de decisões informais ou intervenções manuais para correção de problemas, substituindo-as por verificações sistêmicas integradas ao próprio fluxo do processo.

Melhorias estruturais incorporadas à proposta

Além das melhorias operacionais específicas, a proposta de fluxo aprimorado incorpora três eixos estruturantes principais.

O primeiro refere-se ao fortalecimento da governança informacional. O fluxo pressupõe maior padronização e continuidade dos registros produzidos, desde o planejamento da aquisição até a dispensação, ampliando rastreabilidade e reduzindo inconsistências informacionais.

O segundo eixo relaciona-se à integração entre sistemas de informação. A proposta considera maior interoperabilidade entre os sistemas utilizados em etapas distintas do processo, favorecendo circulação automática das informações e reduzindo a dependência de controles paralelos ou retrabalho.

O terceiro eixo concentra-se no fortalecimento da capacidade institucional de monitoramento e apoio à decisão, mediante utilização de instrumentos capazes de ampliar a visibilidade do funcionamento do sistema e apoiar a identificação antecipada de situações críticas.

Considerações sobre a implementação

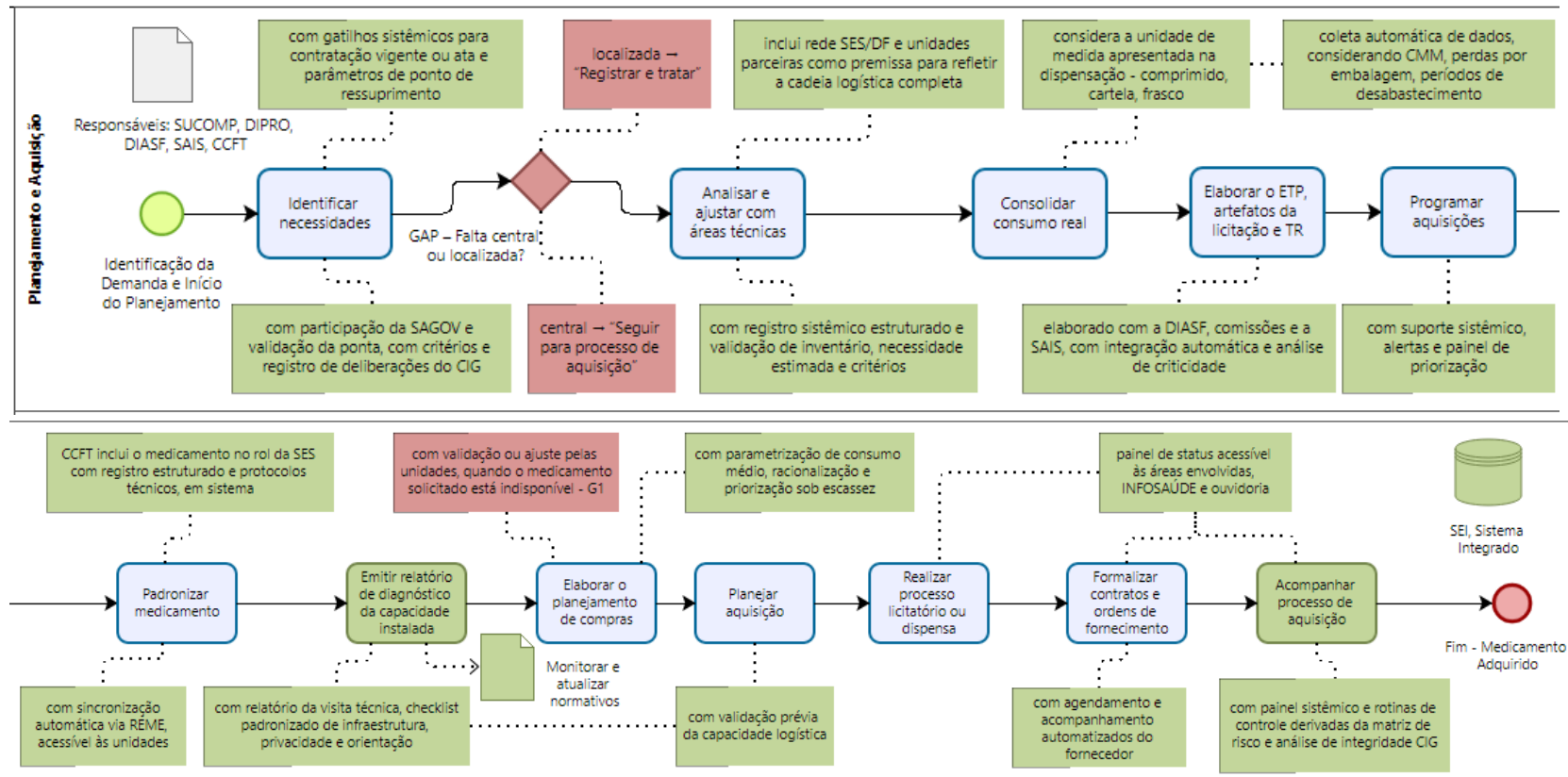
As intervenções propostas apresentam diferentes níveis de complexidade. Parte corresponde a ajustes operacionais potencialmente implementáveis de forma incremental,

enquanto outras dependem de maior integração tecnológica, desenvolvimento institucional ou coordenação entre múltiplos atores organizacionais.

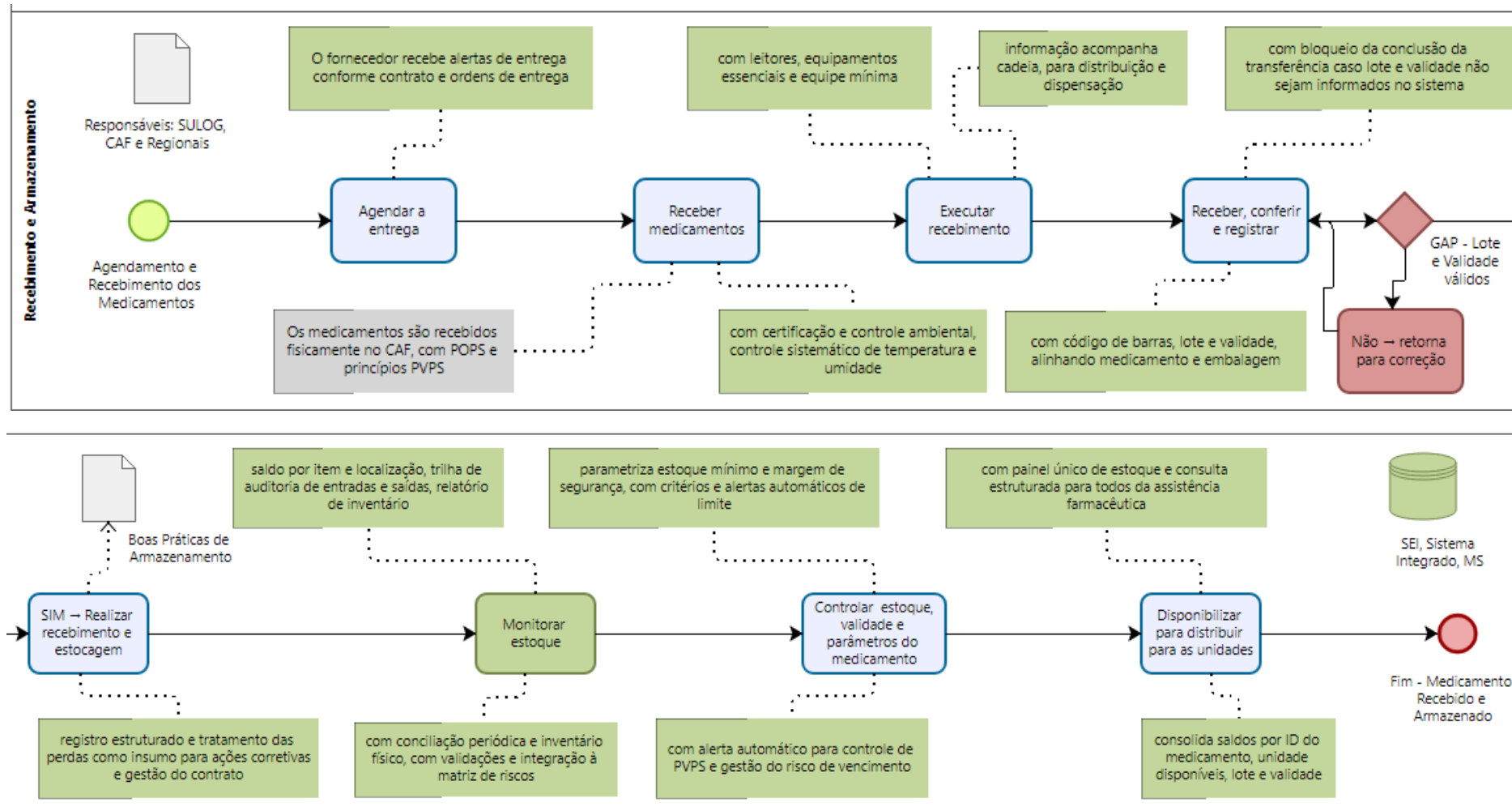
Por essa razão, a proposta não deve ser interpretada como solução única ou imediata para os desafios identificados, mas como modelo de aperfeiçoamento construído a partir das evidências produzidas pela pesquisa. Seu potencial reside na possibilidade de fortalecer progressivamente os mecanismos de governança da assistência farmacêutica, ampliando capacidade institucional de planejamento, coordenação e utilização estratégica das informações ao longo do processo da aquisição à dispensação.

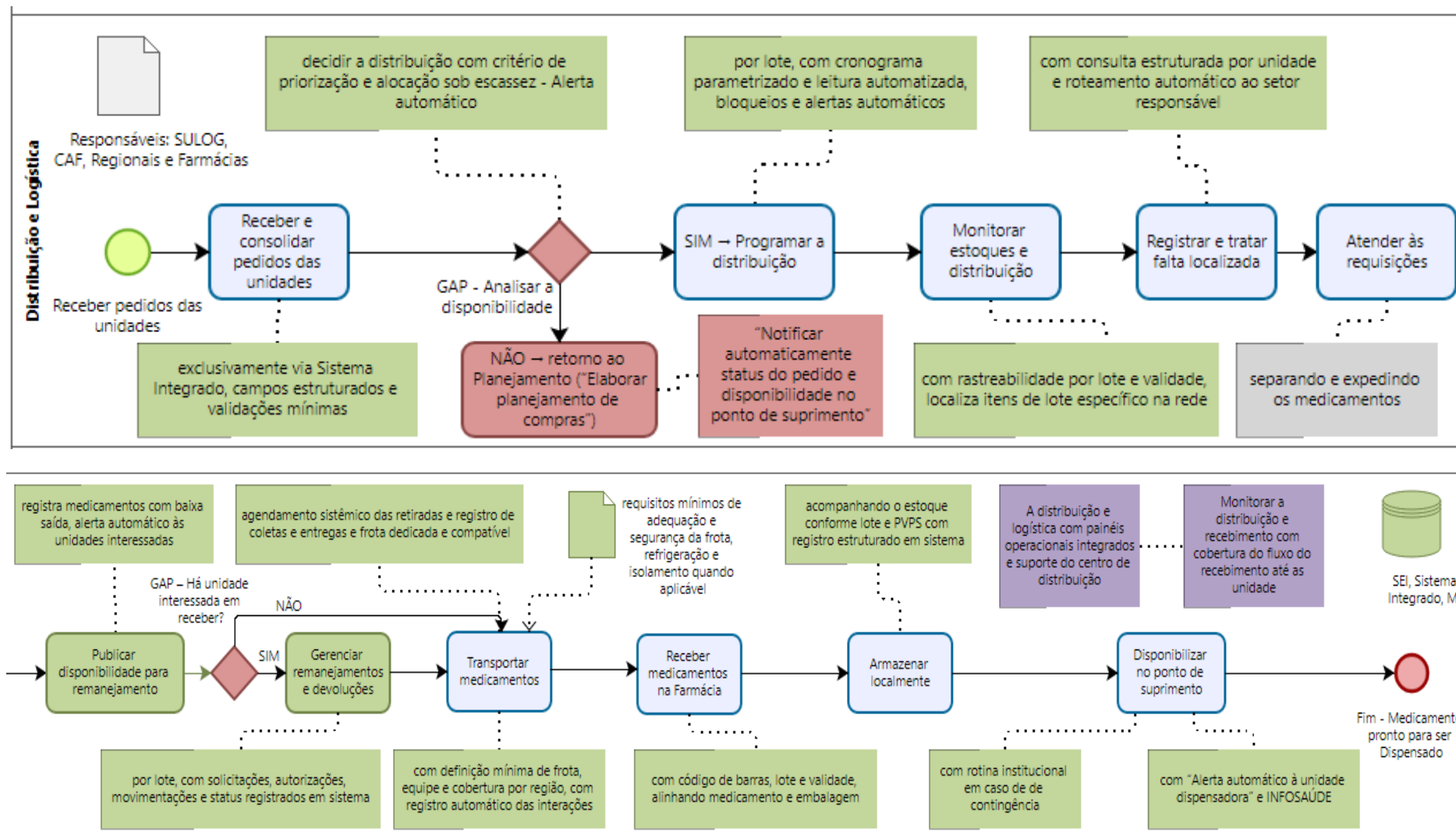
A proposta de aprimoramento foi materializada em um fluxo TO BE, elaborado a partir dos desafios identificados ao longo da pesquisa e das oportunidades de melhoria apontadas pelos entrevistados. O fluxo busca representar uma visão integrada do processo de aquisição e dispensação de medicamentos na SES/DF, incorporando mecanismos de governança, integração de informações e aperfeiçoamentos operacionais destinados a reduzir fragilidades observadas no modelo atualmente adotado. A Figura 2 apresenta a visão geral do fluxo proposto.

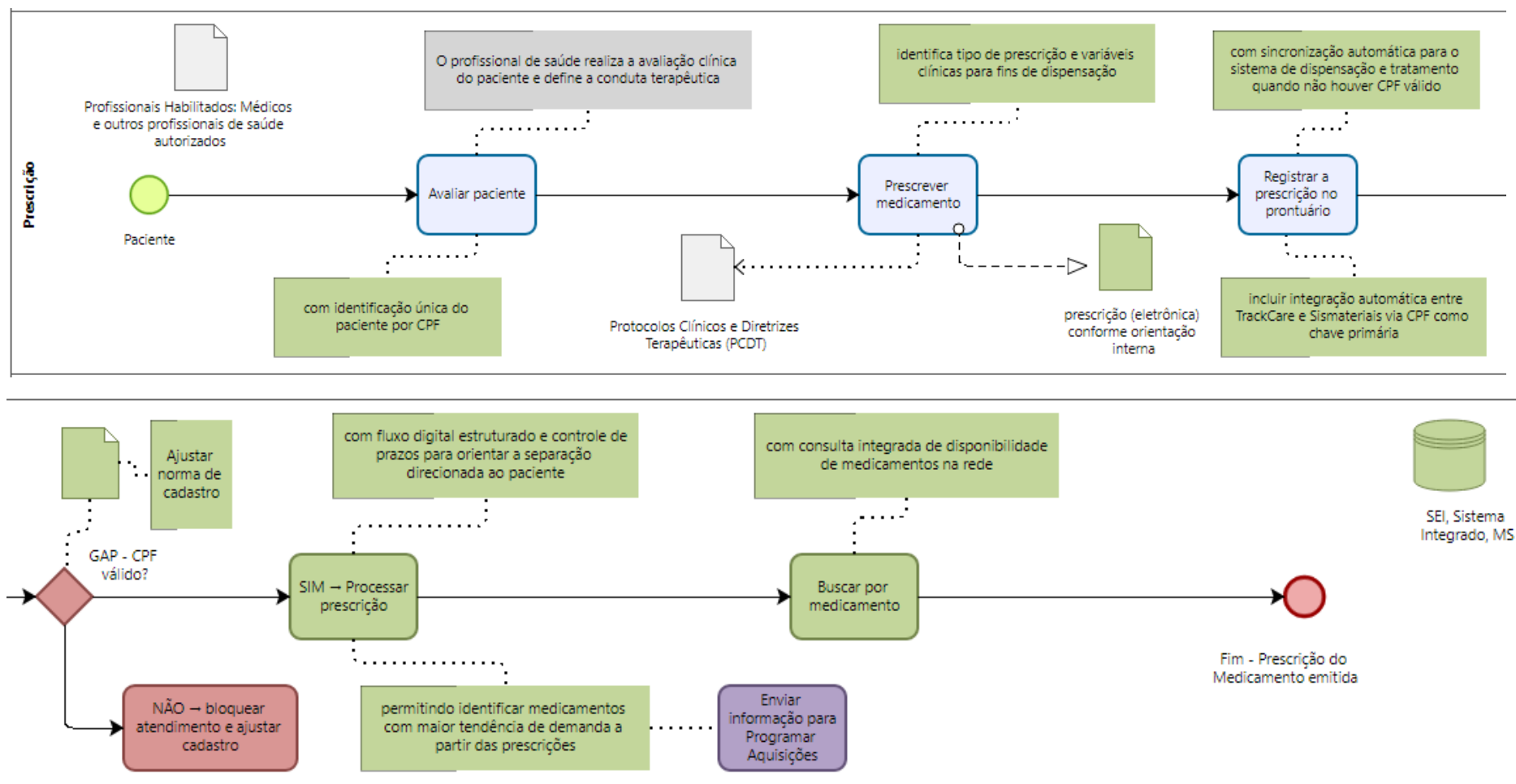
Figura 2 – Fluxo TO BE¹³²

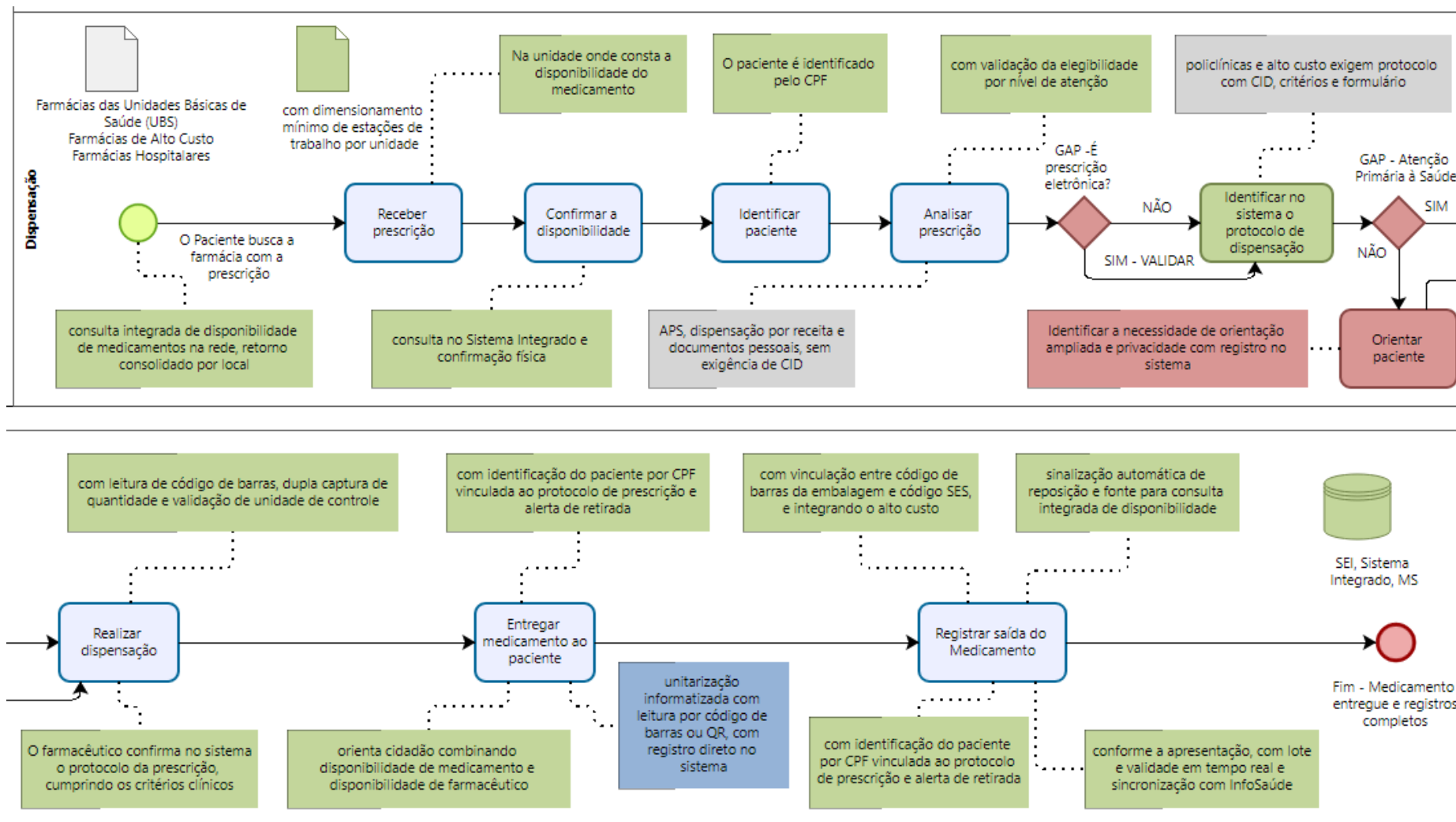


¹³² Atividades ou etapas operacionais que compõem a sequência principal do fluxo aprimorado, representando as ações executadas ao longo do processo (células em azul); elementos de aperfeiçoamento, representando mecanismos destinados ao fortalecimento do monitoramento, da integração informacional e da qualidade dos dados utilizados no processo (células em verde); e pontos críticos de validação e controle, associados ao tratamento de situações identificadas empiricamente como vulnerabilidades relevantes para a continuidade operacional ou para a confiabilidade das informações (células em vinho).









FONTE: elaborado pelo autor

Para fins de apresentação e análise, o fluxo TO BE foi organizado em cinco etapas correspondentes às principais fases do processo estudado: planejamento e aquisição, recebimento e armazenamento, distribuição e logística, prescrição e dispensação. As subseções seguintes detalham os aperfeiçoamentos propostos em cada etapa, explicitando sua relação com os desafios identificados na fase de diagnóstico e com os componentes de governança utilizados como referência analítica nesta pesquisa.

7.1 PLANEJAMENTO E AQUISIÇÃO

A etapa de planejamento e aquisição no fluxo aprimorado foi estruturada com o objetivo de fortalecer a utilização das informações produzidas ao longo do processo da aquisição à dispensação, ampliar a capacidade institucional de antecipação das demandas e reduzir a dependência de mecanismos reativos para reposição e abastecimento. De forma diferente do fluxo atual, em que parte relevante das decisões depende de monitoramento manual, registros paralelos ou comunicação informal entre áreas, a proposta incorpora mecanismos adicionais de integração informacional, validação sistêmica e apoio à decisão.

O processo inicia-se com a identificação das necessidades, conduzida pelas áreas responsáveis, incluindo SUCOMP, DIPRO, DIASF, SAIS e CCFT, considerando informações provenientes da assistência, logística e demais unidades envolvidas na cadeia da aquisição à dispensação. Nessa etapa, o fluxo passa a incorporar gatilhos sistêmicos capazes de identificar automaticamente as situações associadas à redução de estoque, aproximação do ponto de ressuprimento, existência de contratação vigente ou possibilidade de utilização de atas disponíveis. O objetivo é o de reduzir atrasos decorrentes do monitoramento exclusivamente manual e ampliar a capacidade institucional de resposta antecipada.

Adicionalmente, a identificação da demanda passa a prever participação estruturada das instâncias de governança e validação pelas unidades diretamente envolvidas na utilização dos medicamentos, incluindo o registro formal das deliberações em instâncias colegiadas, como o Comitê Interno de Governança (CIG), buscando ampliar a rastreabilidade decisória e a aderência entre a programação central e as necessidades observadas na ponta assistencial.

Após a identificação inicial da demanda, o fluxo incorpora a etapa de verificação destinada a distinguir situações de indisponibilidade localizada daquelas associadas a lacunas estruturais de abastecimento. Quando identificado um *gap*¹³³, o processo prevê o registro formal da ocorrência, tratamento institucional da situação e tentativa de solução mediante reorganização interna do suprimento do medicamento da rede. Nos casos em que o *gap* apresentar natureza estrutural ou centralizada, o fluxo segue para procedimentos relacionados à aquisição.

Em seguida, realiza-se uma análise conjunta com as áreas técnicas responsáveis, incorporando o registro estruturado das informações relacionadas ao inventário disponível, estimativa da necessidade, critérios utilizados na programação e validação dos dados empregados no processo decisório. Essa etapa busca reduzir as limitações, observadas nos achados da pesquisa, relacionadas à utilização de informações fragmentadas, parametrizações intuitivas ou baixa integração entre setores.

O fluxo aprimorado também amplia a base informacional utilizada na programação da aquisição ao considerar não apenas o consumo registrado formalmente, mas o consumo real observado na rede, incluindo as informações relacionadas a perdas decorrentes da apresentação dos medicamentos, períodos anteriores de desabastecimento, restrições associadas ao fracionamento e diferenças entre unidade registrada e unidade efetivamente dispensada. Dessa forma, o planejamento passa a incorporar elementos mais aderentes à dinâmica operacional da assistência farmacêutica.

A consolidação dessas informações ocorre considerando não apenas as unidades da rede própria da SES/DF, mas também as articulações com as unidades parceiras¹³⁴ e demais componentes envolvidos na cadeia logística, buscando ampliar a visão sistêmica do processo e reduzir a fragmentação informacional entre as etapas.

Posteriormente, a elaboração do Estudo Técnico Preliminar (ETP), Termo de Referência (TR) e demais artefatos da contratação passa a ocorrer com maior integração entre áreas técnicas, DIASF, SAIS e comissões responsáveis, incorporando a análise de

¹³³ Nesse contexto do fluxo, **gap** significa uma lacuna entre a necessidade identificada e a capacidade atual da rede de atendê-la. Pode ser uma lacuna localizada, quando o medicamento existe na rede, mas não está disponível na unidade demandante, ou estrutural, quando a indisponibilidade decorre de ausência ou insuficiência no abastecimento central.

¹³⁴ Unidades Parceiras são as incluídas no escopo da aquisição e do abastecimento, a exemplo das unidades sob gestão do IGESDF e do Hospital da Criança de Brasília, gerido pelo ICIPE mediante contrato de gestão.

criticidade, com a utilização automática de dados previamente registrados e com mecanismos adicionais de suporte à tomada de decisão.

Na sequência, realiza-se a programação das aquisições com suporte sistêmico, alertas automáticos e painel de priorização. O fluxo prevê que o planejamento considere a parametrização do consumo médio, racionalização da demanda e critérios de priorização em situações de escassez.

Antes da instrução final da aquisição, o fluxo incorpora a padronização do medicamento. Nessa etapa, a CCFT atua na inclusão do medicamento no rol da SES/DF, com registro em sistema, protocolos técnicos e sincronização automática com a REME acessível às unidades. Essa medida busca reduzir inconsistências entre medicamentos padronizados, protocolos assistenciais e itens efetivamente disponíveis para planejamento e aquisição.

O fluxo também prevê a emissão de um relatório de diagnóstico da capacidade instalada, contemplando uma visita técnica, com checklist padronizado de infraestrutura, privacidade e orientação. Esse diagnóstico contribui para verificar se as unidades possuem condições adequadas para receber, armazenar, dispensar ou acompanhar determinados medicamentos, especialmente quando houver exigências específicas relacionadas à assistência farmacêutica.

A partir desse diagnóstico, elabora-se o planejamento de compras. Quando houver medicamento solicitado, mas indisponível, o fluxo prevê a validação ou ajuste pelas unidades, evitando que a programação seja definida sem confirmação da necessidade real e da capacidade de atendimento. Essa etapa permite qualificar a demanda antes de sua conversão em processo formal de aquisição.

Em seguida, procede-se ao planejamento da aquisição propriamente dito, com validação prévia da capacidade logística. Essa verificação busca que a aquisição pretendida seja compatível com a estrutura de recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação existente, reduzindo o risco da aquisição sem condições adequadas de operacionalização.

A etapa seguinte corresponde à realização do processo licitatório ou, quando cabível, da dispensa. O fluxo aprimorado mantém a observância dos ritos próprios da contratação pública, mas incorpora maior integração com os dados de demanda, criticidade, capacidade logística e priorização assistencial.

Após a conclusão da seleção do fornecedor, ocorre a formalização dos contratos e das ordens de fornecimento. A proposta prevê o agendamento e acompanhamento automatizados do fornecedor, possibilitando maior controle dos prazos, das entregas e do cumprimento das condições contratadas.

O processo de aquisição passa a ser acompanhado por painel sistêmico e rotinas de controle derivadas da matriz de riscos e da análise de integridade pelo CIG. O painel de status deve ser acessível às áreas envolvidas, bem como aos canais institucionais de informação e controle social, como InfoSaúde e Ouvidoria. Essa medida busca ampliar a transparência, coordenação e capacidade de resposta institucional.

As modificações incorporadas à etapa de planejamento e aquisição respondem principalmente às fragilidades identificadas nos problemas relacionados à gestão, estoque e medicamento. O aperfeiçoamento proposto busca transformar o planejamento da aquisição em processo mais integrado, validado e orientado por dados, articulando necessidade assistencial, padronização técnica, capacidade logística, contratação pública e monitoramento institucional. O planejamento passa a funcionar como ponto de articulação entre governança, informação e operação, no processo da aquisição à dispensação.

7.2 RECEBIMENTO E ARMAZENAMENTO

A etapa de recebimento e armazenamento no fluxo aprimorado foi estruturada com o objetivo de fortalecer a rastreabilidade dos medicamentos, ampliar a confiabilidade das informações registradas desde a entrada dos produtos no sistema e reduzir as fragilidades relacionadas ao monitoramento, controle de validade e integração entre estoque físico e estoque informacional. De forma diferente do fluxo atual, em que parte das limitações identificadas decorre da ausência de vinculação contínua entre lote, validade e movimentação do medicamento, a proposta incorpora mecanismos adicionais de validação sistêmica, captura estruturada de dados e monitoramento automatizado.

O processo inicia-se com o agendamento da entrega dos medicamentos, realizado em conformidade com os contratos vigentes e com as ordens de fornecimento emitidas. O fluxo passa a prever a comunicação estruturada com os fornecedores, incluindo alertas

relacionados a prazos e condições da entrega, buscando reduzir os atrasos e ampliar a previsibilidade do recebimento.

Após o agendamento da entrega, ocorre o recebimento físico dos medicamentos nas estruturas responsáveis, incluindo a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e as unidades regionais, observando os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e princípios relacionados ao método PVPS (primeiro que vence, primeiro que sai). Nessa etapa, o fluxo incorpora os requisitos mínimos relacionados à infraestrutura, equipamentos adequados e equipe responsável, reconhecendo que as condições operacionais influenciam diretamente a qualidade do controle posterior.

Em seguida, o recebimento passa a incorporar a certificação das condições ambientais e o controle estruturado de fatores críticos, incluindo temperatura e umidade, possibilitando uma maior segurança quanto à manutenção das condições adequadas de armazenamento. A proposta pressupõe que essas informações sejam registradas sistemicamente, ampliando a rastreabilidade e capacidade de auditoria.

Durante a execução do recebimento, o fluxo aprimorado incorpora a captura automatizada das informações do medicamento, incluindo a identificação por código de barras, lote, validade e alinhamento entre embalagem física e registro sistêmico. Essa etapa responde diretamente às fragilidades identificadas nos agrupamentos relacionados ao estoque e medicamento, especialmente quanto à ausência de continuidade das informações ao longo do processo da aquisição à dispensação.

Após o recebimento, ocorre a conferência e o registro estruturado das informações. O fluxo incorpora um mecanismo de validação obrigatória, impedindo a conclusão da transferência ou armazenamento quando dados essenciais, especialmente lote e validade, não forem registrados adequadamente. O objetivo é o de reduzir as lacunas informacionais que comprometem rastreabilidade futura.

Nos casos em que inconsistências forem identificadas, o processo retorna para correção antes da continuidade operacional, fortalecendo os mecanismos preventivos em substituição a ajustes posteriores, predominantemente manuais.

Concluído o recebimento, procede-se à armazenagem dos medicamentos mediante um registro estruturado de perdas, desvios ou não conformidades eventualmente observadas. Essas informações passam a constituir insumo para eventuais ações corretivas, monitoramento contratual e gestão de riscos institucionais.

A etapa seguinte corresponde ao monitoramento contínuo do estoque. O fluxo aprimorado incorpora trilhas de auditoria para entradas e saídas, relatórios automatizados de inventário, conciliação periódica entre estoque físico e informacional e integração com instrumentos institucionais de gestão de riscos. Dessa forma, busca-se reduzir as divergências entre a disponibilidade registrada e a situação real do estoque.

O controle do estoque passa também a considerar uma parametrização estruturada de estoques mínimos, margens de segurança e critérios automáticos para geração de alertas associados ao risco de desabastecimento. Adicionalmente, o modelo incorpora mecanismos automáticos de monitoramento relacionados ao PVPS e ao risco de vencimento dos medicamentos, possibilitando a atuação antecipada diante de situações críticas.

Na etapa final, as informações consolidadas sobre a disponibilidade passam a ser organizadas em um painel integrado de estoque, contemplando a identificação do medicamento, unidade disponível, lote, validade e localização. Essa consolidação busca ampliar a visibilidade institucional do estoque ao longo da rede e reduzir a dependência de consultas fragmentadas ou a comunicação informal entre unidades.

A proposta pressupõe, ainda, a integração progressiva entre sistemas institucionais, registros administrativos e bases externas relacionadas à assistência farmacêutica, possibilitando maior continuidade das informações ao longo do processo da aquisição à dispensação.

As modificações incorporadas nesta etapa respondem principalmente às fragilidades relacionadas à rastreabilidade, monitoramento, confiabilidade informacional e integração entre sistemas. O aperfeiçoamento proposto busca transformar o recebimento e armazenamento em etapa mais estruturada, auditável e orientada por dados, fortalecendo a capacidade institucional de antecipação, monitoramento e coordenação da assistência farmacêutica.

7.3 DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA

A etapa de distribuição e logística no fluxo aprimorado foi estruturada com o objetivo de fortalecer a coordenação entre as unidades, ampliar a visibilidade do estoque ao longo da rede e reduzir as fragilidades relacionadas à fragmentação informacional,

atrasos na distribuição e dependência de mecanismos informais para remanejamento e abastecimento. De forma diferente do fluxo atual, em que parte relevante das decisões relacionadas à distribuição depende de consultas manuais ou de articulações informais [como grupos de WhatsApp] entre profissionais, a proposta incorpora alguns mecanismos adicionais de integração sistêmica, monitoramento automatizado e rastreabilidade contínua.

O processo inicia-se com o recebimento e com a consolidação dos pedidos das unidades, realizados exclusivamente por meio do sistema integrado, utilizando campos estruturados e validações mínimas obrigatórias. Essa alteração busca reduzir as inconsistências na entrada das informações e ampliar a padronização entre as solicitações provenientes das diferentes unidades da rede.

Após o registro da demanda, o fluxo incorpora uma etapa automática de análise da disponibilidade dos medicamentos solicitados. Quando identificada a indisponibilidade estrutural ou insuficiência para o atendimento da demanda, o processo retorna à etapa de planejamento e aquisição, possibilitando a reavaliação das necessidades e reorganização da programação de compras. Nos casos em que a indisponibilidade apresente caráter localizado, o fluxo prevê tratamento específico por meio de remanejamento ou redistribuição entre unidades.

A tomada de decisão sobre distribuição passa a incorporar critérios de priorização, especialmente em cenários de escassez, considerando mecanismos automáticos de alerta, regras previamente parametrizadas e critérios institucionais de alocação. O objetivo é o de reduzir decisões predominantemente reativas ou baseadas em articulações informais, fortalecendo a transparência e rastreabilidade do processo decisório.

Quando há disponibilidade para atendimento, procede-se à programação da distribuição, realizada com cronogramas parametrizados, monitoramento por lote e utilização de mecanismos automáticos de leitura, alerta e bloqueio para situações críticas. O fluxo incorpora ainda algumas notificações automáticas sobre o status dos pedidos e a disponibilidade dos itens no ponto de suprimento, ampliando a visibilidade entre as áreas envolvidas.

A atividade seguinte corresponde ao monitoramento contínuo da distribuição e dos estoques ao longo da rede. O fluxo passa a prever o acompanhamento por lote, validade e localização do medicamento, possibilitando identificar itens específicos

distribuídos, monitorar deslocamentos e ampliar a capacidade institucional de resposta diante de situações de desabastecimento ou da necessidade de remanejamento.

Nos casos em que forem identificadas faltas localizadas, o modelo incorpora o registro da ocorrência, encaminhamento automático ao setor responsável e mecanismos institucionais para tratamento da situação. Esse processo busca substituir a dependência exclusiva de contatos informais por fluxos sistematizados de resposta.

Adicionalmente, o fluxo incorpora a publicação da disponibilidade para remanejamento entre unidades. Quando houver interesse ou necessidade institucional, procede-se à gestão dos remanejamentos e devoluções mediante registro das solicitações, autorizações, movimentações e status no sistema. Essa modificação responde diretamente aos achados empíricos relacionados à dependência de mecanismos informais para redistribuição de medicamentos.

O transporte dos medicamentos passa a observar requisitos mínimos relacionados à adequação da frota, segurança, cobertura regional e registro automatizado das interações logísticas. Nos casos aplicáveis, o fluxo considera condições específicas de conservação, incluindo refrigeração ou isolamento.

Após o transporte, o recebimento na unidade ocorre mediante validação das informações, incorporando a leitura por código de barras, lote e validade, buscando assegurar a correspondência entre o medicamento físico e o registro sistêmico. Essa etapa fortalece a continuidade da rastreabilidade iniciada no recebimento central.

Uma vez recebidos, os medicamentos são armazenados localmente sob monitoramento contínuo do estoque, incluindo o acompanhamento por lote, controle PVPS e registro estruturado no sistema. Em situações específicas, o fluxo prevê rotinas institucionais de contingência destinadas a reduzir impactos decorrentes de interrupções ou eventos críticos.

Posteriormente, ocorre a disponibilização dos medicamentos no ponto de suprimento, apoiada por painéis operacionais integrados e instrumentos de monitoramento da distribuição até o efetivo recebimento pelas unidades. O fluxo incorpora, ainda, alguns alertas automáticos às unidades dispensadoras e mecanismos destinados a ampliar visibilidade sobre cobertura do processo logístico.

Em sua etapa final, o modelo pressupõe a integração progressiva entre os sistemas institucionais, registros administrativos e bases relacionadas à assistência farmacêutica,

possibilitando a continuidade das informações ao longo do processo da aquisição à dispensação.

As modificações incorporadas nesta etapa respondem principalmente às fragilidades identificadas nos problemas e desafios relacionados ao estoque, medicamento e gestão, especialmente quanto à fragmentação entre sistemas, baixa rastreabilidade, dependência de remanejamentos informais e limitada visibilidade do estoque ao longo da rede. O aperfeiçoamento proposto busca transformar a distribuição e logística em um processo mais integrado, monitorável e orientado por informação, fortalecendo a capacidade institucional de coordenação e resposta da assistência farmacêutica.

7.4 PRESCRIÇÃO

A etapa de prescrição e registro no prontuário no fluxo aprimorado foi concebida com o objetivo de ampliar a integração entre as informações clínicas, os sistemas utilizados na assistência farmacêutica e os mecanismos de monitoramento da demanda de medicamentos. De forma diferente do fluxo atual, em que parte das limitações observadas decorre da fragmentação entre registros clínicos, dispensação e planejamento da aquisição, a proposta busca fortalecer a continuidade das informações produzidas ao longo do processo da aquisição à dispensação.

O processo inicia-se com a avaliação clínica do paciente realizada por profissional habilitado, considerando critérios terapêuticos aplicáveis e as diretrizes clínicas existentes. Nessa etapa, o fluxo incorpora a utilização do CPF como identificador único do paciente, buscando ampliar a continuidade das informações entre sistemas distintos e reduzir dificuldades relacionadas à localização do histórico assistencial.

Após a avaliação, procede-se à prescrição do medicamento conforme a conduta terapêutica definida. O fluxo considera os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), além das orientações institucionais aplicáveis, procurando fortalecer a aderência entre prescrição, assistência farmacêutica e normativos clínicos adotados.

A proposta incorpora a identificação automática do tipo de prescrição e de variáveis clínicas relevantes para fins de dispensação, possibilitando maior alinhamento entre a necessidade assistencial e os procedimentos subsequentes relacionados ao

fornecimento do medicamento. Essa modificação busca reduzir as limitações observadas nos achados empíricos relacionadas à fragmentação entre informações clínicas e os registros da assistência farmacêutica.

Em seguida, a prescrição passa a ser registrada no prontuário mediante a integração automática entre sistemas utilizados na assistência e nos registros logísticos. O modelo pressupõe a sincronização entre o sistema clínico e o sistema de dispensação, utilizando o CPF como chave principal para a continuidade das informações. O objetivo é o de reduzir as situações em que os dados relacionados à prescrição permanecem isolados dos registros posteriores de retirada ou utilização do medicamento.

O fluxo incorpora, ainda, a integração automática entre plataformas institucionais, incluindo o prontuário eletrônico e sistemas relacionados ao estoque e dispensação. Essa modificação responde diretamente aos achados relacionados aos problemas e desafios do paciente, especialmente quanto à limitada capacidade de acompanhar o histórico da dispensação associado ao cuidado prestado.

Após o registro da prescrição, o sistema verifica automaticamente a validade do CPF informado. Nos casos em que forem identificadas inconsistências cadastrais, o processo prevê o ajuste dos registros sem bloquear o atendimento ao usuário, buscando preservar continuidade assistencial enquanto corrige limitações administrativas. Essa alteração procura evitar interrupções indevidas do cuidado em razão de inconsistências cadastrais.

Uma vez validada a identificação do paciente, o sistema processa a prescrição e inicia o fluxo digital para acompanhamento dos prazos relacionados à separação e disponibilização do medicamento. O modelo pressupõe maior visibilidade do percurso da prescrição até a dispensação, ampliando a transparência para os profissionais e usuários.

Adicionalmente, o fluxo incorpora mecanismos destinados a identificar medicamentos com tendência recorrente de demanda a partir do histórico de prescrições emitidas. Essas informações passam a atuar como insumo complementar para o planejamento e programação das aquisições, fortalecendo a utilização dos dados clínicos para apoio à gestão da assistência farmacêutica.

A proposta considera, ainda, a consulta integrada da disponibilidade dos medicamentos em diferentes unidades da rede. Dessa forma, a emissão da prescrição passa a ocorrer com maior visibilidade sobre a oferta existente, reduzindo as dificuldades

relacionadas à localização do medicamento pelo paciente e ampliando a integração entre assistência e logística.

As informações registradas nas prescrições passam a ser utilizadas como insumo para o planejamento das aquisições, possibilitando identificar as variações na demanda por medicamentos e incorporar essas informações às decisões de abastecimento. Essa modificação busca integrar etapas que atualmente operam de forma pouco articulada, de modo que os dados produzidos na prescrição e confirmados na dispensação retornem ao planejamento e contribuam para a definição mais precisa dos quantitativos a serem adquiridos.

As modificações incorporadas nesta etapa respondem, principalmente, às fragilidades identificadas nos problemas e desafios relacionados ao paciente, ao medicamento e à gestão, especialmente quanto à fragmentação entre os registros clínicos, os sistemas de dispensação e os mecanismos de monitoramento da demanda. O aperfeiçoamento proposto busca integrar a prescrição às demais etapas do processo da aquisição à dispensação, não apenas como atividade assistencial, mas também como fonte de informações para o acompanhamento do cuidado e para o planejamento. Com isso, pretende-se ampliar a continuidade dos registros, melhorar o acompanhamento do paciente e fortalecer a capacidade institucional de utilizar dados clínicos como apoio à tomada de decisão.

7.5 DISPENSAÇÃO

A etapa de dispensação, no fluxo aprimorado, foi concebida com o objetivo de ampliar a integração entre a assistência farmacêutica, cuidado ao paciente e gestão das informações produzidas ao longo do processo, da aquisição à dispensação. De forma diferente do fluxo atual, em que limitações relacionadas à disponibilidade dos medicamentos, fragmentação entre sistemas e baixa rastreabilidade dificultam o acompanhamento contínuo do cuidado, a proposta busca fortalecer a utilização das informações geradas na dispensação como elemento de apoio à assistência e ao planejamento institucional.

O processo inicia-se quando o paciente procura a unidade farmacêutica munido da prescrição emitida pelo profissional habilitado. O fluxo incorpora a consulta integrada

da disponibilidade dos medicamentos em toda a rede, possibilitando identificação prévia das unidades com estoque disponível e reduzindo deslocamentos desnecessários ou a dependência de consultas informais entre os serviços.

Após o recebimento da prescrição, ocorre a confirmação da disponibilidade mediante consulta aos sistemas integrados e verificação física do estoque existente na unidade. Essa etapa busca ampliar a aderência entre disponibilidade registrada e disponibilidade efetiva do medicamento.

Em seguida, o paciente é identificado utilizando o CPF como referência principal para continuidade das informações entre prescrição, dispensação e histórico assistencial. O modelo pressupõe que a identificação única permita acompanhar as retiradas anteriores, os protocolos relacionados ao tratamento e a elegibilidade para determinadas linhas de cuidado.

Posteriormente, a prescrição é analisada de acordo com os critérios clínicos, o nível de atenção e os requisitos aplicáveis à dispensação. Na Atenção Primária à Saúde, o fluxo considera exigências compatíveis com o perfil assistencial desse nível, evitando a adoção de critérios próprios de serviços especializados. Nos casos relacionados a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ou a atendimentos especializados, permanecem aplicáveis os protocolos clínicos, os critérios de elegibilidade e a documentação complementar exigida para a dispensação..

Quando necessário, o sistema passa a identificar automaticamente as situações que demandam uma orientação ampliada ao paciente, registrando essa necessidade para o acompanhamento posterior. Essa modificação busca fortalecer a continuidade do cuidado e reduzir o risco de utilização inadequada dos medicamentos.

Uma vez validada a prescrição, ocorre a dispensação propriamente dita. O fluxo incorpora a leitura automatizada do código de barras, dupla validação da quantidade dispensada e verificação da unidade de controle correspondente ao medicamento entregue. O objetivo é o de reduzir as inconsistências entre a apresentação física do medicamento e o registro informacional.

Durante a dispensação, o farmacêutico confirma o protocolo relacionado à prescrição e verifica a aderência aos critérios clínicos aplicáveis, fortalecendo a integração entre a assistência farmacêutica e o cuidado ao paciente.

A entrega do medicamento passa a considerar a identificação automática do paciente pelo CPF, vinculada ao protocolo terapêutico e a geração de alertas relacionados ao histórico de retiradas. Essa modificação busca ampliar a capacidade institucional de acompanhamento da adesão ao tratamento e reduzir as dispensações incompatíveis com critérios previamente definidos.

Adicionalmente, o modelo incorpora a orientação ao paciente considerando, simultaneamente, a disponibilidade do medicamento, as condições de acesso e a necessidade de acompanhamento profissional, fortalecendo a função assistencial da dispensação para além do fornecimento do item.

Nos casos aplicáveis, o fluxo considera processos de unitarização informatizada, utilizando a leitura por código de barras ou QR Code e o registro automático das informações correspondentes. A proposta busca ampliar a rastreabilidade entre a embalagem, lote, validade e o medicamento efetivamente entregue ao usuário.

Após a entrega, procede-se ao registro da saída do medicamento no sistema. O fluxo pressupõe a sincronização em tempo real das informações relacionadas ao medicamento, incluindo lote, validade, apresentação dispensada e a identificação do paciente, possibilitando continuidade dos dados entre assistência farmacêutica e demais sistemas institucionais.

Essa etapa incorpora, ainda, a vinculação entre o código da embalagem física e os identificadores utilizados nos sistemas da SES/DF, incluindo a integração progressiva com medicamentos de alto custo e outras modalidades específicas da assistência farmacêutica. Dessa forma, busca-se reduzir as limitações identificadas nos achados relacionados à rastreabilidade e fragmentação informacional.

As informações produzidas durante a dispensação passam também a alimentar mecanismos automáticos de monitoramento da disponibilidade e sinalização de necessidade de reposição, possibilitando que os dados da ponta assistencial contribuam diretamente para gestão do estoque e programação das aquisições.

Em sua etapa final, o fluxo prevê a consolidação das informações em sistemas integrados, possibilitando a continuidade dos registros entre assistência, logística, planejamento e monitoramento institucional. O encerramento do processo deixa de representar apenas a conclusão da dispensação e passa a constituir nova entrada de informação para ciclos futuros de planejamento, aquisição e distribuição.

As modificações incorporadas nesta etapa respondem principalmente às fragilidades identificadas nos agrupamentos relacionados ao paciente, medicamento, estoque e gestão, especialmente quanto à fragmentação entre sistemas, limitada integração entre informações clínicas e logísticas, baixa rastreabilidade da dispensação e reduzida utilização dos dados para apoio à decisão. O aperfeiçoamento proposto busca transformar a dispensação em etapa integrada ao ciclo completo da aquisição à dispensação, fortalecendo a continuidade assistencial, o monitoramento institucional e a utilização estratégica das informações produzidas.

8. CONCLUSÃO

A pesquisa partiu da percepção de que a governança pública e a integração dos sistemas de informação são essenciais para melhorar a gestão da cadeia de medicamentos na SES/DF. Ao longo do estudo, os sistemas que estavam em uso na SES/DF, o TrackCare, AlphaLink/SISMATERIAIS e Portal InfoSaúde-DF, mostraram que não funcionavam de forma integrada, o que acabava gerando falhas de comunicação entre setores, sobreposição de responsabilidades e dificuldades no acompanhamento do fluxo que ia da aquisição à dispensação dos medicamentos. A partir de entrevistas exploratórias e da experiência profissional do pesquisador em ações de governança, foram identificados alguns problemas como informações incompletas ao cidadão, baixa resolutividade das manifestações na Ouvidoria, dificuldades na reposição de estoques e fragilidades na coordenação entre as áreas responsáveis. Com base nesse diagnóstico preliminar, a pesquisa buscou confirmar e compreender como esses problemas afetavam a eficiência do processo e propor a construção de um fluxo aprimorado com o objetivo de fortalecer a governança, melhorar a integração entre os sistemas e tornar mais efetiva a entrega de medicamentos à população.

A partir desse contexto foram definidos os objetivos da pesquisa, dada a necessidade de compreender de que forma a governança e a integração dos sistemas de informação poderiam contribuir para aprimorar o processo, desde a aquisição à dispensação de medicamentos na SES/DF. O objetivo geral consistiu em propor um fluxo aprimorado para esse processo, considerando a articulação entre os setores envolvidos, os normativos vigentes e os desafios operacionais, culturais e comportamentais identificados ao longo do estudo. Para alcançar esse propósito, a pesquisa buscou

delimitar o conceito de governança aplicado à gestão pública em saúde e à cadeia logística de medicamentos, analisar os critérios legais e institucionais que a regulavam, da aquisição à dispensação, mapear o fluxo então existente na Secretaria, identificar obstáculos associados aos processos logísticos e, por fim, desenvolver uma proposta para fortalecer a governança, promover maior integração entre áreas e sistemas e melhorar o atendimento à população.

Do ponto de vista teórico, a pesquisa adotou a definição de governança proposta por Fukuyama (2013), segundo a qual a qualidade da ação estatal está associada à capacidade de formular e implementar políticas públicas de forma eficaz. A partir dessa perspectiva, a análise buscou compreender as capacidades institucionais que sustentam a assistência farmacêutica, para além dos resultados observados. Nesse contexto, a literatura examinada permitiu compreender a governança da cadeia logística de medicamentos como resultado da articulação entre pessoas, processos, normas, sistemas de informação e mecanismos de controle. As capacidades estatais foram consideradas elemento central dessa análise, abrangendo dimensões como coordenação institucional, planejamento, qualificação profissional, infraestrutura e integração tecnológica. Por fim, o estudo adotou a compreensão de que as etapas da aquisição à dispensação de medicamentos constituem um processo interdependente, cuja efetividade depende da coordenação entre os diversos atores, informações e instrumentos envolvidos na gestão da assistência farmacêutica.

Quanto à metodologia, adotou-se uma abordagem qualitativa, aplicada e de caráter exploratório, estruturada para compreender como a governança, a integração dos sistemas de informação e a coordenação entre setores influenciavam o fluxo da aquisição à dispensação de medicamentos na SES/DF. O percurso metodológico foi construído a partir da articulação entre o referencial analítico, os normativos aplicáveis, a análise documental, as entrevistas exploratórias e as entrevistas semiestruturadas realizadas com agentes ocupantes de cargos estratégicos da Secretaria. Após delimitar os conceitos de governança, capacidades estatais e de cadeia logística de medicamentos, o que construiu uma base teórica para interpretar o problema investigado, considerando ainda o exame dos critérios normativos e institucionais que regulavam a assistência farmacêutica, foi mapeado o fluxo existente, o AS-IS, com o apoio de relatos dos participantes. A matriz analítica foi o eixo central da metodologia, pois relacionou as etapas da cadeia logística aos componentes de governança e às dimensões de capacidade institucional, orientando

a elaboração do questionário, a realização das entrevistas e a interpretação dos dados. Com base nessa triangulação entre literatura, normas e evidências empíricas, a pesquisa identificou alguns desafios operacionais, culturais e sistêmicos, refinou o diagnóstico institucional e possibilitou construir uma proposta de fluxo aprimorado, o TO-BE, voltada ao fortalecimento da governança, da integração de sistemas, da capacitação e do monitoramento contínuo na SES/DF.

As entrevistas foram organizadas a partir do arranjo institucional e normativo que estruturava a cadeia de medicamentos na SES/DF. Buscou-se selecionar participantes que representassem as funções estratégicas em diferentes etapas do fluxo AS-IS. A definição dos entrevistados considerou as competências previstas no regimento interno da Secretaria, considerou os normativos da assistência farmacêutica, regras relacionadas à prescrição e ao fornecimento de medicamentos, os procedimentos de contratação pública, a gestão logística, o controle de estoques e os sistemas de informação. Com base nesses referenciais, foram selecionados dez participantes vinculados a áreas como assistência farmacêutica, programação de insumos, compras, logística, monitoramento de estoques, tecnologia da informação, governança, ouvidoria e dispensação em unidades de saúde. Essa composição permitiu reunir perspectivas sobre o funcionamento da cadeia. Assim, as entrevistas foram estruturadas para manter a correspondência com as etapas do fluxo institucional, com as unidades organizacionais envolvidas, com as normas aplicáveis e com os componentes analíticos da matriz metodológica.

Entre os principais problemas identificados, destacaram-se as fragilidades na gestão do estoque, baixa confiabilidade das informações situacionais, ausência de alertas automatizados, limitações na rastreabilidade por lote e validade, dependência de registros manuais e controles paralelos, além de dificuldades de integração entre sistemas e setores. A análise indicou que muitos desses problemas tinham natureza operacional, sistêmica e institucional, pois envolviam tanto falhas no controle cotidiano quanto limitações mais amplas de interoperabilidade, coordenação, responsabilização e capacidade organizacional. Assim, os achados mostraram que o estoque não era apenas uma questão de armazenagem ou quantidade disponível, mas um ponto crítico de governança, de informação e planejamento, com impacto direto sobre a capacidade da SES/DF de antecipar as demandas, evitar desabastecimentos e assegurar o atendimento ao paciente.

Os achados indicaram que os problemas relacionados ao medicamento não se restringiam ao controle do produto físico, mas envolviam, sobretudo, a forma como suas

informações eram registradas, vinculadas e compartilhadas entre sistemas e unidades. As entrevistas mostraram que a dispensação ainda dependia da digitação manual do código interno do medicamento, sem leitura automatizada por código de barras e sem mecanismos suficientes para verificar se o produto entregue ao paciente correspondia ao item registrado no sistema. Também se observou que a rastreabilidade por lote e validade dependia da qualidade das informações inseridas desde o recebimento do produto. Assim, falhas no registro inicial comprometiam a identificação e o acompanhamento dos medicamentos nas etapas posteriores de armazenamento, distribuição e dispensação. Além disso, a coexistência de diferentes identificadores, sistemas e critérios de registro dificultava a consolidação institucional das informações, especialmente nas farmácias que utilizavam plataformas externas ou não integradas aos sistemas da SES/DF. Esses achados demonstram que a governança do medicamento depende não apenas do controle dos estoques, mas também do fortalecimento da padronização dos registros, da interoperabilidade entre sistemas, da rastreabilidade dos produtos e da qualidade das informações utilizadas ao longo do processo.

A pesquisa analisou a gestão como uma dimensão responsável por reunir desafios mais amplos de organização institucional, de coordenação entre as unidades, do uso das informações e capacidade administrativa da SES/DF no processo da aquisição à dispensação de medicamentos. Os achados indicaram que parte significativa dos problemas não decorria apenas de falhas operacionais localizadas, mas da dificuldade de transformar os dados disponíveis em decisões, consolidar uma visão integrada do processo e definir responsabilidades claras para o acompanhamento das atividades. As entrevistas mostraram que, embora houvesse informações produzidas pelos sistemas e pelas rotinas institucionais, sua utilização estratégica ainda se apresentava limitada, fazendo com que muitas soluções dependessem de articulações informais entre servidores, contatos diretos entre áreas e adaptações locais para manter o funcionamento da cadeia. A análise também consolidou os desafios em três dimensões principais: sistêmica, associada à fragmentação entre sistemas e à ausência de interoperabilidade; operacional, relacionada a infraestrutura, equipamentos, transporte e execução cotidiana; e cultural ou comportamental, ligada ao uso de planilhas paralelas, comunicação informal e critérios intuitivos.

A partir dos resultados apresentados, a pesquisa formulou uma proposta de intervenção representada pelo fluxo aprimorado TO-BE, construído com base nos

desafios operacionais, sistêmicos e institucionais identificados ao longo da análise. A proposta utiliza como referência as macro etapas de planejamento e aquisição, recebimento e armazenamento, distribuição e logística, prescrição e dispensação, empregadas inicialmente como categorias analíticas para investigar como o processo é realizado na SES/DF. Com base no fluxo observado empiricamente, o modelo TO-BE reorganiza e detalha as atividades desenvolvidas nessas etapas, incorporando mecanismos adicionais de governança, integração informacional, rastreabilidade, monitoramento e validação. O fluxo aprimorado busca responder aos problemas identificados nos agrupamentos de estoque, medicamento, paciente e gestão. Para isso, contempla, a adoção de alertas automatizados, a parametrização dos estoques, o registro estruturado de lote e validade, a padronização de rotinas, a integração entre sistemas clínicos e logísticos, a criação de painéis de acompanhamento e a utilização de dados como apoio às decisões de programação, distribuição e reposição. A proposta possui um caráter incremental, pois não pressupõe a substituição integral dos arranjos institucionais existentes, mas aperfeiçoar as práticas identificadas no fluxo analisado e fortalecer a capacidade institucional da SES/DF de planejar, coordenar, monitorar e utilizar estrategicamente as informações produzidas ao longo do processo.

Do ponto de vista teórico, a pesquisa reforça a pertinência da abordagem proposta por Fukuyama (Fukuyama, 2013) ao evidenciar que a qualidade da governança depende menos da existência formal de instrumentos regulatórios e mais da capacidade efetiva das organizações públicas de coordenar os atores, integrar as informações e implementar mecanismos capazes de sustentar a execução das políticas públicas. No contexto analisado, as limitações observadas parecem decorrer principalmente das dificuldades de articulação entre setores, processos e sistemas, e não da ausência de regulamentação.

Entretanto, a implementação das medidas propostas depende de fatores adicionais, incluindo a priorização institucional e articulação entre áreas estratégicas. Nesse contexto, destaca-se o interesse manifestado em reunião realizada após a finalização das entrevistas com a Secretaria Adjunta de Governança em Saúde (SAGOV). Na reunião tratou-se da possível utilização dos resultados da pesquisa para subsidiar processos relacionados à revisão do mapa de riscos e ao fortalecimento das ações de governança relacionadas ao tema medicamentos, envolvendo também áreas estratégicas vinculadas à tecnologia da informação e logística. Tal aspecto sugere um potencial de utilização prática do conhecimento produzido para além do contexto acadêmico.

Como limitação, a pesquisa está circunscrita ao contexto específico da SES/DF e à abordagem de estudo de caso adotada, o que restringe generalizações automáticas para outros contextos organizacionais. Ainda assim, os procedimentos metodológicos empregados e os resultados obtidos oferecem subsídios para investigações futuras, especialmente as relacionadas à implementação do fluxo aprimorado proposto, à avaliação de seus efeitos institucionais e à análise do impacto da integração sistêmica sobre a assistência farmacêutica.

A principal contribuição deste estudo reside na compreensão de que o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica depende não apenas da disponibilidade dos medicamentos ou do cumprimento isolado de etapas operacionais, mas da capacidade institucional de conectar as informações, integrar os processos e coordenar as decisões ao longo de toda a cadeia da aquisição à dispensação. Fortalecer a governança significa ampliar a capacidade do sistema de transformar as informações em decisões, de integrar os setores historicamente fragmentados e de criar condições mais favoráveis para a efetividade da política pública e para o acesso do cidadão aos medicamentos.

9. REFERÊNCIAS

- Aalst, W. P. (2013). *Business Process Management: A Comprehensive Survey*. Fonte: Hindawi Publishing Corporation: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/507984>
- ABNT. (2018). Gestão de Riscos - Diretrizes. *ABNT NBR ISO 31000:2018*. BRASIL: ABNT.
- Ahmadi, V., Benjelloun, S., Kik, M. E., Sharma, T., Chi, H., & Zhou, W. (2020). Drug Governance: IoT-based Blockchain Implementation in the Pharmaceutical Supply Chain. *IEEE*. doi:10.1109/MOBISECSERV48690.2020.9042950
- Alexandre, W. d. (2021). Governança nos processos das contratações públicas. *Boletim Economia Empírica, 1, n. 6*, artigo. Acesso em 2025, disponível em <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/bee/article/view/5539>
- Almeida, P. F., Giovanella, L., Mendonça, M. H., & Escorel, S. (2010). Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 26(2)*, 286-298.
- Almeida, S. R., & Vêras, M. P. (maio/ agosto de 2017). O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR: ALCANCE E LIMITES COMO ALTERNATIVA DE ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 22, n. 72*, 278-295. doi:<http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v22n72.64639>
- Andrews, M. (Janeiro de 2010). Good Government Means Different Things in Different Countries. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions, Vol. 23, No. 1,*, pp. pp. 7–35.
- Bonelli, F., & Cabral, S. (Julho/Agosto de 2018). Efeitos das Competências no Desempenho de Contratos de Serviços no Setor Público. *The Journal of Contemporary Administration (Revista de Administração Contemporânea – RAC)*, pp. 487-509. Fonte: <http://www.anpad.org.br/rac>
- Borges, P. C., Nobre, D. F., & Holanda, L. P. (jul-dez de 2024). Resenha do artigo "Inovação no processo de compra de medicamentos: estudo de caso do ministério da saúde". *Revista Processus de Políticas Públicas e Desenvolvimento Social, Vol. VI, n.12*, pp. 1-7. doi:10.21874/rsp.v6i4.1618
- Brasil. (19 de setembro de 1990). *Lei n.º 8080/1990*. Fonte: <https://www.planalto.gov.br/>: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Brasil. (30 de Outubro de 1998). *Portaria GM/MS nº 3.916/1998*. Fonte: <https://bvsmms.saude.gov.br/>: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html

- Brasil. (12 de Maio de 2009). *INSTRUÇÃO NORMATIVA N° 4, DE 11/05/09*. Fonte: DOU: <https://www.in.gov.br/servicos/diario-oficial-da-uniao>
- Brasil. (28 de Junho de 2011). *Decreto n.º 7508/2011*. Fonte: <https://www.planalto.gov.br/>: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
- Brasil. (2020). <http://www.tcu.gov.br>. Fonte: Portal do TCU - Tribunal de Contas da União: https://portal.tcu.gov.br/data/files/FB/B6/FB/85/1CD4671023455957E18818A8/Referencial_basico_governanca_organizacional_3_edicao.pdf
- Campos, M. d., Silva, L. L., Vieira, L. B., & Guimarães, S. (14 de Julho de 2020). *CONTROLE SOCIAL E PRODUÇÃO DE POLÍTICAS ATRAVÉS DE CONTRATOS: PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS DE MINAS GERAIS E SÃO PAULO NO PERÍODO 2005-2015*. Fonte: Revista Eletrônica de Administração: <https://www.scielo.br/j/read/a/yq6qR35KzHq9ySHkNS7pPxF/?lang=pt>
- Cano, J. A., & Baena, J. J. (Janeiro de 2015). Impact of Information and Communication Technologies in International Negotiation Performance. *REVISTA BRASILEIRA DE GESTÃO DE NEGÓCIOS*, pp. 751-768.
- Carlson, V., Chilton, M. J., Corso, L. C., & Beitsch, L. M. (Abril de 2014). Defining the Functions of Public Health Governance. (159-166, Ed.) *Am J Public Health*. doi:10.2105/AJPH.2014.302198.
- Carvalho, B. D., Soler, O., Silva, M. V., Pacheco, V. C., Brito, A. G., & Andrade, M. A. (2025). GOVERNANÇA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO. *Contemporary Journal Vol. 5 N° 2*, 1-27.
- Castro, F. d. (2016). *necessidade de alinhamento entre governança corporativa, gestão de riscos e controles internos administrativos para se atingir os objetivos e resultados, agregando valor público*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap).
- Chauvin, J., Shukla, M., Rice, J., & Rispel, L. (2016). A survey of the governance capacity of national public health associations to enhance population health. *BMC Public Health*, 1-9. doi:10.1186/s12889-016-2935-y
- Cosendey, M. A., Bermudez, J. A., Reis, A. L., Silva, H. F., & Luiza, V. L. (jan-mar de 2000). Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, 16(1), 171-182. doi:10.1590/S0102-311X2000000100018
- Creswell, J. W. (2003). *Projeto de Pesquisa*. California: Sage Publications.
- DF. (8 de junho de 1993). Lei Orgânica do Distrito Federal. *Lei Orgânica do Distrito Federal*. Brasília, DF, Brasil: DODF.
- Fernandes, C. C. (janeiro de 2003). Sistemas de Compras Eletrônicas e sua Aplicação à Administração Pública - O Caso do SIASG/Comprasnet. *ESCOLA BRASILEIRA*

DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS - CURSO MESTRADO EXECUTIVO. Brasília, DF, Brasil: FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS.

- Fernandes, C. C. (2003). Transformações na gestão de compras da administração pública brasileira. *VIII Congresso Internacional do CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública*, pp. 1-25.
- Fernandes, C. C. (2010). Política de compras e contratações: trajetória e mudanças na administração pública federal brasileira . *Tese (doutorado) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa*. Rio de Janeiro, DF, Brasil: FGV.
- Fernandes, C. C. (2014). A trajetória da construção do arcabouço legal das compras e contratações na administração pública federal brasileira: processo decisório e oportunidade política. *XIX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* (pp. 1-28). Quito, Equador: CLAD.
- Fernandes, C. C. (2015). Compras e contratações como política pública no Brasil: visões, agenda e trajetória de uma área em construção. *XX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lima, Perú, 10- 13 nov*, 1-18.
- Fernandes, C. C. (2016). A EXPERIÊNCIA DO PREGÃO NAS COMPRAS PÚBLICAS: OPORTUNIDADE E INOVAÇÃO. *Painel 47/002 - CONSAD*, pp. 2-37.
- Fernandes, C. C. (2019). Compras públicas no Brasil: tendências de inovação, avanços e dificuldades no período recente. *Revista Administração Pública e Gestão Social - v. 11*, pp. 1-19.
- Ferreira, R. L., & Soler, O. (2021). Prática de governança e gestão técnica da assistência farmacêutica no Município de Xinguara, Pará. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, 1-17. doi:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14416>
- Flynn, A., & Davis, P. (2014). Theory in Public Procurement Research. *Journal of Public Procurement*, pp. 139-180.
- Freitas, M. d., & Maldonado, J. M. (2013). *La licitación electrónica y la contratación de los servicios continuos*. Rio de Janeiro: Rev. Adm. Pública.
- Fukuyama, F. (25 de Janeiro de 2013). What Is Governance? *Center for Global Development Working Paper No. 314*, p. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2226592>.
- Galato, D., Alano, G. M., Trauthman, S. C., & Vieira, A. C. (2008). A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev. Bras. Cienc. Farm*, 44 (3). doi:10.1590/S1516-93322008000300017
- GDF, S. d. (31 de agosto de 2025). https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/Caderno_2-Situacao-Saude.pdf. Fonte: Info Saúde - SES/DF: <https://info.saude.df.gov.br/>

- Giovanella, L., Mendoza-Ruiz, A., Pilar, A. d., Rosa, M. C., Martins, G. B., Santos, I. S., . . . Machado, C. V. (2018). DOI: 10.1590/1413-81232018236.05562018. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):, pp. 1763-1776.
- Gomide, A. d., Machado, R. A., & Albuquerque, P. M. (Novembro de 2021). Capacidade estatal e desempenho na percepção dos burocratas brasileiros: desenvolvimento e validação de um modelo de equações estruturais. *Cad. EBAPE.BR*, v. 19, Edição Especial, Rio de Janeiro,, pp. 689-704.
- Göttems, L. B., de Almeida, M. O., Raggio, A. M., & Bittencourt, R. J. (junho de 2019). *O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro*. Fonte: Ciênc. saúde colet. 24 (6) - <https://www.scielo.br/j/csc/a/6y7KDHQGbRDKHjRntxTYhtn/abstract/?lang=pt>: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>
- Handayany, G. N., & Fathurrahmi, F. (2020). Management of Drug Logistics At Pharmacy Installation Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Hospital. *Wolters Kluwer Medknow Publications*. Acesso em 2025, disponível em <http://repositori.uin-alaudidin.ac.id/17544/>
- J, L., GMM, L., LFC, A., DEP, P., & FRS, R. (Apr-Jun de 2014). *GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL: DIÁLOGO COM GESTORES PÚBLICOS E PRIVADOS*. Fonte: Text Context Nursing, Florianópolis: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>
- Liu, G., Li, K., & Liu, L. (2011). Intelligent drug distribution system. abstract. Acesso em 2025, disponível em <https://scispace.com/papers/intelligent-drug-distribution-system-dldltqyyji>
- Liu, Z., Zhang, C., Peng, H., Xu, Q., & Gao, Y. (fev. de 2022). Drug distribution management system based on IoT . *KSII TRANSACTIONS ON INTERNET AND INFORMATION SYSTEMS*, 424-444. doi:<http://doi.org/10.3837/tiis.2022.02.004>
- Marks, L., Cave, S., Hunter, D. J., Mason, J., Peckham, S., Wallace, A., . . . Melvin, K. (1 de fevereiro de 2011). Public Health Governance and Primary Care Delivery: a Triangulated Study. *APA: American Psychological Association 7th edition*. Fonte: <https://dro.dur.ac.uk/7978/1/7978.pdf>
- Martin, D. G., Ferreira, M. A., & Mendes, W. d. (mai- ago de 2023). CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DO DESEMPENHO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL E O PAPEL DA CAPACIDADE ESTATAL. *REVISTA BRASILEIRA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL V.19, N°2*, pp. 803 - 824.
- Martins, R., Hannachi, S., & Ramos, G. N. (2019). Statistical and Deep Learning Models for Forecasting Drug Distribution in the Brazilian Public Health System. *8th Brazilian Conference on Intelligent Systems*, 723-728. doi:10.1109/BRACIS.2019.00130
- Ministério da Saúde, 1. (30 de outubro de 1998). *PORTARIA N° 3.916, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998*. Fonte: [bvsms.saude.gov.br: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)

- Moscou, K., Kohler, J. C., & MaGahan, A. (2016). Governance and pharmacovigilance in Brazil: a scoping review. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 1-15. doi:10.1186/s40545-016-0053-y
- NASPO. (1999). *National Association of State Procurement Officials. NASPO*. Fonte: NASPO: <http://www.naspo.org/whitepapers/whitepaper-21century.cfm>
- Okajima, H., Xu, S. H., & Zhao, H. (2012). Dynamic Dual Capacity Sourcing for New Ethical Drugs. *Management Science*, 1-34. Fonte: <http://ssrn.com/abstract=2157529>
- Oliveira, M. R., & Freitas, R. F. (2017). ANÁLISE CRÍTICA DO ARTIGO 2º DA LEI 8.080 DE 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE) QUE DISPÕE QUE A SAÚDE É UM DIREITO FUNDAMENTAL DO SER HUMANO. (U. E. Claros, Ed.) *REVISTA DESENVOLVIMENTO SOCIAL*, No21/01, pp. 185 - 198. Acesso em 2025, disponível em <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/rds/article/view/1880/2006>
- Paim Terra, A. C. (2016). COMPRAS PÚBLICAS INTELIGENTES: UM MODELO DE ANÁLISE ESTRATÉGICA PARA A GESTÃO DAS COMPRAS PÚBLICAS – ESTUDO DE CASO DO INSTITUTO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS HÍDRICOS DO DISTRITO FEDERAL. *Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Campus Aparecida de Goiânia, Programa de Pós-Graduação em Administração*, . Goiânia, GO, Brasil: Programa de Pós-Graduação em Administração Pública Mestrado em Administração Pública - PROFIAP.
- Paiva, C. R., & Batista, A. M. (2017). Distribuição de medicamentos em serviço de saúde de um município do Rio Grande do Norte, Brasil. *J Assist Farmac Farmacoecon*, v. 2, n.3, 12-22. doi:10.22563/2525-7323.2017
- Peters, B. G. (2019). Governance: ten thoughts about five propositions. *John Wiley & Sons Ltd*, pp. 1-10.
- Rodrigues, R. A., Pereira, D. G., Fukui, M. d., & Marques, C. P. (2019). ACEITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS APÓS 20 ANOS DE LANÇAMENTO. *Revista de Medicina*, v 7,1(ISSN 2236-9686), pp. 1-20. Acesso em 2025, disponível em https://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/ACEITACAO_DOS_MEDICAMENTOS_GENERICOS_APOS_20_ANOS_DE_LANCAMENTO.pdf
- Rose-Ackerman, S. (Janeiro de 2017). What Does “Governance” Mean? *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, Vol. 30, No. 1, pp. 23-27.
- Rossignoli, P., Pontarolo, R., & Liimos, F. F. (2024). [Variability in Drug Procurement within Group 1B of the Pharmaceutical Specialized Scheme in Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva*, 29 Iss 1, 1-13. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.18142022>

- Santos, A. M., & Giovanella, L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* - DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005045, 622-631.
- Savoia, A., & Sen, K. (11 de fevereiro de 2014). Measurement, Evolution, Determinants and Consequences of State Capacity: A Review of Recent Research. *Journal of Economic Surveys*, pp. 1-31. doi:10.1111/joes.12065
- Savoia, A., & Sen, K. (2015). Measurement, evolution, determinants, and consequences of state capacity: a review of recent research. *Journal of Economic Surveys*, 29(3), 441–458. doi:https://doi.org/10.1111/JOES.12065
- SEEC. (16 de setembro de 2019). Portaria nº 306 de 16 de setembro de 2019. *Portaria 306/2019*. Brasília, DF, Brasil: DODF.
- SEPLAG. (14 de junho de 2018). Portaria n.º 278. *Portaria SEPLAG n.º 278/2018*. Brasília, DF, Brasil: DODF.
- SES/DF. (13 de Abril de 2017). <https://www.sinj.df.gov.br/sinj>. Fonte: Sistema Integrado de Normas Jurídicas do DF: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=b14d5102602245139941be24aee7ed11
- SES/DF. (19 de dezembro de 2018). Regimento Interno. *Decreto n.º 39.546*. Brasília, DF, Brasil: DODF.
- SES/DF. (6 de maio de 2024). Comitê Interno de Governança Pública da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - CIG/SES. *CIG/SES*. Brasília, DF, Brasil: DODF.
- SES/DF. (s.d.). ALPHALINK. *Manual*. SES/DF.
- SILVA, B. W. (2019). *Gestão de Estoques: Planejamento, Execução e Controle* (2ª edição ed.). João monlevade: BWS Consultoria. Acesso em 2025, disponível em <https://www.bwsconsultoria.com/2019/10/livro-gestao-de-estoques-planejamento.html>
- Stoker, G. (2019). Governance as theory: five propositions. *John Wiley & Sons Ltd*, pp. ISSJ 227–228.
- SUCORP, S. d. (ABRIL de 2024). *SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA DO DF*. Fonte: <https://www.economia.df.gov.br/fiscalizacao-de-contratos/>: <https://www.economia.df.gov.br/fiscalizacao-de-contratos/>
- Sujarwad, M., Tosepu, R., & Kusnan, A. (2023). Analisis manajemen logistik pengelolaan obat di puskesmas kota kendari. *Nursing Up Date*, 14(2), 281-291. doi:10.36089/nu.v14i2.1238
- Sun, Y. (2022). Research and Analysis on the Evolution and Development Dilemma of Emergent Public Health Governance in the United States. *Academic Journal of Humanities & Social Sciences*, Vol.5(Issue 18), 33-39. doi:10.25236/AJHSS.2022.051806

- Sunstein, C. R. (2016). *Simpler: The Future of Government*. New York: Simon & Schuster; Illustrated.
- Tasrim, I., Hasanuddin, S., Fitrawan, L. O., & Adlu, L. O. (2024). Evaluasi Manajemen Logistik Obat di Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Kota 2021. *Jurnal Pharmacia Mandala Waluya*, Vol. 3, Iss: 2. doi:10.54883/jpmw.v3i2.101
- Teixeira, A. F., & Gomes, R. C. (outubro de 2019). Governança pública: uma revisão conceitual. *Revista do Serviço Público*, pp. <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/5422> - 519-550. Fonte: Revista do Serviço Público - ENAP.
- Thai, K. V. (2009). *International public procurement: concepts and practices*. New York: CRC Press.
- Thaler, R. H., & Sustein, C. R. (2008). *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. New Haven: Yale University Press.
- Thorstensen, V., & Nogueira, T. (Setembro de 2020). *Governança Pública: a evolução do tema na OCDE e as diretrizes para o Brasil*. Fonte: FGV - <http://www.fgv.br/eesp>: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/1ceab21f-c287-4405-be0c-d4acd47ceabf/content>
- Tridapalli, J. P., Fernandes, E., & Machado, W. V. (mar./abr. de 2011). Gestão da cadeia de suprimento do setor público: uma alternativa para controle de gastos correntes no Brasil. *Revista de Administração Pública - FGV*, pp. 401-433.
- Tridapalli, J. P., Fernandes, E., & Machado, W. V. (mar/abr de 2011). Gestão da cadeia de suprimento do setor público: uma alternativa para controle de gastos correntes no Brasil. *Revista de Administração Pública*, pp. 401-433.
- Valle, V. C., Transmontano, J. P., & Gómez, R. C. (2023). *Estudos Jurídicos e Políticos - Ano XLIII - volume 44*. Fonte: Governance of public contracts: the materialization of efficiency and planning principles in law 14,133/2021: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2023.e96943>
- Varrichio, P. C. (ago de 2017). SUS: O MAIOR COMPRADOR DE MEDICAMENTOS DO PAÍS. (IPEA, Ed.) *Radar*, 52, pp. 19-22. Acesso em 2025, disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8021/1/Radar_n52_SUS.pdf
- Vasconcelos, D. M., Chaves, G. C., Azeredo, T. B., & Silva, R. M. (ago de 2017). Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Ciênc. saúde colet.*, 22, pp. 2609-2614. doi:10.1590/1413-81232017228.02432017
- Wandira, B. A., & Chikita, M. (2022). mplementation of Drug Logistics Management in Pharmaceutical Installations in Sigi Regency Health Office. *Journal of Health and Nutrition Research*, 1(2), 103–110. doi:10.56303/jhnresearch.v1i2.33

Wulandari, L., Indasah, I., & Suhita, B. (2020). Analysis of Drug Logistics Management in the Pharmacy Installation of Klaten District Health Office. (S. I. Institute, Ed.) *Institut Ilmu Kesehatan STRADA Indonesia, Vol. 3, Iss: 2*, 334–340.
doi:10.30994/JQPH.V3I2.81