

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



Nathália Cano Pereira

**Análise da Implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária Brasileira**

Rio de Janeiro

2019

Nathália Cano Pereira

**Análise da Implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária Brasileira**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Primeira Orientadora: Vera Lucia Luiza.

Segunda orientadora: Karen Sarmiento Costa.

Rio de Janeiro,

2019

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

P436a      Pereira, Nathália Cano.  
              Análise da implementação dos serviços farmacêuticos na atenção  
              primária brasileira / Nathália Cano Pereira. — 2019.  
              192 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

              Orientadoras: Vera Lucia Luiza e Karen Sarmento Costa.  
              Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de  
              Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

              1. Assistência Farmacêutica. 2. Atenção Primária à Saúde.  
              3. Avaliação em Saúde. 4. Pesquisa de Implementação. 5. Métodos  
              Mistos. 6. Serviços Farmacêuticos. I. Título.

CDD – 23.ed.

Nathália Cano Pereira

**Análise da Implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária Brasileira**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 17 de outubro de 2019.

Banca Examinadora

PhD, Christopher Millett

Imperial College London – Faculty of Medicine, School of Public Health

PhD, Teresa Leonardo Alves

National Institute for Public Health and the Environment – Centre for Health Protection

PhD, Rondineli Mendes da Silva

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

PhD, Egléubia Andrade de Oliveira

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva

PhD, Karen Sarmiento da Costa (Segundo Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

PhD, Vera Lucia Luiza (Primeiro Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Dedico essa tese

ao Sistema Único de Saúde – SUS ao qual, por anos,  
entrego meu tempo, minha paixão e trabalho;

aos meus colegas sanitaristas, que seguem lutando comigo  
por condições de saúde menos desiguais e mais justas;

à população Brasileira, que vem amargando tempos difíceis  
na política e na vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência;

a meu companheiro, Tiago Arueira, que vem me suportando materialmente e emocionalmente, para que eu possa finalizar minha tese;

aos meus amigos, que mesmo longe estão no meu coração e alegram meus dias;

à minha orientadora, Dra. Vera Lucia Luiza, por todo apoio e carinho durante todos os anos de supervisão; pelo exemplo de profissional e mulher, que me inspira e me motiva a seguir na carreira de farmacêutica;

ao Rondineli, meu eterno chefe, que viu em mim um potencial que eu não conhecia; que me impulsionou e criou muitas oportunidade em minha carreira; tornou-se grande amigo e mentor de vida;

à Bianca, minha psicóloga querida, pois sem ela, acho que essa tese teria sido consumida por meus devaneios loucos;

à população brasileira, que me ensinou sobre a vida, e, até hoje, me enche de orgulho, pela luta e resiliência;

ao SUS, por ter sido minha escola, onde aprendi e dediquei toda minha carreira;

à vida, por possibilitar ser vivida e dar oportunidade de chegar onde cheguei;

e ao governo brasileiro, que financiou toda a minha formação e apostou na ciência (até antes do golpe).

*MEU LUGAR*

O meu lugar é caminho de Ogum e Iansã  
Lá tem samba até de manhã  
Uma ginga em cada andar

O meu lugar  
É cercado de luta e suor  
Esperança num mundo melhor  
E cerveja pra comemorar

O meu lugar  
Tem seus mitos e seres de luz  
É bem perto de Osvaldo Cruz  
Cascadura, Vaz Lobo e Irajá

Ai meu lugar  
A saudade me faz lembrar  
Os amores que eu tive por lá  
É difícil esquecer

Doce lugar  
Que é eterno no meu coração  
Que aos poetas traz inspiração  
Pra cantar e escrever

Ai meu lugar  
Quem não viu Tia Eulália dançar  
Vó Maria o terreiro benzer  
E ainda tem jongo à luz do luar

Ai que lugar  
Tem mil coisas pra gente dizer  
O difícil é saber terminar  
Madureira, lá laia

Em cada esquina um pagode num bar, em Madureira  
Império e Portela também são de lá, em Madureira  
E no Mercado você pode comprar  
Por uma pechincha você vai levar  
Um dengo, um sonho pra quem quer sonhar, em Madureira  
E quem se habilita até pode chegar  
Tem jogo de lona, caipira e bilhar  
Buraco, sueca pro tempo passar, em Madureira  
E uma fezinha até posso fazer  
No grupo dezena, centena e milhar  
Pelos sete lados eu vou te cercar, em Madureira

## RESUMO

Tratou-se de uma Pesquisa de Implementação (*Implementation Research*), uma vez que pretendeu descrever os processos utilizados na implementação dos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) na Atenção Primária em Saúde (APS), bem como os fatores contextuais que afetam esses processos. **Metodologia:** Essa pesquisa será dividida em dois estudos. O primeiro destinou-se à definição do grau de implementação dos Serviços Farmacêuticos na APS nos municípios brasileiros contemplados no estudo “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um Recorte nas Regiões do Projeto QualiSUS-Rede”. Foi utilizado o método misto sequencial exploratório, conjugando a análise qualitativa e a análise quantitativa. No segundo estudo, foram selecionados três municípios de maior grau de implementação e dois de menor grau e, por meio de uma abordagem qualitativa *in loco*, de estudo de casos múltiplos, investigou-se os condicionantes de contexto, que determinaram o grau de implantação observado. **Resultados e Discussão:** O grau de implementação (GI) nos municípios brasileiros foi considerado crítico em aproximadamente 80% da amostra investigada, representando 369 municípios com GI abaixo de 50%. A dimensão ‘Gestão Técnica do Medicamento’ apresentou GI crítico, significativamente superior ao GI da dimensão ‘Gestão do Cuidado’, considerado incipiente. Esses dados demonstram um cenário bastante alarmante para o país, principalmente para a ‘Gestão Técnica do Medicamento’, cuja expectativa era de GI acima de 75%, tendo em vista o tempo decorrido de implementação dos SEFAR-APS. No caso da Gestão do Cuidado, é compreensível seu baixo GI, por se tratar de uma dimensão de implementação tardia, cujo estímulo à implementação pelo Ministério da Saúde (MS) e pela própria categoria profissional se deu, apenas, nos últimos 10 anos. A análise de contexto dos SEFAR-APS, nesses municípios, proporcionou a identificação de diversos fatores de impacto na intervenção. Nesse sentido, ficou claro que o profissional farmacêutico é identificado pela equipe de saúde como agente implementador da intervenção. A empatia, motivação e crença apresentaram enorme impacto entre os indivíduos entrevistados. Claramente, aqueles profissionais que acreditavam nos SEFAR-APS, eram mais entusiasmados com a implementação da intervenção. Os demais aspectos de influência na implementação referem-se às características estruturais do ambiente interno e às características da intervenção, cuja responsabilidade de mudança e melhoria recai sobre gestores de alto nível.

**Palavras-chave:** Pesquisa de Implementação; Métodos Mistos; Serviços Farmacêuticos; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde.



## ABSTRACT

It was an Implementation Research as it intended to describe the processes used in the Pharmaceutical Service's implementation in Primary Health Care, as well as the contextual factors that affect these processes. **Methodology:** This research will be divided into two studies. The first was aimed at defining the degree of Pharmaceutical Service's implementation in Primary Health Care (SEFAR-APS) in Brazilian municipalities contemplated in the study "Pharmaceutical Assistance in Health Care Networks: A Clipping in the QualiSUS-Rede Project Regions". The exploratory sequential mixed method was used, combining qualitative analysis and quantitative analysis. In the second study, 3 municipalities with a higher degree of implementation and two smaller ones were selected, and by means of a qualitative on-site approach of multiple case studies, the contextual conditions that determined the degree of implementation observed were investigated. **Results and Discussion:** The degree of implementation (GI) in Brazilian municipalities was considered critical in approximately 80% of the sample investigated, representing 369 municipalities with GI below 50%. The dimension 'Technical Management of Medicines' presented critical GI, significantly higher than the GI of the 'Care Management' dimension, considered incipient. These data show a very alarming scenario for the country, especially for the 'Technical Management of Medicines', whose expectation was for GI above 75%, considering the elapsed time of implementation of SEFAR-APS. In the case of Care Management, its low GI is understandable because it is a late implementation dimension, whose encouragement to implementation by the Ministry of Health and by the professional category itself has only occurred in the last 10 years. SEFAR-APS context analysis in these municipalities provided the identification of several impact factors for the intervention. In this sense, it was clear that the pharmaceutical professional is identified by the health team as the implementing agent of the intervention. Empathy, motivation and belief had a huge impact on the individuals interviewed. Clearly those professionals who believed in SEFAR-APS were more enthusiastic about implementing the intervention. The other aspects of implementation influence refer to structural characteristics of the internal environment and intervention characteristics, whose responsibility for change and improvement rests with high level managers.

**Keywords:** Implementation Research; Mixed Methods; Pharmaceutical Services; Primary Health Care; Evaluation

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de regiões contempladas pelo Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede, Brasil (2013b). .....	42
Figura 2 – Modelo Teórico proposto para a construção de instrumentos de coleta de dados da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde, Brasil (2013b). .....	43
Figura 3 – Delineamento da pesquisa com Métodos Mistos em Multifase. ....	47
Figura 4 – Representação da seleção das atividades do MLog, segundo as perguntas utilizadas para coleta de dados pelo Estudo-Fonte. ....	51
Figura 5 – Estrutura primária da matriz de análise .....	54
Figura 6 – Proporção de municípios visitados em relação ao número total de municípios, segundo Estado da Federação, 2015. ....	97

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto distribuição dos municípios, serviços farmacêuticos e densidade de farmácia, segundo estado e região do país. ....	98
Tabela 2 – Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária dos municípios brasileiros contemplados nas Regiões QualiSUS-Rede, segundo as regiões administrativas, 2015. ....	99
Tabela 3 – Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos na APS brasileira, segundo dimensão e componente, 2015. ....	100
Tabela 4 – Distribuição dos 456 municípios, segundo grau de Implementação dos componentes dos Serviços Farmacêuticos na APS municipal, 2015. ....	101
Tabela 5 – Classificação atribuída aos componentes do CFIR .....	158

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis de Organização e Financiamento da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde. ....	44
Quadro 2 – Informações disponíveis no banco de dados do estudo-fonte “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS - Rede”.....	56
Quadro 3 – Indicadores utilizados para descrição dos municípios-caso.....	61
Quadro 4 – Critérios utilizados para classificação dos constructos. ....	61
Quadro 5 – Relação de documentos que descrevem dimensões e os componentes técnicos dos Serviços Farmacêuticos na APS Brasileira. ....	66
Quadro 6 – Mudanças estruturais realizadas na primeira etapa de construção da matriz de julgamento.....	74
Quadro 7 – Consolidado da Matriz de Julgamento dos Serviços Farmacêuticos na APS. ....	76
Quadro 8 – Matriz de Julgamento: <b>Componente Planejamento e Gestão</b> .....	78
Quadro 9 – Matriz de Julgamento: <b>Componente Seleção</b> .....	80
Quadro 10 – Matriz de Julgamento: <b>Componente Programação</b> .....	81
Quadro 11 – Matriz de Julgamento: <b>Componente Armazenamento</b> .....	83
Quadro 12 – Matriz de Julgamento: <b>Componente Dispensação/Entrega</b> .....	85
Quadro 13 – Matriz de Julgamento: <b>Componente Coordenação do Cuidado e Clínica Farmacêutica</b> .....	88
Quadro 14 – Matriz de Julgamento: <b>Componente Educação em saúde</b> .....	91
Quadro 15 – Matriz de Julgamento: <b>Componente Trabalho em Equipe</b> .....	93
Quadro 16 – Matriz de Julgamento: <b>Componente Produção da Informação e Comunicação</b> .....	94
Quadro 17 – Matriz de relevância.....	95
Quadro 18 – Fragilidades dos Serviços Farmacêuticos identificadas na análise do banco de dados do estudo-fonte. ....	108
Quadro 19 – Aspectos da seleção analisados nos documentos, sítios eletrônicos, observação e entrevistas.....	133
Quadro 20 – Aspectos do processo de aquisição de medicamentos da Atenção Primária em Saúde .....	134
Quadro 21 – Características Estruturais dos Serviços Farmacêuticos na APS .....	136
Quadro 22 – Análise da estrutura física a partir de dados de observação direta.....	147
Quadro 23 – Resultado da análise dos Planos Municipais de Saúde 2018-2021 dos municípios investigados.....	154
Quadro 24 – Participação da Assistência Farmacêutica e dos SEFAR-APS nos instrumentos de planejamento do SUS.....	154

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABS</b>	Atenção Básica em Saúde
<b>AF</b>	Assistência Farmacêutica
<b>AP</b>	Área de Planejamento
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAF</b>	Central de Abastecimento Farmacêutico
<b>CAP</b>	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEAF</b>	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
<b>CEBAF</b>	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
<b>CFF</b>	Conselho Federal de Farmácia
<b>CFIR</b>	Consolidated Framework Implementation Research
<b>CFT</b>	Comissão de Farmácia e Terapêutica
<b>CMS</b>	Centro Municipal de Saúde
<b>COREN</b>	Conselho Regional de Enfermagem
<b>CRF</b>	Conselho Regional de Farmácia
<b>CURAME</b>	Comitê de Uso Racional de Medicamentos
<b>DAF/SCTIE/MS</b>	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>FAMUC</b>	Fundação de Assistência Médica de Urgência
<b>GI</b>	Grau de Implementação
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>LDO</b>	Lei de Diretrizes Orçamentárias
<b>LOA</b>	Lei Orçamentária Anual
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PMS</b>	Plano Municipal de Saúde
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica

<b>PNAF</b>	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
<b>PNAISP</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
<b>PNM</b>	Política Nacional de Medicamentos
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>QUALISUS_REDE</b>	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>REMUME</b>	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
<b>RENAME</b>	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>SEFAR-APS</b>	Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SF</b>	Saúde da Família
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SMSC</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
<b>SMSF</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
<b>SMSM</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Moeda
<b>SMSRJ</b>	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
<b>SMSV</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Vespasiano
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UPAS</b>	Unidades de Pronto Atendimento
<b>URM</b>	Uso Racional de Medicamentos

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>V</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VIII</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b> .....	<b>IX</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>X</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	<b>XI</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>XII</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>XIV</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 PRESSUPOSTO.....	20
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>3 MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
3.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	22
3.2 ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	24
3.3 ANÁLISE DE POLÍTICAS FARMACÊUTICAS .....	25
3.4 POLÍTICAS FARMACÊUTICAS NO BRASIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O PAPEL DA MACRO E MICROGESTÃO .....	26
3.5 PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.....	31
3.6 MÉTODOS MISTOS.....	36
3.7 O ESTUDO-FONTE: “ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM RECORTE NAS REGIÕES DO PROJETO QUALISUS_REDE-REDE” .....	40
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>46</b>
4.1 ESTUDO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	49
4.1.1 <i>Construção do Modelo Lógico</i> .....	49
4.1.2 <i>Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento</i> .....	53
4.1.3 <i>Definição do Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos</i> .....	55
4.2 ESTUDO 2: ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO .....	58
4.2.1 <i>Seleção dos Casos e Participantes</i> .....	58
4.2.2 <i>Coleta dos Dados</i> .....	59
4.2.3 <i>Codificação dos Dados</i> .....	60
4.2.4 <i>Análise dos Dados</i> .....	61
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	62
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>64</b>
5.1 ESTUDO 1 – GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA APS BRASILEIRA.....	64
5.1.1 <i>O Modelo Lógico dos Serviços Farmacêuticos na APS</i> .....	65
5.1.2 <i>A Matriz de Julgamento</i> .....	74

5.1.3	<i>Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos</i> .....	96
5.2	ESTUDO 2 - ANÁLISE DO CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	116
5.2.1	<i>Descrição dos Casos</i> .....	117
5.2.2	<i>Análise dos Casos Imbricados</i> .....	127
5.2.3	<i>Análise de implementação</i> .....	158
5.3	LIMITAÇÕES.....	167
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>168</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>173</b>
	Apêndice 1 – Revisão da Literatura: Estrutura de busca em base de dados.....	193
	Apêndice 2 – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.....	194
	Apêndice 3– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	195
	Apêndice 4 – Atividades do Modelo Lógico de Pereira (2013), selecionadas para composição do MLog do estudo de pré-avaliação.....	196
	Apêndice 5– Taxonomia <i>Consolidated Framework for Implementation Research</i> utilizada na análise de implementação.....	199
	Apêndice 6 – Modelo Lógico dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde....	202
	Anexo 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2019. ....	203
	Anexo 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2019. ....	204
	Anexo 3 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Vespasiano, 2019. ....	206
	Anexo 4 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Moeda, 2019.....	207



## 1 Introdução

A motivação para a realização deste trabalho deu-se em 2010, quando iniciei minha vida profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) como farmacêutica na Atenção Primária em Saúde (APS), no município do Rio de Janeiro. Desde então, a inquietação com as ações desenvolvidas no mundo do trabalho me impulsionaram para a investigação no ambiente acadêmico.

Atuar nos Serviços Farmacêuticos - SEFAR, seja diretamente nas unidades de saúde ou como gestora municipal, fomentou a reflexão sobre esta intervenção na APS como promotora de acesso a medicamentos e uso racional.

Tal reflexão me motivou à construção da dissertação de mestrado em saúde pública, cuja discussão central se dava em torno dos Serviços Farmacêuticos na APS (SEFAR-APS), no município do Rio de Janeiro. Foi delineado um Estudo de viabilidade com objetivo de subsidiar a elaboração de um sistema de monitoramento do desempenho dos SEFAR-APS. Essa pesquisa incitou novas questões relacionadas aos SEFAR-APS e sua relação com a implementação da Política de Assistência Farmacêutica.

Durante o mestrado, fui convidada para ingressar na equipe do Núcleo de Assistência Farmacêutica do município do Rio de Janeiro. Nesse período, atuei diretamente na implementação dos Serviços Farmacêuticos na APS e, além disso, cabe destacar a oportunidade de participar como facilitadora da *Pesquisa sobre ‘A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas Regiões do Projeto QualiSUS-Rede’*, desenvolvida pela Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS).

A pesquisa é parte integrante do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede que teve como objetivo fomentar a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), contribuindo para a melhoria de qualidade da atenção, gestão em saúde e, também, gestão e desenvolvimento de tecnologia. O projeto foi destinado à implantação de quinze experiências de RAS nos diversos estados brasileiros, sendo dez experiências em Regiões de Saúde vinculadas às regiões metropolitanas, e cinco regiões

denominadas “Tipo”, segundo singularidades. Ao final, 485 municípios brasileiros e o Distrito Federal foram contemplados (ARAÚJO et al., 2017).

Vivenciar a aplicação da pesquisa, atuando como gestora no município do Rio de Janeiro, motivou o meu interesse em ampliar o conhecimento em torno da implementação das Políticas farmacêuticas no Brasil e dos SEFAR-APS nas diversas regiões, analisando as motivações e as escolhas dos gestores para garantir o acesso e uso racional de medicamentos na Atenção Primária.

Diante disso, a escolha deste projeto diz respeito ao estudo de Políticas Farmacêuticas, principalmente àquelas relacionadas à implementação dos SEFAR-APS.

Pode-se dizer que o país tem avançado na formulação de políticas farmacêuticas ao longo da estruturação do SUS, embora de maneira descompassada. Destacam-se como grandes marcos para o país, a Política Nacional de Medicamentos, publicada em 1998, e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, publicada em 2004 (VASCONCELOS et al., 2017).

Durante muitos anos, a organização e a estruturação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, nos diferentes níveis de atenção, tem se dado, principalmente, a partir de um ciclo logístico do medicamento, que abrange as diferentes etapas inerentes ao seu gerenciamento: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2009; MARIN et al., 2003). Esse foco, apenas na provisão do produto medicamento, vem ao encontro do modelo de atenção à saúde ainda vigente, fundamentado em ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta.

O Brasil tem se voltado para a discussão de mudança do modelo de atenção à saúde, tendo um novo olhar sobre as condições de saúde da população e seus determinantes sociais, e adotando a Atenção Primária como política norteadora do sistema, porta de entrada principal, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Para que a Assistência Farmacêutica (AF), parte integrante da política de saúde, atenda às necessidades do novo modelo de atenção à saúde, é necessária uma reorientação de políticas e estratégias relacionadas a medicamentos, sobretudo no contexto da Atenção Primária.

Apesar da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) serem consideradas grandes marcos referenciais da garantia do acesso a medicamentos no país, os resultados relacionados ao uso racional de medicamentos têm se mostrado ineficientes, com ações ainda desarticuladas do processo de cuidado em saúde

(CORRER; OTUKI; SOLER, 2011). É precípua avançar, incorporando uma nova visão cujo foco esteja nos indivíduos e na comunidade, em suas necessidades e condições de saúde, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais para garantir à atenção integral e contínua às essas pessoas (FOPPA et al., 2008; OPAS, 2013).

A criação das políticas farmacêuticas subsidiou as formulações de intervenções na área de medicamentos, sendo uma das principais, a definição de competências dos entes federados sobre o financiamento de medicamentos e a descentralização das ações de Assistência Farmacêutica (AF) para APS (BRASIL, 1998).

A responsabilidade dos municípios com a AF volta-se, prioritariamente, para a garantia de acesso a medicamentos no âmbito da APS, envolvendo ações de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização de medicamentos (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015). Tendo em vista a autonomia dos entes federados, cabe ao gestor municipal, também, definir de que maneira tais serviços serão oferecidos à população.

Os serviços atrelados à AF na microgestão são chamados de Serviços Farmacêuticos (SEFAR) e têm a finalidade de propiciar o acesso qualificado aos medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública a seus usuários (OPAS, 2013). Os SEFAR têm inegável importância na Atenção Primária, por ser o nível de atenção que deve resolver os problemas de saúde de maior relevância do território, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, dentre estas, o uso de medicamentos para cura, reabilitação, promoção da saúde e prevenção de doenças (OLIVEIRA et al., 2002).

Em alguns municípios, a estruturação da Assistência Farmacêutica, prevista no Pacto pela Saúde, tem apresentado aos gestores os benefícios dos serviços farmacêuticos. Segundo Araújo, Ueta e Freitas (2009), é possível notar que, os Serviços Farmacêuticos vêm se qualificando e melhorando no serviço público, principalmente no que diz respeito ao atendimento humanizado, no envolvimento do profissional farmacêutico com usuários e equipes, e na participação e envolvimento deste profissional em ações de cuidado e promoção da saúde. Muitos desses avanços vêm ao encontro da ampliação da estratégia de saúde da família no Brasil, que tem propiciado maior envolvimento entre equipes multiprofissionais.

A Estratégia de Saúde da família trouxe uma proposta de cuidado onde ações de saúde não se centram exclusivamente nos médicos. As atividades podem ser partilhadas entre os diversos membros da equipe. Embora o farmacêutico não seja considerado como um dos profissionais que compõe tais equipes, ele está previsto no Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF). Estar vinculado ao NASF possibilita ao profissional estabelecer um contato direto com usuário e equipes, utilizando o medicamento como uma ferramenta de trabalho (LUZ et al., 2017; PROVIN et al., 2010; RICIERY et al., 2006).

A presença do farmacêutico na Atenção Primária faz parte de uma nova etapa de construção e consolidação dos serviços farmacêuticos no Brasil. É o momento de buscar novos conhecimentos e temas, principalmente aqueles relacionados com o trabalho em equipe e cuidado ao usuário.

Apesar dos avanços observados na organização e estruturação dos SEFAR na Atenção Primária, vários fatores apontam para a necessidade de melhoria da rede de serviços e outras ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2015).

Mendes *et. Al* (2014), em estudo recente, apontam que o Brasil apresentou baixa garantia de acesso a medicamentos no nível nacional (73%), em comparação ao preconizado pela OMS (80%). Segundo mesmo estudo, as UBS que reúnem os principais aspectos “*proxi*” de uma boa organização geral e dos serviços farmacêuticos, em específico, foram as que apresentaram a melhor disponibilidade de medicamentos, indicando que esses elementos estão imbricados. Outro estudo, ainda, afirma que, a disponibilidade de medicamentos é maior nas farmácias privadas, em comparação às farmácias no SUS (OLIVEIRA et al., 2016). Já Oliveira, Assis e Barboni (2010) afirmam haver um distanciamento entre a execução dos serviços e o previsto nas políticas farmacêutica nacionais.

Tais dados apontam para uma relação direta entre alcance do objetivo do SEFAR-APS, acesso e uso racional, e implantação adequada do mesmo. Entretanto, o planejamento organizado não parece ser uma realidade em diversos locais do Brasil (VIEIRA, 2010).

Diante desse contexto, nota-se que a assistência farmacêutica ainda se constitui como um desafio de Governo para a consolidação do SUS, gerando agravos de saúde pública (BRUNS et al., 2015).

Logo, o fato do país ainda apresentar problemas importantes de acesso a medicamentos, aponta questionamentos, e nos faz refletir sobre quais fatores afetam a garantia desse direito. Dessa feita, tem-se como questão de pesquisa: quais fatores e agentes afetam a implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária?

Para tanto, torna-se urgente investir em pesquisas que avaliem a implementação de políticas e intervenções na área farmacêutica com vistas a aprofundar a compreensão sobre a intervenção, analisar a eficácia das estratégias de implementação, e identificar os determinantes

associados à implementação dos SEFAR-APS. Espera-se que os estudos sejam capazes de orientar e aprimorar o processo de implementação de programas derivados de políticas farmacêuticas, delimitando os fatores que facilitam e comprometem o acesso a medicamentos e seu uso racional no âmbito da APS brasileira.

### ***1.1 Pressuposto***

Acredita-se que os SEFAR-APS sejam capazes de produzir cenários favoráveis ao acesso a medicamentos de qualidade e ao cuidado farmacêutico, integrado às equipes, e com vistas a promover o uso racional no território. Apesar de passados 20 anos da definição do incentivo financeiro da AFB, e todos os avanços observados após as publicações das políticas farmacêuticas, pressupõe-se que os SEFAR-APS ainda não tenham alcançado um grau de implementação adequado nos municípios brasileiros, sendo incapaz de realizar todas as atividades essenciais previstas. Estima-se que os fatores que mais impactam nesse processo sejam os recursos financeiros destinados ao custeio da AF, a baixa conscientização dos principais envolvidos e a baixa mobilização dos farmacêuticos.

## **2 Objetivos**

### **2.1 *Objetivo Geral***

Analisar a implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária nos municípios brasileiros que compõem o projeto QualiSUS-Rede.

### **2.2 *Objetivos Específicos***

- Elaborar o modelo lógico e matriz de análise dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária.
- Estimar o nível de implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária nos municípios que compuseram o estudo “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: Um Recorte nas Regiões do Projeto QualiSUS-Rede”.
- Analisar os fatores contextuais relacionados a implementação nos municípios selecionados.

### 3 Marco Teórico

#### 3.1 *Análise de Políticas Públicas*

O pacto Keynesiano, do pós-guerra, que propunha intervenção estatal na vida econômica, impulsionou o surgimento de políticas compensatórias na área social. Embora parecesse um rompimento com o modelo liberal, ao contrário, a proposta vinha como mecanismo para reforçar o liberalismo e garantir a estabilidade do processo de expansão e acumulação de riquezas. A intervenção do Estado, na garantia de direitos sociais, passou a ser uma condição ou um limite necessário à manutenção da economia (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Nesse período, Lasswell (2011), analista social, diante da necessidade da produção de conhecimento para análise das políticas, introduziu o conceito de “*policy sciences*”, considerado um conjunto de métodos, cujo objetivo era investigar os processos políticos, atribuindo os resultados como contribuições dos governos. Esse campo pretende analisar a atuação dos governos, a fim de orientar suas ações, tendo como elemento fundamental a análise de políticas públicas (SOUZA, 2006).

Para alguns autores (DYE, 2013a; LASSWELL, 2011; LYNN; GOULD, 1980; PETERS, 2012), pode-se entender as políticas públicas como sendo a resposta de um governo às necessidades e conflitos que emergem de um grupo social, constituindo-se como produto de negociações de distintos interesses, com vistas à manutenção da ordem. Diante disso, essa noção de política pública, remete-se à construção de uma ação governamental para um setor, considerando recursos, atores políticos, arenas institucionais e negociação, delimitando os papéis do Estado e da sociedade, sendo duas partes de um conjunto que se relacionam, ou não.

A fim de expandir o olhar sobre o papel das políticas públicas e do Estado, é necessário ir além do modo formal como este se apresenta, buscando nas práticas sociais as formas de construção das políticas públicas em cada contexto. O Estado pode ser visto não apenas como mediador de conflito, mas sim como promotor de cultura, expressão de hábitos e costumes de uma dada sociedade (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015). A política precisa ser vista não apenas em seu aspecto formal e oficial, mas também como uma construção viva e social, mutável, por ser resultado de embates e conflitos de interesses, de diferentes percepções de mundos, que expressa momentaneamente a forma construída de viver e reproduzir a sociedade (DYE, 2013b).

Mattos e Baptista (2011) defendem como proposta para análise de políticas a desconstrução de um modelo ideal e defendem a implicação do analista com o objeto analisado. Os autores acreditam que o processo de pesquisa deva ser um ato de autorreflexão, sobre o objeto e sobre a construção e reconhecimento do objeto pelo analista.

Pode-se dizer que os Estados são entrepostos por instituições, que definem práticas e ações no caminho da política. Isso significa que ao analisar uma política é necessário considerar sua história geral e específica. A análise de políticas públicas exige um amplo conhecimento teórico e de dados empíricos das políticas, a fim de possibilitar o entendimento e a explicação sobre o que fazem os governos, como e por que o fazem.

Segundo Labra (1999), o campo de análise de políticas é considerado vasto, complexo e difícil de condensar, com pretensões de estudar sistemas políticos influenciados por relações transnacionais na economia, mundialização de problemas sociais e avanços tecnológicos.

Os primeiros estudos sobre análises de políticas públicas datam do final do século XX e se aprimoram na década de 1970, onde se apresentava como principal preocupação, a análise da máquina do Estado. No Brasil, os estudos de políticas possuem trajetória recente, sendo uma área com pouca acumulação de conhecimento.

A grande contribuição da área tem sido possibilitar maior transparência e reflexão acerca do padrão político e decisório adotado pelos Estados permitindo, também, uma análise sobre os condicionantes internos e externos envolvidos no desenvolvimento de uma política, servindo como base para novas formulações (BATISTA, 2007).

Embora não se possa dizer que exista um modelo consensual para estudo de determinada política, este tipo de análise tem se mostrado um instrumento metodológico importante na comparação com outras realidades e no aprendizado institucional (GIOVANELLA et al., 2012).

O principal modelo de formulação e análise de políticas públicas é o ciclo da política, proposto por Harold Laswell, em 1951, partindo de um ideário de que, a construção da política seguia uma lógica simples e linear, limitada ao ambiente governamental. De um modo geral, o ciclo é composto por cinco etapas: 1) construção da agenda; 2) formulação de políticas; 3) processo decisório; 4) implementação de políticas e; 5) avaliação de políticas (LASSWELL, 2011; MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Embora a delimitação das fases do ciclo da política possa ser um fator crítico a ser debatido, por ser um limitador da análise, isso não invalida sua grande contribuição para o campo da análise de políticas públicas. Ao contrário, reconhecer suas limitações são



aprendizados obtidos após estudos sobre o tema, os quais apontam a importância de considerar a dinamicidade da produção da política, bem como os diferentes momentos do processo de construção (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

### **3.2 *Análise de Implementação de Políticas Públicas de Saúde***

A etapa de implementação é o momento de colocar em prática o que foi produzido e planejado para a execução da política, sendo considerada um momento estratégico, com envolvimento de diversos atores no contexto da administração pública. Nesta fase, decisões anteriormente tomadas, podem ser alteradas ou mesmo rejeitadas, e novas formulações podem ser feitas (BATISTA, 2007; MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Nesse contexto, a autoridade central procura induzir os implementadores a colocar em prática os objetivos e as estratégias previamente definidas, mas a resposta dos agentes implementadores, seja de aceitação, neutralidade ou rejeição, depende do entrosamento entre formuladores e implementadores, da compreensão da política, do conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. Para alguns autores (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015; GIOVANELLA et al., 2012), o último fator pode ser considerado o mais crítico, por determinar o grau de consenso ou conflito em torno das metas e dos objetivos de uma política, considerando que, quanto maior a mudança, maior será o conflito entre os atores.

O momento de implementação é de intensa negociação, podendo ser visto como um processo de interação estratégica entre vários atores, formuladores e implementadores. Nessa perspectiva, a autoridade central pretende induzir agentes implementadores a colocar em prática os objetivos propostos durante a formulação da política. Entretanto, tal execução, dependerá do entrosamento entre formuladores e implementadores, da compreensão da política, do conhecimento das fases do processo e do processo de mudança envolvido (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Nas análises de implementação, tem destaque as do tipo “*top-down*” e “*bottom-up*”, com enfoque a partir de perspectivas diferentes. A abordagem “*bottom-up*” constitui-se como um modelo que assume a implementação como um processo e um estado de tensão entre os interessados em colocar em ação a política e aqueles afetados por ela. O controle não se concentra nas mãos dos implementadores ou formuladores. Porém, Lima e D’Ascenzi (2013)

questionam o papel dos formuladores e enfatizam os implementadores, considerando a implementação como um processo disperso e descentralizado.

Na abordagem “*top-down*”, entende-se que o controle está nas mãos dos formuladores, situado no topo das organizações, que assumem o controle dos fatores organizacionais, políticos e técnicos, bem como a divisão de responsabilidades. Tendo em vista esse modelo, o não alcance dos objetivos e metas da política são vistos como fracasso dos atores do nível local. O que se espera dos implementadores é o cumprimento das ações planejadas nas etapas decisórias, tendo em vista a adoção de um modelo hierárquico clássico da pirâmide organizacional, onde as ações iniciam pelo decisor central (GAMA; DUQUE; ALMEIDA, 2014).

As fragilidades e críticas aos modelos “*top-down*” e “*bottom-up*” levaram à estruturação de novas linhas de análise e a novos modelos multicausais, que combinam questões estratégicas com múltiplos atores, como alternativas para análise de implementação (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

### **3.3 *Análise de Políticas Farmacêuticas***

As políticas farmacêuticas são marcos nacionais que devem expressar e priorizar objetivos e metas, de curto e longo prazo, estabelecidas pelo governo com foco no setor farmacêutico, apontando estratégias para alcançá-las. Destina-se não apenas ao setor público, mas também abarca o setor privado, pretendendo envolver atores de todo o setor farmacêutico relacionados com a produção, regulação, distribuição, dispensação e consumo de medicamentos (WIRTZ; DRESER; HEREDIA-PI, 2013).

Seu processo de formulação deve definir objetivos, fixar prioridades, estabelecer estratégias e, principalmente, construir e documentar um compromisso para a garantia de direito à saúde. Além disso, a formulação da política farmacêutica nacional deve envolver diversos atores, sejam governamentais, sociedade civil, organizações não governamentais, conselhos profissionais e outros.

As políticas farmacêuticas, assim como as demais, constitui-se como necessária e essencial, por ser considerada um registro formal de valores, desejos, objetivos e compromissos do governo a serem executados a médio e longo prazo; por fomentar um debate nacional em torno do tema; e por apontar as estratégias necessárias para cumprimento das metas e identificar os atores responsáveis para execução dos componentes principais da política (WHO, 2001).

Diante da persistência dos problemas relacionados ao acesso a medicamento, qualidade e uso racional, nota-se que, embora muitos países já tenham adotado políticas nacionais de medicamentos, o alcance de seus objetivos continua sendo um desafio para os governos centrais e locais (JAYASURIYA, 1991). Torna-se necessária a implantação de políticas de medicamentos que fortaleça e conjugue estratégias relacionadas à produção, regulação, distribuição e uso de medicamentos, para que os governos possam garantir saúde e diminuir a diferença de acessibilidade e uso de medicamentos entre os usuários de distintos regimes de seguridade social (RESTREPO et al., 2002).

A revisão de literatura sobre o tema de implementação de políticas farmacêuticas em duas bases de dados (Scielo e Pubmed) (Apêndice 1, p.193) apresentou estudos voltados a países latino-americanos ou asiáticos. A maioria das publicações é recente, datam dos últimos 10 anos, e derivam, principalmente, de países onde parte da população não possui acesso a medicamentos essenciais.

Nikfar *et al.* (2005) avalia em seu artigo as estratégias de implementação da política de medicamentos no Iran, identificando pontos fortes e as fragilidades por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado. Bruns *et al.* (2015) analisou os níveis de ambiguidade e conflito em relação aos objetivos e recursos necessários à implementação da Assistência Farmacêutica(AF) no município de João Pessoa. A autora utilizou o modelo de Richard Matland para analisar a implementação da AF em João Pessoa. Austvoll-Dahlgren (2009), em editorial de 2009, apresenta o método de “*bottom-up*” como proposta de ferramenta de sucesso para análise de implementação de políticas farmacêuticas.

### **3.4 Políticas Farmacêuticas no Brasil na Atenção primária em Saúde: o papel da macro e microgestão**

A promulgação da política de saúde brasileira na década de 90 promoveu profundas mudanças na estrutura dos serviços de saúde ao estabelecer princípios de acesso, equidade e integralidade nas ações. Considerados, como parte do Sistema Único de Saúde, a assistência farmacêutica, os medicamentos e demais tecnologias em saúde, constituíram-se componentes essenciais do sistema de saúde na prevenção de doenças e no cuidado em saúde (VASCONCELOS et al., 2017).

Diante da nova conjuntura nacional era fundamental a construção de um arcabouço legal, capaz de sustentar o processo de descentralização da gestão e das ações de Assistência

Farmacêutica, garantindo à população medicamentos considerados essenciais (PEREIRA, 2005).

Apesar da relevância e complexidade do tema, as políticas farmacêuticas calcadas no novo contexto da saúde do Brasil, e que atendessem as necessidades da população, demoraram a ser formuladas. Apenas no fim dos anos 90, e início dos anos 2000, foram construídas duas políticas específicas para a área farmacêutica, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS: Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004).

A PNM foi um marco na organização da Assistência Farmacêutica no país, pois definiu diretrizes, prioridades e responsabilidades para gestores federais, estaduais e municipais no âmbito do SUS (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A política teve como pilares as diretrizes:

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais.
- Regulação Sanitária de Medicamentos.
- Reorientação da Assistência Farmacêutica.
- Promoção do Uso Racional de Medicamentos.
- Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
- Promoção da Produção de Medicamentos.
- Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos.
- Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos.

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, conforme previsto na PNM, foi necessário que, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuassem em estreita parceria, a fim de concentrar esforços em ações direcionadas ao alcance dessas diretrizes.

A PNM induziu, principalmente, ações da ordem da macrogestão, tais como: adoção e revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); aumento da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)(BRASIL, 1999c); incentivo à produção nacional de medicamentos, com a Lei de Genéricos (BRASIL, 1999a); quebra de patentes do Efavirenz e as Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP); fomento à reorientação da Assistência Farmacêutica, por

meio da descentralização das ações de gestão de medicamentos, com definição de responsabilidades de financiamento, aquisição e distribuição de medicamentos; produção de documentos técnicos para a educação de recursos humanos envolvidos com a provisão e promoção do uso racional de medicamentos; dentre outras (BRASIL, 2000a; VASCONCELOS et al., 2017).

A implantação e consolidação da Política Nacional de Medicamentos gerou a necessidade de definição de planos e mecanismos de financiamento para AF no contexto do SUS. Nesse sentido, foi publicada em 1999, a Portaria MS nº 176 (BRASIL, 1999b), que definia o incentivo à AF Básica e estabelecia recurso tripartite entre as três esferas federativas para fornecimento de medicamentos essenciais à população. A criação de um incentivo à Assistência Farmacêutica foi considerado o primeiro passo para sua reorientação no país, uma vez que, a mesma portaria, também, estabelecia requisitos organizacionais para a condução da logística de medicamentos nos municípios.

Pode-se dizer que a organização do financiamento tem se mostrado uma estratégia governamental decisiva para garantia do acesso a medicamentos à população brasileira, especialmente a aquisição de medicamentos para distribuição e entrega em serviços ambulatoriais da atenção primária (BRASIL, 2016).

Ademais, não se pode deixar de mencionar, a promulgação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como outra estratégia central de organização e direcionamento AF no país. Sua publicação vem reforçar as diretrizes da PNM e definir, de maneira mais clara, as ações necessárias para a garantia de acesso a medicamentos, principalmente, no âmbito municipal. Diversas iniciativas vinculadas ao acesso a medicamentos vêm sendo desenvolvidas no âmbito do SUS, a partir da publicação da PNAF em 2004, com o propósito de garantir o direito integral à saúde, cuja totalidade envolve dimensões ligadas à estrutura e à qualidade dos serviços prestados pela Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2016).

Entre as iniciativas governamentais introduzidas para fomentar o acesso à população brasileira a medicamentos e seu uso racional, estão a efetivação da política setorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, o Programa Farmácia Popular do Brasil e o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-sus). Todas com propósito de subsidiar e qualificar o acesso e uso racional de medicamentos básicos à população dos municípios brasileiros.

As atividades da AF cabíveis aos municípios, pautadas pela PNM, PNAF e portarias de financiamento, estão diretamente ligadas aos componentes do ciclo da AF – seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e uso - e têm como foco a organização e estruturação de ações e serviços farmacêuticos no âmbito da atenção primária. Para garantir atender as responsabilidades definidas nas políticas e legislações aplicadas, o município desenvolve atividades no âmbito da macro e microgestão. A macrogestão da AF está vinculada a atividades essenciais do gestor municipal, para garantir um sistema complexo na execução da cadeia de suprimentos dos medicamentos. Esse sistema alimentará e garantirá o acesso a medicamentos à população por meio dos serviços farmacêuticos das unidades de saúde ou farmácias em edificações exclusivas. Esses serviços farmacêuticos, o qual se entende por microgestão, faz a interface direta com usuário, completando o ciclo da AF municipal. (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2013), os *Serviços Farmacêuticos (SEFAR)* caracterizam-se por:

*“Conjunto de acciones en el sistema de salud que buscan garantizar la atención integral, integrada y continúa a las necesidades y problemas de la salud de la población tanto individual como colectiva, teniendo el medicamento como uno de los elementos esenciales, y contribuyendo a su acceso equitativo y su uso racional. Estas acciones, desarrolladas por el farmacéutico —o bajo su coordinación— incorporado a un equipo de salud y con la participación comunitaria, tienen como objetivo la obtención de resultados concretos en salud con vistas a la mejora de la calidad de vida de la población”<sup>1</sup>(OPAS, 2013).*

No caso brasileiro, os SEFAR propiciam o acesso qualificado aos medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública a seus usuários. Estão integrados aos serviços de saúde na Atenção Primária e compreendem atividades tanto administrativas quanto de serviços assistenciais. As atividades administrativas têm como objetivo garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação. Por sua vez, os serviços assistenciais devem garantir a efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação, a obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde, na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde (BRASIL, 2009; OPAS, 2013).

---

<sup>1</sup>Conjunto de ações no sistema de saúde que buscam garantir a atenção integral, integrada e contínua a das necessidades e problemas de saúde da população tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo para seu acesso equitativo e uso racional. Estas ações, desenvolvidas por farmacêutico ou sob sua coordenação, incorporado a equipe de saúde com vistas a melhoria da qualidade de vida da população (tradução livre).

Os Serviços Farmacêuticos (SEFAR) vêm sendo valorizados, principalmente com a emersão da agenda da Atenção Primária. A implantação da Estratégia de Saúde da família no país, assim como das demais equipes – Equipe de Saúde Bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - trouxe uma nova proposta de cuidado em saúde e não centrada no médico. A partilha de atividade e responsabilização entre outros membros das equipes tem tornado o trabalho mais participativo e com maior resolutividade. Embora o Núcleo de Apoio à Saúde não se responsabilize diretamente pelos usuários, sua composição multidisciplinar e especializada (fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, psicólogo, etc.) tem o papel de subsidiar as equipes da ESF a melhorar a resolutividade do cuidado (ANDRADE et al., 2012; REIS et al., 2016).

Embora o Brasil tenha aumentado a disponibilidade a medicamentos por meio da implementação de tais programas e políticas setoriais no SUS, vários fatores apontam para a necessidade de melhoria das intervenções para o alcance efetivo dos resultados esperados pelas políticas farmacêuticas nacionais: acesso e uso racional de medicamentos (BRASIL, 2016; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), o usuário deve ter acesso a medicamentos em tempo oportuno, com qualidade, segurança e eficácia garantidas, bem como orientações indispensáveis para qualificar o uso do medicamento adquirido. Sem o cumprimentos desses pilares, em sua totalidade, a resolutividade dos programas/intervenções fica comprometida.

Estudos nacionais (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; VIEIRA, 2010) indicam para um distanciamento entre a Assistência Farmacêutica na APS, legalmente estabelecida, e a realidade experimentada no SUS. A estrutura e a organização encontradas nas farmácias não garantem condições adequadas de armazenamento dos medicamentos, pois há problemas de desabastecimento, ausência total de atividades voltadas ao uso racional e escassez de profissional qualificado.

Mendes *et al.* (2014), em estudo recente apontam que o Brasil apresentou baixa garantia de acesso a medicamentos no nível nacional (73%), em comparação ao preconizado pela OMS (80%). Outro estudo identificou uma baixa oferta dos serviços de dispensação nas regiões de saúde participantes da pesquisa QualiSUS-Rede; lacunas na organização dos serviços, baixa qualificação de farmacêuticos para atividades de dispensação, e o não entendimento do papel do farmacêutico em atividades clínicas diretamente com o usuário (ARAÚJO et al., 2017).

Ademais, Rodrigues *et al.*(2017), em estudo realizado em 316 municípios brasileiros, verificou que, 44% apresentaram grau de implementação insatisfatório para os serviços

farmacêuticos, associado a dificuldades no diagnóstico para identificação de necessidades de estruturação da Assistência Farmacêutica. Assim, reconheceu-se a precariedade histórica de infraestrutura nos serviços de saúde da atenção básica, como por exemplo, as dificuldades no acesso à conectividade e os problemas administrativos da gestão em saúde.

Apesar da relevância e magnitude do problema, não existe, no país, uma definição operacional única para organização e estruturação dos serviços farmacêuticos na APS. Além da ausência de padrão, não se pode deixar de mencionar a autonomia dos municípios brasileiros sob a gestão e implementação dos serviços de saúde no âmbito local. A falta de padronização faz com que cada município opte pelo modelo de implementação que melhor convier, produzindo, em muitos casos, serviços que se desviam ou se afastam do alcance dos objetivos finalísticos das políticas e programas.

Não obstante, deve-se reconhecer a existência de casos e fatores de sucesso, onde os serviços farmacêuticos são executados e atendem aos preceitos das políticas farmacêuticas vigentes. Acredita-se, que fatores de contextos, sejam determinantes no processo de implementação desses programas e intervenções (RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

Diante dessa conjuntura, torna-se relevante a realização de estudos capazes de se debruçarem sobre os programas e/ou intervenções, com vistas a aumentar a compreensão sobre os mesmos, e orientar mudanças nas estratégias de implementação para alcance dos objetivos propostos.

### **3.5 Pesquisa de Implementação**

*“The basic intent of implementation research is to understand not only what is and isn’t working, but how and why implementation is going right or wrong, and testing approaches to improve it.”*<sup>2</sup>(PETERS et al., 2013).

A pesquisa de implementação é um crescente campo de estudos com raízes em muitas disciplinas e tradições de pesquisa (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). Uma das grandes potencialidades desse tipo de pesquisa é a sua capacidade de aproveitar diferentes fontes, trazer múltiplas perspectivas e oferecer “*insights*” multissetoriais. Tendo em vista sua abrangência, apresenta desafios taxonômicos, com alguma confusão quanto à nomenclatura, que produz um debate significativo sobre o escopo da pesquisa de implementação (CILISKA et al., 2005).

---

<sup>2</sup>A intenção básica da pesquisa de implementação é compreender não só o que é e não está funcionando, mas como e por que a implementação está indo certo ou errado e testando abordagens para melhorá-lo.



Segundo a literatura (PETERS; TRAN; ADAM, 2013; USAID, 2012; WHO, 2001), há uma diversidade de definições para a pesquisa de implementação.

Para Peters, Tran e Adam (2013):

“Implementation research is the scientific inquiry into questions concerning implementation—the act of carrying an intention into effect, which in health research can be policies, programmes, or individual practices (collectively called interventions).”<sup>3</sup>

Já Eccles et al. (2009):

'Implementation Research is the scientific study of methods to promote the systematic uptake of clinical research findings and other evidence-based practices into routine practice, and hence to improve the quality (effectiveness, reliability, safety, appropriateness, equity, efficiency) of health care. It includes the study of influences on healthcare professional and organisational behaviour<sup>4</sup>.

Dessa forma, as pesquisas devem ponderar qual definição será adotada, considerando as características de cada estudo e a seus propósitos.

A pesquisa de implementação se propõe a: 1) identificar problemas de implementação que impedem a prestação e entrega de serviços, bem como a usabilidade de intervenções baseadas em evidências e seus principais determinantes; 2) desenvolver e testar soluções práticas para esses problemas específicos de sistemas e ambientes de saúde; 3) identificar como as intervenções devem ser modificadas, para se alcançar impactos prolongados na saúde em contextos reais; 4) determinar a melhor maneira de introduzir soluções práticas nos sistemas de saúde e facilitar sua implementação, avaliação e modificação em grande escala (USAID, 2012).

Ademais, desenvolve estudos científicos sobre processos envolvidos na execução de intervenções, dos fatores de contexto, que afetam a implementação, e dos produtos e resultados finais da intervenção. Tem como propósito central apoiar e promover a execução plena de intervenções que demonstraram ser eficazes. Trata-se de aprender como entregar estratégias de interesse público de forma equitativa, e como sustentar essa intervenção ao longo do tempo (PETERS et al., 2013).

A pesquisa de implementação tem importância central tanto para dentro e fora da academia. A capacidade de conhecer e entender os processos utilizados na intervenção,

---

<sup>3</sup> A pesquisa de implementação é o inquérito científico sobre questões relativas à implementação - o ato de levar a efeito uma intenção, que na pesquisa em saúde pode ser políticas, programas ou práticas individuais (coletivamente chamadas de intervenções) (tradução livre).

<sup>4</sup>A Pesquisa de Implementação é o estudo científico de métodos para promover a incorporação sistemática de achados de pesquisas clínicas e outras práticas baseadas em evidências na prática rotineira e, portanto, melhorar a qualidade (efetividade, confiabilidade, segurança, adequação, equidade e eficiência) dos cuidados de saúde . Inclui o estudo de influências sobre o comportamento profissional e organizacional da saúde (tradução livre).

possibilita, aos decisores, mudarem ou aprimorarem as estratégias da intervenção em andamento. O aumento da compreensão sobre a implementação, suas estratégias e resultados, bem como fatores contextuais positivos e negativos, permite que intervenções locais possam ser expandidas com maiores possibilidades de sucesso.

As estratégias de implementação podem ser definidas como métodos ou técnicas utilizadas para melhorar a adoção, implementação e sustentabilidade de um programa ou prática clínica (CURRAN et al., 2012). A maioria das estratégias permanecem mal definidas, podendo ser diferenciadas grosseiramente como "*top down*" e "*bottom up*", e envolvem um "pacote" de estratégias. Incluem, ainda, uma variedade de ações destinadas a subsidiar a tomada de decisão pelo gestor, podendo ser considerada um kit de ferramentas e algoritmos relacionados à prática baseada em evidência (PROCTOR et al., 2009; PROCTOR; POWELL; MCMILLEN, 2013).

Uma forma de organizar as estratégias de implementação é agrupá-las em termos de utilidade e interesse para os atores-chaves. Nesse caso, as estratégias típicas de implementação incluem: (1) aumentar as capacidades do governo (agências de políticas públicas, supervisão e financiamento); (2) melhorar o desempenho das organizações implementadoras e prestadoras; (3) fortalecer as capacidades e o desempenho de provedores individuais e trabalhadores do nível de rua; (4) capacitar comunidades e famílias; e (5) apoiar partes interessadas e envolvidas na melhoria da saúde (PETERS; TRAN; ADAM, 2013).

Assim, como é essencial analisar a efetividade das estratégias de implementação, não se pode deixar de apontar a necessidade de conceituar e medir os resultados da implementação. As variáveis de resultados descrevem e detalham as ações propostas para entrega dos serviços em uma intervenção, ou seja, trata-se de indicadores de sucesso da implementação (PROCTOR et al., 2011).

A pesquisa de implementação utiliza as variáveis de resultados - aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, custo de implementação, cobertura e sustentabilidade – para avaliar ou monitorar quão bem ocorreu a implementação. Além disso, esses resultados também podem ser considerados fatores intermediários, que contribuem para fatores de impacto da intervenção (PETERS; TRAN; ADAM, 2013; PROCTOR et al., 2011), tais como a satisfação do usuário e a mortalidade.

Nem todas as variáveis de resultados possuem igual importância na entrega da intervenção. Para novas intervenções, o foco deve ser em aceitabilidade, adoção, adequação e viabilidade. Já em intervenções existentes, é muito importante conhecer o grau de

implementação da intervenção, ou seja, como originalmente ela foi modelizada e o quanto é fiel ao modelo proposto (mensuração da variável fidelidade), assim como saber seus custos e cobertura (BREITENSTEIN et al., 2010; BYRNES et al., 2010; PETERS; TRAN; ADAM, 2013). Portanto, o que definirá qual a variável será analisada, é a pergunta de pesquisa delineada para ampliar o conhecimento sobre a intervenção.

Assim como nas demais áreas da ciência, a pergunta de pesquisa tem uma preponderância para a pesquisa de implementação. Esta adota uma abordagem pragmática, colocando a questão de pesquisa como ponto de partida para o estudo e orientando nos temas a serem abordados. O detalhamento da questão de pesquisa pode ajudar o pesquisador a determinar o tipo de método que deve ser usado (AERA, 2006).

Existe uma variedade de métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa que podem ser usados na pesquisa de implementação. Dessa maneira, torna-se necessário ressaltar o que a literatura chama de métodos de pesquisa de implementação. Essas são abordagens utilizadas, particularmente, por serem boas ferramentas para capturar fatores de contexto, por serem consideradas flexíveis e interativas (PETERS; TRAN; ADAM, 2013).

Antes de discutir algumas das possíveis abordagens de pesquisa utilizadas para atingir os objetivos apontados pelas perguntas de pesquisa, é importante notar que, embora a pesquisa de implementação possa, em alguns aspectos, ser diferente de outras formas de estudo, como todas as demais, é regida por dois princípios gerais. No primeiro, as descobertas devem ser justificadas, ou seja, respaldadas por evidências suficientes. No segundo, seus métodos devem ser transparentes, ou seja, ser suficientemente explícitos para que outros possam julgar se os processos são adequados, se justificam as conclusões alcançadas e se podem ser repetidos (AERA, 2006).

Assim, os principais estudos utilizados na pesquisa de implementação são: julgamento pragmático (*Pragmatical Trial*); ensaios híbridos de implementação de eficácia (*Effectiveness-Implementation Hybrid Trials*); estudos de melhoria de qualidade (*Quality Improvement Studies*); pesquisa-ação participativa (*Participatory Action Research*); revisão realista (RealistReview) e pesquisa de métodos mistos (*Mixed Methods Research*) (PETERS; TRAN; ADAM, 2013).

Os julgamentos pragmáticos são estudos randomizados controlados, nos quais, a questão central de pesquisa está focada na eficácia da intervenção na prática clínica cotidiana.

Esse método conta com inúmeros participantes e contrasta com estudos randomizados tradicionais, cujo olhar volta-se para ambientes controlados e ideais.

Os modelos de ensaios híbridos de implementação de eficácia pretendem monitorar a eficácia das estratégias de implementação e intervenção. Essa abordagem mistura componentes de modelos de eficácia com estratégias de implementação, e, também, são randomizados. Diferencia do julgamento pragmático por intervir e observar o processo de implementação como normalmente ocorre, enquanto a anterior tenta adequar a intervenção estudada (CURRAN et al., 2012).

Já os estudos de melhoria de qualidade têm o enfoque em processos clínicos, orientados em analisar como reduzir a taxa de infecção hospitalar ou como reduzir o tempo de espera na emergência. Envolve a utilização do ciclo de planejar-fazer-analisar-agir (PDSA cycle) e protocolos – Standars for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE) -para orientar na modelização (DAVIDOFF et al., 2009).

A pesquisa-ação participativa envolve uso de métodos que fomentam processos participativos e interativos de reflexão e ação. O método fomenta o empoderamento e controle sobre os processos de pesquisa aos próprios sujeitos de pesquisa. A abordagem tipo “*bottom-up*” abrange definição de prioridades e perspectivas locais, utilizando normalmente técnicas qualitativas de pesquisa (PETERS et al., 2013; SMITH; ROSENZWEIG; SCHMIDT, 2010).

O objetivo da revisão realista é fazer com que os gestores alcancem uma profunda compreensão sobre uma intervenção e como ela pode ser maximizada em diferentes conjunturas. Essa abordagem pode ser extremamente útil para políticas e programas, cuja complexidade e variação, na implementação, são fatores preponderantes. Ademais, sua metodologia está ancorada na análise explicativa da intervenção, com foco nas seguintes perguntas de pesquisa: quais partes do programa estão funcionando e quais não estão? Para quem são entregues? Sobre quais circunstâncias? Por que? (TRISH et al., 2011).

Finalmente, a pesquisa de implementação também utiliza métodos mistos como metodologia para análise e coleta de dados. Essa técnica não foi elaborada especialmente para esse estudo, mas é uma alternativa bastante útil e aplicável, por propor um caminho prático para compreensão de múltiplas perspectivas, com diferentes tipos de caminhos causais, e múltiplas possibilidades de resultados. Diferentes esquemas de métodos mistos, baseados em diferentes abordagens teóricas, são utilizados para delinear os estudos nessa área. Por reconhecer a

importância dessa técnica para este projeto de tese, seguiremos apresentando esse método de forma detalhada na sessão seguinte (PALINKAS et al., 2011).

Portanto, apesar das diferentes abordagens e métodos a serem utilizados, não se pode perder de vista que o objetivo central da pesquisa de implementação é entender como e por que as políticas, programas, práticas clínicas e de saúde pública funcionam ou não funcionam nas configurações do mundo real e como é possível torná-los melhores. Mais especificamente, a pesquisa de implementação pode ser usada para: avaliar a mudança em contextos do mundo real, aproveitando a experiência passada, quando apropriado; compreender fenômenos complexos; gerar e / ou testar novas ideias; e prever, ou pelo menos, ajudar a antecipar o que pode acontecer no futuro como resultado de uma inovação ou mudança particular. Também desempenha um papel importante na informação das partes interessadas, melhorando, assim, a compreensão, a transparência e a responsabilização (NEWMAN et al., 2003). Por fim, o objetivo da pesquisa de implementação é fazer a diferença, melhorar a eficácia, a qualidade, a eficiência e a equidade de políticas, programas e serviços.

### **3.6 Métodos Mistos**

Antes de iniciar a apresentação sobre Métodos Mistos há alguns pontos a serem esclarecidos. Utilizar métodos mistos parte do pressuposto da coleta de dados quantitativos e qualitativos. Contudo, não se trata de misturar ou combinar duas formas de dados em um mesmo estudo, mas sim de duas formas distintas de prover informação sobre algo. Considerando que cada tipo de coleta de dados possui suas potencialidade e limitações, podemos considerar o quanto sua conjugação pode fortalecer a compreensão sobre o problema de pesquisa.

Por se considerada uma metodologia relativamente nova, torna-se necessário realizar uma breve apresentação de seus conceitos, modelos básicos, fatores motivadores de escolha e momento de coleta de dados.

Embora o tema de Métodos Mistos tenha sua origem na década de 1950, apenas em meados dos anos 1980 ele ganha destaque com o aumento importante do número de publicações sobre o tema. Campbel e Fisk (1959) utiliza métodos múltiplos em um estudo de traços psicológicos, despertando posteriormente a produção de outros trabalhos, inclusive com triangulação de fonte de dados (JICK, 1979; SIEBER, 1973).

A partir do início da década de 1990, a produção começa a se pautar na convergência sistemática de fonte de dados qualitativos e quantitativos e, nesse momento, também emerge a ideia de integração de diferentes tipos de modelos (“*design*”) de pesquisa. Esses distintos modelos são, então, apresentados e extensivamente discutidos na publicação *Handbook of Mixed Methods in the Social and Behavior Sciences* (TASHAKKORI; TEDDLIE, 2003).

Diversas áreas do conhecimento como educação, avaliação, sociologia, administração e ciências da saúde vêm adotando esse método. Desde 1990, o debate vem se transformando, passando por estágios formativos, filosóficos e, mais recentemente, por distintas disciplinas e países do mundo (CRESWELL, 2014). Ao longo dos anos o entendimento sobre essa metodologia mudou, até alcançar o delineamento e conformação atual (PARANHOS et al., 2016).

Então, afinal, qual a definição de métodos mistos? Johnson *et al.* (2007) fizeram essa pergunta a 21 pesquisadores e obtiveram 19 respostas. As definições foram diversas e diferiram quanto ao entendimento de mistura de métodos; o momento da pesquisa que a mistura deve ocorrer; a extensão da mistura; o motivo e a intenção de uso do método em relação ao pano de fundo da pesquisa (CAMERON, 2011). Diante de tantas definições, Cameron aponta a proposta de Cresswell e Clark como sendo a mais completa:

Segundo Cresswell e Clark (2010):

“Mixed methods research is a research design with philosophical assumptions as well as methods of inquiry. As a methodology, it involves philosophical assumptions that guide the direction of the collection and analysis of data and the mixture of qualitative and quantitative data in a single study or series of studies. Its central premise is that the use of quantitative and qualitative approaches in combination provides a better understanding of research problems than either approach alone.”<sup>5</sup>

Outrossim, tendo em vista o esforço de síntese de Johnson *et al.* (2007), achou-se por bem apresentar sua definição:

“Mixed methods research is the type of research in which a researcher or team of researchers combines elements of qualitative and quantitative research approaches (e.g., use of qualitative and quantitative viewpoints, data collection, analysis, inference techniques) for the broad purposes of breadth and depth of understanding and corroboration”.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup>A pesquisa de métodos mistos é um projeto de pesquisa com premissas filosóficas, bem como métodos de pesquisa. Como metodologia, envolve pressupostos filosóficos que orientam a direção da coleta e análise de dados e a mistura de dados qualitativos e quantitativos em um único estudo ou série de estudos. Sua premissa central é que o uso de abordagens quantitativas e qualitativas em combinação proporciona uma melhor compreensão dos problemas de pesquisa que se aproximam sozinhos (tradução livre).

<sup>6</sup>A pesquisa de métodos mistos é o tipo de pesquisa em que um pesquisador ou equipe de pesquisadores combina elementos de abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa (por exemplo, uso de pontos de vista qualitativos

Após conhecer o conceito de Métodos Mistos, o pesquisador deverá estar atento para identificar as situações em que se deve combinar métodos quantitativos e qualitativos, sendo necessário a atenção aos seguintes pontos (PARANHOS et al., 2016):

- assegurar que uma única questão de pesquisa possa ser investigada por diferentes técnicas ou por mais questões de pesquisa complementares;
- definir a unidade básica de análise do desenho da pesquisa;
- definir a amostra a ser investigada;
- maximizar a harmonia entre as lógicas quantitativas e qualitativas nas estratégias de análise.
- estruturar formato da coleta de dados;

Existem diferentes maneiras de classificar e identificar os tipos de estratégias para coleta de dados em pesquisa com MM. Atendendo ao propósito dessa discussão, serão abordados três tipos básicos de modelos de MM: 1) Paralelos e Convergentes; 2) Sequencial Explicativo; 3) Sequencial Exploratório; e, em complementação, serão mencionados três MM avançados: 4)Embutido; 5) Transformativo; 6) Multifases (CRESWELL, 2014). Essa tipologia se diferencia em três pontos principais: momento de coleta dos dados (ao mesmo tempo ou em sequência), na organização do estudo qualitativo e quantitativo e, também, na análise dos dados.

O método *Paralelo e Convergente* é o modelo de MM no qual o pesquisador funde ou converge dados quantitativos e qualitativos, a fim de prover uma análise abrangente sobre a questão de pesquisa. Nessa modelagem, o investigador coleta ambos os tipos de dados ao mesmo tempo e depois integra as informações para interpretação dos resultados globais. Contradições e achados incongruentes são explicados e avaliados (CRESWELL, 2014).

A análise dos dados, nesse caso, pode ser feita pela comparação lado a lado. Os dados são analisados juntos para responder à questão de pesquisa. A interpretação ocorre comparando ambas as fontes e notando se existe divergência ou convergência entre as fontes de informações. Quando ocorrem divergências, nova coleta deve ser realizada (MILLER; FREDERICKS, 2006).

---

e quantitativos, coleta de dados, análise, técnicas de inferência) para amplos propósitos de amplitude e profundidade de compreensão e corroboração (tradução livre).

Já na abordagem **Sequencial Explicativa**, o pesquisador, conduz a pesquisa quantitativa, em seguida, analisa os resultados e, depois, constrói a pesquisa qualitativa para explicar os resultados obtidos com mais detalhes. Esse método é considerado explicativo, pois os resultados iniciais dos dados quantitativos são explicados, posteriormente, com dados qualitativos (CRESWELL; CLARK, 2010).

Ademais, é considerado sequencial, pela fase quantitativa de coleta de dados, anteceder a fase qualitativa. Esse delineamento é considerado popular em pesquisas, onde a etapa quantitativa é determinante, mas apresenta desafios na identificação de resultados quantitativos, para serem aprofundados, e na definição do tamanho de cada amostra em cada uma das fases. Segundo Morse (1991), essa abordagem é particularmente apropriada quando o investigador observa resultados inesperados ou casos desviantes (“*outliers*”), podendo selecionar apenas casos destoantes para examiná-los através de técnicas qualitativas. Pode-se citar como exemplo típico dessa abordagem, a utilização de entrevistas (“*quali*”) para aprofundar os achados de uma pesquisa de “*survey*” (“*quanti*”).

O método **Sequencial Exploratório** caracteriza-se pela sequência inversa do modelo sequencial explicativo. Nesse caso, o investigador inicia com a fase da pesquisa qualitativa, explorando a visão dos participantes. A análise dos dados é realizada e as informações são utilizadas para construção da etapa seguinte (quantitativa). A fase qualitativa pode ser utilizada para elaborar instrumentos que melhor se enquadrem no universo amostral do estudo, para identificar instrumentos apropriados para uso na fase quantitativa, ou especificar variáveis que precisariam ser consideradas na etapa quantitativa (CRESWELL, 2014).

Os desafios dessa abordagem estão em direcionar, de maneira apropriada, os achados qualitativos para utilização, e o tamanho da amostra em ambos, nas distintas fases.

Morgan (1997) afirma que esse método também pode ser utilizado para testar hipóteses e fazer generalizações para outras amostras. O exemplo clássico é a utilização de grupo focal (*quali*) para orientar o processo de elaboração do questionário (*quanti*).

Tendo sido descritos os MM básicos, segue-se para apresentação dos MM avançados. São considerados, assim, por incorporarem em seu delineamento elementos de convergência, sequencial explicativo e sequencial exploratório. Apenas uma das abordagens do método avançado pode incorporar em seu escopo mais de uma estratégia avançada, capaz de fortalecer e trazer novos elementos ao estudo (CRESWELL; CLARK, 2010).



A abordagem Embutida aninha uma ou mais formas de dados dentro de uma modelagem maior (exemplo: estudo narrativo, experimento, pesquisa etnográfica). Um único conjunto de dados não é suficiente, pois o estudo apresenta perguntas distintas que requerem diferentes tipos de dados para resposta. Esse modelo é particularmente útil quando um pesquisador precisa incorporar um componente qualitativo dentro de um projeto quantitativo, como no caso de um projeto experimental ou correlacional (CRESWELL; CLARK, 2010)

Uma segunda estratégia utilizada é o **Método Misto Transformativo**, por incorporar elementos de convergência, sequencial explicativo ou sequencial exploratório, utilizando enfoque teórico como uma perspectiva ampla com dados quantitativos e qualitativos. Essa estratégia assegura uma estrutura de métodos para coleta de dados e para os resultados. Utiliza a teoria de justiça social como modelo para estudo de métodos mistos (PARANHOS et al., 2016).

Tal abordagem é comum em estudo com populações marginalizadas de vários países, principalmente aqueles de baixo e médio desenvolvimento (mulheres, indígenas, grupos étnicos, etc) (CRESWELL, 2014).

Finalmente, o estudo de métodos mistos em Multifases é aquele que o pesquisador conduz uma série de métodos mistos, podendo incluir métodos convergentes e abordagens sequenciais, além de apenas estudos qualitativos ou quantitativos em um estudo longitudinal, com foco em um objetivo comum com projetos múltiplos. Essa é uma abordagem utilizada em estudos avaliativos ou no campo de implementação de programas, quando várias fases do projeto se estendem ao longo do tempo. Tais projetos podem ir e voltar entre estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos, sendo construídos um para o outro para atender ao objetivo comum do programa.

### **3.7 O estudo-fonte: “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do projeto QualiSUS\_Rede-Rede”.**

O estudo-fonte: “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede” foi desenvolvido pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/STIES/MS), através de parceria com o Banco Mundial. Teve como objetivo a identificação da situação dos serviços farmacêuticos nas 15 regiões prioritárias do QualiSUS-Rede, de acordo com as diretrizes propostas para o funcionamento das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013b).

O QualiSUS-Rede foi uma estratégia desenvolvida para apoiar à organização das RAS no Brasil, com vistas a contribuir com a qualificação da atenção, gestão em saúde e gestão e desenvolvimento de tecnologias, através da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e da qualificação do cuidado. Destinou-se à implantação de quinze experiências RAS nos vários estados brasileiros, sendo dez experiências em regiões de saúde, vinculadas às regiões metropolitanas, e cinco regiões, segundo singularidades. As 15 regiões de saúde escolhidas abrangeram a participação de todas as macrorregiões do país, com o propósito de garantir a diversidade nacional, incorporando as singularidades das regiões de saúde e suas bases territoriais. As regiões contempladas do Projeto QualiSUS-Rede são:

1. Região de Fronteira Internacional Ponta Porã/Dourados/MS.
2. Região do Alto Solimões/AM.
3. Região do Semiárido Cariri/CE.
4. Região Entre Rios/PI.
5. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e do Entorno - RIDE/DF.
6. Região Interestadual do Bico do Papagaio - Tocantins/Pará/Maranhão – TOPAMA.
7. Região Interestadual do Médio do Vale do São Francisco - Pernambuco/Bahia PEBA.
8. Região Metropolitana de Belém/PA.
9. Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG.
10. Região Metropolitana de Curitiba/PR.
11. Região Metropolitana de Florianópolis/SC.
12. Região Metropolitana de Porto Alegre/RS.
13. Região Metropolitana do Grande ABC/SP.
14. Região Metropolitana do Recife/PE.
15. Região Metropolitana do Rio de Janeiro/RJ.

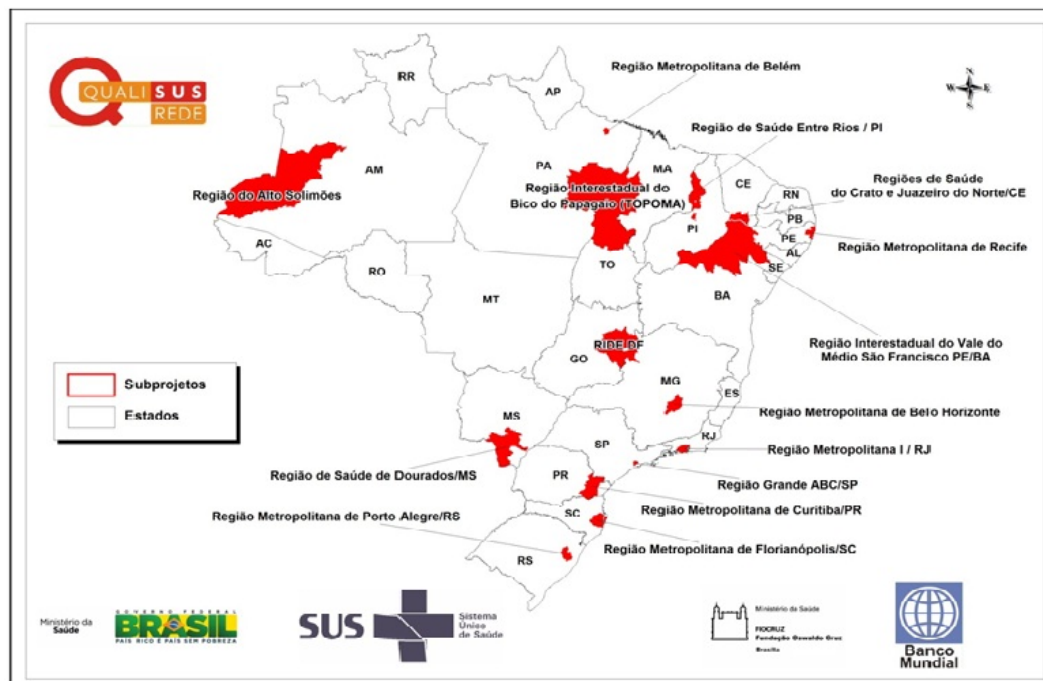


Figura 1 – Mapa de regiões contempladas pelo Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede, Brasil (2013b).

Esse projeto foi dividido 3 componentes: (1) Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde; (2) Intervenções Sistêmicas Estratégicas; e (3) Gestão do Projeto. Cada componente contava com objetivos destinados a apoiar a organização da RAS nas regiões de saúde.

Cinco intervenções sistêmicas, vinculadas ao Componente 2, foram contempladas no QualiSUS-Rede, dentre elas, a pesquisa “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede”.

O objetivo deste componente foi desenvolver um conjunto de intervenções sistêmicas de apoio à implantação de RAS e a qualificação do cuidado em saúde, pautada nos seguintes eixos:

- Eixo 1 – Apoio à estruturação e Qualificação das RAS.
- Eixo 2 – Gestão e Qualificação do Cuidado.
- Eixo 3 – Qualidade em Saúde.
- Eixo 4 – Inovação e Tecnologia em Saúde.
- Eixo 5 – Monitoramento e Avaliação de Subprojetos.

Os eixos orientaram o desenvolvimento de ações que puderam apoiar na estruturação dos serviços farmacêuticos nas RAS, frisando a qualificação da gestão e do cuidado. Acredita-se que ações e serviços vinculados à garantia da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Medicamentos sejam transversais às estruturas operacionais das RAS.

Para o estudo-fonte foram definidos objetivos específicos, dentre os quais a realização de um diagnóstico situacional *in loco* das regiões do projeto, com propósito de avaliar a estrutura e o processo da Assistência Farmacêutica nas regiões do QualiSUS-Rede. Ademais, a pesquisa contou com modelo teórico (Figura 2), organizado em uma estrutura composta por quatro dimensões – D1 à D4 – e em três categorias de atividades farmacêuticas, relacionando com as variáveis eleitas como essenciais para a organização e efetivação da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde, além de uma dimensão de financiamento e suas variáveis.

Dimensão D1. Gestão para desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.

Dimensão D2. Estrutura e condições de funcionamento da Assistência Farmacêutica.

Dimensão D3. Acesso e qualidade da atenção.

Dimensão D4. Financiamento.

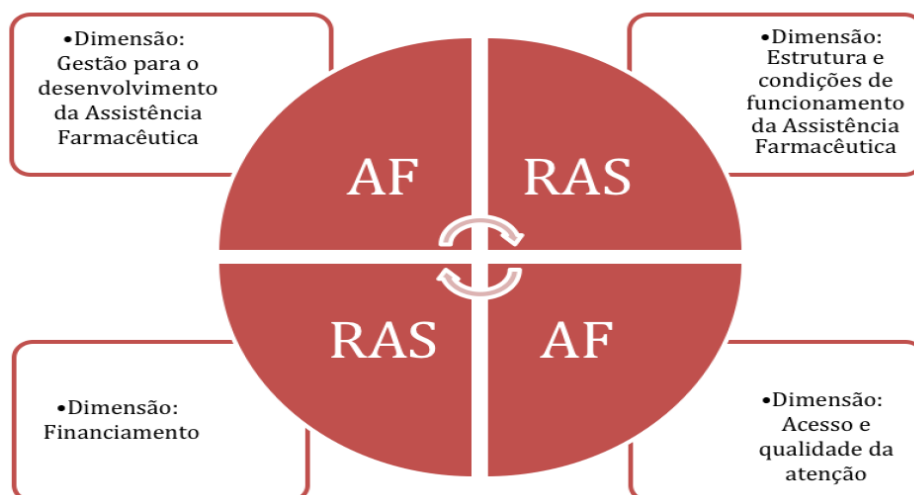


Figura 2 – Modelo Teórico proposto para a construção de instrumentos de coleta de dados da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde, Brasil (2013b).

Além das dimensões, os instrumentos de coleta foram elaborados à luz das 37 variáveis organizadas em dois grandes blocos: 1) variáveis ligadas à organização da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde; e 2) variáveis de financiamento da Assistências

Farmacêutica. O bloco 1, de variáveis, subdividiram-se em 3 categorias: 1.1) Aspectos técnico gerenciais, técnico-assistenciais e gestão da Assistência Farmacêutica; 1.2) Aspectos técnico-assistenciais; 1.3) Gestão da Assistência Farmacêutica. Este bloco contempla 24 variáveis, enquanto o bloco financiamento apresenta apenas 13, dos 37 totais (Quadro 1).

Quadro 1 – Variáveis de Organização e Financiamento da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde.

<b>1) Variáveis de Organização da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde:</b>
1.1) Categorias de serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, técnico-assistenciais e gestão da Assistência Farmacêutica:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Planejamento das ações da Assistência Farmacêutica.</li> <li>Abastecimento de medicamentos e insumos.</li> <li>Seleção de medicamentos.</li> <li>Programação de medicamentos.</li> <li>Aquisição de medicamentos.</li> <li>Distribuição de medicamentos.</li> <li>Sistema de informação em Assistência Farmacêutica.</li> <li>Procedimentos.</li> <li>Suporte técnico para a equipe de saúde.</li> <li>Informação e Educação em saúde.</li> <li>Educação Permanente.</li> <li>Recursos Humanos.</li> <li>Integração da Assistência Farmacêutica com outras áreas técnicas.</li> <li>Estrutura.</li> <li>Farmacovigilância.</li> </ul>
1.2) Categoria de serviços farmacêuticos técnico-assistenciais:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispensação de medicamentos.</li> <li>Dispensação Supervisionada de Medicamentos.</li> <li>Orientação Terapêutica/Saúde.</li> <li>Seguimento Farmacoterapêutico.</li> <li>Adesão ao Tratamento Medicamentoso.</li> </ul>
1.3) Categoria de gestão da Assistência Farmacêutica:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cooperação intergestores.</li> <li>Estruturas formais.</li> <li>Controle Social.</li> <li>Inferência Jurídica.</li> </ul>
<b>2) Variáveis de financiamento da Assistência Farmacêutica:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pactuação Comissão Intergestores Bipartite (CIB).</li> <li>Processo Licitatório.</li> <li>Consórcio.</li> <li>Co-financiamento Estadual/Municipal.</li> <li>Banco de Preços em Saúde.</li> <li>Relatório Anual de Gestão.</li> <li>Plano Plurianual.</li> <li>Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).</li> </ul>

Lei Orçamentária Anual (LOA). Programação Anual da Saúde (PAS). Oferta de Medicamentos. Receita do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Preço de aquisição.
---

Fonte: Elaboração própria.

A coleta de dados foi realizada de dezembro de 2013 a julho de 2015, em 485 municípios e o Distrito Federal, pertencentes a 17 estados e 43 regiões de saúde, que faziam parte das regiões prioritárias do QualiSUS-Rede em 2013. Foram visitados todos os estabelecimentos públicos de saúde que realizavam armazenamento local de medicamentos no período.

Foram aplicados cinco instrumentos para a coleta de dados: (1) questionário para o Secretário de Saúde; 2) questionário para o responsável pela Assistência Farmacêutica; 3) questionário para o responsável pelo ponto de atenção e/ou ponto de apoio terapêutico; 4) questionário para o responsável pela Central de Abastecimento Farmacêutica; e 5) questionário para o responsável pela farmácia hospitalar. Foi realizada observação direta, a fim de complementar informações apresentadas nos 3 últimos instrumentos.

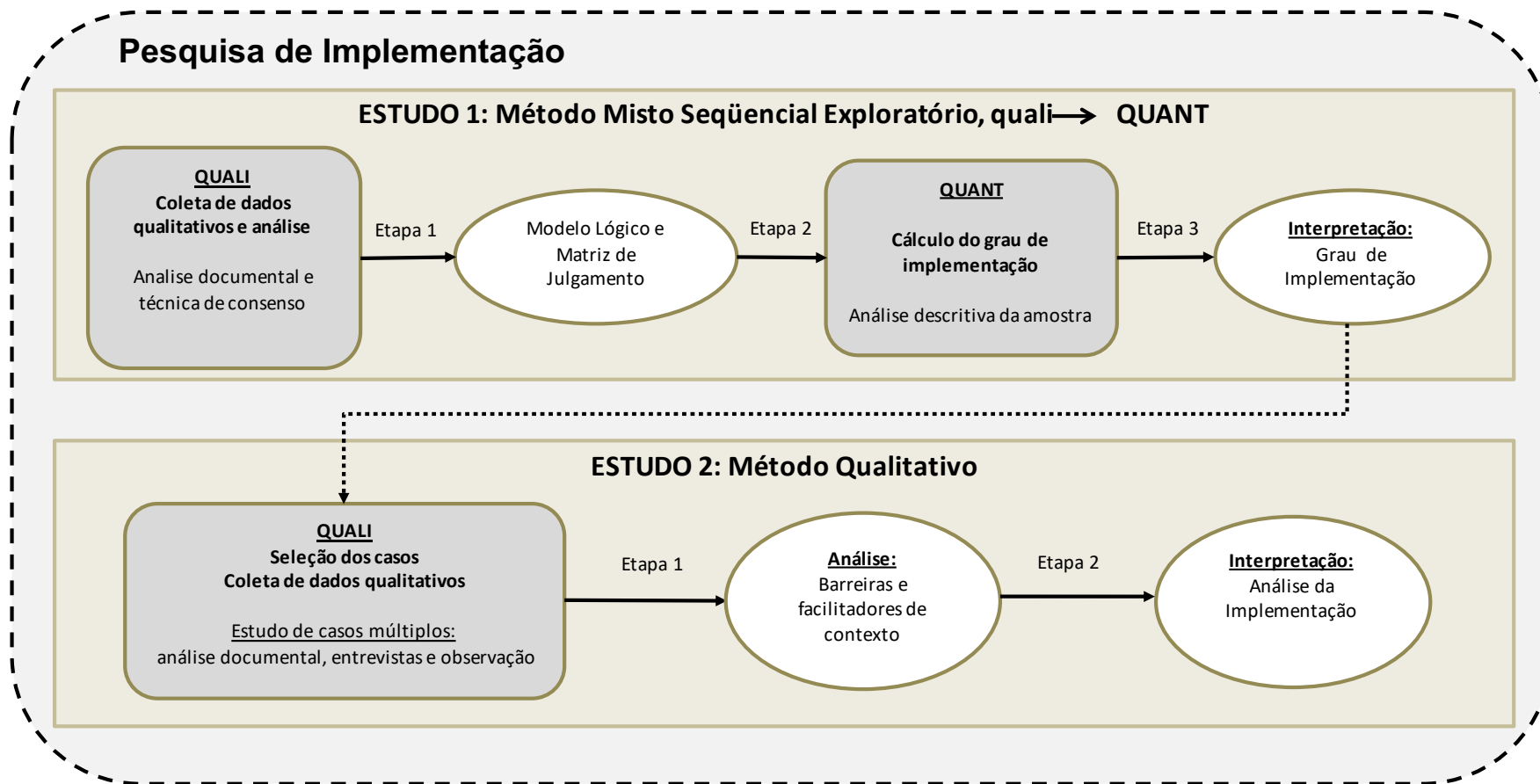
A coleta dos dados primários e secundários foi realizada por 15 Apoiadores Regionais em Assistência Farmacêutica do projeto QualiSUS-Rede, sob supervisão da equipe técnica do Departamento da Assistência Farmacêutica, e pelo supervisor do Projeto de Intervenção do Ministério da Saúde (MS).

## 4 Metodologia

Tratou-se de uma Pesquisa de Implementação (*Implementation Research*) uma vez que pretendeu descrever os processos utilizados na implementação de uma intervenção, bem como os fatores contextuais que afetam esses processos (PETERS; TRAN; ADAM, 2013).

Diante das diferentes abordagens possíveis para a pesquisa de implementação (PETERS; TRAN; ADAM, 2013), optou-se por adotar o método misto em multifases (*Multiphase Mixed Methods*) como estratégia útil para alcance dos objetivos propostos. Tal escolha se deveu à intenção de utilizar dados quantitativos e qualitativos, de maneira a aprimorar a compreensão do fenômeno em análise, integrando ambas as formas de dados e utilizando distintos desenhos, que podem envolver pressupostos filosóficos e modelos teóricos. É esperado que, a coleta de diversos tipos de dados proporcione maior compreensão sobre um problema de pesquisa, diminuindo a limitação apresentada pela utilização de apenas uma abordagem (CRESWELL, 2014; PATTON, 1992).

Essa pesquisa foi dividida em dois estudos. O primeiro se destinou à definição do grau de implementação dos Serviços Farmacêuticos na APS nos municípios brasileiros contemplados no estudo “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede”. Foi utilizado o método misto sequencial exploratório, conjugando a análise qualitativa e a análise quantitativa. No segundo estudo foram selecionados 3 municípios de maior grau de implementação, e dois de menor grau, e, por meio de uma abordagem qualitativa *in loco*, de estudo de casos múltiplos, investigou-se os condicionantes de contexto que determinaram o grau de implantação observado. A Figura 3 apresenta o delineamento da pesquisa de implementação e suas etapas.



Fonte: Elaboração própria

Figura 3 – Delineamento da pesquisa com Métodos Mistos em Multifase.



A escolha pela utilização dos dados produzidos pelo estudo-fonte deu-se por reconhecer que, a pesquisa desenvolvida pelo Ministério da Saúde gerou evidências valiosas sobre os serviços farmacêuticos de 485 municípios brasileiros, constituindo-se, portanto, como um conjunto de informações com grande potencial para estudo. Além disso, não se pode deixar de mencionar que a realização de estudos avaliativos de serviços de saúde, em larga escala, requerem uma estrutura grandiosa de recursos físicos, humanos e financeiros e longo tempo (BREITENSTEIN et al., 2010). Sendo assim, torna-se útil, e mais eficiente, conjugar pesquisas e/ou utilizar dados pré-existentes de pesquisas cujo objeto seja semelhante.

#### **4.1 *Estudo 1 – Identificação do Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde***

Tratou-se de um estudo de pré-avaliação com vistas à elaboração do modelo lógico, matriz de análise e matriz de julgamento, para subsidiar a identificação do nível de implementação dos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) na Atenção Primária no Brasil, a partir de dados pré-existentes em base secundária. Foi dividido em três fases, sendo a primeira destinada à elaboração de modelo lógico (MLog) a partir da adaptação da proposta de Pereira (2013); a segunda, à elaboração da matriz de análise e julgamento; e a terceira, à definição do grau de implementação dos SEFAR-APS.

Os estudos de pré-avaliação são formados por um conjunto de procedimentos que precedem à avaliação de políticas e programas, sendo, portanto, etapa fundamental no processo avaliativo (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015). Segundo Leviton *et al.*(2010) e o Center for Disease Control and Prevention (1999), constituem-se etapas prévias ao estudo avaliativo: (a) envolver as partes interessadas; (b) descrever/ delinear o programa (ex.: elaboração de modelo lógico) de acordo com os objetivos do programa, atividades envolvidas, recursos para implementação e os efeitos esperados; (c) focalizar no desenho da avaliação; (d) garantir evidências confiáveis, com os dados necessários para responder a perguntas de avaliação; (e) justificar conclusões e análises usando padrões, procedimentos analíticos, interpretação e julgamento; (f) garantir o uso e compartilhar as lições aprendidas. Para este estudo, considerando já haver evidências/dados confiáveis para avaliação, optou-se por focar no desenho da avaliação, priorizando a elaboração do modelo lógico (MLog) e a construção de matriz de análise, com vistas a justificar análises e julgamentos da implementação.

##### **4.1.1 *Construção do Modelo Lógico***

Em estudos avaliativos, a primeira etapa deve ser destinada à elaboração do modelo lógico-teórico da intervenção. O modelo lógico - Mlog é uma ilustração gráfica de como o programa ou intervenção produz os resultados desejados. Mostra as relações entre os insumos (“*input*”) disponíveis e suas atividades planejadas para criar e entregar os resultados (“*outcomes*”) esperados. É considerado uma ferramenta valiosa de planejamento, com usos para o monitoramento e pesquisas de implementação (AHRQ, 2013). Ele ajuda os avaliadores (e implementadores de programas) a aumentar a compreensão sobre o funcionamento de intervenções complexas; a alcançar um consenso sobre os objetivos da intervenção; esclarecer

metas e lacunas conceituais; fornecer uma estrutura crítica para monitorar operações e rastrear como a intervenção evolui ao longo do tempo; e orientar no desenvolvimento de indicadores de insumos, processos e resultados (AFIFI et al., 2011).

A elaboração do MLog nesta pesquisa envolveu: (1) análise do modelo lógico proposto por Pereira (2013) e do questionário 3, utilizado no estudo-fonte para entrevista aos responsáveis pelos serviços farmacêuticos (BRASIL, 2013b); (2) Seleção e adequação dos componentes técnicos e atividades; (3) Consulta aos Atores-chaves; e (4) Construção do modelo lógico.

O MLog proposto por Pereira (2013) foi elaborado a partir de um estudo de avaliabilidade dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Esse modelo teve como objetivo ampliar a compreensão sobre os SEFAR na APS no contexto municipal. Sua elaboração foi baseada em revisão da literatura, análise documental e entrevista semiestruturada a gestores e profissionais relacionados à Assistência Farmacêutica.

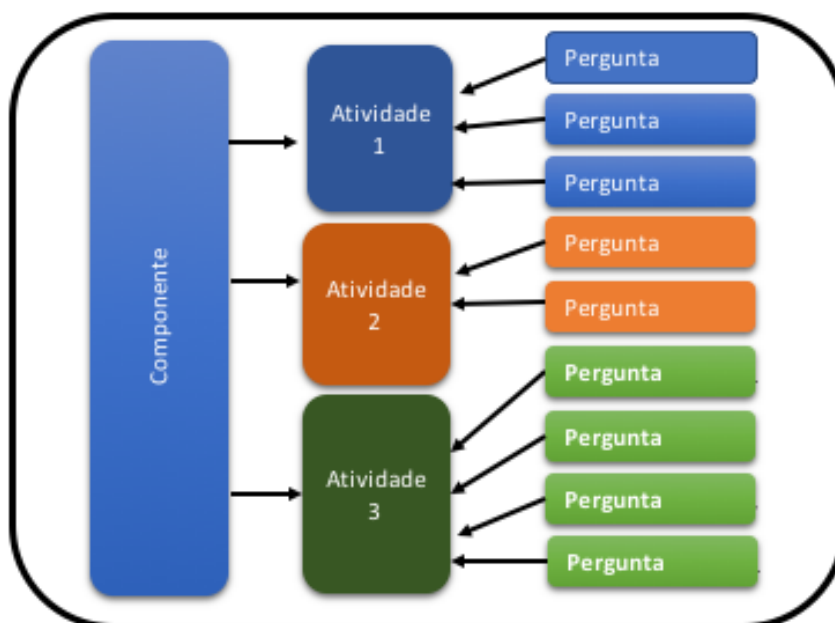
O modelo foi estruturado em duas células operacionais “Gestão Técnica do Medicamento” e “Gestão do Cuidado”, visando demonstrar dois momentos operativos distintos. A primeira célula operacional “Gestão do Medicamento”, voltada para ações diretamente ligadas ao medicamento, foi dividida em cinco componentes técnicos: seleção, programação, solicitação, armazenamento e distribuição. A segunda célula, “Gestão do Cuidado”, voltada às ações ligadas ao uso de medicamentos e ao cuidado em saúde, possuiu nove componentes técnicos: dispensação; educação em saúde, aconselhamento e medidas de prevenção; tomada de decisões clínicas, diagnósticas e/ou terapêuticas; produção da informação e comunicação; coordenação do cuidado; visão continuada e integral dos processos; trabalho em equipe e relações interprofissionais; educação permanente e formação; e orientação ao cidadão. Dessa maneira, totalizou-se 14 componentes técnicos, organizados em 67 atividades, 66 produtos, 54 resultados imediatos e 38 resultados intermediários.

Já o questionário 3, utilizado no estudo-fonte “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede” foi aplicado às unidades básicas de saúde/centros de saúde/postos de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), farmácias do sistema prisional e farmácias em edificação exclusiva (medicamentos básicos/farmácia viva/programa farmácia popular/medicamentos especializados) nos municípios estudados (ARAÚJO et al., 2017). O questionário continha 77 perguntas estruturadas, distribuídas em 25 variáveis e em 3 dimensões:

- Gestão para desenvolvimento da Assistência Farmacêutica (D1);
- Estrutura e condições de funcionamento da Assistência Farmacêutica (D2);
- Acesso e qualidade da atenção (D3) (BRASIL, 2013b).

Inicialmente, foram selecionados os componentes técnicos e as atividades do modelo de Pereira (2013) que possuíam relação com as perguntas do questionário 3. As perguntas foram analisadas e agrupadas segundo componente técnico e, mais especificamente, segundo atividade do modelo (Figura 4).

Figura 4 – Representação da seleção das atividades do MLog, segundo as perguntas utilizadas para coleta de dados pelo Estudo-Fonte.



Fonte: Elaboração Própria

Algumas perguntas do questionário não apresentavam relação com qualquer atividade do MLog usado como referência inicial. Tal fato ensejou a definição de novas atividades ao MLog. Em seguida, iniciou-se a análise sobre o conteúdo textual dos componentes e das atividades selecionadas, com vistas a sua adequação, quando necessário. Essa etapa foi desenvolvida em conjunto com outro pesquisador, e o resultado, encaminhado para julgamento de atores-chaves.

A seleção dos atores-chaves para compor o painel de consenso levou em consideração pelo menos dois dos seguintes critérios: : (i) ter participado do projeto “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede”; (ii) ser farmacêutico com mais de 2 anos de experiência em Assistência Farmacêutica

na Atenção Primária à Saúde (APS); (iii) ser pesquisador da área de Assistência Farmacêutica Básica (AFB); ou (iii) ser ou ter sido gestor de saúde com experiência em APS e AFB. Foram convidados seis atores-chaves, dentre eles estavam pesquisadores, profissionais farmacêuticos e gestores.

No convite para participação do painel, os atores-chaves receberam informações sobre a metodologia a ser empregada. O método de consenso foi inicialmente previsto para ser realizado em dois momentos: 1) envio, por correio eletrônico, de questionário e devolução para consolidação das respostas; 2) reunião virtual envolvendo os especialistas e os autores para consenso final.

Após obtido seu consentimento na participação no estudo, foi enviado aos atores-chaves, por meio eletrônico: instruções sobre a primeira etapa, o modelo lógico adaptado e 3 blocos de perguntas. No bloco 1, solicitava-se aos especialistas que julgassem o MLog quanto a pertinência e relevância dos componentes técnicos, assim como a adequação das dimensões aos propósitos do presente estudo. Solicitou-se que fosse apontada a relevância de cada componente técnico, a partir de uma escala de 0 a 10. As demais perguntas solicitavam respostas dicotômicas (sim ou não). O bloco 2 continha 5 (cinco) questões que versavam sobre: (i) correlação da pergunta do questionário com a atividade do modelo lógico; (ii) pertinência da atividade para o modelo lógico; (iii) clareza da atividade (conteúdo); (vi) correlação da atividade ao componente técnico. Todo bloco solicitava respostas dicotômicas. Já no bloco 3, solicitava-se que os especialistas avaliassem as perguntas do questionário que foram expurgadas na primeira etapa de construção do Mlog.

Tendo em vista a não adesão dos especialistas à primeira etapa, foi feito convite para reunião virtual, a fim de que o questionário enviado fosse preenchido sincronicamente em processo de discussão. A reunião foi realizada por meio do aplicativo Skype, com duração de 2h, e contou com a presença de 3 (três) dos seis especialistas convidados. Ao iniciar a reunião, foi solicitado aos participantes autorização para gravação e, sendo consentida, a reunião foi iniciada. O Mlog foi apresentado aos especialistas para análise e discussão, sendo solicitado posteriormente que fossem respondidos os blocos 1 e 2. Todas as ponderações apresentadas foram consensuais, sem votação. Os autores assumiram o desempate nos casos cabíveis, com base em análise da literatura.

A última etapa da elaboração foi caracterizada pela adequação do modelo lógico dos Serviços Farmacêuticos à luz das considerações apresentadas pelos especialistas.

#### ***4.1.2 Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento***

A matriz de análise e julgamento, também chamada de matriz de avaliação, é uma representação matricial das questões de avaliação, cujo objetivo central é organizar e estruturar a coleta de evidências. A matriz de análise difere de demais matrizes (descrição e monitoramento) por produzir julgamento de valor sobre a intervenção. De maneira geral, sua construção é feita à luz do modelo lógico, sendo constituída, principalmente, por indicadores, padrão, fonte de verificação, ponto de corte e julgamento (USAID, 2015).

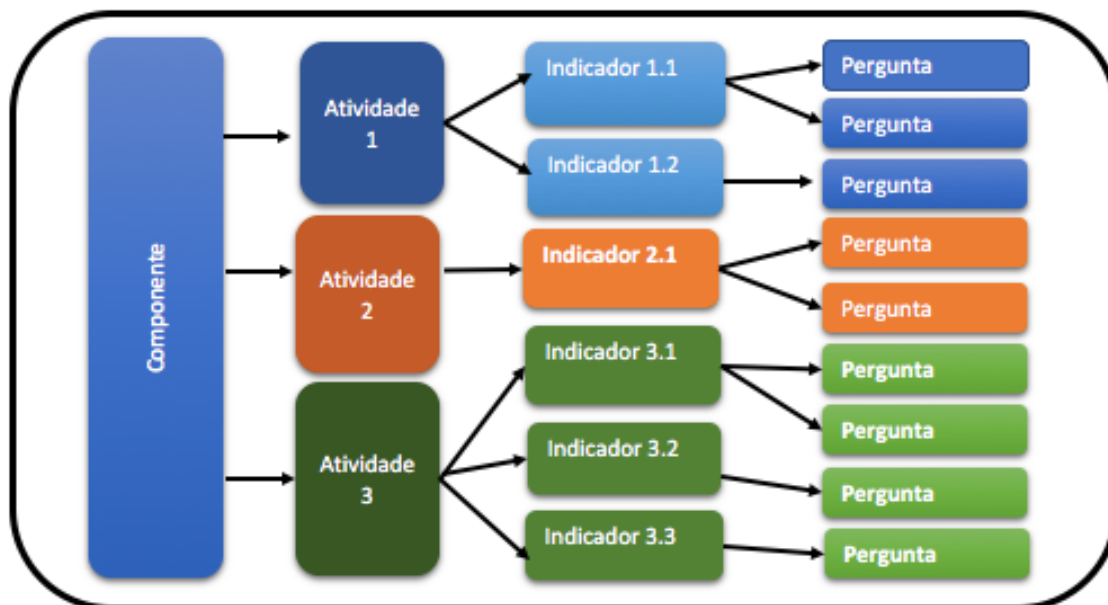
A matriz elaborada nessa pesquisa pretendeu ser um instrumento de mensuração, capaz de responder às questões avaliativas dos implementadores, a partir da estruturação e julgamento das evidências coletadas (CDC, 1999). Por se tratar de uma pesquisa de implementação, os indicadores construídos pretenderam aferir se os recursos e atividades previstos para a intervenção estão sendo implementados de acordo com o presumido no Mlog (HANSEN et al., 2008). Outrossim, sua utilização pretendeu facilitar o planejamento, análise e interpretação das informações coletadas e contribuir na organização e apresentação dos dados coletados (SAMICO et al., 2010).

A elaboração da matriz de análise tem início juntamente com a construção do Mlog, no momento em que é realizada a classificação das perguntas do estudo-fonte. Sua organização foi feita no programa Excel® e, inicialmente, contava apenas com 4 variáveis: “componente”, “atividade”, “pergunta” e “resposta”.

As alterações no MLog decorrentes da reunião de consenso ensejaram revisão e adequação das atividades da matriz de análise. Tais mudanças oportunizaram a reflexão sobre a melhor forma de elaboração dos indicadores.

Os indicadores foram construídos com base no objetivo de cada atividade e na informação coletada por cada pergunta do estudo-fonte. Assim, cada componente técnico possui um conjunto de atividades, sendo que cada atividade possui, pelo menos, um indicador, o qual existe, pelo menos, 1 pergunta vinculada (Figura 5).

Figura 5 – Estrutura primária da matriz de análise



Fonte: Elaboração Própria

Para cada indicador foi atribuído um padrão, ou seja, um valor de referência mensurável representando a meta (ideal) a ser alcançada. A definição dos padrões para cada indicador foi realizada à luz da pesquisa bibliográfica e conhecimento empírico do pesquisador. A partir da definição dos padrões, foi possível atribuir valores de referência para os indicadores (pontos de corte). Dessa forma, para cada indicador, foi atribuído uma pontuação entre 0 e 10, onde 0 corresponde ao padrão não atingido e a pontuação máxima significa o alcance do padrão em sua plenitude. O ponto de corte de cada indicador foi definido de acordo com as respostas às perguntas vinculadas ao referido indicador. Assim, a pontuação de cada pergunta foi definida considerando o padrão do indicador e o tipo de pergunta: 1) resposta única; 2) dicotômica; 3) múltipla; 4) semiaberta; ou 5) encadeada.

Cada uma das variáveis-respostas foram analisadas para atribuição dos pontos, sendo classificadas individualmente por meio de um código único de identificação, composto pelo código da pergunta e código da resposta (ex.: D1P44/2). Para as perguntas dicotômicas, considerou-se pontuação máxima (10) para execução completa do padrão ouro e mínima (0) para não execução. As demais perguntas também receberam pontuação de acordo com o padrão, entretanto, por possuírem maior possibilidade de respostas, sua pontuação variou entre execução do padrão, realização parcial ou não realização.

O peso de cada componente foi elaborado à luz do julgamento dos atores-chaves na reunião de consenso sobre a relevância/importância dos componentes técnicos do MLog da

intervenção. Os atores-chaves julgaram a relevância de cada componente técnico, atribuindo-lhes uma pontuação em escala de 0 a 10, onde zero não apresentava relevância e 10 representava a maior relevância. Ao final, foi possível identificar e ranquear os componentes técnicos segundo sua relevância para os Serviços Farmacêuticos.

Em todas as etapas foi utilizado o programa Excel® para organização e estruturação da matriz.

#### ***4.1.3 Definição do Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos***

Esta etapa foi destinada à definição do nível de implementação dos Serviços Farmacêuticos na APS nos municípios brasileiros, a partir da exploração da base de dados secundária oriunda do estudo-fonte e utilização da matriz de análise construída na fase anterior. Foi considerada como unidade de análise o município e o desfecho esperado para esta pesquisa foi a oferta de Serviços Farmacêuticos na APS conforme previsto no MLog.

O banco de dados secundários é composto de informações referentes às entrevistas realizadas com responsáveis pelos SEFAR em diferentes pontos de atenção municipal (hospitais, centros de saúde, Centro de Atenção Psicossocial, etc.). Neste estudo, foram utilizados apenas dados provenientes de centros de saúde/unidades básicas de saúde, ambulatorios, centros de apoio à saúde da família e farmácias em edificações específicas que forneciam medicamentos do componente básico da AF e dados de observação direta. As entrevistas foram coletadas por meio de questionário estruturado. E os dados de observação direta atenderam a um roteiro com perguntas específicas.

As informações coletadas no estudo-fonte foram organizadas no Microsoft Excel, segundo ponto de atenção visitado (linha) e pergunta do questionário (coluna). Cada ponto de atenção foi classificado segundo as variáveis descritas no Quadro 2.

Foram identificadas diferenças entre o número de perguntas respondidas por cada ponto de atenção. Assim, como critério de inclusão, foi definido que todas as unidades entrevistadas fariam parte da análise e que o cálculo do nível de implementação seria mensurado de acordo com o número de perguntas respondidas para cada ponto de atenção. As perguntas sem respostas não seriam consideradas para efeito de cálculo.



Quadro 2 – Informações disponíveis no banco de dados do estudo-fonte “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS - Rede”.

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
<b>co_aplic</b>	Código da Aplicação
<b>co_ibge</b>	Código do IBGE
<b>co_cnes</b>	Código do CNES
<b>co_questionario</b>	Código do Questionário
<b>co_apoiador_consolidado</b>	Código do Apoiador
<b>ds_regiao_qualisus</b>	Descrição da Região do QualiSUS
<b>co_dimensao</b>	Código da Dimensão
<b>nome_mun</b>	Nome do Município
<b>estado</b>	Estado
<b>regiaoADM</b>	Região Administrativa
<b>regiaosaude</b>	Região de Saúde
<b>ds_nome_estab</b>	Nome do Estabelecimento de Saúde
<b>ds_endereco</b>	Endereço
<b>ds_responsavel</b>	Responsável
<b>ds_formacao</b>	Formação
<b>co_regiaosaude</b>	Código da Região de Saúde
<b>tipo_estab</b>	Tipo de Estabelecimento
<b>tipo_estab_sub_farm</b>	Tipo de Estabelecimento Subfunção Farmácia
<b>sub_tipo_estab</b>	Subtipo de Estabelecimento
<b>pop_2015</b>	População em 2016
<b>porte_pop_2015</b>	Porte Populacional em 2015

Fonte: Elaboração própria

O cálculo para obtenção do grau de implementação foi dividido em etapas. Na primeira etapa foi realizado o cálculo da pontuação de cada pergunta vinculada aos indicadores.

A segunda etapa de cálculo correspondeu à definição da pontuação alcançada pelos indicadores. Para indicadores compostos, ou seja, aqueles que tinham mais de uma pergunta vinculada, foi realizada a média entre a pontuação obtida em cada pergunta. A pontuação máxima de cada pergunta era 10 pontos, a mesma pontuação máxima do respectivo indicador. A pontuação alcançada pelo indicador foi multiplicada pelo peso de seu respectivo componente, obtendo assim sua pontuação final. Portanto, a fórmula de cálculo do indicador utilizada foi a seguinte:

$$F_j = D_j * E_j$$

$$D_j = \frac{\sum_{i=1}^N P_i}{N}$$

Onde:

$F$  = escore alcançado pelo indicador  
 $E$  = peso do componente  
 $P$  = perguntas  
 $i$  = nº de perguntas  
 $N$  = total de perguntas por indicador  
 $D$  = média das perguntas relacionadas ao indicador

Na terceira etapa procedeu-se ao cálculo do nível de implementação de cada ponto de atenção. Para fins de cálculo de nível de implementação, foi feito o cálculo da pontuação máxima esperada para cada indicador. A partir das variáveis obtidas na etapa anterior, foi possível calcular o **nível de implementação do ponto de atenção**:

$$U = \frac{\sum_{j=1}^N F_j}{\sum_{j=1}^N G_j} = \frac{\sum_{j=1}^N D_j * E_j}{\sum_{j=1}^N 10 * E_j}$$

Onde:  
 Corre um índice  $j$  nos indicadores  
 $G$  = escore esperado para o indicador

Em seguida, foi realizado o cálculo do nível de implementação do município a partir da mediana dos valores obtidos em cada ponto de atenção do referido município. Assim, o nível de implementação do município é definido segundo a seguinte fórmula:

$$\text{Nível de implementação} = Me * 100$$

$$Me = U_k, k = \frac{n + 1}{2} \text{ ou } k = \frac{\frac{n}{2} + \frac{n+2}{2}}{2}$$

Onde:  
 $U$  = valor do termo central  
 $k$  = termo central na sequência de pontos de atenção  
 $n$  = número de pontos de atenção

A definição dos pontos de corte, para julgamento do grau de implementação dos SEFAR-APS municipal, utilizou como parâmetro o Modelo B, proposto por Cosendey (2003), sendo julgado o grau de implementação como incipiente (<25%), crítico (25-49%), insatisfatório (50-75%) e aceitável (>75%). A literatura (HENRIQUE; CALVO, 2009; PHULKERD et al., 2017; RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017; SOARES et al., 2019; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010) não apresenta um padrão de pontos de cortes para avaliação dos programas, ficando a critério dos autores julgar qual o melhor ponto de corte a ser utilizado.

O processamento, organização e estruturação do banco foi feito por meio de planilhas do programa Excel®.

## 4.2 *Estudo 2: Análise de Implementação*

A avaliação dos SEFAR-APS foi feita retrospectivamente com dados qualitativos, cuja coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas a atores-chaves da implementação, observação direta ao SEFAR-APS e análise documental municipal. O “*Consolidated Framework for Implementation Research – CFIR*” foi utilizado como guia norteador para o instrumento de entrevista, codificação e análise das informações.

### 4.2.1 *Seleção dos Casos e Participantes*

A seleção dos casos foi feita com base no Grau de Implementação (GI) municipal dos SEFAR-APS obtido no Estudo 1. O GI dos municípios foi ordenado de maneira crescente e classificados segundo quartis. Foram selecionados dois municípios presentes no quartil inferior e três municípios do quartil superior da amostra explorada. Os municípios foram selecionados com base nos seguintes critérios: 1) Disponibilidade<sup>7</sup>; 2) Acessibilidade geográfica<sup>8</sup>; 3) Tempo<sup>9</sup>; 4) Orçamento<sup>10</sup>.

O gestor da Assistência Farmacêutica de cada município foi convidado formalmente a participar da pesquisa. Foi solicitado a cada gestor que indicasse para entrevista dois profissionais envolvidos diretamente com execução ou implementação dos SEFAR-APS. Ressalta-se, entretanto, que esse critério não pôde ser aplicado a um dos municípios selecionados por apresentar SEFAR-APS único, cuja execução e implementação eram feitas pelo próprio gestor da AF.

Segundo Creswell (2014), o estudo de caso é uma forma versátil de pesquisa qualitativa, adequada para uma investigação abrangente, holística e aprofundada de uma intervenção complexa, onde o limite entre o contexto e a intervenção não está claro, e muitas variáveis estão envolvidas. É considerado uma estratégia de pesquisa sobre um evento que dificilmente pode ser isolado ou separado de seu contexto (YIN, 2013). Por isso são úteis para a compreensão da dinâmica interna da intervenção, principalmente em análises de casos múltiplos, por capitalizar informações sobre variações organizacionais e permitir o exame de como os fatores de contexto que podem influenciar na implementação (WENSING; GROL, 2013).

---

<sup>7</sup> Disponibilidade do município em participar da pesquisa, manifestado formalmente por meio de autorização da visita de campo.

<sup>8</sup> Distância percorrida entre o município de origem do pesquisador e os municípios-caso.

<sup>9</sup> Tempo de deslocamento entre os municípios visitados.

<sup>10</sup> Plano orçamentário disponível para custeio de transporte, alimentação, estadia e material de pesquisa.

Diferente do estudo de caso único, em que a observação de apenas uma situação pode comprometer a validade externa do estudo, a opção por casos múltiplos permite, dada sua lógica de reprodução de análises, generalizar os resultados com maior segurança (YIN, 2013). Além disso, oportuniza ao pesquisador explorar diferenças dentro e entre os casos, bem como estabelecer comparações.

A escolha dos casos deve ser cuidadosa, para que se possa garantir relevância das questões de interesse e o uso da lógica de replicação: os casos devem ser escolhidos para produzir achados contrastantes já previstos (replicação teórica ou “*theoretical replication*”) ou achados semelhantes (replicação literal ou “*literal replication*”) (HARRISON et al., 2017).

A utilização de métodos múltiplos pretendeu garantir uma profunda compreensão da intervenção em análise, além de ser considerada um caminho seguro para validação da pesquisa (FIGARO, 2014) por possibilitar a diminuição de vieses associados à coleta de dados de fenômenos retrospectivos (GOLDEN, 1992).

#### **4.2.2 Coleta dos Dados**

Os dados foram coletados no período de fevereiro de 2019 a março de 2019. As entrevistas, com duração 40 a 60 minutos, foram realizadas “*in loco*”. Com vistas a esgotar o contexto de análise, as informações das entrevistas foram trianguladas com achados da observação direta e documentos coletados.

O roteiro utilizado continha perguntas e instruções que orientavam os participantes a considerar as estratégias de implementação que sua organização empregou em vários níveis do contexto de implementação, conforme taxonomia apontada pelo CFIR (Apêndice 5, p.199) (DAMSCHRODER et al., 2009).

O roteiro de entrevista foi baseado no *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (DAMSCHRODER et al., 2009), o qual foi desenvolvido para servir como referência comum para a maioria dos fatores considerados como importantes para o sucesso da implementação. Ele aponta cinco domínios relacionados ao contexto da implementação: características da intervenção, fatores externos, fatores internos, características dos indivíduos envolvidos e do processo de implementação. Assim, sua composição pretendeu capturar a natureza complexa e em multiníveis da implementação, sugerindo que o seu sucesso requeira estratégias que alcancem diversos níveis do contexto (DAMSCHRODER et al., 2009; POWELL et al., 2013).

Os motivos para utilização do CFIR nesse estudo relacionaram-se à necessidade de utilização de um modelo capaz de orientar a pesquisadora sobre quais aspectos devem ser apreendidos no momento da coleta de dados e quais variáveis do contexto de implementação devem ser apreendidas para subsidiar uma análise profunda sobre cada caso.

O roteiro de entrevista guiou os respondentes a discutirem aspectos de contexto relacionados com as experiências individuais da implementação e a manifestarem os desafios e os facilitadores vividos durante o processo. Não foram realizadas perguntas específicas sobre os constructos, mas sim questionamentos acerca de experiências ligadas aos cinco componentes essenciais do CFIR. Foi feito um esforço de eleger temas relacionados aos SEFAR que tivessem relação com os 5 domínios do CFIR. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise.

A observação direta foi realizada durante as visitas para realização das entrevistas aos profissionais atuantes nos SEFAR-APS municipais. Essa técnica objetivou apreender aspectos relacionados às características estruturais e de execução da intervenção “*in loco*”.

O principal objetivo da observação é produzir conhecimento sobre a vida humana, firmado na realidade cotidiana. Observações podem ocorrer em qualquer lugar onde as pessoas estejam fazendo coisas (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004), principalmente produzindo intervenções em saúde. Assim como as entrevistas, a observação direta foi realizada com auxílio de um roteiro, elaborado com base no CFIR, com vistas a orientar a observação do pesquisador de campo durante a coleta de dados.

A análise documental envolveu a revisão de documentos-chaves, de acesso público, e documentos providenciados pelos atores-chaves. Os gestores e demais profissionais entrevistados foram questionados sobre a disponibilidade e existências de documentos utilizados para o processo de implementação. Essas fontes serviram para complementação das informações acerca das estratégias de implementação e processos de tomada de decisão.

### **4.2.3 Codificação dos Dados**

Na primeira fase foi feita a familiarização dos dados brutos, com leitura atenta das entrevistas transcritas, para identificar as principais ideias e temas recorrentes. A codificação e organização dos dados das entrevistas foram feitas com auxílio da matriz CFIR (2019). Primeiro, os dados foram codificados, de acordo com os temas ligados ao SEFAR-APS (Apêndice 5, p.199). Depois, as informações foram categorizadas segundo domínio do CFIR. Foram utilizados o software Atlas.ti e Excel durante todo o processo.

#### 4.2.4 Análise dos Dados

Os dados das entrevistas, de observação direta e análise documental foram analisados separadamente. Em seguida, foram triangulados e analisados à luz das variáveis apontadas no Modelo Consolidado para Pesquisa de Implementação (DAMSCHRODER et al., 2009).

Os casos foram descritos individualmente e as análises foram realizadas por meio do método de casos cruzados (*cross-case analysis*), onde foram apresentadas as suas diferenças e semelhanças. Essa técnica é bastante utilizada em estudos de casos múltiplos, por analisar de forma individual cada caso e, posteriormente, compará-los com identificação de semelhanças e diferenças.

Os casos foram descritos em termos de território, população, renda, saúde e indicadores sociais, como apresenta o Quadro 3.

Quadro 3 – Indicadores utilizados para descrição dos municípios-caso

Tema	Indicadores	Fonte
Território	Extensão Territorial	IBGE <sup>1</sup> (2019)
População	Densidade Demográfica e Taxa de Urbanização	IBGE (2019)
Renda	Produto Interno Bruto, Renda <i>per capita</i> Média e Proporção de Pessoas Pobres (vivendo com menos de R\$ 140,00/mês).	IBGE(2019) e PNUD <sup>2</sup> (2013)
Saúde	Taxa de Mortalidade Infantil e Perinatal , Mortalidade Geral e Mortalidade Materna	DATASUS <sup>3</sup> (2019) e IBGE (2019)
Social	Índice de Gini e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	PNUD(2013)

<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

<sup>2</sup>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

<sup>3</sup> Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaboração Própria

As análises envolveram a elaboração de matrizes, a fim de apresentar os dados em um modelo uniforme (POWELL et al., 2013). A matriz de análise, para fim de comparação entre os municípios de maior e menor grau, foi realizada seguindo a classificação apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 – Critérios utilizados para classificação dos constructos.

Pontuação	Critério
-2	O constructo terá influência negativa na organização, impedindo o processo de trabalho e/ou a implementação. A maioria dos entrevistados descrevem explicitamente, com exemplos práticos, como o referido aspecto influencia de maneira negativa.

<b>Pontuação</b>	<b>Critério</b>
-1	O constructo terá influência negativa na organização, impedindo o processo de trabalho e/ou a implementação. Os entrevistados fazem apontamentos gerais sobre os constructos, manifestando uma direção negativa, porém sem casos concretos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem existir opiniões diferentes, mas com avaliação geral negativa.</li> <li>• O argumento sobre o ponto negativo é fraco.</li> </ul>
0	O constructo terá influência neutra se: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parecer ter um efeito neutro (puramente descritivo) ou ser mencionado genericamente.</li> <li>• Existirem posições opostas sobre a influência dentro da organização em que uma equilibra a outra.</li> </ul>
+1	O constructo terá influência positiva na organização facilitando o processo de trabalho, e/ou a implementação. Os entrevistados fazem apontamentos gerais sobre os constructos, manifestando uma direção positiva, porém sem casos concretos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode existir opiniões diferentes, mas com avaliação geral positiva.</li> <li>• O argumento sobre o ponto positivo é fraco.</li> </ul>
+2	O constructo terá influência positiva na organização, facilitando o processo de trabalho, e/ou a implementação. A maioria dos entrevistados descrevem explicitamente, com exemplos práticos, como o referido aspecto influencia de maneira positiva.

Fonte: Elaboração Própria

A partir da classificação, foi feita uma análise para evidenciar os constructos extremamente diferentes entre os municípios de maior e menor grau de implementação.

### **4.3 Considerações Éticas**

Este estudo pretendeu contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre os fatores de contexto associados à implementação dos Serviços Farmacêutico na APS brasileira. Espera ser instrumento útil para o campo teórico de análise de políticas farmacêuticas, por corroborar para maior a compreensão sobre a implementação de intervenções relacionadas às políticas farmacêuticas nacionais, bem como do alcance de seus objetivos precípuos. Diante de sua relevância social, justifica-se a necessidade e a utilização de diversos dados quantitativos e qualitativos, coletados prioritariamente de atores-chaves, para o desenvolvimento da pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa que envolveu seres humanos, e em cumprimento com a Resolução 466/2012, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CAAE 82169318.6.0000.5240 – e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro – CAAE– antes da coleta de dados qualitativos (Apêndice 2, p.194).

A participação dos sujeitos de pesquisa em entrevista foi condicionada ao aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3, p.195), sendo-

lhes garantidos todos os direitos estabelecidos nas normativas, tais como a confidencialidade, o sigilo, o direito de sair da pesquisa em qualquer momento, etc.

Os arquivos digitais, derivados da coleta de dados, foram protegidos por senha, de forma a preservar os participantes do estudo, e só os pesquisadores tiveram acesso.

Finalmente, planeja-se disseminar os resultados da pesquisa, adicionalmente, ao presente texto, por meio de apresentação em eventos técnicos, científicos e redação de artigos científicos para a comunidade acadêmica. Aos sujeitos de pesquisa e instituição participantes será enviado um sumário executivo contendo os principais achados e resultados da pesquisa.

O estudo 1 foi conduzido paralelamente à apreciação ética, pois utiliza dados da pesquisa “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede”, previamente aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).



## **5 Resultados e Discussão**

### **5.1 *Estudo 1 – Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos na APS Brasileira***

Essa etapa da pesquisa destinou-se à definição do grau de implementação dos SEFAR na APS brasileira a partir do banco de dados do estudo-fonte “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede”.

As questões primárias do estudo foram:

- a) Quais atividade essenciais compõem o MLog dos SEFAR-APS?
- b) Como elaborar uma matriz de julgamento capaz de avaliar o grau de implementação dos SEFAR-APS por meio de informações já coletadas? Quais indicadores e pontos de cortes devem ser utilizados?
- c) Qual o grau de implementação dos SEFAR-APS nos municípios participantes do estudo “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede”?

A primeira sessão do capítulo foi dedicada à construção do MLog de identificação das atividades essenciais dos SEFAR-APS. A segunda, destinou-se à construção da matriz de análise e julgamento dos SEFAR-APS, com a definição de indicadores e seus pontos de corte. A terceira, destinou-se à apresentação dos dados obtidos a partir da aplicação da matriz de julgamento e cálculo do grau de implementação dos SEFAR-APS.

### **5.1.1 O Modelo Lógico dos Serviços Farmacêuticos na APS**

O modelo lógico aqui proposto (Apêndice 6, p.202) para os serviços farmacêuticos na APS tem como pressuposto que, mesmo diante do poder discricionário dos entes federativos e da diversidade do contexto brasileiro, uma intervenção se caracteriza por atividades essenciais.

No caso, o conjunto das atividades deve visar à garantia do acesso a medicamentos de qualidade e seu uso racional, independente do contexto e da forma de organização em que a intervenção seja executada - em farmácias, em edificação exclusiva ou dentro de unidades de saúde. Não se pretende, aqui, restringir a maneira de execução da intervenção, mas sim apresentar uma estrutura de serviços farmacêuticos que possam ser comuns de serem encontrados em qualquer município do Brasil.

Assim, a elaboração do modelo lógico foi precedida dos seguintes questionamentos: o que são serviços farmacêuticos? Quais atividades a literatura define como sendo essenciais para sua implementação no Brasil de forma a garantir acesso a medicamentos de qualidade e seu uso racional?

Nessa pesquisa, os Serviços Farmacêuticos na APS são:

“atividades administrativas que têm por finalidade garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação; serviços assistenciais que garantam a efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde (BRASIL, 2009).”

Tais serviços são funcionalmente integrados aos estabelecimentos de saúde e buscam garantir atenção integral, integrada e contínua, atendendo as necessidades e problemas de saúde da população (OPAS, 2013). Nessa medida, diferencia-se do conceito de Assistência Farmacêutica por se tratar de uma intervenção executada no nível da microgestão, seja por farmacêutico ou alguém sob sua supervisão, exigindo dos profissionais habilidades mais técnicas e menos gerenciais. Pode ser considerada uma intervenção que visa à implementação da Política Nacional Medicamentos e, principalmente, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Entretanto, o termo Assistência Farmacêutica é algo complexo no contexto latino-americano, por não haver similar em outros países da região, nem no mundo. Na América-Latina, o termo é substituto de Serviço Farmacêutico, produzindo confusão (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014). Dessa feita, para dirimir dúvidas, fez-se necessário esclarecer a definição de serviços farmacêuticos a ser utilizada nessa pesquisa.

Assim, partindo do pressuposto de que AF e SEFAR são intervenções distintas, mas interdependentes, a pesquisa tratou de esclarecer as ações e/ou componentes técnicos essenciais desenvolvidos por este tipo de serviço. A literatura nacional (ARAÚJO et al., 2017; BRASIL, 2009, 2014a; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017) apresenta diferentes formas para organização dos componentes técnicos dos serviços farmacêuticos (Quadro 5). Três trabalhos (ARAÚJO et al., 2017; BRASIL, 2009; RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017) seguem a nomenclatura aplicada à Assistência Farmacêutica (MARIN et al., 2003), classificando-os como serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e/ou técnico-assistenciais. Outros estudos (BRASIL, 2014a; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015) adotam nomenclaturas distintas para organização dos mesmos componentes técnicos. Embora não haja consenso entre a nomenclatura dessas dimensões, foi verificado consenso na nomenclatura dos componentes técnicos relacionados ao provisionamento de medicamentos, bem como em sua forma de organização.

Quadro 5 – Relação de documentos que descrevem dimensões e os componentes técnicos dos Serviços Farmacêuticos na APS Brasileira.

<b>Autor/Ano</b>	<b>Documento</b>	<b>Dimensões / Componentes dos Serviços Farmacêuticos</b>
Rodrigues, F.F.; Aquino, R.; Medina, M.G., 2018.	Avaliação dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde no cuidado ao paciente com tuberculose.	1) <b>Serviços Farmacêuticos Técnicos-Gerenciais:</b> recursos organizacionais, materiais e humanos, programação, organização dos medicamentos, controle de estoque, relação do farmacêutico com demais níveis de gestão. 2) <b>Serviços Farmacêuticos Técnicos-Assistenciais:</b> recursos materiais e humanos, entrega de medicamentos, fornecimento de informações, registro em prontuário, intervenção farmacêutica, interação e articulação com demais profissionais da equipe, relação do farmacêutico com demais níveis de gestão.
Araújo, 2017.	Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde.	1) <b>Serviços Farmacêuticos Técnicos-Assistenciais:</b> 1.1 -Pontos de Atenção à Saúde ( dispensação, orientação terapêutica, seguimento farmacoterapêutico, conciliação terapêutica, revisão terapêutica, revisão da farmacoterapia, farmacovigilância). 2) <b>Pontos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico :</b> Entrega de Medicamentos. 3) <b>Serviços Farmacêuticos técnicos-Gerenciais:</b> 3.1 - Sistema de Apoio à Rede de Atenção ( seleção, programação, aquisição, armazenagem, distribuição).
Ministério da Saúde, 2014.	Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde (cuidado farmacêutico na atenção básica; Caderno 1).	1) <b>Sistema de Apoio :</b> 1.1 -Abastecimento ( seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição); 1.2 - Ponto de Apoio Terapêutico ( Entrega de Medicamentos). 2) <b>Ponto de Atenção :</b> 2.1 - Cuidado Farmacêutico (Educação em Saúde , Educação Permanente e Promoção da Saúde) (uso racional de edicamentos assistenciais e técnico-pedagógico, serviço de clínica farmacêutica, discussão de casos , atendimento conjunto, oficinas, reuniões com equipes da APS, CURAME*). 3) <b>Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância</b>

<b>Autor/Ano</b>	<b>Documento</b>	<b>Dimensões / Componentes dos Serviços Farmacêuticos</b>
Pereira, N. C.; Luiza, V. L.; Cruz, M.M., 2015.	Serviços Farmacêuticos no Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade.	1) <b>Gestão Técnica do Medicamento:</b> seleção, programação, solicitação, armazenamento, distribuição. 2) <b>Gestão do Cuidado:</b> dispensação, educação em saúde, tomada de decisões clínicas, produção da informação, coordenação do cuidado, visão continuada dos processos, trabalho em equipe, educação permanente e formação, orientação ao cidadão.
Correr, C.J. ;Otuki, M. F. ;Soler, O., 2011.	Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento.	1) <b>Gestão técnica da Assistência Farmacêutica:</b> cadeia de abastecimento farmacêutico/produção, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, prescrição, avaliação diagnóstica. 2) <b>Gestão clínica do Medicamento:</b> indicações clínicas; compreensão e adesão a terapêutica, efetividade e segurança, problemas de saúde não tratados.
Ministério da Saúde, 2009.	Diretrizes para Estruturação de Farmácia no âmbito do Sistema Único de Saúde.	1) <b>Serviços Farmacêuticos Técnicos-Gerenciais:</b> programação, solicitação/requisição, armazenamento, recebimento, estocagem, controle de estoque, inventário, descarte de resíduos e serviços de saúde. 2) <b>Serviços Farmacêuticos Técnicos-Assistenciais:</b> dispensação, orientação farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico, educação em saúde, suporte técnico às equipes de saúde.

\*CURAME: Comitê de Uso Racional de Medicamentos

Fonte: Elaboração Própria

Em cinco, dos seis documentos analisados, as ações relacionadas ao provisionamento de medicamentos foram consideradas essenciais, e foi utilizada a mesma nomenclatura para os componentes técnicos: “seleção, programação, aquisição/solicitação, armazenamento, dispensação/entrega de medicamentos”. As ações voltadas para a promoção do uso racional de medicamentos apresentaram variação na nomenclatura, porém, de maneira geral, todos os documentos propuseram ações voltadas para o cuidado ao usuário e envolvimento com as equipes de saúde.

Tendo em vista a análise dos documentos, a construção brasileira do MLog dos SEFAR-APS utilizou como referência a proposta de Pereira (2013), cujo o critério de escolha foi: a) familiaridade da pesquisadora com o MLog; b) possuir componentes técnicos essenciais para execução de qualquer tipo de SEFAR-APS e c) usar uma linguagem que dialogasse com as demais categorias profissionais da saúde.

A primeira etapa da construção deste MLog dos SEFAR-APS exigiu que fosse feita uma análise aprofundada sobre o estudo-fonte para identificar seus objetivos, escopo e instrumentos de coletas de dados. Por se tratar de um estudo realizado a partir dados de uma pesquisa anterior, foi fundamental a imersão nos instrumentos utilizados para coletas de informações, pois estes orientaram as possibilidades de dados a serem utilizados e, portanto, a elaboração do MLog e matriz de avaliação.

O MLog elaborado manteve as dimensões “gestão do medicamento” e “gestão do cuidado”, propostas por Pereira (2013) para organização dos componentes técnicos do modelo que, originalmente, eram chamadas de células operacionais. A semelhança semântica entre tais termos àqueles utilizados na APS, pretendeu facilitar a comunicação entre profissionais de saúde sobre os SEFAR, facilitando sua compreensão e promovendo empatia entre as diferentes categorias de saúde, conforme proposto por Coriolano-Marinus *et al.* (2014). A utilização de termos muito específicos ligados ao universo farmacêutico na construção do MLog pode restringir sua compreensão apenas aos profissionais da área.

Três componentes técnicos não apresentaram correlação direta com quaisquer perguntas do questionário e foram excluídos do Mlog - “Distribuição”, “Visão contínua e integral dos processos” e “Orientação ao Usuário”. Com isso, 6 atividades relacionadas a estes componentes técnicos também foram excluídas. A exclusão de componentes e de atividades do MLog pode representar uma limitação vinculada à utilização de dados de pesquisas anteriores para a realização de estudos avaliativos. Nestes casos, a construção do MLog fica restrita ao escopo de perguntas e dados já coletados pelo estudo fonte, sem muita flexibilidade para elaborar um modelo avaliativo amplo. Isso significa dizer que a exclusão dos componentes técnicos acima foi realizada por impossibilidade de mensuração, e não por serem consideradas ações irrelevantes para a composição de um MLog dos SEFAR-APS.

Segundo a literatura (BRASIL, 2014a; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; OPAS, 2013; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015) a “Distribuição” é considerada uma das ações dos SEFAR-APS, principalmente para suprimento de medicamentos utilizados em maletas de emergências, sala de observação e sala de curativos. Entretanto, outros autores (ARAÚJO *et al.*, 2017; BRASIL, 2009, 2006; RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017) não consideram a distribuição um papel dos SEFAR-APS. Tendo em vista a divergência apresentada na literatura e reconhecendo a eventualidade da ação, é possível inferir que a exclusão desse componente técnico não implicou em perdas significativas para a avaliação da implementação dos SEFAR-APS.

Entretanto, os demais componentes excluídos “Visão contínua e integral dos processos” e “Orientação ao Usuário” conferem uma reorientação ao olhar clássico dos SEFAR-APS, voltado para o produto (medicamento). Tais componentes dariam foco a atividades mais holísticas ligadas ao usuário e às equipes de saúde, propondo ao SEFAR-APS redirecionar seu foco para as pessoas e ao sistema de saúde, ampliando seu escopo de trabalho. No entanto, mesmo em estudo específicos a um tema, as vezes não é possível traduzir, mesmo aspectos

relevantes, em medidas operacionais nas condições de execução do projeto (LUIZA et al., 2014).

Nesse mesmo sentido, a literatura internacional (BALLANTYNE, 2011; BENRIMOJ et al., 2010; OPAS, 2013; ROBERTS et al., 2006; SEFAP, 2017; WHO, 1993) aponta para a necessidade de se reforçar as ações voltadas para o usuários e sistemas de saúde, como forma de aproximar o farmacêutico das atividades de clínica e dos demais profissionais, com vistas a maximizar o cuidado integral em saúde e contribuir para implementação de processos assistenciais. Segundo Pereira (2013) o envolvimento do profissional responsável pelo SEFAR-APS em ações extramuros traz maior legitimidade e reconhecimento frente aos cidadãos e aos profissionais de saúde, por aproximá-los e oportunizar o trabalho cooperativo, um olhar integral sobre a saúde dos usuários e sobre o sistema de saúde.

Além disso, a ausência de perguntas no estudo-fonte sobre tais aspectos indica que alguns estudos sobre os SEFAR-APS ainda não consideram essencial a participação direta do farmacêutico na rede assistencial, no delineamento e implantação dos processos assistências e seu envolvimento com as ações de controle social.

Entretanto, é necessário mencionar que, embora a saída desses componentes incorra em limitações ao MLog construído, o julgamento da implementação do SEFAR-APS não fica invalidado, pois os demais componentes técnicos da dimensão “Gestão do Cuidado” foram mantidos. Considerando sua relevância, esses aspectos foram analisados na etapa de estudo de casos múltiplos, com vistas a verificar se tais ações podem influenciar na implementação dos SEFAR.

As 61 atividades vinculadas aos 11 componentes mantidos passaram por análise de conteúdo textual (lógica e semântica) com objetivo de buscar palavras e temas relacionados com as perguntas utilizadas no estudo-fonte. Foram identificadas 42 atividades do Mlog sem correlação com as perguntas do questionário, que foram excluídas pela impossibilidade de mensuração, permanecendo apenas 19 atividades (Apêndice 4, p.196).

Dos 11 componentes restantes, 5 foram mantidos e 6 foram agrupados (“Programação”, “Solicitação”, “Coordenação do Cuidado”, “Tomada de decisões clínicas, diagnósticas e/ou terapêuticas”, “Educação em Saúde, Aconselhamento e medidas de prevenção”, “Educação Permanente e Formação”), em três (“Programação/solicitação”, “Coordenação do cuidado e clínica farmacêutica” e “Educação em Saúde”). A redução do número de componentes foi realizada por considerar que tal mudança não incorreria em perda para o processo avaliativo

nem tampouco restringiria a representação da intervenção. Ao contrário, considera-se que a junção de componentes de mesmo objeto e mesma dimensão simplificou a estrutura do MLog, porém preservando os elementos essenciais a serem considerados para a avaliação de implementação do SEFAR-APS.

Por se tratar aqui de um modelo avaliativo cujo objetivo central é ser instrumento orientador para o julgamento dos componentes essenciais de uma intervenção, independente do contexto, em sua estrutura devem constar apenas as ações consideradas essenciais à implementação. Os modelos destinados à descrição da intervenção e esclarecimento de suas atividades/ e resultados, por servirem de instrumento para os gestores e trabalhadores da execução da intervenção, tendem a ser mais detalhados. Entretanto, durante o processo avaliativo, um modelo extenso pode prejudicar a avaliação por tornar inviável a coleta de dados para mensuração de todas as atividades assim como reduzir sua utilidade para orientar a análise.

Outrossim, alguns autores (ARAÚJO et al., 2017; BRASIL, 2014a; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017) não diferenciam a “Programação” da “Solicitação”, entendendo que este é um processo vinculado àquele. Estimar e controlar o consumo de medicamentos está diretamente relacionado com manutenção dos estoques e com o ressuprimento. Os autores (BRASIL, 2009; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015) que diferenciam tais ações entendem se tratar de atividades distintas e subsequentes, com valor individual, com peso suficiente para terem certo destaque. Já a literatura internacional, trata a Programação (“*Quantification*” ou “*Forecasting*”) no escopo da Aquisição (“*Procurement*”) (MSH, 2012), abordando os termos de maneiras diferentes da literatura nacional. Por se tratar de ações pertencentes à dimensão Gestão do Medicamento e não haver consenso na literatura, optou-se pela adoção do termo “Programação”.

Quanto à “Educação em saúde, aconselhamento e medidas de prevenção” e “Educação permanente e formação”, embora apresentem atividades distintas, ambos possuem como objetivo formar pessoas por meio da educação em saúde. A primeira destina-se à realização de atividades educativas como grupos, ações comunitárias, visita domiciliar e aconselhamento destinados aos usuários ou demais profissionais, para promoção do uso adequado de medicamentos (OLIVEIRA et al., 2017; VIEIRA, 2007). A segunda destina-se à capacitação dos profissionais, de preferência realizada no próprio trabalho, tentando aumentar o envolvimento dos indivíduos no processo produtivo da saúde. Na perspectiva dos SEFAR-APS, pode ser realizada pelos farmacêuticos ou para eles, com intuito de ampliar suas habilidades e melhorar o resultado decorrente do trabalho (COSTA et al., 2017a; LEMOS, 2016). Já a

literatura internacional utiliza os termos “*Continuing Education*” (ROUSE, 2004) para tratar de formação de profissionais e “*Counseling*” para aconselhamento a pacientes (SHUVAL et al., 2017). Diante disso, optou-se por adotar “Educação em saúde”, um termo mais amplo, a fim de contemplar todas as atividades mencionadas (FALKENBERG et al., 2014).

A “Coordenação do Cuidado” e “Tomada de decisões clínicas, diagnósticas e/ou terapêuticas” foram reunidas por se tratar de ações voltadas ao cuidado direto ao usuário, principalmente por conta de seus aspectos clínicos. A “coordenação do cuidado” pretende integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou por diferentes serviços da rede ao usuário. Envolve responsabilização do profissional e equipe com o cuidado e organização do percurso do usuário na rede de atenção a saúde (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017; SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Já a “Tomada de decisões clínicas, diagnósticas e terapêuticas” envolve decisões sob o processo terapêutico, desde anamnese à avaliação do Plano Terapêutico, com definição de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) e aconselhamento para promoção do uso adequado de medicamentos (CRUZ et al., 2017; PEREIRA, 2013). Embora a separação entre os componentes realce importância de cada um, entende-se que sua agregação “Coordenação do cuidado e clínica farmacêutica” não implicou em perda ao modelo. Ao contrário, a nova nomenclatura pretende dialogar com a literatura nacional (BRASIL, 2014c; SANTOS, 2017; SOUZA, 2017).

Além disso, as 12 atividades vinculadas aos referidos componentes também foram grupadas e ajustadas, restando-se apenas 6. Tais alterações não foram aqui descritas por entender-se tratar apenas de alteração de formato e não de conteúdo.

Para cada componente técnico da dimensão “Gestão do Medicamento” foi incorporada uma atividade. Na dimensão “Gestão do Cuidado” apenas os componentes “Educação em Saúde e Formação” e “Produção da Informação e Comunicação” tiveram atividades incluídas, sendo 2 para este e 1 para aquele. Na dimensão “Gestão do Medicamento” foi incluído um novo componente técnico “Planejamento e Gestão”. Sua inclusão foi necessária com vistas a contemplar perguntas apresentadas no questionário do estudo-fonte que dispunham sobre aspectos gerais da organização e planejamento para implementação dos SEFAR. São exemplos os seguintes aspectos legais para funcionamento de uma farmácia: licença de funcionamento e sanitária, certificado de responsabilidade técnica e a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), etc. Portanto, 8(oito) atividades e 1(um) componente técnico foram incluídos ao MLog.



O modelo apresentado aos atores-chaves, para validação, possuía 9 componentes (5 na dimensão de gestão do medicamento e 4 na gestão do cuidado), 21 atividades, 20 produtos, 14 resultados imediatos e 10 resultados intermediários. Além das 77 perguntas do estudo-fonte, onde 67 foram selecionadas por terem relação com o MLog e 10 foram excluídas. A exclusão ocorreu por se acreditar, naquele primeiro momento, que tais questionamentos não seriam relevantes ou não teriam relação com a implementação dos SEFAR-APS.

Algumas críticas ao material foram feitas por um dos atores-chaves, logo após seu envio, tais como: 1) a elevada quantidade de questões para análise no documento enviado; e 2) o prazo restrito para análise e envio das contribuições. Em resposta às críticas apresentadas foi feita uma busca na literatura a fim de esclarecer sua pertinência. Não foi identificada delimitação para o número de questões ou sobre o tamanho do documento a ser analisado pelos especialistas. Segundo a literatura (BOURRÉE; MICHEL; SALMI, 2008; FINK et al., 1984; JONES; HUNTER, 1995; MORENO; ARGELAGUET, 1993), o número de questões pode variar de acordo com o tema, porém elas devem ser claras e permitir respostas fechadas. Também não há consenso quanto ao tempo requerido para análise pelos atores-chaves, podendo variar conforme prazo para execução do estudo e do tipo de tema. Porém, é razoável, que o tempo seja compatível com a quantidade de questões para análise.

Embora após os apontamentos o método tenha sido revisto, apenas 5 dos 6 atores-chaves mantiveram sua participação. Em prosseguimento, para a reunião de consenso, apenas 3 atores-chaves compareceram virtualmente, resultando, portanto, ao final, uma perda de 50% dos atores-chaves.

Na reunião de consenso, foi pactuada a manutenção das dimensões propostas para o MLog, sem alterações, e julgados os componentes técnicos como suficientes e adequados para descrição da intervenção – SEFAR-APS. Para cada componente técnico foram acordados seus objetivos, insumos e atividades, com vistas a melhor caracterizar a estrutura disponível e as atividades previstas para alcance dos objetivos e resultados propostos.

Quanto à estrutura e à organização do MLog, foi sugerido que o componente técnico “Planejamento e Gestão” fosse disposto no modelo de maneira transversal aos demais componentes, sofrendo alterações em seu objetivo primário, bem como incluído 1 novo insumo e 1 atividade.

Além disso, também, foi proposta a alteração do objetivo para os componentes “Coordenação do Cuidado e clínica farmacêutica” e “Educação em Saúde”.

O componente que provocou maior discussão entre os atores-chaves foi “Dispensação/Entrega”. Foram apresentadas considerações sobre a legislação nacional (BRASIL, 1981), que define a dispensação como ato privativo do profissional farmacêutico, não podendo ser assim nomeado quando realizado por outros profissionais, inclusive auxiliares de farmácia. A literatura internacional (JAMES et al., 2009; MSH, 2012) não apresenta distinção entre estes os termos. Para alguns autores nacionais (ANGONESI, 2008; NASCIMENTO JÚNIOR, 2016) a dispensação deve ser caracterizada como um serviço integrado às ações de saúde, tendo como elementos norteadores a promoção, por farmacêutico, do uso adequado de medicamentos pela população. Já durante a entrega de medicamentos, realizada por demais profissionais, não se pode garantir que as informações necessárias para o uso correto de medicamentos será assegurada.

Contudo, há uma imensa variação do nível de desenvolvimento do SUS entre os municípios, regiões e estados brasileiros, sendo muito diversa a conformação da rede de prestação de serviços, a organização da Assistência Farmacêutica e prestação dos SEFAR. O acesso aos medicamentos, em muitas unidades de saúde do SUS ou farmácias, não é realizado por meio de farmacêuticos, mas sim por técnicos e auxiliares e pessoal do nível administrativo. Tal discussão enseja a reflexão sobre a presença do farmacêutico nesses estabelecimentos que, por si só, não confere, necessariamente, qualidade à dispensação ou ao serviço, porém, para a organização, sua ausência tem efeito negativo. Segundo Donabedian (2002), a mera presença da estrutura não garante qualidade e bons resultados, mas sua ausência implicará em maus resultados. Assim, tendo em vista todo o cenário, optou-se pela manutenção do termo “Dispensação/Entrega”

O Bloco 2, de questões do material de consenso, não sofreu análise dos atores-chaves, com exceção das perguntas do questionário classificadas e selecionadas para o componente “Dispensação/Entrega”. Optou-se por priorizar a análise das perguntas vinculadas a este componente por ter sido objeto de dissenso inicial entre os atores-chaves. Com relação à pergunta sobre “entrega domiciliar de medicamentos”, os atores-chaves consideraram tal serviço como irrelevante para o julgamento do grau de implementação, uma vez que sua execução não é essencial e balizadora para implantação dos SEFAR-APS.

As demais perguntas presentes no Bloco não passaram por análise dos atores-chaves.

Algumas medidas poderiam ter sido tomadas para reduzir as intercorrências durante o método de consenso, tais como: a realização de um pré-teste dos documentos para verificar sua

aceitabilidade, compreensão, clareza e tempo para análise e resposta; o uso de questionários online de fácil manejo e interativo (JÜNGER et al., 2013).

Além disso, os organizadores devem certificar-se do conhecimento dos atores-chaves para com o método a ser utilizado, esclarecendo de diversas maneiras como será realizado o consenso. Os atores-chaves devem ter profundo conhecimento sobre o tema e empatia para o trabalho em grupo, principalmente quando se tratar de um grupo heterogêneo. Deve-se, também, ter atenção quanto ao número de participantes no consenso. Segundo Fink *et al.* (1984), o número de participantes pode variar de acordo com o tema, a técnica usada e recursos disponíveis. Entretanto, para a técnica de grupo nominal, cuja a interação é feita face a face, sugere-se entre 9 e 15 participantes (FINK et al., 1984; JONES; HUNTER, 1995).

### 5.1.2 A Matriz de Julgamento

De posse da definição do que precisaria ser medido, deu-se início à elaboração da matriz de julgamento. As razões orientadoras para construção da matriz de julgamento relacionam-se à necessidade dos *stakeholders* em verificar se o processo de implementação dos SEFAR-APS tem sido realizado conforme esperado (KEITH et al., 2010). A construção da ferramenta se deu pela medida das relações de causa-efeito presumidas no modelo lógico, em que atividades e produtos imediatos podem ser mensurados por meio de indicadores produzidos regularmente no serviço (TAMAKI et al., 2012).

A construção da matriz de julgamento levou em consideração os insumos, atividades e produtos imediatos, segundo cada componente do MLog (Apêndice 6, p.202). A primeira etapa de elaboração da matriz ocorreu concomitantemente à estruturação do MLog. As etapas subsequentes foram realizadas após a reunião de consenso e definição da estrutura final do MLog. A segunda etapa contou com a revisão de toda estrutura inicial da matriz, para incorporação das propostas dos atores-chaves, descritas anteriormente e dos demais ajustes.

Dos 9 componentes técnicos presentes na matriz primária, três passaram por mudanças. São eles: “Planejamento e Gestão, “Dispensação/ Entrega” e “Produção da Informação e Comunicação” (Quadro 6).

Quadro 6 – Mudanças estruturais realizadas na primeira etapa de construção da matriz de julgamento.

Componente Técnico	Exclusão	Inclusão	Alterações
--------------------	----------	----------	------------

Planejamento e Gestão	-	2 insumos 1 atividade 9 perguntas	1 atividade
Dispensação e Entrega	1 atividade 8 perguntas	1 pergunta	-
Produção da Informação e Comunicação	-	-	1 pergunta

Fonte: Elaboração Própria

O componente que mais sofreu alteração foi “Planejamento e Gestão”. Além da inclusão, após o painel de consenso da atividade “*Organizar e estruturar os SEFAR em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica*” e do insumo “*Infraestrutura adequada e tecnologia da informação disponível*”, ainda foram acrescentados, após a revisão da matriz, mais um insumo “Atender a regulamentação para o funcionamento de farmácias comunitárias” e outras 9 perguntas – das 10 excluídas durante construção do MLog. As 9 perguntas inseridas tinham carácter mais estrutural e, portanto, foram distribuídas entre os insumos.

Quanto à “Dispensação/Entrega”, foi excluída a atividade “Realizar entrega domiciliar de medicamentos com critérios claros e realizado em condições adequadas” e a pergunta “D2P38 - Existem amostras grátis de medicamentos sendo entregues ao usuário neste estabelecimento?” - foi incorporada à atividade “Dispensar/Entregar medicamento e insumos do elenco da APS com qualidade. A “entrega de amostra grátis” pode ser considerada uma ação contrária aos princípios básicos da Política Nacional de Medicamentos, por induzir ao uso irracional e por comprometer o acesso seguro a medicamentos. Espera-se que a inclusão desse tipo de pergunta na matriz contribua para melhorar a compreensão sobre os fatores externos à implementação dos SEFAR nos municípios brasileiros.

Por fim, no componente “Produção da Informação e Comunicação”, a pergunta “D3P12 - É utilizada alguma fonte de informação sobre medicamentos pela equipe de saúde?” - foi desvinculada da atividade “Produzir e disponibilizar informativos sobre uso racional de medicamentos”, passando a estabelecer uma relação causal com o insumo “Acesso à literatura Científica”. Desta feita, a matriz-base para construção dos indicadores passou a contar com 21 atividades, 4 insumos e 68 perguntas.

A definição dos indicadores exigiu muita clareza sobre os objetivos da intervenção, conforme recomendam Vaistman *et al.* (2006), e sobre o dicionário de dados do estudo-fonte. Foram elaborados 43 indicadores, distribuídos entre 9 componentes (Quadro 7). Cada componente contou com um número variável de indicadores, cujo processo de elaboração

contou com apoio da literatura para estruturação semântica, definição dos critérios de julgamento e definição dos pontos de corte.

Segundo Esher *et al.*(2012),o procedimento de construir, esclarecer e julgar critérios, para determinar o valor do objeto avaliado, faz parte de um exercício metodológico cuidadoso. O critério pode ser definido como um **padrão**, em função do qual, a realidade do objeto receberá julgamento qualitativo e/ou quantitativo. O cumprimento dessa etapa possibilita a tradução de mensurações e observações em juízos de valor acerca da intervenção em questão, logo, sua realização exige atenção.

Quadro 7 – Consolidado da Matriz de Julgamento dos Serviços Farmacêuticos na APS.

<b>Componente/ Atividade ou Insumo</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Perguntas</b>
<b>Armazenamento</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
Apoiar o descarte adequado de resíduos	1	2
Armazenar os medicamentos em local e condições adequadas	3	8
Manter inventário periódico	1	2
Monitorar rotatividade de estoque	1	2
<b>Coordenação do cuidado e clínica farmacêutica</b>	<b>12</b>	<b>14</b>
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão	10	10
Realizar e incentivar a notificação de queixas /eventos adversos	2	4
<b>Dispensação/ Entrega</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Dispensar/entregar medicamentos e insumos do elenco da APS com qualidade	3	5
<b>Educação em saúde</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Realizar atividades de educação em saúde sobre plantas medicinais e fitoterapia	1	2
Realizar cursos para desenvolvimento de competências relacionadas dos SEFAR	2	2
Realizar de atividades com grupos de usuários sobre uso de medicamentos	1	1
<b>Planejamento e Gestão</b>	<b>7</b>	<b>17</b>
Atender regulamentação para funcionamento das farmácias comunitárias*	1	5
Infraestrutura adequada e Tecnologia da Informação*	2	2
Organizar e estruturar os SEFAR em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica	1	5
Padronizar processos relacionados aos SEFAR	2	1
Recursos Humanos disponíveis e treinados*	1	4
<b>Produção da informação e comunicação</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Acesso à literatura científica*	1	1
Disponibilizar em local visível, informativo sobre locais de dispensação de medicamentos padronizados para todos os níveis de cuidado	1	1
Produzir e disponibilizar informativos sobre uso racional de medicamentos	1	1
<b>Programação</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
Enviar pedido à CAF para abastecimento da unidade no período determinado	1	1
Fornecer informações de programação para a aquisição de medicamentos	1	1
Tomar medidas para evitar desabastecimento	2	4

<b>Componente/ Atividade ou Insumo</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Perguntas</b>
<b>Seleção</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Apoiar a atualização da lista de medicamentos essenciais para APS	1	1
Disponibilizar lista padronizada de medicamentos aos profissionais	1	1
Ofertar medicamentos fitoterápicos de acordo com a RENAME	1	2
<b>Trabalho em equipe</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Envolver demais profissionais de saúde na discussão sobre processos de trabalho relacionados ao SEFAR	1	1
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>68</b>

Fonte: Elaboração própria

A estruturação dos padrões e pontos de corte variou de acordo com o tipo de pergunta vinculada ao indicador. Ao todo, foram identificadas 7 perguntas com resposta única, 23 dicotômicas, 1 múltipla, 13 encadeadas e 33 semiabertas. O processo de pontuação foi bastante extenso e desgastante, tendo em vista o número significativo de perguntas semiabertas do banco de dados, cuja variável apresentava “Outros” como possibilidade de resposta. Ao todo, receberam pontuação 7.569 variáveis. Serão destacados, a seguir, alguns orientadores (fatores internos) presentes em cada componente técnico que nortearam a pontuação dos itens e construção de escores.

Em relação ao **Planejamento e Gestão**, por se tratar de componente transversal, seus indicadores pretendem aferir aspectos mais gerais, presentes em ambas as dimensões do MLog. Contemplam, assim, características físicas, documentais e humanas capazes de indicar o cuidado dos gestores com o planejamento e organização dos SEFAR durante seu o processo de implementação. Esse processo envolve conhecimento sob legislação aplicada, estudo do local de instalação, desenho de infraestrutura física, alocação de recursos materiais e humanos

Os indicadores ID\_2, ID\_4, ID\_3e ID\_19 são considerados estruturais e pretendem verificar o cumprimento da legislação sanitária para funcionamento de farmácias comunitárias no Brasil (Quadro 8). O indicador ID\_2 questiona sobre a presença de farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família<sup>11</sup> (NASF). Embora o indicador mensure a existência de farmacêutico no NASF, conforme previsto pelo MS (BRASIL, 2012) , ele não mensura a disponibilidade de farmacêutico, conforme preconiza a legislação sanitária nacional, cuja

<sup>11</sup>Os NASF são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, (ESF) prestando apoio especializado. Foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

exigência é de pelo menos 1 farmacêutico nas farmácias em todo horário de funcionamento. Por se tratar de um ponto controverso, de descenso entre a categoria farmacêutica e a adoção pelos municípios, o indicador pode apresentar fragilidades, logo não pode ser considerado a melhor forma de verificação para a disponibilidade de recursos humanos no SEFAR-APS. Sua manutenção na matriz se dá por não haver outra forma de medir esse aspecto, uma vez que o questionário do estudo-fonte não apresenta nenhuma pergunta com essa orientação.

Os indicadores ID\_1, ID\_6 e ID\_5 são considerados organizacionais e pretendem aferir a execução e a organização das atividades do SEFAR-APS, em consonância com Política Nacional de Atenção Básica, prioritariamente no que diz respeito à promoção do uso adequado de medicamentos e a qualidade do serviço prestado.

Quadro 8 – Matriz de Julgamento: **Componente Planejamento e Gestão**

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Insumo</b>			
Atender regulamentação para funcionamento das farmácias comunitárias	<b>ID_4_CP_1</b> Existência de Licença de Funcionamento, Certidão de Regularidade Técnica Vigente, licença do corpo de bombeiros, afixadas em local visível	Licenças vigentes e afixadas em local visível	Sim, fixado em local visível: 10 Sim, não fixado em local visível: 5 Não possui ou Não sei: 0
Infraestrutura adequada e Tecnologia da Informação	<b>ID_3_CP_1</b> Existência de infraestrutura mínima para funcionamento do SEFAR	Pelo menos 1 equipamento de cada	Sim: 10 pontos Não: 0 Não se aplica: NA
Recursos Humanos disponíveis e treinados	<b>ID_2_CP_1</b> Existência de farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Pelo menos 1 farmacêutico	Sim: 10 pontos Não ou Não sei: 0 Não se aplica: NA
	<b>ID_19_CP_1</b> Treinamento de equipes para utilizar equipamentos contra incêndio	Equipe treinada para utilizar equipamentos contra incêndio	Sim: 10 Não ou Não sei: 0
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Organizar e estruturar os SEFAR em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica	<b>ID_1_CP_1</b> Estabelecimento recebe visita de representante da indústria/distribuidora de medicamentos	Não receber visita de representante da indústria/distribuidora de medicamentos	Não: 10 Sim ou Não sei: 0
	<b>ID_6_CP_1</b> Realização de atividades técnico-gerenciais e técnico-assistenciais pelo farmacêutico do NASF	Pelo menos 5 atividades técnico-gerenciais e 5 técnico-assistenciais	Cada atividade técnico-gerencial: 2 Cada atividade técnico-assistencial: 2
Padronizar processos relacionados aos SEFAR	<b>ID_5_CP_1</b> Existência de Procedimentos Operacional Padrão (POP) para a atividades dos SEFAR	Pelo menos 5 procedimentos operacionais disponíveis	Não possui: 0 Cada procedimento operacional: 2

Fonte: Elaboração própria

Quanto aos indicadores da dimensão **Gestão Técnica do Medicamento**, esses são destinados à mensuração de aspectos relacionados a atividades logísticas e a provisão do acesso a medicamentos. São consideradas atividades básicas dos Serviços Farmacêuticos, e seu bom desenvolvimento depende da realização adequada das atividades vinculadas a cada componente técnico. Tais componentes – *1) Seleção; 2) Programação; 3) Armazenamento* – estão interligados numa relação de causa-efeito na qual, o resultado imediato do primeiro gera insumo para a realização do segundo componente e, assim, sucessivamente (PEREIRA, 2013).

Os indicadores relacionados à **Seleção** pretendem verificar se o SEFAR estimula o conhecimento dos demais profissionais sobre os medicamentos ofertados e fomenta a participação no processo de atualização da lista de medicamentos essenciais municipal. O envolvimento dos demais profissionais na seleção de medicamentos promove a corresponsabilização com a promoção do acesso (SARTOR et al., 2014) e estimula a redução do uso de medicamentos desnecessários e sem qualidade. Os medicamentos selecionados para APS devem ser incorporados com base em evidências científicas, estudos de segurança e farmacoeconomia. A prescrição de medicamentos que estão fora do elenco de medicamentos disponíveis na APS, pode significar, submeter os usuários a riscos relacionados à efetividade do tratamento e prejudicar a adesão (MARIN et al., 2003).

O indicador ID\_43 pretende verificar a disponibilidade da lista municipal de medicamentos essenciais aos prescritores (Quadro 9). Segundo a OMS (1993), este indicador é considerado padrão para monitoramento dos SEFAR-APS e sua utilização é recomendada em estudos avaliativos. A lista apresenta aos prescritores o elenco de medicamentos disponibilizados à população pelo município. Sua seleção foi feita com base em evidências científicas, estudos de segurança e farmacoeconomia. Assim, a prescrição de medicamentos fora do elenco da APS pode prejudicar a adesão pela falta de acesso, bem como aumentar as chances de problemas relacionados a medicamentos (MARIN et al., 2003).

O indicador ID\_7 diz respeito explicitamente à disponibilidade de formulário para inclusão ou exclusão de medicamento da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Espera-se avaliar se há meios formais que oportunizem a participação de profissionais não farmacêuticos na atualização do elenco de medicamentos da APS. Outra maneira de verificar tal requisito, seria contabilizar o número de reuniões realizadas com a equipe multiprofissional, para discussão sobre o elenco de medicamentos da APS. Porém, esse parâmetro não foi incluído por não ter sido objeto de investigação no momento do estudo-fonte.



O ID\_8 é um indicador que espera verificar se o SEFAR-APS oferta fitoterápicos de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. Esse indicador aponta para um serviço orientado aos princípios da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNIC). Embora tenha sido incluído na matriz, ele apresenta uma importante limitação por avaliar apenas um grupo específicos de medicamentos. O indicador deixa de mensurar a adoção de critérios de essencialidade<sup>12</sup> de uma maneira ampla, por desconsiderar os alopáticos, que representam em torno de 98% da RENAME.

Quadro 9 – Matriz de Julgamento: **Componente Seleção**

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividades</b>			
Apoiar a atualização da lista de medicamentos essenciais para APS	<b>ID_7_CP_2</b> Existência de formulário disponível para a solicitação de inclusão/exclusão de medicamentos na lista padronizada de medicamentos do Município	Formulário disponível aos profissionais	Sim: 10 Não ou Não sei: 0
Ofertar medicamentos fitoterápicos de acordo com a RENAME	<b>ID_8_CP_2</b> Ofertar fitoterápico em acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME - 2012)	Pelo menos 8 fitoterápicos ofertados de acordo com a RENAME	Não sei ou Não oferta fitoterápico: 0 Cada fitoterápico de acordo com a RENAME 2012: 1,25
Disponibilizar lista padronizada de medicamentos aos profissionais	<b>ID_43_CP_2</b> Disponibilização de lista de medicamentos padronizada aos prescritores e demais profissionais de saúde	Lista de medicamentos padronizados, impressa e disponível nos consultórios dos prescritores	Sim: 10 Não; Não sei: 0 Não se aplica: NA

Fonte: Elaboração própria

Os indicadores relacionados à **Programação** têm por objetivo verificar o cumprimento de alguns requisitos mínimos exigidos pela literatura (MARIN et al., 2003), para garantir a disponibilidade dos medicamentos selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno. A programação atende às necessidades de uma população-alvo (MARIN et al., 2003), e envolve, não apenas estimar quantidade de produtos, mas também considera fatores de contexto como, capacidade de armazenamento, período de ressuprimento, recursos financeiros e humanos disponíveis e a capacidade de entrega do serviço (MSH, 2012).

<sup>12</sup>Medicamentos essenciais - Produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2000a).

Os indicadores ID\_9 e ID\_10 pretendem medir a organização e planejamento dos SEFAR em manter o suprimento de medicamentos à população do território, com prazos definidos e claros para envio do pedido de medicamento e abastecimento do serviço (Quadro 10). Como limitação, é necessário ressaltar que, esses indicadores possivelmente não serão aplicáveis aos municípios com farmácia única, onde todas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica Municipal são realizadas pelo mesmo serviço.

Já os indicadores ID\_11 e ID\_12 dizem respeito a aspectos do desabastecimento (“*drug shortage*”). Intitulado de “falta de medicamentos”, “desabastecimento” ou “descontinuação” sua ocorrência, seja ocasional ou permanente do produto, prejudica a cadeia de assistência independentemente dos avanços políticos e logísticos na organização da assistência farmacêutica do país (ROSA; REIS; PERINI, 2016). A falta de medicamentos é um problema global. No Brasil, afeta o cotidiano das farmácias nos diferentes níveis de cuidado, incluindo as farmácias comunitárias públicas, objeto deste estudo. É considerado um fenômeno complexo e multifatorial, cujos motivos para sua ocorrência vão desde à qualidade da ação das instituições de controle alfandegário, fiscal e sanitário, problemas de mercado e interrupção da produção, até a problemas relacionados à gestão de estoque da própria farmácia (BESANÇON; CHAAR, 2013). Os motivos devem ser de conhecimento de todos os envolvidos na cadeia de suprimento, inclusive o profissional responsável pelo SEFAR-APS, que deve prestar informação à população e aos prescritores. Além disso, o monitoramento do percentual de falta é imprescindível para garantia do acesso à população. Segundo a OMS (2006), o nível esperado para o estoque de medicamentos no setor público, em países em desenvolvimento, é de 90%, ou seja, apenas 10% de itens em falta.

Quadro 10 – Matriz de Julgamento: **Componente Programação**

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Enviar pedido à CAF para abastecimento da unidade no período determinado	<b>ID_10_CP_3</b> Existência de cronograma de envio do pedido para abastecimento das unidades para a Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF)	Cronograma de envio do pedido para abastecimento das unidades para a Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) disponível	Sim: 10 pontos Não ou Não sei: 0 pontos Não se aplica: NA
Fornecer informações de programação para a aquisição de medicamentos	<b>ID_9_CP_3</b> Existência de cronograma de envio das informações de programação para aquisição de medicamentos	Cronograma para envio de informações de programação disponível	Sim: 10 Não ou Não sei: 0 Não se aplica: NA

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
Tomar medidas para evitar desabastecimento	<b>ID_11_CP_3</b> Informação sobre os motivos de desabastecimento de medicamentos	Conhecer pelo menos 2 motivos para a falta de medicamentos	Problemas no mercado farmacêutico, setor de compras, ou de repasses de medicamentos nas instâncias do SUS: 5 pontos Atraso na distribuição para as Unidades, na entrega do distribuidor ou com fornecedor: 5 Não sei, Não se lembra ou Não se aplica: 0
Tomar medidas para evitar desabastecimento	<b>ID_12_CP_3</b> Ocorrência de desabastecimento de medicamentos no estabelecimento	Máximo de 10 % de itens em falta  Não ocorrer ou raramente ocorrer desabastecimento de medicamentos	Até 10%: 10 10 a 20%: 5 Acima de 21%: 0  Raramente ou Não ocorre: 10 Às Vezes: 5 Sempre; quase sempre; Não sei: 0

Fonte: Elaboração própria

Os indicadores de **Armazenamento** estão relacionados à capacidade do serviço de garantir a qualidade do medicamento, evitar desperdício e danos ambientais devido a perdas evitáveis (SILVA et al., 2006). Os SEFAR devem seguir as Boas Práticas de Armazenamento (BPA), cumprindo requisitos básicos definidos pela legislação sanitária nacional (BRASIL, 2013a) e manuais internacionais (BESANÇON; CHAAR, 2013; WHO, 2003).

Os indicadores ID\_13, ID\_14, ID\_15 e ID\_17 estão diretamente ligados à verificação de infraestrutura, organização e condições de ambiente ligadas à garantia da qualidade, segurança e eficácia dos produtos (Quadro 11). Cabe destaque aos indicadores ID\_14 e ID 17, cuja aplicabilidade estará condicionada à dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial (ID\_14) e de medicamentos termolábeis. O armazenamento desses produtos segue legislação sanitária específica, cujo conhecimento por parte do responsável pelo SEFAR-APS é imprescindível.

Quanto aos indicadores ID\_18 e ID\_16, ambos dizem respeito às medidas para controle de estoque, com vistas a manter o nível de abastecimento satisfatório, em tempo oportuno, e evitar perdas desnecessárias. O cuidado do SEFAR com a rotatividade de estoque é essencial para a garantia do acesso a medicamentos e seu uso adequado. Uma das medidas clássica adotadas

para controle de estoque é a realização de inventários. A periodicidade e o tipo de inventário podem variar conforme o volume de itens e período de ressurgimento. No caso dos SEFAR, estima-se que os medicamentos, sob controle especial, devem ser inventariados diariamente ou semanalmente. Para os demais medicamentos, avaliações de estoque mensais, seja por estimativa ou contagem completa, são indicadas, considerando o tempo de ressurgimento de 30 dias (MARIN et al., 2003; SILVA et al., 2006). A execução do inventário pode ser otimizada pela utilização de sistemas informatizados, por ser uma ferramenta capaz de agilizar o processo de trabalho e tornar sua realização mais dinâmica.

O uso de sistemas informatizados para controle de estoque é uma medida que envolve um custo de instalação e manutenção, entretanto os ganhos de sua utilização superam os gastos iniciais por diminuir os erros humanos, otimizar tempo, melhorar o controle de métricas e a gestão de pessoal. Além disso, o uso de softwares, para controle de medicamentos, pode contribuir para garantir a qualidade de informação em tempo oportuno, sendo capazes de otimizar a capacidade de tomada de decisão dos gestores (COSTA; NASCIMENTO JR., 2012).

Quadro 11 – Matriz de Julgamento: **Componente Armazenamento**

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Apoiar o descarte adequado de resíduos.	<b>ID_15_CP_4</b> Existência de local específico para depósito de resíduos e serviço de recolhimento implantado no estabelecimento.	Local definido para depósito de resíduo e serviço de recolhimento implantado.	Sim: 10 Não e Não sei: 0
Armazenar os medicamentos em condições e local adequados.	<b>ID_13_CP_4</b> Armazenamento de medicamentos em local e condições adequados.	Temperatura, luminosidade e umidade controladas Espaço adequado, com climatização, limpo, com medicamentos longe do teto, das paredes e piso, em uso de prateleiras e suporte equivalente.	Sim: 10 Não e Não sei: 0
Armazenar os medicamentos em condições e local adequados.	<b>ID_14_CP_4</b> Existência de local específico para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial.	Local para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial definido.	Sim: 10 Não: 0 Não se aplica: NA

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Armazenar os medicamentos em condições e local adequados.	<b>ID_17_CP_4</b> Existência de refrigerador para armazenamento de medicamentos termolábeis e controle de temperatura.	Possuir no mínimo 1 refrigerador de uso exclusivo para armazenamento de medicamentos e realizar controle de temperatura pelo menos 1 vez ao dia.	Sim, possui refrigerador com controle de temperatura, exclusivo para medicamentos: 10 Compartilhado com a vacina: 5 Compartilhado com alimentos e/ou outros produtos: 2 Não possui refrigerador ou Não sei 0 Não se aplica: NA
Manter inventário periódico.	<b>ID_18_CP_4</b> Realização de inventário periódico.	Inventário realizado semanalmente para medicamentos sob controle especial e mensalmente para demais medicamentos.	Dos medicamentos sob controle especial: Semanalmente: 10; Quinzenalmente: 5; Acima ou Não é feito: 0 ; Não se aplica: NA  Dos demais medicamentos: Até 1 mês: 10; Trimestralmente: 5 pontos; Acima ou Não é feito: 0
Monitorar rotatividade de estoque.	<b>ID_16_CP_4</b> Monitoramento da movimentação de estoque no estabelecimento.	Monitoramento do estoque realizado com adoção de pelos menos 5 medidas para evitar perda de medicamentos.	Sim, estoque monitorado por: Sistema informatizado: 10; Manualmente: 5 pontos; Não ou Não sei: 0  Não há excesso: 10 ; Cada medida adotada: 2; Não sei ou Perde-se: 0

Fonte: Elaboração própria

Os indicadores da dimensão **Gestão do Cuidado** destinam-se à mensuração de aspectos relacionados à integração do farmacêutico com a equipe de saúde e desenvolvimento de ações centradas nos usuários, famílias e comunidades, para prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2014b). As ações relacionadas ao cuidado farmacêutico visam, principalmente, reduzir problemas relacionados a medicamentos, aumentar a adesão ao plano terapêutico e estimular o autocuidado e a automedicação consciente (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2009; CORRER et al., 2013) por meio dos serviços de clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógicas (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011), internacionalmente chamados de *cognitive pharmaceutical service* (BENRIMOJ et al., 2010; HOPP et al., 2005; MIL; SCHULZ, 2006; SÁEZ-BENITO et al., 2013). Seus componentes – 1) **Dispensação/**

*Entrega; 2) Coordenação do Cuidado e clínica farmacêutica; 3) Educação em Saúde; 4) Trabalho em Equipe; e 5) Produção da Informação e Comunicação* - pretendem expressar o conjunto de atividades e resultados esperados para esta dimensão durante implementação e execução dos SEFAR na APS.

A **Dispensação/Entrega** é uma atividade precípua dos SEFAR na APS, podendo ser considerada a atividade de ligação entre a dimensão gestão técnica do medicamento e a gestão do cuidado, por conjugar aspectos de manejo com o medicamento e interação direta com o usuário. Seus indicadores normalmente são elaborados para mensuração das seguintes etapas: *1) acolhimento; 2) avaliação da prescrição; 3) separação e preparação do medicamento; 4) orientação no momento da entrega; 5) registro da informação gerada* (SARTOR et al., 2014). Mas, também, podem voltar-se para a mensuração de aspectos mais gerais de qualidade como ambiência, postura do dispensador, tempo de dispensação, quantidade de erros de dispensação.

Os indicadores ID\_20, ID\_21 e ID\_23 verificam a capacidade do serviço de assegurar ao usuário informações para melhor compreensão de seu Plano Terapêutico, com vistas a ampliar a adesão e promoção de seu uso adequado (Quadro 12). Espera-se que os SEFAR sejam um ponto de comunicação ao usuário, de fácil acesso, para difusão de qualquer tipo de informação ligada a medicamentos.

Apesar da possibilidade de explorar diversos aspectos da dispensação/entrega, a matriz apenas contará com indicadores ligados à “orientação do momento da entrega”, devido à limitação de abordagem do estudo-fonte. Apesar disso, a literatura aponta para ampla utilização deste tipo de indicador (HILL; DOWSE, 2007; KARANDE; SANKHE; KULKARNI, 2005; NADESHKUMAR et al., 2019; WHO, 1993) e recomenda sua utilização como padrão para estudos envolvendo dispensação de medicamentos.

Quadro 12 – Matriz de Julgamento: **Componente Dispensação/Entrega**

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Dispensar/entregar medicamentos e insumos do elenco da APS com qualidade	<b>ID_20_CP_5</b> Dispensação/entrega realizados com orientação	Usuário orientado e medicamento dispensado/entregue pelo farmacêutico ou pela equipe de farmácia	Usuário orientado e medicamento dispensado/entregue por: Farmacêutico ou equipe de farmácia: 10; Por outros profissionais: 5 ; Não orienta ou Não sei: 0

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
Dispensar/entregar medicamentos e insumos do elenco da APS com qualidade	<b>ID_23_CP_5</b> Informação quanto a alternativas de acesso a medicamentos	Alternativa de acesso a medicamentos no SUS proposta ao usuário	Encaminha o usuário para outra unidade ou para Programa Farmácia Popular: 5 Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar: 5 Solicita o retorno posteriormente: 2,5 Encaminha para uma farmácia comercial, nenhum procedimento é adotado ou Não sei: 0
Dispensar/entregar medicamentos e insumos do elenco da APS com qualidade	<b>ID_21_CP_5</b> Existência de amostra grátis de medicamentos sendo entregue aos usuários do SUS no estabelecimento	Estabelecimentos sem amostra grátis de medicamentos sendo entregue	Entrega de amostra grátis na farmácia, no consultório ou outro local, Não sei: 0 pontos Não existe amostra grátis no estabelecimento: 10

Fonte: Elaboração própria

Os indicadores relacionados à **Coordenação do Cuidado e Clínica farmacêutica** na matriz de julgamento, pressupõe, a mensuração das ações de clínica farmacêutica e do acompanhamento do usuário e de suas questões relacionadas a medicamentos, seja na APS ou nos demais pontos da Rede de Atenção a Saúde (RAS).

Os indicadores ID\_24, ID\_26, ID\_28, ID\_29, ID\_33 e ID\_34 são destinados a mensurar ações voltadas à clínica farmacêutica, com foco nas estratégias para aumentar a adesão ao plano terapêutico e na gestão dos problemas relacionados a medicamentos dos indivíduos (Quadro 13). Tais atividades são centradas no indivíduo e estão diretamente ligadas à relação do farmacêutico-usuário e farmacêutico-equipe. A clínica farmacêutica tem início com a definição de critérios de seleção de usuários para atendimento individual e acompanhamento farmacoterapêutico. Os critérios devem ser definidos em pactuação com as equipes de saúde da família e devem levar em consideração, o perfil epidemiológico do território e os grupos prioritários da APS. A literatura (BLUM, 2003; BRASIL, 2014a; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; PEREIRA; FREITAS, 2008) aponta como grupos prioritários pacientes polimedicados, sem adesão ao tratamento, e aqueles com problemas relacionados a medicamentos. A seleção dos usuários para seguimento farmacoterapêutico pode ocorrer durante o acolhimento à demanda espontânea ou por encaminhamento das equipes. O seguimento farmacoterapêutico, como parte do processo de clínica farmacêutica, é ato privativo do profissional farmacêutico e deve envolver o conhecimento e a utilização de protocolos clínicos e assistenciais (PEREIRA; FREITAS, 2008).

O uso de protocolos clínicos é uma ação inerente à execução dos SEFAR, sendo considerada essencial para sua implementação. Além de melhorar a qualidade do atendimento, o uso de protocolos direciona os profissionais para uma prática clínica mais integrada às linhas de cuidado, pois padroniza a linguagem entre os profissionais e o sistema de saúde. Fortalece o sistema de saúde e constrói um ambiente mais favorável, para uma melhor compreensão do Plano Terapêutico pelo usuário.

Existem diversas abordagens a serem utilizadas pelos profissionais para ampliar a compreensão do usuário sob seu plano terapêutico e, por consequência, aumentar sua adesão. Considerando a adesão com um problema multifatorial, para alcance de melhores resultados, orienta-se a adoção de múltiplas estratégias, que vão desde a utilização de pictogramas no atendimento individual, à busca ativa de pacientes pela equipe multiprofissional. Uma delas é o acionamento da rede de apoio do usuário para auxiliar no processo de cuidado e/ou na tomada do medicamento ou, até mesmo, contar com o Agente Comunitário. Em alguns casos, as visitas domiciliares podem contribuir para que profissional compreenda as condições de vida do usuário, entenda as limitações envolvidas no autocuidado e, a partir disso, defina estratégias mais eficazes e realistas para a impulsionar a adesão ao tratamento.

Um fator determinante para a adesão à terapêutica está relacionado à presença de efeitos colaterais relacionados da terapia medicamentosa e a ocorrência de eventos adversos. Nesse aspecto, o SEFAR deve ser uma referência para as equipes de saúde e usuários no encaminhamento e resolução de questões relacionadas à farmacovigilância. O serviço deve impulsionar a autonomia do usuário para garantir a segurança do paciente durante a execução do plano terapêutico e fomentar o autocuidado consciente. Os profissionais de saúde devem ser orientados a identificar e notificar eventos adversos e problemas físico-químicos com medicamentos (queixa técnica) (DRESCH, 2006). O usuário deve ser orientado sobre a possibilidade de efeitos colaterais e adversos, e deve ser estimulado a conhecer as características físicas do produto utilizado. Nesse sentido, os indicadores ID\_27 e ID\_28 pretendem verificar a existência de fluxo definido para o encaminhamento das notificações e a proatividade do serviço em estimular o olhar sobre a segurança do paciente.

Os indicadores ID\_31, ID\_25 e ID\_30 estão diretamente relacionados com a coordenação do cuidado farmacêutico e pretendem mensurar a capacidade dos SEFAR em identificar, prestar informações e acompanhar os usuários em uso de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Tais medicamentos são fornecidos pelo ente estadual e, normalmente, atendem a uma demanda de tratamentos do nível secundário



e terciário da RAS. O processo para acesso a medicamentos do componente especializado é bastante burocrático e longo, requer conhecimento profundo sobre os *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas*<sup>13</sup> e apoio de um profissional de saúde na checagem dos documentos. O papel do SEFAR na condução desse processo é fator decisivo para garantia do acesso, por evitar erros no processo, reduzir o tempo de aprovação e apoiar na adesão ao tratamento.

Embora não conte com indicador na matriz de julgamento, não se pode deixar de mencionar que a coordenação do cuidado também, pressupõe, a realização de acolhimento à demanda espontânea. Realizar escuta qualificada à situação/queixa dos usuários e avaliar a melhor forma de orientá-los (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015) faz parte das atribuições do SEFAR-APS. A recepção nos SEFAR-APS é um local de livre acesso à população, onde não deve haver barreiras e o acesso ao profissional de saúde é facilitado, sendo considerado pelos usuários como uma das principais portas de acesso à informação em saúde.

**Quadro 13 – Matriz de Julgamento: Componente Coordenação do Cuidado e Clínica Farmacêutica**

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_24_CP_6</b> Acompanhamento de usuário sem adesão ao tratamento.	Usuários sem adesão identificados e com registro sobre dificuldade de uso de medicamentos no prontuário.	Usuário identificado, com registro em: Prontuário manual ou eletrônico: 10. Formulário específico de adesão ou ficha de seguimento farmacoterapêutico: 8. Ficha da Farmácia: 5. Não identifica e não registra ou Não sei: 0. Não se aplica: NA.
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_33_CP_6</b> Realização de seguimento farmacoterapêutico no estabelecimento.	Farmacêutico realiza seguimento farmacoterapêutico.	Sim, farmacêutico realiza: 10. Outros profissionais, Não. Ou Não sei: 0.
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_26_CP_6</b> Existência de estratégias para melhorar a compreensão dos usuários sobre o uso de medicamentos.	Pelo menos 8 estratégias.	São utilizados métodos alternativos (pictogramas; desenhos; cores e outros), discussão do caso com farmacêutico, encaminha ao profissional farmacêutico ou ao serviço de seguimento

<sup>13</sup>Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
			farmacoterapêutico, realiza contato com a equipe de atenção básica ou convida a participar de grupo de educação em saúde : 1,5 Realiza contato com familiar e/ou cuidador: 1 Encaminha para o médico, encaminha para o enfermeiro, encaminha para outros profissionais ou realiza contato com o Agente Comunitário: 0,5 Não sei ou Não realiza nenhum procedimento: 0
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_28_CP_6</b> Existência de grupos prioritários com foco na APS para realização de seguimento farmacoterapêutico.	Pelo menos 5 grupos prioritários.	Hiperdia <sup>1</sup> , Tuberculose, Hanseníase, Asma/Rinite, DST/AIDS: 2. Não sei: 0.
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_29_CP_6</b> Existência de medidas para aumentar a adesão.	Adoção de 4 medidas para promover a adesão.	Busca ativa pela equipe da Assistência Farmacêutica: 4. .Comunica-se com a equipe de Atenção Primária à Saúde do usuário: 3 cada. Busca ativa pela equipe da Unidade de Saúde de referência: 2. Aguarda o retorno do usuário, retira o usuário do programa, Nenhum procedimento é realizado, Não é realizada a identificação, Não sei ou não lembra: 0.
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_30_CP_6</b> Existência de pacientes em uso de medicamentos do CEAF.	Paciente em uso de medicamentos do CEAF com registro no estabelecimento.	Sim: 10. Não ou Não sei: 0. Não se aplica: NA.
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_31_CP_6</b> Garantia de informação aos usuários sobre acesso CEAF.	Informação prestada por farmacêutico, médico, enfermeiro e auxiliar de farmácia.	Informação prestada por: Farmacêutico: 5. Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar Farmácia : 2. Assistente Social; Agente Comunitário de Saúde; Técnico/Auxiliar em Enfermagem; Auxiliar Administrativo; outros: 1 cada. Não; Não sei: 0 pontos.
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_25_CP_6</b> Existência de mecanismos de informação sobre o CEAF.	Informação verbal e visual sobre o CEAF ofertada.	Verbalmente, Panfleto: 5 pontos. Internet : 3. Protocolos clínicos, Cartaz: 2. pontos Não sei; outros: 0.

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_34_CP_6</b> Realização de visitas domiciliares.	Visitas domiciliares realizadas por farmacêutico.	Sim: 10. Não; Não sei: 0, Não se aplica: NA.
Coordenar o cuidado dos usuários, priorizando o acesso a medicamentos, uso racional e adesão.	<b>ID_35_CP_6</b> Uso de medicina baseada em evidência no acompanhamento de usuários.	Uso de protocolos clínicos no acompanhamento dos usuários.	Sim: 10. Não; Não Sei: 0.
Realizar e incentivar a notificação de queixas /eventos adversos,	<b>ID_27_CP_6</b> Existência de fluxo para a notificação de queixa e/ou evento adverso de medicamento no município	Notificação de queixa / eventos adversos realizada e com fluxo para encaminhamento bem estabelecido.	Notificação é realizada e encaminhada para: Nível central da AF ou NOTIVISA <sup>2</sup> :10; Vigilância em Saúde: 8. Não recebe notificação, Nenhum ou Não sei: 0.
Realizar e incentivar a notificação de queixas /eventos adversos.	<b>ID_32_CP_6</b> Nº de notificações de queixas/eventos realizados no último ano.	Pelo menos 10 notificações realizadas no último ano.	Acima de 10: 10. 1 a 9: 5. Nenhuma: 0.

1: Grupo de Hipertensão e Diabetes; 2 : Sistema de Notificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
Fonte: Elaboração própria

As atividades de **Educação em Saúde** estão previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, pressupõem, o desenvolvimento de ações na comunidade ou com usuários voltadas ao debate sobre uso de medicamentos e a terapias alternativas e complementares. Além disso, envolve a formação do profissional farmacêutico e auxiliar de farmácia, bem como a capacitação dos demais profissionais para atuação junto à promoção do uso racional.

Os indicadores ID\_36, ID\_37 e ID\_38 são destinados tanto à educação em saúde da comunidade ou a grupos específicos de usuários como à educação permanente de profissionais (Quadro 14). O papel do farmacêutico na comunidade prevê o esclarecimento de dúvidas e questões sobre diversos temas relacionados a medicamentos, saneantes e drogas, e pretende prevenir a população dos agravos relacionados ao uso desses produtos. A intoxicação infantil é um aspecto bastante comum nas comunidades pelo uso de saneantes caseiros (CAMPOS et al., 2017; SALES; MESCHIAL; OLIVEIRA, 2018). O uso de drogas ilícitas, ou até mesmo drogas lícitas como álcool, tabaco e medicamentos, sob controle especial, precisam ser debatidos com as comunidades de maneira franca e clara, para diminuir a possibilidade de danos associados ao seu uso.

O indicador ID\_39 é destinado a verificar a formação dos profissionais atuantes nos SEFAR-APS. O investimento em formação pelos municípios e estados no Brasil é muito escasso, seja por falta de recurso ou, até mesmo, de mão de obra qualificada. Outro aspecto que dificulta a formação é a localização das instituições formadoras, que normalmente se concentram nas capitais e grandes centros urbanos, distante da maioria dos municípios brasileiros. Mesmo com a interiorização das universidades no período entre 2003 a 2014, nos Governos Lula e Dilma (CAMARGO; ARAÚJO, 2017; MARQUES; CEPÊDA, 2012), ainda não é possível identificar grandes avanços na área de formação de recursos humanos locais, principalmente para atuação em áreas como promoção da saúde (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010). Embora a Extensão<sup>14</sup> seja considerada uma das atividades básicas da universidade e essencial para formação estudantil, as parcerias para o desenvolvimento de políticas locais são escassas e pouco reconhecidas dentro da própria universidade ou no meio acadêmico, mesmo para formação e vivência dos próprios estudantes.

Com vistas a sanar essa lacuna, o MS vem desenvolvendo cursos de educação permanente gratuitos, presenciais e na modalidade EAD, para estimular os profissionais a superarem as barreiras estruturais e se capacitarem para prestação de melhores serviços à comunidade (MARIN et al., 2017). O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, em parceria com Universidade Federal de Santa Catarina e outras instituições, criou alguns cursos com esse objetivo, como por exemplo, o mestrado profissional em Assistência Farmacêutica e a especialização na modalidade EAD para farmacêuticos atuantes na APS (BERMUDEZ et al., 2018). Assim, considerando a disponibilidade desses cursos e a necessidade de atualização contínua dos conhecimentos para o bom desenvolvimento das atividades dos SEFAR, espera-se que o indicador ID\_39 verifique a autonomia e a motivação do profissional no aprimoramento de suas funções nos SEFAR.

Quadro 14 – Matriz de Julgamento: **Componente Educação em saúde**

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Realizar atividades com grupos de usuários sobre uso de medicamentos.	<b>ID_37_CP_7</b> Existência de atividades com grupos de usuários sobre uso de medicamentos.	Atividade de grupo sobre uso de medicamentos realizada por farmacêutico e demais profissionais.	Atividade de grupo realizada por: farmacêutico: 5 pontos. Médico: 3 pontos. Enfermeiro: 2 pontos. Não realizada atividade de grupo. Não sei: 0 pontos.

<sup>14</sup> Tripé da universidade para desenvolvimento de ações – Pesquisa, Ensino e Extensão

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Realizar atividades de educação em saúde sobre plantas medicinais e fitoterapia.	<b>ID_36_CP_7</b> Existência de atividade de educação em saúde sobre plantas medicinais/fitoterapia.	Atividade de educação em saúde sobre plantas medicinais/ fitoterapia realizada por farmacêutico e demais profissionais,	Atividade de educação em saúde sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos realizada por: Farmacêutico: 5 pontos. Médico, enfermeiro, auxiliar de farmácia: 3 pontos. Agente comunitário/auxiliar de enfermagem: 2 pontos. Não realizada atividade de grupo. Não sei: 0 pontos.
Realizar cursos para desenvolvimento de competências relacionadas dos SEFAR.	<b>ID_39_CP_7</b> Participação em cursos de educação continuada.	Participação em cursos relacionados à Assistência Farmacêutica ou APS.	Mestrado em Assistência Farmacêutica: 5 pontos. Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica: 3 pontos. EaD Hórus, Hórus presencial, EaD Farmacêuticos na APS, EaD em Fitoterapia: 2 pontos. Outros na área de Assistência Farmacêutica: 1 ponto. Não concluiu, Não sei, Nenhum : 0 pontos.
Realizar cursos para desenvolvimento de competências relacionadas dos SEFAR.	<b>ID_38_CP_7</b> Nº de capacitações realizadas pelo farmacêutico para profissionais da equipe sobre uso racional de medicamentos.	Pelo menos 12 capacitações no ano,	Acima de 12: 10 pontos 0 a 11: 5 pontos Não sei; Nenhuma: 0 pontos

Fonte: Elaboração própria

O indicador de **Trabalho em Equipe** (ID\_40) pretende verificar o envolvimento dos SEFAR com os demais profissionais na Atenção Primária e desenvolvimento de atividades extramuros (Quadro 15). O trabalho em equipe está previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e representa uma das mudanças de atitude para os SEFAR, apontadas por organismos internacionais e MS. Acredita-se que a integração dos profissionais e seu envolvimento com a organização do Sistema de Saúde possa aumentar a efetividade e reduzir o tempo destinado à resolução de problemas. Além disso, a integração da equipe melhora o aspecto inter-relacional no ambiente de trabalho, aumentando a satisfação do trabalhador e, por consequência, do usuário.

Uma das estratégias de interação utilizada entre diferentes profissionais na APS é a reunião de equipe. Segundo o MS (BRASIL, 2014c), as reuniões da equipe de NASF com as equipes de saúde da família devem ser mensais. É fundamental o envolvimento dos demais profissionais na resolução de problemas relacionados a medicamentos (PRM) e o conhecimento dos serviços e atividades realizados pelos SEFAR. Tal atitude corrobora para o fortalecimento

da confiança, do vínculo do usuário com serviço e, por consequência, favorece a aceitabilidade e adesão ao plano terapêutico proposto (BRASIL, 2014a).

Quadro 15 – Matriz de Julgamento: **Componente Trabalho em Equipe**

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Envolver demais profissionais de saúde na discussão sobre processos de trabalho relacionados aos SEFAR	ID_40_CP_8 Reunião da equipe multiprofissional para discussão sobre processo de trabalho relacionados à Assistência Farmacêutica	Reunião realizada pelo menos 1 vez ao mês.	Semanal, Quinzenal, Mensal: 10 pontos, Bimensal: 5 pontos, Trimestral: 3 pontos, Semestral: 2 pontos. Anualmente, Eventualmente: 1 pontos. Não, Não sei: 0 pontos.

Fonte: Elaboração própria

Por fim, a **Produção da Informação e Comunicação** nos serviços de saúde é um dos aspectos considerados estratégicos do ponto de vista da gestão e da consolidação da intervenção. Segundo a literatura, as ações farmacêuticas devem atender às boas práticas e seguir a medicina baseada em evidência, para prevenção de danos e promoção da saúde, com vistas ao alcance da diminuição da morbimortalidade e qualidade de vida dos usuários. Os resultados devem ser alvo de estudos e fonte de informações para o sistema de saúde com vistas à consolidação dos SEFAR e ao fortalecimento da relação farmacêutico-paciente e farmacêutico-prescritor. Além disso, o uso de materiais informativos auxilia os usuários no autocuidado orientado e na automedicação responsável.

Outro ponto a ser discutido, sobre este componente, é a importância dos diferentes mecanismos de comunicação envolvidos na execução das atividades dos SEFAR. A orientação ao usuário pelo profissional farmacêutico requer o desenvolvimento de habilidades orais e escritas para atuação com diferentes públicos (SHAH; CHEWNING, 2006). Por ser um estabelecimento de saúde de portas abertas, o serviço deve possuir estratégias para prestar orientação a pacientes (DICKSON; RODOWSKAS, 1975) em condições de necessidades especiais, como cegos e mudos, assim como para analfabetos e moradores de rua. O profissional precisa ser flexível e estar disposto a pensar em soluções simples para melhorar a adesão ao tratamento, seja qual for realidade (HARGIE; MORROW; WOODMAN, 2000).

Um processo de dispensação seguro requer do profissional habilidades comunicativas e profundo conhecimento acerca dos medicamentos a serem dispensados. As fontes seguras de informação, sobre mecanismos de ação e uso dos medicamentos, são os protocolos clínicos e manuais orientados pela medicina baseada em evidência (TOKLU, 2015).

Na matriz de julgamento, o indicador ID\_44 destina-se a verificar a utilização da medicina baseada em evidência pelos SEFAR, como subsídio para compreensão das condições de saúde sensíveis à APS e como fonte padrão de informação sobre medicamento (Quadro 16).

Os indicadores ID\_41 e ID\_42 irão mensurar a disponibilidade de material informativo sobre uso adequado de medicamentos e locais de entrega/dispensação. Folders e cartazes são extremamente úteis para prestar informações gerais sobre o acesso a medicamentos, como apresentar locais de acesso a medicamentos.

Quadro 16 – Matriz de Julgamento: **Componente Produção da Informação e Comunicação**

Descrição	Indicador	Padrão	Ponto de Corte (pontos)
<b>Subcomponente: Atividade</b>			
Produzir e disponibilizar informativos sobre uso racional de medicamentos.	<b>ID_42_CP_9</b> Disponibilidade de informativos sobre URM no estabelecimento de saúde.	Material informativo sobre URM disponível aos usuários no estabelecimento de saúde.	Sim: 10. Não, Não sei: 0.
Disponibilizar em local visível informativo sobre locais de dispensação de medicamentos padronizados para todos os níveis de cuidado.	<b>ID_41_CP_9</b> Disponibilização de informativo sobre locais de obtenção de medicamentos padronizados.	Informativo disponível sobre locais de entrega/dispensação de medicamentos padronizados.	Sim, informação visível: 10. Não, Não sei: 0.
<b>Subcomponente: Insumo</b>			
Acesso à literatura científica.	<b>ID_44_CP_9</b> Utilização de fonte de informação sobre uso de medicamentos pela equipe de saúde.	Uso da medicina baseada em evidência como padrão para fonte de informação sobre medicamentos.	Sim, Portal Saúde Baseada em Evidências, Centro de Informação sobre Medicamento, Formulário Terapêutico Nacional: 4. Dicionário de Especialidade Farmacêuticas (DEF), Bula dos Medicamentos, Internet, Aplicativo de celular: 2. Não, Não sei: 0

Fonte: Elaboração própria

O resultado do julgamento acerca da relevância de cada componente técnico para os SEFAR não apresentou diferença significativa.

Quanto ao julgamento acerca da relevância dos componentes para os SEFAR-APS, realizado pelos atores-chaves durante a reunião de consenso, não foram identificadas diferenças significativas entre eles (Quadro 17). Para os atores-chaves, os componentes apresentam semelhante nível de importância para os SEFAR-APS. A média dos pesos dos componentes de

cada dimensão apontou para uma leve tendência à valorização das ações voltadas para o cuidado ao usuário ( $x=0,116$ ), em relação à gestão técnica do medicamento ( $x=0,103$ ).

Cabe destacar que, o julgamento de cada componente foi aberto durante a reunião, ou seja, cada ator-chave pode ouvir a resposta do outro. Esse fato pode ter incorrido em viés, pois o julgamento de um ator pode ter influenciado na opinião do outro, e vice-versa.

Outra questão a ser abordada diz respeito à relevância dos componentes à frente às evidências apresentadas na literatura. Alguns documentos internacionais e nacionais (BRASIL, 2010; OPAS, 2013; SEFAP, 2017) vêm destacando a realização de atividades voltadas ao cuidado ao paciente, que vão para além dos muros da farmácia e para além do produto “medicamento”. Esses documentos têm incentivado o desenvolvimento de cursos com intuito de subsidiar a formação dos profissionais atuantes nos SEFAR-APS (BRASIL, 2014b; EMMERICK et al., 2014). Contudo, cabe reforçar que, objetivo precípua dos SEFAR-APS é de, primeiramente, garantir acesso a medicamentos e, a partir daí, seu uso racional. A literatura (BENRIMOJ et al., 2010; HILL; DOWSE, 2007; SÁEZ-BENITO et al., 2013) é controversa e pouco conclusiva quanto as evidências relacionadas aos resultados em saúde produzidos pelas ações voltadas à dimensão de gestão do cuidado. Não foi encontrado estudo conclusivo sobre o impacto dessas ações no aumento da qualidade de vida do usuário ou diminuição da morbimortalidade. É necessário o desenvolvimento de mais estudos para que os resultados sejam identificados e amplamente divulgados.

Quadro 17 – Matriz de relevância

Componente MLog	Pontuação Atribuída (0 a 10)			Pontuação Total Obtida (A)=( $\sum$ "Ei")	Percentual de Relevância (B)=(A/234)*100	Peso (C)=B/100
	AT1*	AT2*	AT3*			
Planejamento e Gestão	9	9	8	26	11%	0,11
Seleção	7	8	7	22	9%	0,09
Programação/Solicitação	8	8	9	25	11%	0,11
Armazenamento	9	8	9	26	11%	0,11
Dispensação/ Entrega	9	10	10	29	12%	0,12
Coordenação do cuidado e clínica farmacêutica	10	10	10	30	13%	0,13
Educação em saúde e Formação	9	8	8	25	11%	0,11
Trabalho em equipe	9	8	10	27	12%	0,12
Produção da informação e comunicação	8	8	8	24	10%	0,10
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>77</b>	<b>79</b>	<b>234</b>	<b>100%</b>	<b>1,00</b>

AT\*= Ator-chave



Fonte: Elaboração própria

Todo processo criativo teve como foco central a elaboração de um instrumento capaz de traduzir de forma mensurável (quantitativamente) ou descritível (qualitativamente), um ou mais aspectos dos SEFAR-APS, de maneira a tornar operacional o seu julgamento. Os indicadores foram elaborados para tornar evidente os resultados esperados do processo de implementação da intervenção, seja ele exitoso ou problemático (BRASIL, 2012).

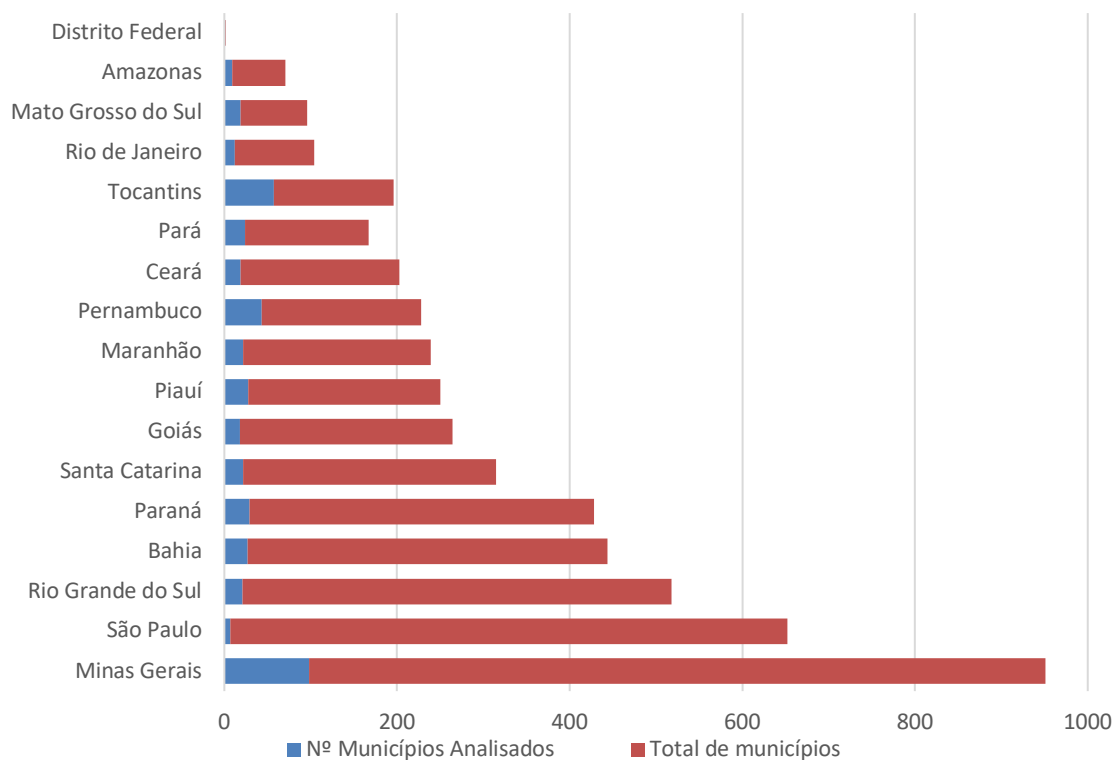
Importante reforçar que a construção do MLog e da matriz de julgamento caracterizam-se por um processo cíclico. Quando um deles é alterado, o outro precisa ser revisto.

### ***5.1.3 Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos***

Durante a execução do Projeto QualiSUS-Rede foram entrevistados responsáveis pelos SEFAR de 485 municípios. Ao total, 4.875 estabelecimentos de saúde de diversos níveis de atenção, de 465 municípios brasileiros, foram analisados. Para esse estudo, foram selecionados 4.030 estabelecimentos de saúde de atuação na APS pertencentes a 456 municípios. Considerando a amostra inicial, 20 municípios (4,1%) foram excluídos por apresentar problemas no armazenamento de dados, representando um percentual de perda 4,1%.

#### **5.1.3.1 Caracterização da Amostra**

No estudo-fonte, o estado de Minas Gerais contou com maior número de municípios visitados (Figura 6), seguido de Tocantins e Pernambuco. O estado do Tocantins obteve maior proporção de municípios visitados em relação ao seu total de municípios (41%), e São Paulo obteve a menor proporção.



Fonte: Elaboração própria

Figura 6 – Proporção de municípios visitados em relação ao número total de municípios, segundo Estado da Federação, 2015.

Apresenta-se na A densidade de farmácia por 10.000 habitantes foi maior na Região Nordeste (1,73) e alcançou seu menor resultado na Região Sudeste (0,48). Esta distribuição está ligada aos critérios de inclusão do estudo-fonte, uma vez que o QualiSUS-Rede compreendeu os municípios de regiões metropolitanas e regiões “Tipo” e não a totalidade dos municípios das regiões.

Tabela 1 a caracterização da amostra quanto à distribuição dos municípios, serviços farmacêuticos e densidade de farmácias, segundo estado e região administrativa. Foi identificado que 96% dos SEFAR-APS estavam ligados a Centros de Saúde/Unidades de Saúde, e apenas 4% são farmácias comunitárias em edificação própria, assim como também identifica Leite *et al.* (2017) e Mendes *et al.*(2014). A Região Sudeste apresenta maior percentual de farmácias em edificação própria, com destaque para o estado de Minas Gerais que concentra 40% do total da amostra.

Em números absolutos, cerca de um terço dos municípios (n=139) e estabelecimentos de saúde (n= 1.541) visitados estavam localizados na Região Nordeste. A Região Norte teve o menor número absoluto de estabelecimentos (n=391) e municípios (n=90) visitados, porém

apresentou a maior proporção de municípios visitados, frente às demais regiões. A densidade de farmácia por 10.000 habitantes foi maior na Região Nordeste (1,73) e alcançou seu menor resultado na Região Sudeste (0,48). Esta distribuição está ligada aos critérios de inclusão do estudo-fonte, uma vez que o QualiSUS-Rede compreendeu os municípios de regiões metropolitanas e regiões “Tipo” e não a totalidade dos municípios das regiões.

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto distribuição dos municípios, serviços farmacêuticos e densidade de farmácia, segundo estado e região do país.

Região Administrativa/ Estado	Nº Municípios n (%)	População total nos municípios estudados n (%)	Farmácia Comunitária		Densidade de Farmácia Por 10.000 Habitantes
			Estabelecimento de Saúde* n (%)	Edificação própria** n (%)	
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>38 (8,3)</b>	<b>4.626.571 (5,9)</b>	<b>391 (10,1)</b>	<b>18 (10,8)</b>	<b>0.88</b>
Distrito Federal	1	2.914.830	95	2	0.33
Goiás	18	1.153.534	178	8	1.61
Mato Grosso do Sul	19	558.207	118	8	2.26
<b>NORDESTE</b>	<b>139 (30,5)</b>	<b>8.911.847 (10,4)</b>	<b>1502 (38,9)</b>	<b>39 (23,6)</b>	<b>1.73</b>
Bahia	27	1.097.330	211	8	2.00
Ceará	19	760.752	241	11	3.31
Maranhão	22	782.067	146	2	1.89
Pernambuco	43	5.080.319	721	18	1.45
Piauí	28	1.191.379	183	0	1.54
<b>NORTE</b>	<b>90 (19,7)</b>	<b>4.060.099 (4,7)</b>	<b>386 (10,0)</b>	<b>5 (3,0)</b>	<b>0.96</b>
Amazonas	9	245.521	24	0	0.98
Pará	24	3.218.645	277	0	0.86
Tocantins	57	595.933	85	5	1.51
<b>SUDESTE</b>	<b>117 (25,7)</b>	<b>19.378.280 (22,6)</b>	<b>862 (22,3)</b>	<b>72 (43,7)</b>	<b>0.48</b>
Minas Gerais	98	6.540.706	406	67	0.72
Rio de Janeiro	12	10.118.003	312	4	0.31
São Paulo	7	2.719.571	144	2	0.54
<b>SUL</b>	<b>72 (15,8)</b>	<b>8.224.881 (9,6)</b>	<b>722 (18,7)</b>	<b>32 (19,2)</b>	<b>0.92</b>
Paraná	29	3.502.790	339	17	1.02
Rio Grande do Sul	21	3.590.110	205	15	0.61
Santa Catarina	22	1.131.981	178	0	1.57
<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>45.201.678</b>	<b>3863</b>	<b>167</b>	<b>0.89</b>

\*Estabelecimento de saúde: Centro de Saúde/ Unidade de Saúde, Posto de Saúde, Ambulatório e Centro de Apoio à Saúde da Família.

\*\*Edificação própria: Tipo de farmácia com subfunção 4 e 5.

Fonte: Banco de dados QUALISUS-Rede, 2015.

O número de unidades de saúde por 10.000 habitantes é um dos principais indicadores propostos pela OMS em seu modelo de avaliação da disponibilidade dos serviços de saúde (WHO, 2010). Na mesma perspectiva, a proximidade da residência de um indivíduo de uma farmácia comunitária (acessibilidade geográfica) e a disponibilidade de medicamentos ofertados pelas farmácias são fatores importantes na discussão sobre acesso a medicamentos (WARD et al., 2014). Assim, a densidade de farmácia demonstrou estar abaixo do esperado

(1/10.000hab) em mais da metade das áreas estudadas, demonstrando a necessidade de maiores investimentos destinados à provisão de acesso aos SEFAR.

Os países europeus, como Portugal e Inglaterra, apresentam densidade de farmácia por 10.000 habitantes em torno de 2,5 (PORDATA, 2019) e 2,2 (LGA, 2019), respectivamente. Porém, tais países diferem do Brasil, por apresentarem modelos de provisão de acesso a medicamentos por meio de farmácias privadas e copagamento. O modelo de provisão dos SEFAR em análise, como já mencionado, considerou apenas os estabelecimentos de natureza pública, não envolvendo o prestador privado. Nesse sentido, cabe ressaltar que, os dados obtidos certamente sofreriam alteração (possível aumento), se fosse considerado ainda o modelo de copagamento vigente (Programa “Aqui tem Farmácia Popular”).

No Brasil não há normativas ou critérios que regulem a abertura de farmácias privadas, segundo região ou necessidade populacional. Há uma concentração desses estabelecimentos em regiões urbanas e em áreas cuja população possui maior poder aquisitivo, em detrimento de áreas pobres e de baixo contingente populacional (rural). Por se afastar do interesse privado, de garantir fins lucrativos aos estabelecimentos, os SEFAR públicos conseguem maior capilaridade, à medida que alcança as regiões mais pobres e de vazio populacional (LUIZA et al., 2018).

### 5.1.3.2 Grau de Implementação nos Municípios

O grau de implementação (GI) dos SEFAR-APS nos municípios estudados do Projeto QualiSUS-Rede foi considerado crítico em 81% (n=369) do total de municípios visitados, 14% incipiente e 4,8% insatisfatório. Nenhum município apresentou grau de implementação acima de 75% para ser considerado com GI aceitável (Tabela 2). Assim, *o GI dos SEFAR-APS, em âmbito nacional, foi considerado crítico*, tendo em vista a amostra de municípios contemplados pelo Projeto QUALISUS-Rede.

Tabela 2 – Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária dos municípios brasileiros contemplados nas Regiões QualiSUS-Rede, segundo as regiões administrativas, 2015.

Região / Estado	Grau de Implementação			Total
	Incipiente (<25%)	Crítico (25-49%)	Insatisfatório (50-75%)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>1 (2,6)</b>	<b>35 (92,1)</b>	<b>2 (5,3)</b>	<b>38</b>
Distrito Federal	-	1	0	1
Goiás	1	17	0	18
Mato Grosso do Sul	-	17	2	19
<b>NORDESTE</b>	<b>18 (13,0)</b>	<b>120 (86,3)</b>	<b>1 (0,7)</b>	<b>139</b>

Região / Estado	Grau de Implementação			Total
	Incipiente (<25%)	Crítico (25-49%)	Insatisfatório (50-75%)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Bahia	1	26	0	27
Ceará	1	18	0	19
Maranhão	10	12	0	22
Pernambuco	6	37	0	43
Piauí	-	27	1	28
<b>NORTE</b>	<b>32 (35,6)</b>	<b>57 (63,3)</b>	<b>1 (1,1)</b>	<b>90</b>
Amazonas	2	7	0	9
Pará	20	4	0	24
Tocantins	10	46	1	57
<b>SUDESTE</b>	<b>13 (11,1)</b>	<b>95 (81,2)</b>	<b>9 (7,7)</b>	<b>117</b>
Minas Gerais	10	80	8	98
Rio de Janeiro	3	8	1	12
São Paulo	-	7	0	7
<b>SUL</b>	<b>1 (1,4)</b>	<b>62 (86,1)</b>	<b>9 (12,5)</b>	<b>72</b>
Paraná	1	26	2	29
Rio Grande do Sul	-	16	5	21
Santa Catarina	-	20	2	22
<b>Total</b>	<b>65 (14,3)</b>	<b>369 (80,9)</b>	<b>22 (4,8)</b>	<b>456</b>

A Região Norte apresentou o maior número de municípios com grau incipiente de implementação dos SEFAR-APS, enquanto a Região Sul apresentou o melhor panorama das 5 Regiões, com apenas 1 de municípios com SEFAR-APS incipiente e 9 municípios com nível de implementação acima de 50%.

No que diz respeito às dimensões dos SEFAR-APS (Tabela 3), a dimensão Gestão Técnica do Medicamento apresentou GI insatisfatório, e a Gestão do Cuidado apresentou GI incipiente. Os componentes “Seleção”, “Educação em Saúde e Formação” e “Trabalho em Equipe” apresentaram grau de implementação incipiente (<25%), enquanto “Coordenação do Cuidado e Clínica Farmacêutica”, “Produção da Informação e Comunicação” e “Planejamento e Gestão” apresentaram GI crítico (25-49%) e “Programação/solicitação”, Armazenamento e “Dispensação/Entrega”, GI insatisfatório (50-75%).

Tabela 3 – Grau de Implementação dos Serviços Farmacêuticos na APS brasileira, segundo dimensão e componente, 2015.

Dimensão	Componente	Grau de Implementação	
<b>Gestão Técnica do Medicamento</b>	Seleção	0,23	0,48(Crítico)
	Programação/Solicitação	0,59	
	Armazenamento	0,54	
	Dispensação/ Entrega	0,53	
<b>Gestão do Cuidado</b>	Coordenação do Cuidado e clínica farmacêutica	0,29	0,13(Incipiente)
	Educação em Saúde	0,08	

	Trabalho em Equipe	0,1	
	Produção da Informação e Comunicação	0,13	
-	Planejamento e Gestão	0,27	0,27 (Crítico)

Em análise da distribuição dos municípios segundo GI e componente (Tabela 4), chama à atenção, os 34 municípios que não responderam ou consideram como “não se aplica” todas as perguntas dos componentes “Armazenamento” (29), “Trabalho em Equipe” (4) e “Programação/Solicitação” (3).

Tabela 4 – Distribuição dos 456 municípios, segundo grau de Implementação dos componentes dos Serviços Farmacêuticos na APS municipal, 2015.

Componente	Grau de Implementação				NA/NR*
	Incipiente <25%	Crítico 25-49%	Insatisfatório 50-75%	Adequado >75%	
Planejamento e Gestão	197	217	30	12	0
<b>Gestão técnica do Medicamento</b>					
Seleção	229	212	15	0	0
Programação/Solicitação	23	105	221	104	3
Armazenamento	26	146	208	47	29
Dispensação/ Entrega	19	177	221	39	0
<b>Gestão do Cuidado</b>					
Coordenação do Cuidado e Clínica Farmacêutica	172	259	25	0	0
Educação em Saúde e Formação	399	51	6	0	0
Trabalho em Equipe	304	6	37	107	2
Produção da Informação e Comunicação	345	82	27	2	0

NA/NR\* = não se aplica ou Não responderam

### 5.1.3.3 Eixo transversal: Planejamento e Gestão

O componente Planejamento e Gestão compõe-se de ações estruturais e balizadoras para a implementação física e humana dos SEFAR-APS. Seus indicadores estão relacionados aos aspectos legais, instalações, equipamentos, mobiliários e serviços necessários ao funcionamento efetivo dos SEFAR-APS.

Apesar de sua importância, o grau de implementação para este componente foi considerado crítico (GI=27%) (Tabela 4). Verificou-se que: 19% (n=721) dos estabelecimentos de saúde visitados não possuem internet, computador ou telefone; apenas 1% (n=27) possui

todas as licenças exigidas pela Vigilância Sanitária para funcionamento dos SEFAR-APS; 25% (n=795) possuem farmacêutico no NASF (944 unidades responderam “não se aplica”); 9% (n=327) receberam treinamento para manuseio de equipamento de incêndio e 78% (n=3176) não responderam se possuíam Procedimento Operacional Padrão (POP) no estabelecimento.

Como explícito pelos dados, a garantia de infraestrutura mínima para implementação dos SEFAR-APS, como definido pelo MS (2009), ainda continua sendo um grande desafio para o SUS. Os dados encontrados nessa pesquisa vão ao encontro dos apresentados pela literatura nacional (BARBOSA et al., 2017; LEITE et al., 2017; MOURA et al., 2010; RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

A implementação dos SEFAR-APS, assim como qualquer outro serviço em saúde, requer planejamento estrutural e investimento de partida, porém tal aspecto foi negligenciado pelos gestores do SUS ao longo de sua história. Apesar do medicamento ser um insumo essencial para o cuidado em saúde, a compreensão dos SEFAR-APS como parte do sistema de saúde aconteceu tardiamente. Durante anos, diversos equipamentos sanitários foram implantados sem área específica para os SEFAR-APS. Com o avanço das normativas do SUS, publicação das políticas farmacêuticas, definição de financiamento específico para Assistência Farmacêutica e demanda da população, houve maior compreensão do papel dos SEFAR-APS para a atenção à saúde.

Apenas em 2013, uma parte dos recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos (15% da contrapartida estadual e municipal) pôde ser utilizada para ações de infraestrutura ou qualificação dos SEFAR-APS. Entretanto, não se tem notícias sobre a destinação desses recursos para este fim, uma vez que os gastos com aquisição de medicamentos nos municípios têm ultrapassado de forma significativa o montante de recursos *per capita* definido pelo MS. Os municípios com até 5.000 habitantes são os mais afetados, com uma média de gasto *per capita* 3,9 vezes maior que os com mais 500.000 habitantes (VIEIRA; ZUCCHI, 2011).

Dessa maneira, o meio encontrado para incentivar a estruturação dos SEFAR-APS pelos gestores municipais tem sido os projetos de incentivo financeiro do governo federal ou estadual. Segundo Barbosa *et al.* (2017), a Rede de Farmácia de Minas<sup>15</sup> gerou melhores condições de infraestrutura dos SEFAR-APS nos municípios mineiros, recebendo avaliação positiva tanto de

---

<sup>15</sup> Rede de Farmácia de Minas é uma estratégia da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais para a implantação de farmácias comunitárias públicas com estruturas físicas próprias, por meio de incentivo financeiro estadual.

profissionais de saúde como dos usuários do SUS. Esses dados foram confirmados no estudo 2 dessa pesquisa. Apesar desses avanços, outras estratégias de caráter contínuo de financiamento devem ser construídas para mudança do panorama nacional.

A estrutura e ambiência dos serviços está diretamente ligada à qualidade do atendimento prestado à população. O estabelecimento de saúde é como um cenário, onde se realizam relações sociais e políticas, sendo uma situação construída coletivamente, incluindo diferentes culturas e valores (BESTETTI, 2014). A inadequação física dos ambientes em saúde interfere no processo de trabalho e na qualidade dos serviços prestados, desmotivando os profissionais, produzindo desconforto para os usuários e riscos para ambos os grupos.

Além disso, a pesquisa indicou condições sanitárias inadequadas aos SEFAR-APS, que revelam descumprimento das normas de vigilância sanitária. Este dado corrobora com relatos da literatura nacional (COSTA et al., 2017b, 2017c; MOURA et al., 2010). O não atendimento aos aspectos sanitários exigidos pelos órgãos de controle profissionais e sanitários para implementação dos SEFAR-APS põe em risco a saúde dos usuários e produz insegurança para os trabalhadores (MOURA et al., 2010).

Com relação à presença de farmacêutico no NASF, como já foi dito, não é considerada a melhor medida para avaliar os recursos humanos na APS. Contudo, a discussão central levantada com essa pergunta é a necessidade da presença do farmacêutico em todos os pontos de dispensação de medicamentos. Com a institucionalização do NASF, o MS admite a possibilidade de que um farmacêutico possa dar suporte técnico a mais de um SEFAR-APS. Ou seja, a posição do MS vai no sentido contrário ao que define a Lei 13.021(2014d) e o Conselho Federal de Farmácia (órgão responsável pela fiscalização do exercício profissional). A ausência de farmacêutico incorre em infração legal e pode gerar multas aplicadas pelos conselhos regionais dos estados. O não pagamento das multas leva os municípios a entrarem em Dívida Ativa com o Governo Federal. A inclusão do município no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) impõe aos municípios diversas restrições administrativas, como impedimento para receber repasses do Governo, dentre outras. Essa situação tem gerado inúmeras discussões e disputas judiciais entre municípios do Brasil e os órgãos de regulação sanitária e profissional.

Considerando o tamanho do país e suas diferenças estruturais e econômicas, muitos municípios não possuem recurso financeiro suficiente para manter o profissional farmacêutico por SEFAR, principalmente em municípios com menos de 10 mil habitantes, onde os recursos destinados à saúde são escassos. Além disso, existe no Brasil, uma limitação legal ao



comprometimento financeiro com recursos humanos, fixado em 54% da receita corrente líquida municipal. A ultrapassagem desse limite fere a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000b), implicando em processos por improbidade administrativa. Diante disso, em negociação com os órgãos profissionais, os municípios têm optado pela centralização dos SEFAR-APS, indo na contramão da discussão à garantia de acesso aos usuários, sobretudo na perspectiva da acessibilidade geográfica. Muitos municípios brasileiros, mesmo de pequeno porte populacional, ocupam grandes áreas geográficas, e a centralização tem repercussões na população que habita longe do núcleo urbano principal. Essa discussão é premente e se deve considerar aspectos ligados a segurança, qualidade, viabilidade financeira e acessibilidade a medicamentos no SUS.

No que tange a visita de propagandistas ou representantes do mercado farmacêutico, metade dos municípios manifestaram recebê-los em seus estabelecimentos de saúde. A maioria desses municípios se concentram na Região Nordeste (35%) e Região Sul (21%).

A influência e a pressão do mercado farmacêutico sobre os municípios brasileiros produzem importantes efeitos sobre a aquisição de medicamentos. O baixo poder de compra da maioria dos municípios brasileiros (em termos de escala e volume financeiro) faz com que fiquem refém de custos unitários elevados e de um nicho pequeno de fornecedores, inclusive varejistas. De maneira geral, fabricantes e grandes distribuidoras, com melhor preço de revenda, não têm interesse em comercializar com pequenos municípios, onde o volume de compra não justifica o gasto com logística. Um pequeno grupo de fornecedores locais, geralmente, dominam a distribuição e venda de medicamentos, seja para farmácias privadas ou para os órgãos públicos (PINTO et al., 2015).

Os municípios de grande porte como São Paulo e Rio de Janeiro, cuja escala de compra é bastante expressiva, da ordem de mais de 1 bilhão de unidades farmacêuticas por ano, são assediados cotidianamente pelo mercado farmacêutico. Nesses locais, os propagandistas têm grande interesse em influenciar o padrão prescritivo e incentivar a incorporação de novas tecnologias às listas municipais de medicamentos essenciais (COSTA et al., 2017b). Outra abordagem dos propagandistas, tem sido de estimular a utilização de novas tecnologias pelos prescritores e usuários, estimulando a judicialização como via de acesso a medicamentos. Para Wang *et al.* (2014) uma parcela significativa dos recursos da política de assistência farmacêutica está sendo determinada e realocada judicialmente para aquisição de itens fora da lista de medicamentos essenciais.

Os efeitos causados pela judicialização são deletérios para o sistema de saúde, pois geram: i) acesso desigual ao SUS, uma vez que o demandante tem acesso a um rol mais amplo de ações e serviços de saúde, diferente do restante da população; ii) desequilíbrio na distribuição de competências dentro do sistema, sobrecarregando o ente mais frágil do conjunto, o município; e iii) um elevado grau de incerteza ao gestor público, sobre o impacto nas contas públicas e os cortes necessários em outras despesas e políticas (BIEHL et al., 2009; WANG et al., 2014). Nesse sentido, foi criada a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 (BRASIL, 2011), na tentativa de reduzir a judicialização de medicamentos, entretanto, até o momento, não foram identificadas evidências consistentes sobre o efeito positivo da lei para o sistema de saúde. Ao contrário, parece que mesmo após a Lei, não houve mudança na conduta dos magistrados (LOPES et al., 2019; OLIVEIRA, 2015).

#### **5.1.3.4 Dimensão Gestão Técnica do Medicamento**

Essa dimensão, como dito na sessão anterior, trata dos componentes necessários para garantir à população o acesso ao medicamento em tempo e lugar oportunos para o indivíduo.

O GI dessa dimensão foi considerado crítico (GI= 48%). O componente que apresentou maior escore foi a “Programação/Solicitação” (GI=59%), seguido do “Armazenamento”(GI=54%) e “Dispensação/Entrega”(53%), todos considerados com GI insatisfatório. O componente “Seleção” apresentou GI incipiente (GI=23%), divergindo drasticamente dos demais(Tabela 3).

Metade dos municípios apresentaram GI incipiente para Seleção. Entre os 456 municípios, 415 (91%) disponibilizam a lista de medicamentos essenciais aos prescritores, porém apenas 53 (12%) disponibilizam formulário de inclusão e exclusão para profissionais de saúde e 83 (18%) ofertam fitoterápicos, conforme previsto na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Tabela 4).

A seleção de medicamentos é uma atividade reconhecida pela OMS como sendo um princípio básico para garantia de acesso a medicamentos à população (LAING et al., 2003). Seu maior objetivo é selecionar medicamentos essenciais, considerados de maior relevância e uso pela população, e cujos estudos apontem evidências claras de seu benefício à saúde. As listas de medicamentos essenciais são consideradas estratégicas para os governos, pois orientam a produção nacional de medicamentos, otimizam a alocação de recursos em saúde, estimulam o desenvolvimento científico e reduzem as chances de eventos adversos relacionadas a medicamentos.

No Brasil, a primeira RENAME foi lançada em 1973, entretanto, sua revisão apenas se tornou prioridade após a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998. Segundo a PNM, municípios e estados devem elaborar lista de medicamentos essenciais próprias, tendo como base a RENAME. A definição da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) aumenta as chances do município de atender as necessidades da população relacionadas ao acesso a medicamentos, na medida em que obriga o gestor municipal a selecionar seus medicamentos, a partir das condições de saúde prevalentes em seu próprio território e com base em evidências científicas. Os municípios não são obrigados a oferecer todos os itens da RENAME podendo, inclusive, incorporar novos, desde que destinem recursos específicos para sua aquisição.

De maneira geral, REMUME é um produto do processo de seleção de medicamentos municipal que deve nortear os demais componentes da Assistência Farmacêutica, como programação, compras e dispensação. Sua vigência deve ser limitada e sua revisão periódica, assim como previsto na PNM. A divulgação da REMUME e de seu formulário de alteração (inclusão e exclusão de medicamentos) é um dos mecanismos utilizados pelos gestores para apresentar aos profissionais os medicamentos fornecidos pelo município, orientar a prescrição no SUS, garantir maior eficácia e segurança à terapêutica e envolver os profissionais no conhecimento sobre o conceito de essencialidade.

A existência da lista de medicamentos essenciais, seu conhecimento pelos profissionais e a disponibilização de formulários de alteração da REMUME, não garantem a institucionalização de um processo adequado de seleção, que requer envolvimento da Comissão de Farmácia e Terapêutica e equipe multiprofissional. Contudo, o desconhecimento sobre a REMUME, e a ausência de formulários para alteração da lista, demonstra omissão municipal na discussão do tema ‘medicamentos essenciais’ e da importância da medicina baseada em evidência para a AF. O não envolvimento dos profissionais nesse debate, principalmente prescritores, deixa o sistema de saúde mais suscetível à influência e pressão do mercado farmacêutico, sobre a prescrição e incorporação de novas tecnologias. Assim, há que se esclarecer que o julgamento da implementação, aqui pretendido, não se refere ao processo de seleção da Assistência farmacêutica Municipal, mas na parte em que compete aos SEFAR-APS.

Desse maneira, espera-se que os SEFAR-APS: a) estimulem a prescrição de itens do elenco municipal, garantindo acesso ao tratamento aos pacientes do território, por meio da divulgação da lista de medicamentos essenciais; b) incentivem os profissionais a serem atores do processo de seleção municipal, conhecendo os critérios utilizados e os mecanismos formais

de inclusão e exclusão de medicamentos; c) contribuam para aumentar a segurança e eficácia da prescrição; e) diminuem o gasto catastrófico das famílias com a compra de medicamentos.

Os dados encontrados neste estudo apontam para ausência dessas atividades nos SEFAR-APS, indo ao encontro dos achados da literatura nacional, que já sinalizavam um cenário desfavorável neste componente. Com base nos achados de seu estudo, Magarinos-Torres *et al.* (2014) consideraram a seleção de medicamentos ainda como incipiente em muitos municípios e estados brasileiros. Segundo Karnikowski *et al.* (2017), dos mais de 3.000 profissionais envolvidos com os SEFAR-APS no Brasil, 90% reconheceram a existência da LME, mas apenas 12,5% descrevem a existência CFT formalmente constituída nos municípios e 27,2% dos médicos relatam ter conhecimento dos critérios de alteração da LME, como inclusão ou exclusão dos medicamentos.

Os demais componentes dos SEFAR-APS, subsequentes à seleção, são Programação (“*Forecasting*”), Armazenamento (“*Storage*”) e dispensação (“*Dispensing*”), que apresentaram melhor GI. Para explicar o motivo desses componentes apresentarem destaque em seu grau de implementação é necessário olhar para o processo histórico de garantia de acesso a medicamentos no país.

Desde a década de 70, a provisão de medicamentos para os municípios brasileiros era feita pelo governo federal por meio da Central de Medicamentos (CEME). Após sua extinção, nos anos 90, e com início do SUS, foi criado o Programa Farmácia Básica, cuja aquisição de medicamentos ainda era feita de forma centralizada e a distribuição destinada aos municípios mais pobres do Brasil. Com avanço da descentralização do SUS, e publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1999, esse programa foi extinto e foi definido o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com transferência de recurso aos municípios para provisão de medicamentos. A criação de um recurso financeiro específico destinado à aquisição de medicamentos, com participação das três esferas de governo, impulsionou o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica nos municípios (VIEIRA, 2010). Todo o processo envolvido na provisão de medicamentos passou a ser atribuição dos municípios, que precisaram desenvolver competência técnica para sua realização. Iniciou-se, então, um longo processo de organização, incentivado pelo governo federal e entidades ligadas à pesquisa, incluindo a qualificação dos gestores para desenvolvimento de habilidades e capacidade técnica voltadas exclusivamente à provisão de medicamentos. Por anos, os componentes “Aquisição”, “Programação”, “Armazenamento” e distribuição dos medicamentos foram tema central na agenda dos envolvidos com a Assistência Farmacêutica no país.

Mesmo assim, o GI destes componentes pode ser considerado insatisfatório frente ao esperado para os SEFAR-APS. Isso significa dizer que, apesar de seus avanços, ainda é necessário aprimoramento para que os serviços sejam entregues com a qualidade exigida. Durante a análise foram identificadas as fragilidades sumarizadas no Quadro 18.

Quadro 18 – Fragilidades dos Serviços Farmacêuticos identificadas na análise do banco de dados do estudo-fonte.

<b>Componente</b>	<b>Principais fragilidades</b>
<b>A. Programação:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de conhecimento dos profissionais sobre os motivos de desabastecimento (21% dos estabelecimentos manifestaram conhecer pelo menos 2 motivos relacionados ao desabastecimento).</li> <li>• Inexistência de cronograma de solicitação de medicamentos à central de abastecimento (30% das unidades possuíam cronograma disponível).</li> </ul>
<b>B. Armazenamento:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de infraestrutura para fornecimento de termolábeis (42% das unidades não dispensavam produtos termolábeis e das que dispensavam, 26% não possuíam armazenamento exclusivo para medicamentos).</li> <li>• Baixo mecanismo de controle de estoque (16% dos estabelecimentos não realiza inventário).</li> </ul>
<b>C. Dispensação:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensação de amostra grátis por unidades públicas (39% dos estabelecimentos dispensaram amostra grátis de medicamentos obtidas por meio de propagandistas).</li> </ul>

Fonte: Banco de dados do projeto “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QUALISUS-REDE”.

Uma das maneiras centrais de evitar o desabastecimento é conhecer suas causas. A partir do motivo do desabastecimento, o profissional poderá definir as providências a serem tomadas. Interrupção de fabricação, falta de insumos farmacêuticos e problemas com exportação são alguns dos motivos que estão fora da governabilidade do gestor municipal. Porém, seu conhecimento é importante para orientar na tomada de decisão, seja na escolha de alternativas terapêuticas, quando possível, ou comunicar o fato aos órgãos de controle governamental. Problemas de desabastecimento, derivados de lentidão da burocracia pública, indisponibilidade orçamentária ou má programação, são considerados problemas evitáveis, cuja duração e intensidade podem ser identificados (REIS; PERINI, 2008). As causas do desabastecimento possuem níveis de complexidade variáveis e precisam ser compreendidas pelos gestores, profissionais de saúde e usuários para evitar desconfiança no sistema de saúde. Manter os usuários e profissionais cientes sobre o desabastecimento em sua causa raiz demonstra a capacidade dos SEFAR-APS e lidar com esses problemas, procurando medidas para evitar a

falta de acesso ao medicamento. Além disso, a comunicação e divulgação dos motivos podem aumentar a capacidade de resolução do problema, por efeitos de “*advocacy*” dos usuários e demais profissionais de saúde.

As demais fragilidades envolvidas com programação e armazenamento como inexistência de cronograma de abastecimento, não realização de inventário e ausência de local para armazenamento de termolábeis, estão diretamente relacionadas à inadequação da infraestrutura dos estabelecimentos, seja física ou de recursos humanos.

Tais aspectos são características de um serviço ineficiente, com baixa capacidade de provisão, sem análise do consumo mensal e controle de estoque. De maneira geral, esses locais não contam com área de armazenamento para medicamentos e com profissional competente para organização e administração (CANABARRO; HAHN, 2009). Quando realizado de forma adequada, o armazenamento reduz as perdas de medicamentos por manter a estabilidade física e química dos fármacos. Do contrário, o armazenamento pode causar perda material e financeira.

Além disso, diversos estabelecimentos não dispensam/entregam medicamentos termolábeis pela falta de equipamentos de refrigeração, restringindo o acesso aos usuários a medicamentos essenciais voltados ao cuidado a doenças crônicas não transmissíveis como diabetes. Segundo a literatura (AL-ARIFI, 2013; TRAP et al., 2001), quando há supervisão do SEFAR-APS, controle de estoque e bom desempenho da CAF, a disponibilidade de medicamentos aumenta, a gestão de recursos melhora e a confiança dos usuários no sistema de saúde é mantida.

No que tange a distribuição de amostra grátis, os achados vão ao encontro do apresentado por Costa et. Al (2017b), cujo estudo encontrou que, quase um terço das unidades entrevistadas referiram distribuir amostras grátis. Como já mencionado sobre a visita de propagandistas, é sabido que as indústrias investem bilhões em estratégias de marketing e propaganda de medicamentos. A visita de representantes/ propagandistas para distribuição de amostras grátis de medicamentos e de artigos conflituosos são instrumentos potentes do mercado farmacêutico para persuasão da categoria médica (PIZZOL; SILVA; SCHENKEL, 1998; SOUZA et al., 2014). Alguns municípios no Brasil apresentam regulação sobre a visita de propagandistas em seus estabelecimentos de saúde (COSTA et al., 2017b), mas o número ainda é muito restrito em relação à totalidade de municípios no país. No Brasil, a responsabilidade da regulação sobre a propaganda é feita pelo Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR), cuja compreensão sobre o impacto desse tipo de

estratégia sobre a saúde da população é limitada. Sendo assim, a regulação da propaganda, como mecanismo de reduzir os impactos do mercado farmacêutico sobre o sistema de saúde, deve ser pensado pelo próprio sistema de saúde e seus profissionais, construindo regras sobre a propaganda de medicamentos e desempenhando um papel de ator central na discussão sobre melhores evidências em saúde que possam nortear a prática clínica em saúde. Os SEFAR-APS têm como papel ser um centro de informações sobre o uso adequado de medicamentos, podendo atuar na orientação dos prescritores quanto aos efeitos maléficos que a propaganda de medicamentos pode gerar para a vida dos usuários e para o sistema de saúde.

### 5.1.3.5 Dimensão Gestão do Cuidado

Essa dimensão trata dos aspectos voltados ao cuidado com o usuário, que vão desde a promoção da saúde individual e coletiva, passando pela corresponsabilização dos SEFAR-APS com a terapêutica, até o trabalho em equipe e a educação continuada.

O GI dessa dimensão foi considerado incipiente (GI= 13%). O componente que apresentou maior escore foi a “Coordenação do Cuidado e Clínica Farmacêutica” (GI=29%). Os demais componentes “Educação em Saúde e Formação” (GI=8%), “Trabalho em Equipe” (GI=10%) e “Produção da Informação e Comunicação”(GI=13%) apresentaram GI incipiente (Tabela 3).

Com base na Tabela 4, constatou-se que 56% dos municípios apresentaram GI crítico para “Coordenação do Cuidado e clínica farmacêutica”. Mais de 66% (n=300) dos municípios apresentaram GI incipiente em todos os demais componentes. Dos aspectos positivos encontrados no componente de maior escore na dimensão, destaca-se as ações sobre o componente especializado. Com base nos indicadores, 55% das unidades referiram ter pacientes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e 62% manifestaram prestar algum tipo de informação sobre acesso a esses medicamentos.

A provisão de medicamentos no Brasil é responsabilidade dos três entes federativos. Desde o Pacto para Saúde, em 2006 (BRASIL, 2007), o financiamento e a responsabilidade sobre a provisão no SUS foram divididos em três componentes: a) o *componente básico (CBAF)*, de responsabilidade dos municípios e financiamento tripartite; b) o *componente estratégico (CESAF)*, cuja compra é realizada pelo governo federal e a entrega pelos municípios; e c) o *componente especializado (CEAF)*, com financiamento partilhado entre os estados e Governo Federal e provisão e entrega de responsabilidade estadual. O componente básico se refere ao conjunto de medicamentos destinados a cuidados primários em saúde; o

estratégico, destina-se à provisão de medicamentos destinados ao tratamento de doenças endêmicas; e o componente especializado refere-se a medicamentos destinados ao tratamento de condições de saúde da atenção especializada, a maioria de alto custo.

Os SEFAR-APS têm um importante papel no acesso a medicamentos do componente especializado. Por ser um serviço que compõe o nível de cuidados primários, estando submetido aos mesmos princípios, cabe aos SEFAR-APS identificar os usuários, prover informação sobre acesso, auxiliar no processo de solicitação de medicamentos de outros componentes e acompanhar sua utilização. Este serviço, junto com as equipes de saúde, tem a responsabilidade de orientar o usuário em seu percurso pelos demais níveis de atenção, ou seja, de coordenar o cuidado do usuário ao longo da RAS.

Apesar dos dados encontrados apontarem para uma atuação mediana dos SEFAR-APS junto ao componente especializado, ainda há muito o que avançar na participação da coordenação do cuidado. Segundo Rover *et al.*(2016), em estudo realizado com usuários em uso de medicamentos do componente especializado, os entrevistados reconheceram a necessidade de fontes de informação mais efetivas de divulgação sobre os medicamentos, e apontam o profissional médico como o principal responsável pelas informações e orientações. Isso significa dizer que, mesmo que as informações sobre o componente especializado sejam prestadas, isto ainda é feito de forma ineficiente, pois os usuários não reconhecem os SEFAR-APS como “*locus*” promotor de informação sobre medicamentos.

Além disso, a literatura (CAMPOS, 2007; LAVRAS, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2014) relata a falta de articulação entre os serviços como um problema, apesar dos esforços de se investir na constituição de uma rede de serviços com fluxos e regras. O sistema apresenta um processo de articulação fragmentado entre as instâncias gestoras, entre os serviços, e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais, dificultando a longitudinalidade do cuidado. A falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção no SUS e serviços ainda é um entrave à integralidade da atenção. Esse aspecto não é diferente entre os SEFAR-APS e os dos demais níveis de atenção. Segundo Rover *et al.*(2016), embora os componentes tenham organização e financiamentos diferentes, isso não significa que na prática eles devam ser executados de forma independente. Pelo contrário, sua integração é primordial para possibilitar o acesso. A necessidade de integração se intensifica principalmente em municípios onde não há estabelecimentos sob gestão estadual para dispensação dos medicamentos do CEAF. Nesses casos, a integração dos municípios com os gestores estaduais é a única forma de viabilizar o acesso aos municípios (ROVER *et al.*, 2017) e adesão ao tratamento.



Quanto aos aspectos ligados à adesão, apenas 34% dos estabelecimentos acompanhavam usuários sem adesão ao tratamento, e 40% disseram utilizar alguma estratégia para melhorar a compreensão sobre o uso de medicamentos. Entretanto, mais de 85% das unidades não responderam se realizavam seguimento farmacoterapêutico e se usavam a medicina baseada em evidência para acompanhamento dos usuários. Para as unidades que responderam, apenas 7% (n=40) realizavam seguimento farmacoterapêutico e 23% dos profissionais disseram se orientar pela medicina baseada em evidência.

A adesão ao tratamento tem efeitos positivos sobre a melhoria das condições de saúde agudas e desfecho decisivo em algumas condições crônicas. Alguns estudos mencionam que a satisfação e a compreensão sobre o tratamento contribuem para adesão ao plano terapêutico (SAARTI et al., 2016). A adesão reduz o número de internações, reduzindo custos em saúde. Diversos aspectos podem ser considerados barreiras à adesão, que vão desde aspecto culturais e de vulnerabilidade social, à relação com os profissionais cuidadores e questões de físico-química dos produtos (WRIGHT et al., 2016).

As atividades ligadas a incentivar a adesão à terapêutica requerem conhecimento técnico e habilidade específicas para manejo. A atuação do profissional farmacêutico, com competência técnica para realização de tal função, é definidora nesse processo. Entretanto, a ausência de farmacêutico nos SEFAR-APS e a falta de pessoal treinado, desfavorece a realização de atividades voltadas à adesão, ou demais ações ligadas ao cuidado. Como mencionado na sessão anterior, um fator precípuo para a adesão ao plano terapêutico é a presença de efeitos colaterais ou eventos adversos relacionados da terapia medicamentosa.

Nesse aspecto, verificou-se que 31% das unidades manifestaram ter algum fluxo de notificação de eventos adversos ou queixa técnica definidos, e apenas 11% tiveram alguma notificação no último ano. O ato de notificação faz parte das ações ligadas à farmacovigilância, área responsável pela observação e manutenção da segurança e eficácia dos medicamentos disponíveis no mercado. Seu papel na saúde pública é precípuo, uma vez que diversos medicamentos disponíveis para comercialização não passaram por testes de fase 4 ou não foram expostos a distintos perfis populacionais. Além disso, a escala de uso dos ensaios clínicos não permite a identificação de efeitos adversos raros, para isso temos de ter um denominador muito mais extenso. Portanto, há ainda muito a descobrir sobre o perfil de segurança de um medicamento. O conhecimento e envolvimento dos profissionais, nesses aspectos, são fundamentais para prevenir danos à saúde. Dados de uma revisão sistemática apresentaram que

até 15% das internações hospitalares podem estar relacionadas com reações adversas a medicamento (KONGKAEW; NOYCE; ASHCROFT, 2008).

Além disso, tendo em vista a extensão do país e diversidade de estilos de vida, um ponto de atenção dos SEFAR-APS se destina a apoiar a utilização de plantas medicinais. Especialmente em boa parte do norte e nordeste do país, o uso de plantas medicinais, como orienta a tradição popular, é bastante comum. O uso concomitante com medicamentos alopáticos pode produzir alguma interação desconhecida, logo o usuário precisa ser informado dos possíveis problemas relacionados à interação entre esses produtos (TOKLU; MENSAH, 2016). A atuação dos SEFAR-APS é bastante decisiva na APS e pode evitar problemas de saúde decorrentes da utilização de medicamentos, devendo estimular o reconhecimento dos efeitos adversos e a notificação por profissionais de saúde e usuários. Entretanto, para garantir a promoção de ações ligadas à farmacovigilância, é necessário conhecimentos dos profissionais de saúde sobre esse debate. A literatura (DORJI et al., 2016; LEMAY et al., 2018; TEW et al., 2016) apresenta que médicos e profissionais dos SEFAR-APS não adotam como rotina observar esse tipo de situação por não saberem reconhecer os efeitos adversos aos medicamentos ou, sequer, sabem o fluxo de notificação.

Esse dado da literatura corrobora para o encontrado neste estudo sobre o componente “Educação em Saúde”, onde foi identificado que apenas 13% dos profissionais atuantes nos SEFAR-APS realizaram algum tipo de capacitação voltada ao campo de trabalho. É necessária a qualificação técnica e o desenvolvimento de habilidades específicas para execução das ações ligadas aos SEFAR-APS. Possuir conhecimentos básicos sobre comunicação, farmacotécnica, boas práticas de armazenamento e funcionalidade dos medicamentos é o mínimo que se espera dos profissionais atuantes nesse tipo de serviço. Embora seja esperada formação prévia desses profissionais nesse serviço, é sabido que esta não é uma realidade no país. Há pouquíssimos cursos disponíveis para formação de auxiliares de farmácia, e a maioria dos profissionais atuantes nos SEFAR-APS possuem nível médio de escolaridade e alguns são auxiliares de enfermagem (CARVALHO et al., 2017).

O compromisso com a formação é um princípio do sistema universal de saúde, cabendo aos gestores identificarem lacunas de conhecimento, fomentar e incentivar a formação do profissional para melhor desempenho do trabalho em saúde. Nesse sentido, a melhor “escola” para desenvolvimento de conhecimento aplicado é o próprio serviço. Desenvolver atividade de formação que envolva o profissional em seu próprio local de trabalho, onde ele se reconheça na construção do conhecimento e compreenda sua necessidade, é a melhor maneira de estimular o

profissional a alcançar melhores resultados de aprendizado e otimizar o tempo de formação (FERREIRA et al., 2019).

Outro aspecto a ser tratado neste componente envolve não apenas o conhecimento dos profissionais atuantes nos SEFAR-APS, mas também dos usuários e demais profissionais de saúde. Segundo a pesquisa, 64% das unidades referiram realizar atividade de grupo sobre medicamentos, porém menos de um terço dessas atividades são realizadas por farmacêuticos ou auxiliares de farmácia. Apenas 318 unidades realizaram, em um ano, alguma atividade de educação permanente para profissionais de saúde e 74% (n=2.983) unidades não responderam a este indicador.

A atividade de educação em saúde é uma forma de prestar cuidado de maneira coletiva. Os grupos temáticos em saúde são espaços solidários onde se compartilham saberes e se constroem novos conhecimentos. São considerados espaços potentes, onde o conhecimento pode ecoar e ressoar mais do que em atendimentos individuais. A realização de grupos para educação em saúde na APS é uma atividade prevista na PNAB e sua condução, geralmente, é realizada por enfermeiros e demais profissionais de saúde. As atividades de educação em saúde, sejam com demais profissionais ou com usuários, são estratégias potentes para promoção do uso racional de medicamentos. O profissional de saúde pode ser porta-voz e estimulador das atividades dos SEFAR-APS por compreender e reconhecer nesse serviço a potência de suas ações voltadas à promoção da saúde e orientação sobre o uso de medicamentos e produtos para saúde. Segundo Vinholes *et al.*(2009), os usuários reconhecem a importância da discussão sobre o uso de medicamentos em grupos de promoção da saúde, porém relacionam essas atividades a profissionais de saúde e não a profissionais ligados aos SEFAR-APS.

Uma importante contribuição dos SEFAR-APS na educação em saúde pode ser o debate sobre uso de drogas de abuso e seus efeitos sobre a saúde. Travar um debate franco e aberto sobre esses produtos pode colaborar para conscientização do uso e enfrentamento de problemas.

Temas como uso de drogas ilícitas, escolha de método contraceptivo, desabastecimento e não adesão à terapia são cotidianamente vivenciados pelos profissionais da APS. Esses casos demandam atuação conjunta de distintos saberes em saúde para encaminhamento. Assim, o trabalho em equipe é fundamental no contexto de trabalho na APS, principalmente na organização dos SEFAR-APS (BRASIL, 2017).

Neste estudo, foi identificado que 38% das unidades referiram realizar reuniões mensais ou bimestrais para discutir questões sobre o processo de trabalho dos SEFAR-APS ou da

Assistência Farmacêutica municipal. O processo de trabalho dos SEFAR-APS impacta diretamente no cotidiano das equipes de saúde. Aspectos como desabastecimento, itens obrigatórios da receita, validade da prescrição, quantidade máxima de dispensação por produto, dentre outros, são de extrema importância de serem discutidos com as equipes de saúde.

No que tange ao componente “Produção da Informação e Comunicação”, apenas 17% dos estabelecimentos manifestaram disponibilizar informações sobre obtenção de medicamentos padronizados, e apenas 8% disponibilizam informativos sobre URM.

O achados justificam, portanto, que a implementação dos componentes da Gestão do Cuidado tenha sido considerada incipiente. O cenário analisado demonstra uma concentração de esforços para o desenvolvimento de ações ligadas à Gestão Técnica do medicamento. Entretanto, mesmo apresentando GI mais favorável, a ausência de infraestrutura adequada impede com que as atividades sejam realizadas conforme esperado. A falta de computador, internet e telefone, espaço para armazenamento, licenças sanitárias e recursos humanos dificultam a realização das atividades, tanto da gestão do medicamento quanto as da gestão do cuidado. Num contexto de escassez de recursos, a prioridade das ações dos SEFAR-APS se volta para a provisão do acesso a medicamentos em detrimento de ações de cuidado.

## **5.2 *Estudo 2 - Análise do Contexto de Implementação***

Essa etapa da pesquisa investigou os aspectos de contexto de implementação dos SEFAR-APS de cinco municípios brasileiros, com objetivo de compreender o que afeta a execução desses serviços e seus resultados esperados. As questões primárias do estudo foram:

- a) Quais são as barreiras e facilitadores com influência na implementação dos SEFAR-APS?
- b) Quais aspectos de contexto variam conforme o grau de implementação dos SEFAR-APS?

A primeira sessão do capítulo foi dedicada à apresentação dos casos estudados com informações sobre aspectos demográficos dos municípios, economia, indicadores gerais de saúde e estrutura organizacional da Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

A segunda sessão destinou-se à apresentação dos resultados, segundo constructo do CFIR.

Na terceira sessão, fez-se uma apresentação geral dos achados e análise sobre as divergências entre municípios de distintos níveis de implementação.

## 5.2.1 *Descrição dos Casos*

### 5.2.1.1 **Caso 1: Florianópolis**

O município de Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, localizado na Região Sul do Brasil. Teve população estimada de 492.977 pessoas, em 2018, distribuídas em uma área de 675,4 km<sup>2</sup> (densidade demográfica= 729,90 hab/km<sup>2</sup>; taxa de urbanização 96,21%) (IBGE, 2019).

A cidade apresentava o terceiro melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM - 0,847) do país. A dimensão com maior contribuição para o IDHM do município era a longevidade, seguida de Renda e de Educação (PNUD, 2013).

A renda *per capita* média de Florianópolis cresceu 95,03% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 921,95 em 1990 para R\$ 1.798,12, em 2010. Em 2010, a proporção de pessoas pobres era de 1,35%. A desigualdade de renda em 2010 foi descrita através do Índice de Gini, que se encontrava em 0,54 (IBGE, 2019).

O município apresentou bons resultados em indicadores de saúde, se comparados a outras capitais brasileiras, a exemplo da baixa taxa de mortalidade infantil (7,71 óbitos por mil nascidos vivos ) e perinatal (9,5), do aumento da longevidade entre os anos de 1991 (71,25 anos) e 2010 (77,35 anos) e a melhoria da taxa de autopercepção de saúde entre os munícipes adultos (apenas 3,9% de autoavaliação negativa do estado de saúde) (PNUD, 2013). Em 2019, o município contou com 99,24% da população coberta pela Atenção Primária, umas das maiores dentre as capitais do país (SAPS, 2019).

Em 2019, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis estava dividida em quatro diretorias: Atenção à Saúde (DAS); Vigilância em Saúde (DVS); Bem-estar Animal (DBA); e Inteligência em Saúde (DIS) (Apêndice 6 – Modelo Lógico dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde

Anexo 1, p.203). A DAS era responsável por coordenar todas as ações e serviços de Atenção à Saúde no município, sendo subdividida em Gerência de Atenção Primária (APS), Gerência de Integração Assistencial e Gerência de Atenção Especializada. Sua estrutura assistencial municipal contava com 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 4 Policlínicas e 49 Centros Municipais de Saúde (CMS).

A Assistência Farmacêutica Municipal possuía um departamento ligado à Gerência de Integração Assistencial com 4 profissionais vinculados - 1 chefe de departamento (40h), 2

farmacêuticos (30h) e 1 auxiliar administrativo. Possui responsabilidade por garantir a manutenção de toda a cadeia de suprimentos de medicamentos, desde a seleção, programação, armazenamento, distribuição e dispensação; definir políticas e normativas sobre medicamentos; organizar e gerenciar os SEFAR-APS, dentre outros.

Os SEFAR-APS no município estavam ligados fisicamente aos quarenta e nove centros de saúde, o que significava dizer que todas as farmácias municipais estavam dentro dos CMS e subordinados à gerência dos CMS. Dentre os 49, apenas 4 contavam com profissional farmacêutico para gestão e execução das atividades, e nenhum possuía auxiliar de farmácia em sua estrutura. Os SEFAR contavam com apoio de auxiliares de enfermagem das próprias unidades de saúde para apoio no desenvolvimento de suas atividades. Apenas as 4 unidades com farmacêutico contavam com todo elenco de medicamentos do componente básico, as demais possuíam elenco variável e não dispensavam medicamentos psicoativos.

#### 5.2.1.2 Caso 2: Contagem

O município de Contagem integra-se ao núcleo polarizador das atividades urbanas e econômicas da Região Metropolitana de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, na Região Sudeste do país. A população estimada, em 2018, era de 659.070 pessoas, distribuídas em uma área de 196,41 km<sup>2</sup> (densidade demográfica= 3090,33hab/km<sup>2</sup>; taxa de urbanização 99,66%)(IBGE, 2019). Atualmente, o município está dividido em 8 Distritos Sanitários: Industrial, Eldorado, Petrolândia, Sede, Vargem das Flores, Ressaca, Riacho e Nacional (SMSC, 2018).

Embora a cidade estivesse em 442º lugar no *ranking* do IDHM, o índice de 0,756 ainda era classificado como alto. A dimensão com maior contribuição para o IDHM do município era a longevidade, seguida de Renda e de Educação (PNUD, 2013).

A renda *per capita* média de Contagem cresceu 102,84% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 406,37 em 1990, para R\$ 824,30, em 2010. Nesse mesmo período, a proporção de pessoas pobres era de 4,81%. A desigualdade de renda, em 2010, foi descrita através do Índice de Gini, que se encontrava em 0,48 (IBGE, 2019).

A população do município de Contagem é 60% de raça/cor parda ou negra e uma parte da população é de origem quilombola<sup>16</sup>. Em relação ao nível de instrução da população de

---

<sup>16</sup>**Quilombolas** são habitantes de **quilombos**. Até cem anos após a assinatura da Lei Áurea, que libertou os escravizados no Brasil, os quilombos eram considerados locais com grandes concentrações de negros que se rebelaram contra o regime colonial. Com a Constituição Federal de 1988, o termo “quilombo” teve seu conceito

Contagem, 42,8% dos residentes com mais de dez anos de idade possuem ensino fundamental incompleto ou não tem instrução, sendo que, destes, 65,4% são de raça/cor parda ou negra (SMSC, 2018).

A transição demográfica do município demonstrou estar em estágio avançado. A pirâmide demográfica de Contagem exibiu um perfil de desaceleração nas taxas de fecundidade, que em 1991 era de 2,4 e, em 2010, de 1,8 filhos por mulher. O município ainda possuía, em 2010, uma população de adultos jovens, na faixa de 20 a 49 anos (59%), com população idosa (60 anos e mais) de 9,2% (PNUD, 2013).

O município apresentou bons resultados em indicadores de saúde, como baixa taxa de mortalidade infantil (9,99 óbitos por mil nascidos vivos) e boa expectativa de vida ao nascer, (74,9 anos) em 2010. Entretanto, apresentou alta taxa de mortalidade materna (84,9 por 100mil nascidos vivos) frente aos parâmetros definidos pela OM (SMSC, 2018).

A taxa geral de mortalidade municipal apresentou um perfil de mudança ao longo do período 2008 a 2017, em que neoplasias passaram ocupar o segundo lugar nas causas de mortalidade. A maior causa de morte no município continua sendo as doenças do aparelho circulatório, sucedida das neoplasias e causas externas, similar ao padrão nacional. O município ainda apresentou alta taxa de morte por doenças infecto-parasitárias (5º. lugar), indicando um perfil epidemiológico de tripla carga de doenças (DATASUS, 2019).

Antes da institucionalização do SUS em 1988, o município de Contagem já possuía, desde 1973, a Fundação de Assistência Médica de Urgência de Contagem (FAMUC), por meio da Lei n 1105, de 7 de maio de 1973, que era destinada a suplementar a ação do município no setor médico-hospitalar de urgência. Atualmente, a SMS ainda conta com FAMUC, que a subsidia a ação da municipalidade na implantação e operacionalização do Sistema Municipal de Saúde (SMSC, 2018).

Em 2019, a SMS de Contagem era composta por duas subsecretarias: Assistência à Saúde e Gestão em Saúde. A primeira, responsável pelas ações e serviços de saúde municipal, estava subdividida em 5 Superintendências: 1) Regulação, 2) Complexo Hospitalar; 3) Urgência e Emergência; 4) Atenção à Saúde; e 5) Vigilância em Saúde (SMSC, 2018).

---

ampliado de modo que na atualidade é considerado “toda área ocupada por comunidades remanescentes dos antigos quilombos”.



Sua estrutura assistencial municipal contava com 1 Hospital, 1 Maternidade, 5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 Centros de Consulta Especializada, 41 Unidades Básicas de Saúde (CMS), 16 farmácias distritais, 1 farmácia de DST/HIV e 8 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SMSC, 2018). Em 2019, o município contava com 76,63% da população coberta pela Atenção Primária (SAPS, 2019).

A Assistência Farmacêutica Municipal estava sob responsabilidade da Diretoria de Atenção Farmacêutica, ligada à Superintendência de Atenção à Saúde, com 4 profissionais vinculados - 1 chefe (20h) e 2 farmacêuticos (20h). A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), ou almoxarifado, possuía 2 farmacêuticos (40h e 20h) responsáveis pelo processo de aquisição de medicamentos, juntamente com o chefe da diretoria. Oficialmente, a CAF não constava no organograma da SMS.

A cidade de Contagem possuía 16 farmácias em estrutura própria, distribuídas pelos 8 distritos sanitários. Todas as farmácias possuíam 1 farmacêutico e auxiliar administrativo, cujo número variava, conforme população de abrangência. Dentre os 16 farmacêuticos, 7 compartilhavam sua carga horária entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a coordenação da farmácia. Todas as farmácias podiam dispensar todo o elenco de medicamentos do componente básico da AF.

### **5.2.1.3 Caso 3: Rio de Janeiro**

A cidade do Rio de Janeiro é a capital do estado do Rio de Janeiro, na Região Sudeste do país. Tinha, em 2018, população estimada de 6.688.927 pessoas, distribuídas em uma área de 1.200,25 km<sup>2</sup> (densidade demográfica= 5.265,82hab/km<sup>2</sup>; taxa de urbanização 100%) (IBGE, 2019). Atualmente, o município está dividido em 5 Áreas de Planejamento (AP), onde cada AP possui número distintos de Regiões de Planejamento (IPP, 2019).

A distribuição populacional da cidade apresentava extrema variação entre as AP, com destaque para regiões de alta densidade como Centro (área antiga) e “bolsões” de densidade, muito acima da média, nas regiões de grandes favelas, como Complexos da Maré e do Alemão (AP 3.1) e Rocinha (AP 2.1) (SMSRJ, 2018).

A evolução da estrutura etária entre 1991 e 2010, no Rio de Janeiro, exibiu um perfil de desaceleração nas taxas de fecundidade (2,0 para 1,6) e um aumento da expectativa de vida (67,9 a 75,7) (PNUD, 2013).

Com relação a sua economia, o Rio de Janeiro é a segunda cidade mais populosa e mais rica do país, com PIB de R\$ 321 milhões. Sua renda *per capita* média cresceu 68,27% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 887,06, em 1991 para R\$ 1.492,63 em 2010, e seu IDHM era de 0,799, considerado alto para as faixas de Desenvolvimento Humano. Entretanto, a desigualdade de renda em 2010 ainda era acentuada, podendo ser observada, visualmente, pelos conglomerados populacionais (favelas) e por meio de indicadores como Índice de Gini (0,62) e proporção de pessoas pobres (5,01%) (PNUD, 2013).

O perfil de morbidade da população residente no município do Rio de Janeiro se caracterizou em 2018 pela crescente prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis e pela coexistência de doenças transmissíveis, emergentes e reemergentes (SMSRJ, 2018).

Ainda foram encontradas doenças transmissíveis, com quadro persistente, como esquistossomose, coqueluche, leishmaniose tegumentar e visceral, hepatite, leptospirose e, mais recentemente, as arboviroses (dengue, zika, chikungunya e febre amarela). O Rio apresenta alta taxa de incidência de tuberculose (99/100.000 habitantes), ocupando o 4º. lugar entre as capitais brasileiras (SMSRJ, 2018).

O Rio apresenta baixa taxa de mortalidade infantil (11,22 óbitos por mil nascidos vivos) (IBGE, 2019). Entretanto, o município vem apresentando um aumento progressivo de mortalidade materna desde 2006, alcançando em 2016, uma de suas maiores taxas dos últimos 20 anos (74,66 por 100mil nascidos vivos) (SMSRJ, 2018).

A taxa geral de mortalidade municipal apresentou pequeno aumento ao longo do período 2008/2017 de 6,5%, cujas causas mais prevalentes são por doenças do aparelho circulatório, seguido por neoplasias e doenças do aparelho respiratório. O número de óbitos por doenças respiratórias aumentou 25% ao longo desse período, por conta do registro excessivo de pneumonia não especificada (CID-10: J18.9). O número de óbitos por causa externas continua estável e ocupa o 5º lugar entre as principais causas de morte (DATASUS, 2019).

Em 2019, a SMS do Rio de Janeiro apresentava uma estrutura robusta, composta por 7 subsecretarias: Subsecretaria Geral Executiva (SUBGEX); Subsecretaria de Regulação, Controle e Avaliação, Contratualização e Auditoria (SUBREG); Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV); Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE); Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (SUBVISA); Subsecretaria de Gestão (SUBG) e Subsecretaria de

Proteção e Defesa Civil (SUBPDC) (Anexo 2, p.204). Cada subsecretaria possuía seu organograma próprio e inúmeras subdivisões. A cidade ainda contava com a Rio Saúde, empresa pública, cuja responsabilidade era de gerenciar alguns serviços no município, prioritariamente as unidades de urgência.

Sua estrutura assistencial municipal contava com 8 hospitais gerais, 10 hospitais especializados, 4 institutos psiquiátricos, 7 maternidades, 14 unidades de pronto atendimento (UPA), 5 centros de emergência regional, 31 centros de atenção psicossocial (CAPS), 9 policlínicas e ambulatórios especializados e 227 unidades básicas de saúde (UBS) (DATASUS, 2019).

A APS no Rio de Janeiro estava sob responsabilidade da SUBPAV, que contava em sua estrutura organizacional com 10 Coordenadorias da Gerais de Atenção Primária (CAP), distribuídas por diferentes regiões do município. Cada CAP era responsável pela gestão regional das ações e serviços de saúde primários de um território específico.

Ao longo dos últimos 10 anos, a APS municipal passou por um processo de reforma que transformou o cenário de saúde no município. Partindo de uma cobertura 3,5% de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2008, o município alcançou, em 2017, a marca de 70,63%, com uma estrutura de saúde renovada e orientada aos cuidados primários em saúde. Contudo, em 2019, a crise política municipal trouxe reflexos na saúde e, principalmente, à APS carioca, resultando na diminuição da força de trabalho, fechamento de UBS e, por conseguinte, redução da cobertura para 57,13%.

No Rio de Janeiro, a gestão da Assistência Farmacêutica estava sob a responsabilidade do Núcleo de Assistência Farmacêutica – NAF Central. O setor era considerado uma assessoria, ligada hierarquicamente à SUBHUE, por meio da Assessoria de Tecnologias em Saúde (ATS). Apesar disso, o setor presta serviço às demais subsecretarias, no que concerne ao tema medicamento. O NAF-Central conta com 4 profissionais - 1 coordenador (40h), 1 farmacêutico (40h) e 2 farmacêuticos (20h). As atividades desenvolvidas pelo setor destinam-se, principalmente, à provisão de medicamentos e à definição de parâmetros para funcionamentos dos SEFAR-APS.

Os SEFAR-APS, no município do Rio de Janeiro, estavam ligados estruturalmente às unidades básicas de saúde. De maneira geral, todas as 227 unidades básicas contavam com pelo menos um farmacêutico, seja 20h ou 40h, e um auxiliar de farmácia para atender a uma população de, até, 60 mil pessoas. Esses serviços estavam subordinados à gerência das unidades

básicas e ao NAF regional de sua CAP de referência. Os NAF regionais eram responsáveis pela gestão da AF, apoio e monitoramento dos SEFAR-APS em sua região. Todas as unidades poderiam dispensar todo o elenco de medicamentos do componente básico da AF, apresentando, assim, um perfil descentralizado da AF. O município possuía 79 equipes de NASF, que não contavam com a presença do profissional farmacêutico.

O município possuía uma Central de Distribuição de Medicamentos, Materiais e Insumos (CD), cuja responsabilidade de gestão pertence à SUBG. O CD contava com 1 farmacêutico (40h), para apoio ao NAF-Central e aos NAF- Regionais, no que diz respeito à logística de medicamentos.

#### **5.2.1.4 Caso 4: Vespasiano**

O município de Vespasiano pertence à região metropolitana de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, na Região Sudeste do país, e contava com população estimada de 125.376 pessoas em 2018, distribuídas em uma área de 71,08 km<sup>2</sup> (densidade demográfica= 1.763,87hab/km<sup>2</sup>; taxa de urbanização 100%) (IBGE, 2019).

A cidade ocupa o 2249º lugar no *ranking* do IDHM, com 0,688, sendo considerado médio para as faixas de Desenvolvimento Humano. A dimensão com menor contribuição para o IDHM era a Educação, com índice de 0,592, baixo para as faixas de desenvolvimento humano (PNUD, 2013).

A renda *per capita* média de Vespasiano cresceu 106,78% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 260,69 para R\$ 539,05 em 2010. Nesse mesmo período, a proporção de pessoas pobres era de 8,06%. A desigualdade de renda em 2010 foi descrita através do Índice de Gini, que se encontrava em 0,42 (PNUD, 2013). Embora a desigualdade estivesse abaixo de 0,5, a maior parte da população municipal ainda vivia com renda menor que 1 salário mínimo por mês, e uma parcela importante sobrevivia abaixo da linha da pobreza.

A população do município de Vespasiano era 70% de raça/cor parda ou negra. Em relação ao nível de instrução da população de Vespasiano, 52% dos residentes com mais de 18 anos de idade possuíam ensino fundamental incompleto ou não tinham instrução (IBGE, 2019).

A pirâmide demográfica de Vespasiano exibia um perfil de desaceleração nas taxas de fecundidade, que em 1991 era de 2,6 e, em 2010, passou para 1,8 filhos por mulher. O município ainda possuía uma população de 49% de adultos jovens na faixa de 20 a 49 anos e uma população idosa (60 anos e mais) de 9% em 2010 (DATASUS, 2019).

Com relação aos indicadores de saúde, o município apresentou drástica redução na taxa de mortalidade infantil entre os anos 2000 e 2017, saindo de 32,8 para 12,28 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente. Apresentou taxa de mortalidade materna em 2016 (52,9 por 100ml nascidos vivos), inferior aos parâmetros definidos pela OMS e, em 2017, não foram registrados óbitos maternos (IBGE, 2019).

A taxa geral de mortalidade municipal apresentou comportamento irregular ao longo do período 2008 a 2017, com mudança expressiva nas causas de mortes municipais. O número de óbitos por doenças respiratórias aumentou 45% ao longo desse período e saltou de 10º para 3º lugar. O município apresentou em 2017 as doenças do aparelho circulatório como primeira causa da morte, sucedido das causas externas, doenças do aparelho respiratório e neoplasias (DATASUS, 2019).

Em 2019, a SMS de Vespasiano era composta pela Divisão de Saúde, Divisão de Odontologia e Divisão de Vigilância e Fiscalização (Anexo 3, p.206).

Sua estrutura assistencial municipal contava com 1 Hospital Geral, 1 Pronto Atendimento, 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 14 Centros de Consulta Especializada, 1 Policlínica, 12 Centros Municipais de Saúde (CMS) e 1 Farmácia Central.

A Assistência Farmacêutica Municipal estava sob responsabilidade da Coordenação de Assistência Farmacêutica, ligada à Divisão de Saúde, e contava com 1 farmacêutico (40h) e 1 auxiliar administrativo(40h). A Coordenação ficava localizada no almoxarifado de medicamentos e se dividia entre as atividades logística de medicamentos do município e demais ações voltadas à AF. Oficialmente, a coordenação da AF e almoxarifado não constam no organograma da SMS.

O município de Vespasiano possuía 1 Farmácia Central em estrutura própria no Centro da cidade, com funcionamento durante os 7 dias na semana, que contava com 1 farmacêutico (40h) e 3 auxiliares administrativos. Os demais SEFAR estavam localizados fisicamente nas UBS, onde 3 possuem farmacêuticos, 8 contam apenas com apoio de 1 auxiliar administrativo ou de enfermagem e 1 não possui SEFAR. Apenas os SEFAR-APS com farmacêutico dispensam todo o elenco da APS, as demais farmácias não dispensavam medicamentos psicoativos e antibióticos. O município contava com 1 equipe de NASF sem a presença do farmacêutico.

### 5.2.1.5 Caso 5: Moeda

O município de Moeda, pertencente à região metropolitana de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, na Região Sudeste do país, tinha população estimada em 2018 de 4.689 pessoas, distribuídas em uma área de 155,112 km<sup>2</sup> (densidade demográfica= 30,23hab/km<sup>2</sup>; taxa de urbanização 38,15%)(IBGE, 2019). O território é dividido em 2 distritos, Moeda e Coco, e a maior parte de sua população estava distribuída pela zona rural.

A cidade ocupava o 3344º lugar no *ranking* do IDHM com 0,638, sendo considerado médio para as faixas de Desenvolvimento Humano. A dimensão com menor contribuição para o IDHM era a Educação, com índice de 0,494, baixo para as faixas de desenvolvimento humano (PNUD, 2013).

A pirâmide demográfica de Moeda exibia uma população abaixo de 30 anos (46%), com uma leve concentração na faixa etária de 10 a 14 anos, em 2010. Sua taxa de fecundidade apresentou tendência de queda no período de 1991 a 2010, passando de 3,5 para 1,9 filhos por mulher. Entre 1991 e 2010, a razão de dependência<sup>17</sup> do município foi de 67,17% para 53,89%, enquanto o índice de envelhecimento evoluiu de 9,06% para 12,41%, demonstrando evolução da estrutura etária para um padrão de envelhecimento populacional (SMSM, 2018).

A renda *per capita* média de Moeda cresceu 161,72% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 185,55, para R\$ 477,77, em 2010. Nesse mesmo período, a proporção de pessoas pobres era 11,01%. A desigualdade de renda em 2010 foi descrita através do Índice de Gini, que se encontrava em 0,43 (IBGE, 2019). Embora a desigualdade estivesse abaixo de 0,5, a maior parte da população municipal ainda vivia com renda menor que 1 salário mínimo por mês e uma parcela importante sobrevivia abaixo da linha da pobreza.

Quanto às taxas de mortalidade infantil e materna, por se tratar de um município com menos de 50 mil habitantes, os cálculos são feitos de maneira indireta, por estimativas, e deve-se considerar suas frequentes flutuações. No período de 2008 a 2017, Moeda teve 1 óbito materno registrado no ano de 2009, por deslocamento prematuro de placenta. No mesmo período, no município, ocorreu 1 óbito por doenças do aparelho respiratório em 2013 e 1 óbito por algumas afecções originadas no período perinatal em 2016. No ano de 2017, Moeda não

---

<sup>17</sup>Razão de dependência é a população menor de 14 anos e a maior de 65 anos (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

registrou óbito infantil. A investigação das causas de óbito, nesses casos, é ainda mais importante, dado o contingente populacional do município.

A taxa de mortalidade geral de Moeda apresentou comportamento irregular ao longo do período 2008 a 2017, com o surgimento da causa de morte por problemas do aparelho respiratório. Em 2016, o município apresentou as doenças do aparelho circulatório como primeira causa de morte, sucedido de neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório.

Em 2019, a SMS de Moeda estava subdivida em: Divisão de Atenção à Saúde; Divisão de Vigilância em Saúde e Divisão de Avaliação, Regulação, Auditoria e Planejamento (Anexo 4, p.207). Sua estrutura assistencial municipal conta com 1 Unidade Mista de Saúde, 2 Unidades Básicas de Saúde e 1 farmácia. Com relação à força de trabalho em saúde, Moeda contava com aproximadamente 87 funcionários: 15% são médicos, 6% enfermeiros e 2% farmacêuticos.

O município de Moeda é responsável por prestar cuidados primários a seus munícipes. Possuía em sua estrutura médicos especialistas como cardiologista, urologista, ortopedista, ginecologista, pediatra, psiquiatra e neurologista, atendendo uma pequena demanda de atenção especializada no nível secundário. Os casos de urgência e emergência eram referenciados para o município de Belo Vale e demais cidades da região para acesso às demais ações e serviços de saúde dos níveis secundário e terciário. A organização regional da rede de atenção à saúde estava sobre responsabilidade do ente estadual.

Moeda contava com 2 equipes da ESF, cujos médicos pertenciam ao Programa Mais Médicos<sup>18</sup>, cobrindo 100% do território de Moeda.

O Setor de Assistência Farmacêutica de Moeda estava ligado, hierarquicamente, à Divisão de Atenção à Saúde do município e, fisicamente, funcionava na estrutura da farmácia municipal, construída com incentivo da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG) em 2016. A Farmácia de Todos, como é chamada, é considerada o único SEFAR-APS municipal, que conta com 1 farmacêutico (40h) e 1 auxiliar de farmácia (40h). Sua área física possuía almoxarifado, a sala do farmacêutico, área de dispensação, copa, local para

---

<sup>18</sup>O Programa Mais Médicos (PMM) é um programa do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, além de prever investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). É um programa dos governos Lula e Dilma que tem sido descaracterizado atualmente pelo governo.

armazenamento de resíduos e banheiro. As UBS não entregavam medicamentos; todo o elenco da APS era dispensado em um único local.

### **5.2.2 Análise dos Casos Imbricados**

Ao total foram realizadas 13 entrevistas, com duração entre 40 e 60 minutos, de 5 gestores da AF e 8 profissionais envolvidos com os SEFAR-APS municipal, dos quais todos eram farmacêuticos, com exceção de um auxiliar administrativo. As informações das entrevistas foram trianguladas com achados da observação direta e documentos coletados com vistas a esgotar o contexto de análise.

#### **5.2.2.1 Características da Intervenção (*Intervention Characteristic*)**

##### Vantagem Relativa

Esse constructo representa a percepção dos gestores da vantagem da implementação da intervenção frente a outras alternativas de solução. Nesse sentido, 3 municípios (Casos 1, 2 e 3) reafirmaram os SEFAR-APS como melhor escolha para garantia de acesso a medicamentos essenciais à população, frente a alternativas como o programa “Remédio em Casa” e “Aqui tem Farmácia Popular”.

*“O outro problema de farmácia é uma ideia que já está acontecendo aí que eu acho que no país todo, é a questão de terceirizar a assistência farmacêutica, essa ideia também existe aqui e a gente batalha muito para mostrar que não é o caminho, que não é viável, mas a gente ainda está com esse fantasma rondando ainda com essa proposta de terceirização da assistência farmacêutica e levar todo nosso atendimento para as drogarias”. E7*

Um dos municípios visitados (Caso 5) reconhece o “Programa Farmácia Popular” como alternativa mais vantajosa para o erário municipal, por onerar os recursos do governo federal.

*“[...]até a secretária de saúde decidiu e foi aprovada no conselho de saúde, que os medicamentos que são fornecidos pelo farmácia popular a gente não fornece aqui, pra sobrar um pouco e poder adquirir os outros, porque se aquele paciente tem acesso na farmácia popular, não tem necessidade dele ter o mesmo medicamento aqui, aí foi uma decisão do município[...]”. E10*

O Caso 4 não manifestou preferência, vantagem ou desvantagem à implementação dos SEFAR-APS.

##### Adaptabilidade

A adaptabilidade vincula-se à capacidade da intervenção se adequar ao contexto para alcançar seus objetivos. Está relacionada aos componentes centrais (elementos essenciais e



indispensáveis da intervenção) e periferia adaptável (elementos adaptáveis, estruturas, sistemas relacionados à intervenção e ao local de implementação).

Todos os municípios apresentaram exemplos claros sobre a capacidade de adaptação dos SEFAR-APS aos diversos contextos. Inclusive, a própria diferença entre a forma de implementação em cada município demonstra esse perfil. Outrossim, os participantes expuseram situações de adaptabilidade às necessidades dos pacientes, como incluir medicamentos na farmácia para priorizar o acesso, ajuste de local de atendimento, monitoramento de uma condição de saúde mais prevalente em um dos territórios, etc.

### Custo

Uma das coisas mais importantes de uma intervenção são seus custos. Esse constructo diz respeito aos custos dos SEFAR-APS e os custos de implementação, como investimento, suprimento e custo de oportunidade. Nesse sentido, foram considerados financiamento da AF básica e custos da implementação, gasto com infraestrutura e pessoal.

Todos os municípios mencionaram como barreira à implementação dos SEFAR-APS, à interrupção da parcela estadual de financiamento, o que impacta a aquisição de medicamentos, gerando desabastecimento.

*“Não é que falta um medicamento ou outro medicamento, quando chegava no final do ano faltava todos e aí a pessoa que estava lá no almoxarifado [...], ela tinha que decidir o que ela ia fazer, então “eu vou deixar faltar o que?”. Não lembro se foi ano passado ou no outro ano que eles pediram para cortar 15% ou 20% do que tinha sido [...]”.E3*

Segundo os relatos, os municípios arcam com mais de 50% do custeio de medicamentos e com 100% do pagamento de recursos humanos.

*“Do Ministério (da Saúde), tem vindo certinho, nesses anos todos que estou aqui a gente nunca teve problema, talvez atrase um mês, mas não foi muito pelo que eu lembro. Do estado em 2017 nós recebemos só quatro meses, até abril e depois não recebeu mais e aí começaram a pagar de 2018, mas esses meses de 2017 está sendo judicializado para que pague em algum momento, ainda não foi pago, e claro que mesmo o Estado e o Ministério passando regulamente o município arca com mais de 50%”. E1*

Dois municípios aderiram ao “Programa Farmácia de Todos” e contaram com investimento em infraestrutura física e mobiliário do governo do estado. Além disso, os mesmos municípios, contaram com recursos de investimento do governo federal no ano de 2018, para melhoria e ampliação de infraestrutura. Para os demais, não houve aporte de recurso para esse destino, sendo assim, qualquer investimento realizado foi feito com recursos próprios municipais.

### 5.2.2.1 Ambiente Externo (*Outer setting*)

#### Necessidade dos Pacientes

Esse constructo dispões sobre o grau de percepção da equipe sobre as necessidades dos pacientes. Envolve, também, a descrição da satisfação do usuário em vivenciar a intervenção.

Os municípios manifestaram preocupação e acolhimento às demandas dos usuários e suas necessidades, principalmente com relação ao acesso a medicamentos. Nos casos onde os medicamentos do componente básicos não são descentralizados (Caso 1 e 4), os farmacêuticos relataram esse fato como barreira de acesso aos usuários, e evocaram a necessidade de mudança nessa situação. Além disso, manifestaram a falta de acesso por problemas nos SEFAR-APS e por problemas na programação feita pelos auxiliares de enfermagem.

Nos Casos 2 e 4, os entrevistados relataram a satisfação dos usuários com o atendimento realizado pelos SEFAR-APS e mantem seu acompanhamento com o serviço.

*“O seu Nelson se consultou comigo essa semana, ele é da rede privada, não tem vínculo nenhum com o posto de saúde, mas começou a fazer acompanhamento comigo [...] a hora que ele estabilizou ele falou assim: “quem diria, hein? Que eu cheguei aqui tomando vinte de insulina regular achando que era dois e eu podia ter me matado e você me salvou[...]”. E8*

No Caso 3, os profissionais reconheceram a necessidade de manutenção de serviços essenciais funcionando, mesmo em momento de greve. Relatam a importância de atender usuários de outros territórios e municípios, por reconhecerem a existência de vazio sanitário em alguns territórios do Estado e peregrinação dos usuários em busca de acesso a serviços de saúde. Evidenciam, também, que o aumento da violência tem tido efeito sobre o consumo de benzodiazepínicos.

O Caso 5 apresentou posicionamento neutro sobre a demanda dos municípes.

#### Cosmopolitanismo

O cosmopolitanismo relaciona-se com o nível que os profissionais e a organização estão conectados a instituições externas. Organizações que apoiam e promovem interação entre os profissionais e experiências possuem maiores chances de implementar inovações mais rapidamente. As relações coletivas entre indivíduos representam o capital social das organizações. O capital social é um termo usado para descrever a qualidade com que as informações e visões são compartilhadas. Um dos componentes do capital social é marcado pelo vínculo de pessoas e grupos fora da organização. Nesse sentido, foram identificados o vínculo dos profissionais e cooperação com outros municípios, para troca de experiências e

apoio mútuo. Além disso, foram evidenciadas as conexões da organização com instituições de ensino, conselhos de classe, organizações não governamentais, etc. (DAMSCHRODER et al., 2009).

Todos os municípios manifestarem estar em contato com outros municípios, principalmente para troca de medicamentos. Os contatos entre os municípios foram feitos pela equipe de AF e não pelos profissionais dos SEFAR-APS. Apenas um dos profissionais, de um município, manifestou contato com profissionais externos, pois conjugava experiência de trabalhar em outro município.

*“Tenho, porque eu sou de outro município também, eu sou efetiva em Contagem e em Betim e esse trabalho de serviço clínico começou antes em Betim. Eu faço desde 2013 lá, então toda minha experiência foi aproveitada aqui e a gente continua fazendo o vice versa, tudo que a gente implanta que da certo aqui leva para lá. Então, ao mesmo tempo durante o treinamento a gente teve contato com a equipe de Água Santa, então também teve uma experiência super rica com os farmacêuticos de lá que também tem um serviço clínico antigo então é bem importante”. E8*

Com relação a instituições de ensino, dois municípios mantêm vínculos externos para realização de pesquisa em parceria e oferta de curso de capacitação, entretanto, o contato é feito também pela equipe da AF.

### Incentivos e Política Externa

Esse é um constructo amplo, que inclui estratégias externas para disseminar a inovação, incluindo políticas e regulamentos (entidade governamental ou central), mandatos externos. Nesse constructo foram considerados 3 aspectos externos: a) apoio dos gestores da AF estaduais e federais; b) influência de programas e políticas governamentais sob os SEFAR-APS; c) impacto de normativas sanitárias e de ética profissional.

Acerca do apoio dos gestores externos da AF, dois municípios manifestaram receber apoio direto da Secretaria Estadual de Saúde (SES) para implementação dos SEFAR-APS, tanto no processo de aquisição de medicamentos quanto no provimento de incentivos financeiros para construção de farmácias.

No município 3 houve manifestação positiva sobre uma normativa do MS, exigindo prestação de contas sobre os medicamentos dispensados pelo município. Esse fato estimulou o gestor a planejar a adoção de um sistema informatizado que pudesse realizar controle de estoque e gerar tais informações, nos demais municípios não houve relato de influência do estado na implementação dos SEFAR-APS.

Já no Caso 1, o município demonstrou sofrer pressão da SES para assumir a dispensação do componente especializado da AF.

Quanto às políticas e programas governamentais, dois municípios (Casos 1 e 2) apontaram o impacto da adoção de programas e políticas de maneiras opostas. Um dos municípios mencionou que, mesmo não aderindo à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), a AF municipal é responsável por fornecer medicamentos ao sistema prisional. O fato já gerou desabastecimento de itens do componente básico. O outro mencionou aspectos positivos sobre a publicação da portaria do NASF, que oportunizou, em seu município, a vinculação dos profissionais farmacêuticos, antes isolados nas farmácias em edificação própria, as UBS.

Com relação ao Programa “Aqui tem Farmácia Popular”<sup>19</sup>, dois municípios apresentaram o programa como sendo um facilitador para os SEFAR-APS, principalmente nos momentos de desabastecimento nas farmácias municipais. Para outro (Caso 5), o programa se tornou uma alternativa à implementação dos SEFAR-APS, uma vez que parte da dispensação foi substituída pelo Programa.

Os demais municípios declararam que a influência do programa é mínima ou inexistente.

No que tange as normativas sanitárias, dois municípios em atenção à Portaria nº. 344/98, que vincula a dispensação de medicamentos sob controle especial à presença do farmacêutico nos SEFAR-APS, centralizou a dispensação desses medicamentos às UBS com profissional. Um dos municípios retirou os farmacêuticos do NASF para cobrir todo o horário de funcionamento de 8% dos SEFAR-APS no município, deixando os demais descobertos. Outro município, além de centralizar os medicamentos sob controle especial, centralizou todos os antibióticos.

### **5.2.2.2 Ambiente Interno (*Inner setting*)**

O ambiente interno da organização tem sido identificado como importante fator de influência na implementação de intervenções em saúde (FERNANDEZ et al., 2018). Na implementação dos SEFAR-APS o ambiente interno apresentou importante influência para implementação da intervenção. Os constructos do CFIR, que apresentaram impacto sob à

---

<sup>19</sup>Programa “Aqui tem Farmácia Popular” é um programa do governo federal que tem por objetivo disponibilizar à população, por meio da rede privada de farmácias e drogarias, um elenco específico de medicamentos e correlatos definidos previamente pelo Ministério da Saúde.

implementação dos SEFAR-APS foram: a) características estruturais da organização; b) comunicação institucional e interações entre equipes; c) cultura organizacional; d) clima da implementação.

### Características estruturais da intervenção

Esse constructo diz respeito a aspectos relacionados à arquitetura social, maturidade, idade, e tamanho da organização. Nesse sentido, foram considerados: 1) a estrutura organizacional da SMS, da AF e SEFAR-APS, como aproximação para o tamanho da organização; 2) a diferenciação funcional como aspecto da arquitetura social; e 3) a rotatividade de profissionais e de gestores como aproximação para a idade da equipe.

Segundo Damschored *et al* (2009), intervenções são influenciadas diretamente por determinantes estruturais nas organizações. A Arquitetura Social descreve como as pessoas são agrupadas e diferenciadas em estruturas funcionais. A diferenciação funcional caracteriza a divisão interna do trabalho, onde as colisões de profissionais são formadas em unidades diferenciadas ou departamentos.

O número de departamentos representa a diversidade de conhecimento na organização e pode afetar na maneira como a intervenção é executada ou implementada. O número de funcionários na intervenção ou na organização pode afetar a capacidade de entrega dos serviços esperados. Organizações menores têm piores níveis de sucesso na implementação que organizações maiores. Organizações menores possuem menor capacidade de manejar mudanças, em contrapartida, conseguem ter mais controle no processo de mudanças (FORD, 2009).

A centralização na tomada de decisão é considerada um aspecto de caráter variável no contexto, dependendo do nível de implementação, pode ser positivo ou não.

O tipo de organização também influencia na implementação de intervenções. Alguns estudos apontam que a correlação entre tamanho da organização e adoção da intervenção podem ter pouca correlação (LEE; XIA, 2006).

A estrutura organizacional das SMS variou significativamente entre os casos, como é possível observar na sessão anterior. Com exceção do caso 4, os demais apresentaram estruturas organizacionais detalhadas e robustas, demonstrando de maneira mais clara os objetivos e o foco da organização (SACOMANO; ESCRIVÃO, 2000). O caso 4 apresentou um organograma incompatível com a estrutura assistencial do município, cuja gestão requer definição clara de

papéis e divisão do trabalho. Nenhum município apresentou considerações sobre a influência da estrutura organizacional da SMS sobre a implementação dos SEFAR-APS.

A organização e estrutura da Assistência Farmacêutica municipal também variou nos diversos casos. Apenas os casos 2 e 5 apresentaram o setor responsável pela AF no organograma da SMS. Apesar disso, apenas 1 dos gestores apresentou esse ponto como barreira para implementação dos SEFAR-APS.

*“A estrutura na qual o NAF está inserido não é a ideal pois não temos autonomia em vários aspectos. O ideal é que fossemos uma superintendência pois poderíamos além de ter um espaço somente da AF também teríamos autonomia de RH. O ideal que a AF fosse ligada ao gabinete da secretaria de saúde”. E11*

Em todos os casos o setor da AF desempenha o papel da gestão ou suporte técnico às atividades do ciclo da AF. Diversas barreiras foram apresentadas pelos entrevistados envolvendo as atividades do ciclo de AF.

Quanto aos aspectos relacionados à seleção de medicamentos, todos os municípios manifestaram possuir Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Os Casos 1 e 3 possuíam REMUME publicada formalmente em diário oficial municipal (DOM), e os Casos 1 e 2 tinham a lista disponível em sítios eletrônicos municipais (Quadro 19). Dois municípios, Casos 1 e 2, manifestaram possuir Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) atuante, contudo, no Caso 1, a comissão não contava com a participação ativa dos profissionais da AF. Com exceção do município 5, todos os demais apresentaram listas revisadas nos últimos dois anos, como prevê a PNM. Não foi identificado, na fala dos entrevistados, nenhum fator ligado à seleção de medicamentos que pudesse influenciar a implementação dos SEFAR-APS.

Quadro 19 – Aspectos da seleção analisados nos documentos, sítios eletrônicos, observação e entrevistas

Seleção de Medicamentos	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
REMUME publicada em DOM	√	√	√	x	x
REMUME disponível no sítio eletrônico da prefeitura	√	√	x	x	x
CFT instituída e atuante	√	√	x	x	x
Última atualização da lista	2018	2016	2018	Lista não disponibilizada	Não informado

√=presente na maioria; x=ausente;  
 DOM = Diário Oficial do Município  
 Fonte: Elaboração própria

No que tange a programação municipal, realizada pelo setor de AF, apenas um dos municípios (Caso 1) apresentou manifestação positiva; inferiu realizar a quantificação de medicamentos levando em conta doenças sazonais como arboviroses, etc.

*"em geral nossa programação da conta da sazonalidade também, dificilmente a gente tem problemas de falta no contrato porque saiu demais, e aí até sobra, mas como são atas de despesa e a gente não pede, a gente não tem perda)". E1*

Os Casos 4 e 5 apresentaram manifestação neutras sobre o fato e os demais não se manifestaram.

O processo de aquisição de medicamentos foi mencionado por 4 dos 5 municípios como sendo complexo e problemático, com diversas barreiras que afetam a implementação dos SEFAR-APS.

O processo de aquisição no sistema público brasileiro é regido pela Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 1993), que institui normas para licitações e contratos na Administração Pública. Para realização do processo de aquisição, em cumprimento à normativa legal, a organização necessita de setor de compras estruturado, com uma equipe multiprofissional, experiente e comprometida, destinada à execução de todas as etapas da aquisição, que vão desde à confecção do edital, à pesquisa de mercado, licitação, análise técnica e, por fim, compra do produto. Com relação à aquisição de medicamentos, embora o setor de AF seja o ator mais interessado na estrutura administrativa da organização, a sua realização e celeridade está sob a responsabilidade de outros atores e setores dentro da organização.

Alguns aspectos relacionados com a aquisição municipal foram levantados durante as entrevistas e análise documental e são apresentados a seguir (Quadro 20).

Quadro 20 – Aspectos do processo de aquisição de medicamentos da Atenção Primária em Saúde

<b>Processo de Aquisição</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>	<b>Caso 5</b>
Ente responsável	Município	Município	Município	Município e Estado	Município e Estado
Ata de Registro de Preços	√	√	√	√	√
Pregão eletrônico	√	√	√	√	Presencial

√=presente na maioria; x=ausente;

Fonte: Elaboração Própria

Todos os municípios apresentaram processos de compra balizados por ata de registro de preços<sup>20</sup> e 4 municípios adotaram pregão eletrônico<sup>21</sup> como metodologia de licitação. Os municípios 1, 2 e 3 manifestaram ser integralmente responsáveis pela aquisição de seus medicamentos e os demais contam com o apoio do ente estadual para a realização do certame. Apesar dos municípios realizarem seus atos licitatórios, conforme prevê a lei nacional, ainda assim, algumas barreiras foram mencionadas.

*"[...] Com relação à questão de aquisição de medicamentos que é feita pela Secretaria, hoje temos um processo muito engessado onde nossos processo demoram muito, antes era de oito a nove meses e a gente já chegou a levar dezoito meses para aquisição de saneantes, e nessa última gestão houve uma mudança na questão de pesquisa de preço, então os nossos processos de aquisição de medicamentos tem dado muitos itens fracassados ou desertos e isso tem prejudicado bastante o abastecimento de medicamentos para a população porque a gente não consegue adquirir e aí tem que fazer a aquisição pelo emergencial e que muitas das vezes a gente também não consegue adquirir ou então não tem orçamento para adquirir, porque acaba no emergencial comprando mais caro [...]". E11*

*"todos sabem os problemas que a gente tem de dificuldade de realizar os processos licitatórios, a demora, e quando tudo é resolvido nós temos problema com os fornecedores que estão sempre atrasando, sempre com algum problema, então infelizmente a gente nunca consegue ter um estoque disponível dentro da realidade". E7*

*"Processo de licitação é sempre uma luta porque aqui no município o chefe da AF que fica responsável pelas cotações de medicamentos e a meu ver isso não tinha que ser competência nossa, tinha que ser do pessoal de compras e licitação, eles falam que a gente é a parte técnica, mas a gente não tem tempo para ficar fazendo isso porque demanda muito tempo, tem que pegar três cotações, correr atrás de fornecedor, e acaba que sempre é um processo moroso." (grifo – retirado nome) E4*

Diante disso, não foram mencionados aspectos positivos ou facilitadores no processo de aquisição de medicamentos.

O controle de estoque, o armazenamento e a distribuição de medicamentos no município foi um fator apontado como sendo de importante impacto para implementação dos SEFAR-APS. Os municípios de maior porte populacional, onde o volume de medicamentos a ser controlado, armazenado e distribuído está em torno de milhões de unidades farmacêuticas, optaram pela terceirização do sistema de logística.

---

<sup>20</sup> Ata de Registro de Preços é o estabelecimento de compromisso entre o fornecedor e o órgão público, no qual a empresa se compromete em vender um produto sob preço fixo e a organização se compromete em comprar apenas daquele fornecedor durante 1 ano de vigência da ata (1 ano).

<sup>21</sup> Pregão eletrônico é uma modalidade licitatória utilizada pelo governo brasileiro para contratar bens e serviços, independentemente do valor estimado. O pregão é realizado em lances sucessivos e decrescentes, no chamado "quem dá menos", e é feito virtualmente, ampliando a possibilidade de participação e utilizando menor infraestrutura.



Nesse sentido, um dos municípios (Caso 1) apresentou problemas importantes no processo de terceirização, com importante impacto no abastecimento dos SEFAR-APS.

*“Então, em setembro do ano passado, mais ou menos, foi assinado o contrato com a empresa terceirizada e agora a gente tem um problema atrás do outro com essa empresa. Inclusive a empresa a uns 15 dias foi interditada pela vigilância sanitária. Então nosso almoxarifado ficou paralisado algum tempo. Agora ele já retomou a distribuição mas o recebimento de fornecedores ainda não, então o estoque só está diminuindo, não entra nada pelo menos hoje é essa situação”. E1*

Os Casos 2, 4 e 5 apresentaram manifestações neutras sobre o processo. O Caso 3 apresentou manifestação positiva sobre a logística.

*“Em relação a logística [...] foi muito positiva, porque antigamente o município tinha um centro de apoio onde recebia o medicamento e distribuía para todas as unidades, mas era um local que não era apropriado, era pequeno, não tinha um estado de conservação pelas normas da vigilância, então não atendia. Com a terceirização conseguiu-se melhorar e até modernizar o sistema de recebimento e entrega de medicamentos. Hoje eles têm uma quantidade de pessoal suficiente para fazer o controle da temperatura de ambiente, da distribuição, conferência, reconferência, contagem, então assim, houve um avanço muito grande”. E11*

Quanto à estrutura organizacional dos SEFAR-APS, podemos apontar diferenças significativas entre os casos apresentados (Quadro 21). Três municípios (Casos 1,3 e 4) possuem uma estrutura de farmácia vinculadas às unidades de saúde, e os demais, apresentam farmácia em estrutura própria. Estes últimos estão ligados hierarquicamente ao setor responsável pela AF municipal, e as demais, estão ligadas à gerência das unidades de saúde.

Os municípios com farmácias em unidades de saúde possuem um maior número de SEFAR-APS que os demais, cujos serviços possuem, proporcionalmente, menos funcionários em relação à demanda de atendimento.

Três municípios ofertam o elenco completo de medicamentos da APS em todas em todos os SEFAR-APS. Dois municípios (Caso 1 e 4) possuem dispensação centralizada de psicoativos.

Quadro 21 – Características Estruturais dos Serviços Farmacêuticos na APS

Característica Estrutural	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
SEFAR-APS em unidades básicas de saúde	sim	não	sim	sim	não
Número de SEFAR-APS	49	16	227	9	1
Atores envolvidos diretamente nos SEFAR-APS municipal (Média de indivíduos)	61	64	573	19	2
Equipe dos SEFAR-APS (Média de indivíduos)	1	3	2	1,5	1

Medicamentos essenciais descentralizados	não	sim	sim	não	sim
Média de Atendimentos por membro da equipe/dia	85	30	125	60	37
Tamanho da equipe do setor da AF municipal	4	5	5	4	1

Fonte: Elaboração própria

Nenhuma declaração sobre tamanho dos SEFAR-APS nos municípios foi inferida como fator de impacto em sua implementação. O tamanho da equipe dos SEFAR-APS foi considerado insuficiente em todos municípios, sendo relacionado à sobrecarga de trabalho dos profissionais e à impossibilidade de realização de atividade da gestão do cuidado.

A centralização da tomada de decisão, no caso dos SEFAR-APS, em estrutura própria, foi considerada fator neutro entre os participantes. Não houve manifestação clara sobre benefício ou barreira para implementação.

Apenas 1 dos municípios (Caso 4) demonstrou insatisfação em relação ao tamanho da equipe responsável pela AF municipal e apontou esse fato como sendo barreira para implementação dos SEFAR-APS. Neste caso, o município conta com 1 profissional farmacêutico e 1 auxiliar administrativo para gerenciar todas as ações do ciclo da AF municipal, o que pode ser considerado insuficiente, tendo em vista sua rede assistencial e contingente populacional. Nesse sentido, é possível inferir que, há uma desvalorização do trabalho e, por consequência, um desincentivo à implementação dos SEFAR-APS.

No contexto de cuidados em saúde, a desvalorização do trabalho esbarra na discussão sobre a diferenciação profissional na organização. A diferenciação profissional é um fator vinculado à *Característica Estrutural* nas organizações que, ao longo dos anos, vem sendo elemento de discussão no setor saúde.

Durante as entrevistas, alguns profissionais apontaram para a valorização da atividade médica, em detrimento dos demais profissionais, com hegemonia nos cargos de gestão, destinação de recursos para intervenções voltadas à prática médica, diferenciação salarial e desincentivo ao trabalho multiprofissional e coletivo.

*“Aqui é uma secretaria que é muito de médicos e enfermeiros assim, a gestão é muito médica, então acaba que o farmacêutico fica um pouquinho de lado”. E1*

*“[...] no contexto muito hegemônico ainda, da prática principalmente médica e de enfermagem. Então tem um pouco também dessa dificuldade das equipes de entenderem o papel e de aceitar inserir esse profissional (farmacêutico) nas equipes”. E2*

Segundo Bravernam (1981), a divisão social do trabalho é inerente à característica do trabalho humano. Na saúde, a divisão técnica do trabalho organiza-se pela formação de grupos

profissionais para produção de cuidado aos seres humanos. Tem relação com a fragmentação no processo de cuidar, padronização das tarefas e hierarquização das atividades, com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho. Para Garcia (1994), os aspectos da hierarquia no setor saúde e das relações desiguais refletem-se entre os trabalhadores, gerando segregação. O distanciamento entre profissionais desestimula o trabalho coletivo e prejudica a implementação de inovações no setor a saúde (AYALA; OLIVEIRA, 2007; SANTANA, 1993). A desvalorização e desincentivo das diferentes áreas do conhecimento e de intervenções em saúde estimulam a frustração com trabalho, diminuem os resultados em saúde e incentiva a rotatividade de profissionais.

A rotatividade entre profissionais pode ser considerada um fator impactante para a implementação de intervenções em saúde, por estar relacionada à maturidade das equipes e a sua capacidade de alcance de resultados. Foi relatada pelos entrevistados como barreira para implementação dos SEFAR-APS, por envolver profissionais diretamente ligados às equipes dos SEFAR-APS (Caso 1); das equipes de saúde, principalmente médicos e enfermeiros (Casos 1,2 e 3); e gestores de nível da macro (Caso 3). O caso 4 apresentou rotatividade entre os profissionais nos SEFAR-APS, entretanto não apresentou evidências sobre rotatividade dos profissionais das equipes de saúde.

*“E está tendo muita rotatividade de médicos, isso tem atrapalhado muito o meu trabalho, imagina você construir essa parceria, explicar o serviço, ele entender que você não está entrando no espaço dele, aí chega um médico novo e você faz tudo de novo, isso é um pouco cansativo e tem acontecido bastante no meu território.[..] A falta do médico também afeta muito o nosso trabalho, eu estou com casos que a minha última evolução é aguardar o clínico porque não tem o que fazer até o clínico chegar”.E11*

Além disso, rotatividade de gestores no nível da macrogestão foi classificada como fator de alto potencial de impacto na implementação dos SEFAR-APS.

*“A mudança de gestor com certeza é o fator mais impactante, porque se o gestor não tem uma visão da importância do serviço farmacêutico na atenção básica, ele não cobra, não incentiva e não investe nesse profissional, um dos fatores primordiais é o gestor”.E8*

Dois municípios (Casos 1 e 3) relataram problemas com a cadeia de abastecimento por mudanças drásticas no processo de aquisição e logística, desencadeadas pela mudança de gestão. Em contrapartida, um dos municípios (Caso 2) apontou melhoria nos SEFAR-APS com a mudança de gestão, observando investimento e reconhecimento do papel do farmacêutico na gestão do cuidado e no trabalho em equipe.

Os demais municípios não expuseram terem sofrido influência com a mudança de gestão.

### Comunicação institucional e interações entre equipes

Esse constructo diz respeito aos aspectos relacionados à comunicação institucional, ao contato entre indivíduos e à colaboração entre pares. Cada vez mais o papel das redes de comunicações tem sido referenciado nos estudos sobre mudanças organizacionais. Nesse sentido, durante a análise dos casos, foram evidenciados os seguintes temas: 1) comunicação institucional; 2) a receptividade de setores externos ao trabalho dos SEFAR-APS; e 3) cooperação entre as equipes.

A comunicação institucional foi apresentada como uma barreira em apenas um dos municípios (Caso 1).

*“um problema que acontece as vezes é a falta de comunicação da gestão central com nós que estamos na ponta, no sentido de que muitas vezes a gente não sabe o que está acontecendo. Já aconteceu várias vezes, por exemplo, de eu ficar sabendo que um item tava em falta só quando eu fiz o pedido e depois verifiquei que ele não veio, então acaba que a gente não se organiza até para essa possível falta”. E3.*

O Caso 2 apresentou opiniões divergentes entre os entrevistados, não sendo possível fazer inferência. Os demais municípios demonstraram boa comunicação institucional e consideraram, esse, um facilitador da implementação dos SEFAR-APS. Demonstraram possuir mecanismos formais, como memorandos e emails, e informais, como a utilização do aplicativo WhatsApp®, para circulação periódica da informação pelos SEFAR-APS.

Quanto a cooperação entre equipes e receptividade dos setores, todos os casos apresentaram manifestações positivas, com exceção do caso 4, cujas opiniões divergiram entre os entrevistados. Os entrevistados apontam para um senso de cooperação entre os SEFAR-APS municipais, a equipe da AF municipal e, também, com as equipes de saúde. A compreensão e conhecimento sobre o papel de cada profissional no processo de cuidado em saúde propiciou a integração das equipes nas unidades de saúde.

Para além disso, as conexões entre profissionais fizeram com que os indivíduos se sentissem como parte de um único sistema, aumentando a identificação com os SEFAR-APS e criando, assim, uma identidade de grupo.

As conexões entre indivíduos, serviços e hierarquias podem ser fortes ou fracas, formais ou informais, tangíveis ou intangíveis. Essas relações podem se manifestar para construir um senso de equipe ou comunidade (FERNANDES; ZANELLI, 2006) que pode contribuir para a eficácia da intervenção (EDMONDSON; BOHMER; PISANO, 2001).

A teoria da complexidade postula que as relações entre os indivíduos podem ser mais importantes do que os atributos individuais (FITZGERALD; EIJNATTEN, 2002) e, construir essas relações, pode influenciar positivamente na implementação de inovações.

### Cultura Organizacional

A cultura organizacional diz respeito a normas, valores e suposições básicas de uma organização. É um tema relativamente difícil de ser mensurado, em função das crenças e valores da organização serem, inúmeras vezes, intangíveis (GERSHON et al., 2004). Nesse constructo foram considerados, além de normas e valores, a orientação da política de saúde, por entender-se tratar de um definidor de diretrizes e princípios, aos quais a organização estará submetida.

A cultura organizacional foi considerada uma barreira em 3 dos municípios (Casos 1, 2 e 3) visitados, onde dois deles apresentaram uma cultura organizacional de cobrança: um com foco no desempenho individual e na maximização de resultados, e o outro com objetivo de manter a centralidade do controle da organização. Os trabalhadores expuseram se sentirem ameaçados e desvalorizados por não haver alternativas de comunicação ou discussão dos resultados. O terceiro município (Caso 2) apresentou o desconhecimento dos valores e normas da SMS como um problema, em contrapartida, os trabalhadores relataram incentivo por parte dos líderes e um incentivo ao trabalho em equipe. Os demais municípios (Casos 4 e 5) não souberam responder as perguntas.

Com vistas a esclarecer a influência da cultura organizacional para os municípios, foi feita uma análise à luz da teoria de Estrutura de Valores Concorrentes (*Competing Values Framework - CVF*), do tipo de cultura de cada SMS (MORAIS; GRAÇA, 2013). Definir o tipo de cultura organizacional esclarece o contexto da implementação, o impacto da cultura no capital social da organização e amplia a capacidade de compreensão sob os efeitos no processo de implementação. As culturas nos municípios em análise foram classificadas como sendo racional (Caso 1), mistas (Caso 2) - hierárquica e de equipes - e hierárquica (caso 3). As culturas hierárquicas ou burocráticas possuem processos mais centralizados, respeitam a hierarquia formal e são adeptas às regras. As culturas racionais apresentam foco no controle; são caracterizadas pela clareza de tarefas e objetivos e se concentram na eficiência e nos resultados mensuráveis. A cultura das equipes tem ênfase no trabalho em equipe e flexibilidade, encoraja a participação no empoderamento dos trabalhadores.

Nesse sentido, não cabe aqui, realizar julgamento sobre melhores ou piores tipos de culturas, mas apontar como tais diferenças tem impactado os trabalhadores e influenciado na

implementação das intervenções em saúde. As culturas nas organizações de saúde precisam estar alinhadas à política municipal e às necessidades dos usuários, para que as mudanças ou intervenções possam ser executadas.

Com relação à orientação da política municipal de saúde, todos os municípios consignaram em seus Planos Municipais de Saúde (PMS 2018-2021) a APS como porta de entrada principal do sistema de saúde e orientadora da rede de saúde. Entretanto, no Caso 3, foram evidenciadas divergências entre os dados da análise documental e a fala dos entrevistados:

*“Vamos começar pela orientação que fica mais fácil, com relação a orientação do município, influencia diretamente. A gente tinha na gestão passada uma orientação mais voltada para atenção básica, tinha um investimento maior em atenção básica e obviamente mais investimentos na questão da assistência farmacêutica. Na atual gestão esse investimento e essa atenção não está tão somente voltada para a atenção básica e não tem planos de investimento de melhoria, de ampliação, a visão da gestão no atual momento é ter maior controle sobre os gastos, sobre as Organizações Sociais em relação ao município, o impacto que esses gastos com as organizações sociais causam no município, mas essa questão de ampliação com relação a atenção primária eu não tenho visto”.E11*

Nesse caso, os entrevistados apontaram que, o município vem apresentando um quadro de desinvestimento na APS, com fechamento de unidades de saúde, redução no número de equipes e problemas no pagamento de salário dos trabalhadores da APS. Esses fatos podem ser constatados pela redução no percentual de cobertura da APS de 70% em 2017 para 53% em 2019.

Assim, como mencionados pelos entrevistados, há um crescimento de evidências de que certos aspectos da cultura organizacional (ex.: baixo ou nenhum valor para a responsabilidade individual ou para a comunicação aberta e fluida) estão associados com baixas taxas de moral dos trabalhadores, altos índices de estresse no trabalho e altos índices de eventos adversos relacionados a problemas no cuidado com pacientes (CLARKE et al., 2002; GERSHON et al., 1998).

Dois municípios manifestaram não haver uma definição clara quanto aos objetivos e expectativas para os SEFAR-APS.

*“No meu ponto de vista, pela indefinição, eu não sei qual política de saúde do município hoje para a assistência farmacêutica. Tem hora que parece que a política de saúde é cuidar do paciente, e a gente vai para esse lado. Tem hora que é cuidar do insumo, e é a indefinição que me incomoda, não ter uma definição do que se espera da assistência farmacêutica e a gente que tá na ponta não tem uma interlocução com os gestores que decidem isso, não tem [...]”. E8*

Nesse sentido, quanto mais claros os aspectos culturais estiverem aos trabalhadores, mais coeso e estável o comportamento dos trabalhadores será. Se tais aspectos forem mal

definidos, pouco sustentados administrativamente, e não reafirmados, a percepção dos trabalhadores e seu comportamento tenderam a ser inconsistentes (SCHEIN, 2004).

### Clima de implementação

Diferente da cultura, o clima organizacional é mais facilmente mensurado por envolver aspectos tangíveis e simples de serem identificados dentro da organização como políticas, procedimentos e sistema de incentivos. Ele envolve os reflexos da percepção dos trabalhadores sobre a cultura organizacional (GERSHON et al., 2004). O clima de implementação é dividido em 6 subconstructos, entretanto, nessa pesquisa, foram evidenciados 3: incentivos e recompensas, metas e retornos e clima de aprendizado. Cada um dos subconstructos será apresentado e analisado individualmente, a seguir.

- Incentivos organizacionais e recompensa.

O incentivo organizacional envolve investimento da instituição em seus profissionais para implementação da intervenção ou mudança de prática. São exemplos, a promoção de cargo, prêmio, incremento de salário ou formas intangíveis, como status social e mais respeito (DAMSCHRODER et al., 2009).

Em apenas um município(Caso 2) foi evidenciada a existência de incentivo financeiro para a implementação dos SEFAR-APS, e este foi identificado como facilitador para implementação, principalmente da dimensão “gestão do cuidado” nos SEFAR-APS. Os demais municípios não oferecem incentivo financeiro ou qualquer outra recompensa para implementação dos SEFAR-APS, contudo os entrevistados não manifestaram esse fato como sendo barreira a implementação.

Durante as entrevistas realizadas no município 3, foi unânime a indignação dos trabalhadores com o descaso e desincentivo da gestão da saúde municipal com a APS e os SEFAR-APS. Os profissionais relataram interrupção de pagamentos de salários e redução no número de profissionais como as principais barreiras à implementação.

A oferta de incentivos financeiros institucionais estimula mais o profissional na adesão de mudanças organizacionais e a melhorar o alcance de resultados, em comparação a ganhos fixos. Além disso, os incentivos demonstram o interesse da organização para a mudança e melhoria de resultados (AKINYELE; ARNOLD; SUTTON, 2018), assim sua existência é vista como facilitador do processo de implementação.

- Metas e Retorno.

O constructo “Metas e Retorno” relaciona-se ao grau em que as metas são claramente comunicadas, cumpridas e os retornos são devolvidos às equipes. Está relacionado ao alinhamento das metas da intervenção com metas da organização (KEITH et al., 2017).

Todos os municípios visitados se esforçam para acompanhar dados e informações mínimas dos serviços, mas o acompanhamento é feito de maneira informal pelos profissionais para controle interno dos SEFAR-APS. Os gestores organizacionais não questionam sobre as informações produzidas.

Apenas o Caso 2 apresentou metas bem definidas pela gestão para implementação dos SEFAR-APS, com fluxo de informações e acompanhamento dos dados pela gestão da AF. As equipes recebem retorno das informações e o gestor manifestou utilizá-las para defender a implementação da intervenção na macrogestão. Entretanto, as farmácias comunitárias públicas não possuem sistema informatizado para consolidar a informação produzida. Então, todo levantamento de informação é feito de maneira manual, demandando elevado tempo e atenção. Os profissionais, embora compreendam a importância, se sentem sobrecarregados.

*“Dentro dos serviços que a gente tem, a gente tenta monitorar com as ferramentas que a gente tem que é a planilha mesmo de google drive, você viu que eu estava olhando ali uma de medicamentos? É atualizado dia a dia nas farmácias porque a gente sabe o que está faltando, aonde está faltando, a produtividade que o farmacêutico envia. Então a gente tem número de cadastros, por exemplo, hipertensão, diabetes, programas essenciais, número de atendimento dia, número de atendimento mês, então esses valores a gente vai construindo, a gente monitora. No cuidado a gente tem uma planilha também que a gente faz o monitoramento dos PRMs [Problema Relacionado a Medicamentos], ai ali a gente tem número de atendimentos, número de medicamentos avaliados, quais os PRMs predominantes, condição de saúde, avaliação se melhorou ou piorou, a gente tem toda uma estrutura assim. Não é o ideal, mas da para melhorar um pouco”. E7*

No município 3 houve divergência entre a fala dos profissionais da ponta e da gestão central. Os SEFAR-APS fazem acompanhamento de metas por planilha de Excel, que deve ser enviada semanalmente por email à equipe da AF regional, embora haja sistema informatizado. Os prontuários eletrônicos não emitem relatórios capazes de atender à necessidade dos SEFAR-APS e da gestão. A gestão regional não apresenta retorno dessas informações aos serviços e os SEFAR-APS manifestam não saberem qual o objetivo do envio da informação. A gestão central da AF destacou não realizar acompanhamento de informações dos SEFAR-APS. Notou-se um clima de insatisfação na fala dos entrevistados e uma percepção de perda de tempo.

*“Exatamente, é isso, é só mandar e dane-se. Tudo que a gente mandava, porque agora elas cortaram há dois meses atrás, a gente mandava planilha de controlado, planilha de insulina, planilha de não sei o que, e quando elas tem duvida de alguma coisa elas me perguntam: “Ah, mas quantos pacientes sem insulina vocês tem?”, poxa eu mando*



*a planilha todo mês e estão me perguntando isso mesmo? Ainda tem essas perguntas que a gente vê que não olha nossa planilha, sabe?”. E13*

A implementação de uma intervenção requer um bom sistema de monitoramento e retorno durante o processo de implementação. Os interessados devem considerar as variações ao longo do tempo e do processo de implementação, seja a diminuição de qualidade ou não alcance de resultados. O momento de análise dos dados é fundamental para avaliar a necessidade de adaptações na intervenção, e se ainda existe comprometimento, apoio e entusiasmo para o novo programa, a fim de identificar quais medidas podem ser tomadas para reavivar o interesse e o apoio inicial da organização e de sua equipe (DURLAK, 2013). Apesar disso, os gestores municipais entrevistados não manifestaram preocupação com o fato de não realizarem monitoramento da implementação.

- Clima de Aprendizado.

O clima de aprendizado envolve a percepção do indivíduo sobre seu valor para a organização, sobre a segurança para tentar novos métodos de trabalho e a existência de tempo e espaço suficiente para avaliação e reflexões sobre o processo de trabalho. Nesse constructo não foram avaliadas todas as dimensões do clima de aprendizado, pois foi priorizada a sensação psicológica dos profissionais sobre a segurança para implementar os SEFAR-APS em sua completude.

No Caso 2 um dos entrevistados manifestou insegurança em desenvolver as atividades da gestão do cuidado e ponderou a necessidade de haver mais fóruns regulares de aprendizado entre pares. Pela observação direta, os profissionais apresentaram confiança e segurança na equipe da AF em partilhar suas ideias e obter retorno.

No Caso 1, o município conta com o farmacêutico residente em alguns serviços. A presença desse profissional oportunizou e estimulou a construção de um ambiente de aprendizado no serviço, com maior liberdade para elaboração de novos protocolos e atividades. Porém, não foi relatado um ambiente favorável ao aprendizado ou seguro, do ponto de vista do compartilhamento de ideias.

Para os demais municípios, não foi identificada qualquer manifestação sobre esse aspecto.

O clima de aprendizado é um aspecto de bastante importância para se considerar em conjunturas de implementação. Como já apontado na literatura, além das recompensas financeiras, outras formas de estímulo devem compor o sistema de incentivos da organização

(AKINYELE; ARNOLD; SUTTON, 2018). A percepção positiva e confortável do profissional, sobre o ambiente de implementação, é um diferencial para garantir resultados positivos no processo de implementação. A execução do trabalho em ambientes tóxicos impacta diretamente no comportamento individual e, conseqüentemente, prejudica o alcance de melhores resultados.

#### Disponibilidade para implementação

- Envolvimento do Líder

Esse subconstructo diz respeito ao nível de compromisso, envolvimento e tempo dedicado, dos gestores, com a implementação da intervenção. Nesse sentido, foram considerados 3 níveis de liderança para implementação: a) o gerente das UBS; b) a equipe da AF; c) secretário de saúde e outros cargos de nível macro.

Considerando os três municípios com os SEFAR-APS dentro de unidades básicas, todos os profissionais manifestaram contar com apoio do gerente da unidade, e viram isso como um facilitador. Os gerentes dedicaram tempo para resolução de problemas, apoiaram com recursos disponíveis e com parceria em tentar métodos diferentes de trabalho.

Com relação à equipe da AF, no Caso 1, não houve demonstração de interesse ou envolvimento com a implementação dos SEFAR-APS em sua plenitude. Nesse município a equipe da AF demonstrou maior envolvimento e compromisso à provisão do acesso a medicamentos, em detrimento às questões ligadas à gestão do cuidado. Os profissionais vinculados aos SEFAR-APS manifestaram não receber apoio da equipe da AF para desenvolver atividades de cuidado ao usuário.

No Caso 2, a equipe da AF demonstrou estar completamente comprometida em implementar os SEFAR-APS em todas as suas dimensões. Os profissionais reconhecem o envolvimento e apoio dos líderes para garantir o processo de implementação.

*“Acho que a gestão tem feito a parte dela, da gente tentar sensibilizar primeiro os colegas farmacêuticos, depois as equipes, os gerentes e os diretores, acho que foi um passo muito legal e importante conseguir inserir o farmacêutico no NASF porque foi um jeito muito bacana de integrar o farmacêutico dentro da equipe, seria muito mais difícil se ele tivesse que fazer isso por conta própria, ele não está indo sozinho visitar a equipe, ele está indo junto com a equipe do NASF e isso dá um respeito e uma aceitação muito maior e isso foi papel da gestão, da coordenação de farmácia”.E3*

No Caso 3, a equipe da gestão central da AF demonstrou envolvimento e comprometimento com a implementação da intervenção. Entretanto, a gestão regional da AF foi alvo de opiniões divergentes entre os profissionais entrevistados. Como a gestão da AF é

regionalizada, a equipe da AF regional difere entre as regiões. Um entrevistado manifestou receber apoio do gestor o outro, manifestou completo descaso da equipe.

Nos Casos 4 e 5 os profissionais não se manifestaram quanto a esses aspectos. Os coordenadores pareceram comprometidos com o trabalho, mas o apoio à implementação é restrito pela falta de tempo, recursos disponíveis e conhecimento sobre a intervenção.

Quanto a alta gestão municipal, nos Casos 1, 3 e 5 a atuação dos gestores atuais tem sido prejudicial e parece agir contra a implementação dos SEFAR-APS. No caso 1, o gestor municipal encerrou o sistema próprio de logística de medicamento, considerado eficaz e eficiente, para implementar um operador privado, cujos resultados são péssimos. No caso 3, o gestor fechou UBS, reduziu o salário dos profissionais, demitiu profissionais e vem interrompendo o pagamento dos trabalhadores. No Caso 5, o gestor fez uma pactuação com o Conselho Municipal de Saúde para que parte dos medicamentos do componente básico da AF fosse dispensada pelo Programa Aqui tem Farmácia Popular, na farmácia privada, e não mais pelos SEFAR-APS municipal.

No Caso 2, o gestor tem manifestado apoio à implementação por meio da autorização do incentivo financeiro destinado aos farmacêuticos para adesão ao NASF e com a não execução do Decreto Municipal nº 452, de 16 de janeiro de 2015, que institui o programa “Remédio Fácil” destinado ao fornecimento de medicamentos pela rede de farmácia privadas.

Sobre o caso 4, poucas informações foram disponibilizadas sobre gestores de alto nível. Um dos profissionais manifestou a adoção pelo município do programa “Farmácia de Todos”, com previsão de implementação de uma nova farmácia com melhor infraestrutura.

- Disponibilidade de recursos

Esse subconstructo diz respeito ao nível de recursos organizacionais dedicados à implementação e para execução das atividades, incluindo espaço físico e tempo. Foi levado em consideração os recursos físicos como infraestrutura e mobiliário e os recursos humanos.

No município 1, os SEFAR-APS visitados apresentaram infraestrutura adequada com áreas de almoxarifado, área de dispensação e sala do farmacêutico, mobiliários novos, sala de espera com cadeiras e senha para atendimento (Quadro 22). Os estabelecimentos de saúde visitados contavam com a presença de profissional farmacêutico, estudantes de farmácia e/ou residentes farmacêuticos. Os profissionais consideram a infraestrutura adequada para execução da intervenção. Relataram, entretanto, que os SEFAR-APS, sem farmacêutico, possuem infraestrutura reduzida, por exemplo, sem sala de farmacêutico. Há relatos sobre a mudança no

comportamento dos usuários com a instalação de senha eletrônica e cadeiras para atendimento nas farmácias, com a percepção de que os usuários ficaram mais solidários e pacientes ao aguardar o atendimento.

*‘A gente percebeu uma mudança até nos usuários, antes não tinha local que eles pudessem se sentar confortáveis, ficava aquela sensação de “eu tenho que sair porque já tem outra pessoa para ser atendida”, porque tem uma fila em pé, então hoje o usuário pega a senha e senta, isso mudou bastante, ou sem a dor eletrônico, porque antes não tinha e a gente ficava chamando no grito os pacientes, então hoje a gente tem mais conforto nesse sentido”.E3*

Os SEFAR-APS contam com sistema informatizado próprio, que conecta os serviços e à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Toda a gestão de estoque é realizada pelo sistema, inclusive quantificação e requisição de medicamentos. Os profissionais consideram o sistema um facilitador para a gestão dos serviços.

No caso 2, os SEFAR-APS são farmácias em estrutura própria, cujos locais de funcionamento foram alugados pela SMS. De maneira geral, apresentaram boa estrutura, com área de dispensação, almoxarifado, sala de atendimento individual e mobiliário. Os profissionais consideraram a infraestrutura parcialmente adequada, pois não há ar condicionado, alguns locais possuem problemas com acessibilidade e não há equipamentos para atendimento individual como balança, estetoscópio e esfigmomanômetro. O município está em fase de implementação do sistema informatizado para as farmácias. No momento da visita, os profissionais realizavam controle de estoque por meio manual e contavam com auxílio de planilhas de Excel.

Quadro 22 – Análise da estrutura física a partir de dados de observação direta

Infraestrutura Física	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Área de Dispensação	√	√	√	Com janela	√
Área de Estocagem	√	√	√	x	√
Sala de Atendimento	√/x	√	√/x	x	√
Área de descarte de resíduos	x	√	X	x	√
Copa	N/A	√	N/A	N/A	√
Banheiro	N/A	√	N/A	N/A	√
Armário de medicamento controlados	√/x	√	√	X	√
Geladeira com termômetro	√	√	√	√	√
Computador com internet	√	√	√	√	√
Impressora	√	√	√	X	√
Ar condicionado	√	X	√	X	√
Bins e palets em boas condições	√	√	√	X	√
Cadeiras no local de espera	√	√	X	X	√
Senha para atendimento	√	√	x	X	x
Mural de informação	√	√	√	X	√
Guichê individual de atendimento	√	√	x	X	√
Paredes em boa conservação	√	x	√	x	√

√=presente na maioria; x=ausente; √/x= presente em alguns serviços; N/A=não se aplica

Fonte: Elaboração própria

No Caso 3, as farmácias visitadas apresentaram boa infraestrutura e boas condições gerais, com área de dispensação e almoxarifado. Os profissionais consideraram a estrutura parcialmente adequada, pois alguns SEFAR-APS ainda realizam dispensação em áreas com grades, impedindo o contato direto com o usuário, e outros possuem área de almoxarifados incompatíveis com a demanda para armazenamento. Os profissionais queixaram-se de falta de manutenção da infraestrutura e a ineficiência do prontuário eletrônico, cuja emissão de relatório é restrita. O sistema informatizado pouco contribui para o controle de estoque, que ainda é feito por planilha de Excel. O município conta com sistemas distintos entre as unidades, com variação na funcionalidade, o que dificulta ainda mais a operabilidade entre sistemas.

O Caso 4 conta com uma farmácia central bem estruturada, com área de almoxarifado, dispensação com guichês para atendimento individual e sala de atendimento individual. Entretanto, os serviços nas UBS contam com estrutura precária, em local único, sem área específica para almoxarifado, com grade no local de dispensação e sem área de espera – os pacientes aguardam no corredor. O município conta com sistema informatizado apenas para dispensação, que não possui ferramentas para controle de estoque. O envio de requisição nos SEFAR-APS ainda é manual, e por papel, sem auxílio de planilhas de Excel, cuja entrega é feita pelo motorista da unidade.

O município 5 apresenta apenas 1 farmácia para atendimento a toda população. A farmácia possui ótimas condições de infraestrutura física e mobiliária, conta com área de dispensação individual, sala de atendimento individual, área de resíduos, almoxarifado e boas condições de mobiliário. Os SEFAR-APS municipal passou por mudanças estruturais em 2016, com a inauguração do programa “Farmácia de Todos”. Antes os medicamentos eram dispensados nas UBS e, atualmente, todos os SEFAR-APS foram concentrados em apenas em uma única farmácia. Hoje a farmácia conta com o SIGAF, sistema de gestão da AF, elaborado pelo estado de Minas Gerais para gestão da farmácia básica. O gestor da AF e chefe dos SEFAR-APS considera o sistema muito bom, assim como a infraestrutura.

Com relação aos recursos humanos, todos os profissionais de todos os municípios manifestaram insatisfação com o número e a qualidade dos trabalhadores atuantes nos SEFAR-APS e inferiram se sentirem sobrecarregados. Nos Casos 2, 3 e 5 todos os SEFAR-APS contam com farmacêutico e auxiliar de administrativo dedicados. No caso 3, o quantitativo de auxiliares é inferior à necessidade do serviço, considerando os dados apresentados no Quadro 21. No Caso 2, o quantitativo de auxiliares é proporcional à demanda de atendimento, porém todo processo

de trabalho é manual e arcaico, demandando muito tempo do profissional para gestão e organização.

No Caso 1 e 4, apenas 8% e 25% das UBS, respectivamente, contam com farmacêutico e nenhuma delas conta com auxiliar de farmácia. Os profissionais atuantes são auxiliares de enfermagem cedidos pelas equipes, que no caso 1, fazem rodízio diário para cobrir os SEFAR-APS e, no Caso 4, possui profissional fixo. Os profissionais manifestaram insatisfação dos auxiliares e problemas com controle de estoque (medicamentos vencidos, falta de medicamentos, etc.). Em um desses municípios, os profissionais preferem contar com estagiários e residentes nas atividades, por considerarem os estudantes mais dedicados e com melhor desempenho.

*“Eu creio que já foi melhor, eu acho que agora a gente vive um conflito em relação aos técnicos. Como a farmácia é um setor dentro da unidade que ela vive de rodízio, digamos assim, desses técnicos, criou já uma indisposição, porque esses técnicos não querem mais vir pra farmácia, porque são técnicos de enfermagem e isso é “um desvio de função”[...] mas a gente também não tem outro profissional que possa, por exemplo, se a gente não tem estagiário quem pode dar cobertura? Quem pode auxiliar? Porque o farmacêutico sozinho não consegue e na prefeitura não tem um outro cargo”.E3*

Além disso, mesmo nos locais com farmacêutico, os profissionais manifestaram como barreira o fato de não ter farmacêutico para cobrir todo horário de funcionamento da farmácia, conforme prevê as normas sanitárias.

- Acesso a conhecimento e informação.

Esse subconstructo está relacionado ao acesso fácil à informação e ao conhecimento na organização e especialmente durante a implementação da intervenção. Nesse sentido, buscou-se informações acerca da oferta de treinamento/cursos ou outra estratégia de educação permanente voltada para os SEFAR-APS na organização.

Educação permanente é uma importante fonte de informação e conhecimento para os profissionais. Apenas no caso 3, os profissionais contam com treinamento, oferecido pela SMS em parceria com a ENSP/FIOCRUZ, para orientar os profissionais na implementação e administração dos SEFAR-APS. Porém, os profissionais relataram não haver estímulo à formação.

No caso 2, os profissionais se sentem apoiados e estimulados pela gestão da AF a se qualificarem para atuação nos SEFAR-APS. A SMS possui um manual para orientar a implementação da gestão do cuidado, entretanto, a SMS não oferece educação permanente para seus profissionais. É necessário buscar formação em instituições externas como Conselhos de

Classe e universidades. A ausência de educação permanente para os auxiliares administrativos atuantes na farmácia foi apontada como uma barreira na implementação dos SEFAR-APS.

*“[...] capacitar os auxiliares, eles não tem capacitação institucional e acaba capacitando os seus ali numa reunião e olhe lá. A gente precisava ter a capacitação dos auxiliares, que desse mais segurança para eles trabalharem com mais autonomia sem requerer tanto do farmacêutico como requer na maioria dos lugares. [...] mas acho que isso é um dificultador para a gente conseguir botar o serviço farmacêutico clínico em massa porque os auxiliares não estão preparados para assumir essas funções que o farmacêutico tem que delegar, a gente não tem essa capacitação deles e eu sinto falta disso ”. E8*

Nos Casos 1 e 4, os profissionais relataram terem vivido ciclo de capacitação no passado (2017), mas no momento não havia nada nesse sentido. No Caso 1, a prefeitura possui uma norma que permite o afastamento do profissional por até 10 dias para realização de cursos ou eventos voltados à qualificação profissional. Além disso, a SMS possui um programa de residência multiprofissional destinado à formação de profissionais farmacêuticos, dentre outros, para atuação na APS. Os profissionais não consideram a residência um programa de incentivo à formação e nem um incentivo à implementação dos SEFAR-APS, pois a agenda de atividade do residente fica sob a responsabilidade do serviço e não há um programa de atividade definido que oportunize um ambiente de aprendizado coletivo.

No Caso 5, não havia capacitação ou treinamento ou qualquer estímulo à formação para atuação na intervenção.

### **5.2.2.1 Características dos Indivíduos (*Characteristics of Individuals*)**

Sob este constructo são apresentadas as características dos indivíduos relacionadas à implementação dos SEFAR-APS: a) Conhecimentos e crença sobre a intervenção; b) Autoeficácia; c) Estágio individual de mudança; d) Empatia; e) Motivação. Os dois últimos foram incluídos por terem emergido no processo investigação.

Pesquisas têm sido feitas para compreender as dinâmicas envolvidas entre a organização e o comportamento dos indivíduos durante a execução do trabalho (DAMSCHRODER et al., 2009). As organizações são, fundamentalmente, compostas por indivíduos, porém algumas instituições possuem maior dependência dessa força de trabalho que outras. As organizações de saúde são um exemplo claro de organização de maior dependência da força de trabalho humana, pois o resultado está vinculado ao encontro entre paciente e profissional. Essas instituições estão mais suscetíveis a sofrerem impacto do comportamento dos indivíduos, seja dos profissionais ou dos usuários. Assim, o estudo das características individuais torna-se

imperativo, uma vez que o comportamento do indivíduo, dentro da organização, determina o alcance de resultados em saúde (HOGE; TONDORA; MARRELLI, 2005).

A melhor medida das características individuais acontece quando se mensura o comportamento do indivíduo em seu contexto e na sua equipe de trabalho. Segundo a literatura (DAMSCHRODER et al., 2009; KOK, 2018), o comportamento do time nas organizações tem significativo impacto sobre a implementação das intervenções de saúde. Equipes de diferentes níveis de conhecimento, que acreditam em sua capacidade de execução e são mais motivadas, imprimem resultados mais positivos à implementação de intervenções em saúde. Assim, mudanças no comportamento individual representam mudanças na organização e são fundamentais no processo de implementação de intervenções.

### *Conhecimento e Crença sobre a Intervenção*

Esse constructo envolve atitudes e valores relacionadas com intervenção. Ter habilidade para manejar a intervenção é uma função principalmente cognitiva, que se baseia em conhecimento adequados sobre os princípios subjacentes ou sobre a lógica da intervenção. Entusiasmo em conduzir a intervenção pode refletir em resposta positiva para a implementação. Assim, o enfoque nesse tema foi analisar a compreensão dos profissionais frente a definição de SEFAR-APS do MS e, também, evidenciar a crença dos profissionais na intervenção.

A compreensão dos SEFAR-APS foi coerente, ao previsto, apenas no Caso 1, onde todos os profissionais relataram que o serviço envolve a gestão técnica do medicamento, bem como a gestão do cuidado. No Caso 2, os profissionais definiram os SEFAR-APS como ações e atividade envolvidas apenas com a gestão do cuidado. No Caso 3, houve divergência entre os profissionais sobre o tópico. Nos demais Casos (4 e 5), os profissionais tiveram dificuldade em responder à pergunta, apresentando informações evasivas.

Quatro dos Casos demonstraram acreditar nos SEFAR-APS e no alcance de seus objetivos. Em um deles, evidenciou-se uma divergência entre a opinião da equipe da AF e dos profissionais dos SEFAR-APS, no que tange a realização de atividades voltadas à gestão do cuidado. Para a gestão, a realização de atividades ligadas ao cuidado, desenvolvidas em anos anteriores, não apresentou resultados em saúde relevantes para a saúde dos usuários.



### Autoeficácia

A autoeficácia está relacionada à crença individual sobre a capacidade de executar as ações definidas para alcançar os resultados da implementação. Vincula-se a um comportamento de autoavaliação sobre os ganhos e perdas envolvidos em um processo de mudança.

Quando a implementação favorece o desenvolvimento de habilidades, os profissionais tendem a se motivar e a impulsionar a mudança. Uma avaliação positiva sobre desenvolvimento de habilidades, novos conhecimentos e sensação de avanço na carreira estão ligados ao aumento de motivação que impulsiona a intervenção.

Em dois Casos (2 e 4), os profissionais manifestaram se sentirem confiantes na realização das atividades que lhes cabiam. Em um dos municípios (Caso 2) houve divergência entre os profissionais, onde um se sentia competente e outro não. Os demais municípios não se pronunciaram sobre esse aspecto.

### Estágio individual de mudança

Esse constructo diz respeito à apreensão do profissional sob seu progresso, conhecimento, habilidade e entusiasmo desenvolvidos a partir da intervenção.

Em três municípios (Caso 1, 2 e 4), os profissionais evidenciaram a percepção de auto evolução, aprendizado e desenvolvimento de novas habilidades com a implementação dos SEFAR-APS. Os demais municípios não apresentaram apontamentos nesse sentido.

*“Aqui nesse universo da farmácia eu não tinha essa noção, a hora que fui para o NASF e discuti os casos com as equipes a gente toma um choque porque você não tinha noção de que tinha esse tipo de caso no meu território e aí é muito bom para você ganhar vivência, porque o que chega aqui só para buscar o remédio e ir embora você não vê a história, você não vê a ponta o iceberg, não vê o que esta por trás, então quando você fica sabendo dos casos que chegam no NASF para discutir que você fala “ah, então é isso”[...]”. E8*

### Empatia

Em quatro municípios os profissionais demonstraram empatia com a situação de saúde do usuário, fosse com os problemas de saúde, com vulnerabilidade do território ou com a falta de medicamentos. Apenas em um dos municípios não foi demonstrado presença ou ausência dessa característica em relação à situação de vida dos usuários.

*“É, a gente sabe que a situação na Baixada e em outro município é muito pior que a nossa, então a gente acaba atendendo, apesar de saber que não podemos atender, tem aquela política toda de ser da nossa área, mas a gente acaba atendendo”. E13*

### Motivação

A motivação foi positiva em todos os municípios, com exceção do Caso 5. Os profissionais apresentaram exemplos de entusiasmo com as atividades desenvolvidas e os progressos alcançados, mas muitos estavam se sentindo desgastados pela sobrecarga de trabalho, em geral, decorrente da ausência de recursos humanos suficientes para desenvolvimento de todas as atividades dos SEFAR-APS.

#### **5.2.2.2 Processo de Implementação (*Implementation Process*)**

No Processo de implementação são descritas quatro atividades essenciais: a) planejamento; b) engajamento; c) execução; d) avaliação e reflexão. Elas podem ser realizadas formal ou informalmente e em qualquer ordem. Cada atividade deve ser revisitada, revisada, reavaliada e refinada durante o curso da implementação. Nessa sessão, foram analisados planejamento, engajamento e avaliação e reflexão. O tópico de execução diz respeito à mensuração do grau de implementação da intervenção, cujo resultado já foi apresentado na primeira fase dessa pesquisa.

### Planejamento

Esse constructo está relacionado ao planejamento das atividades de implementação e execução da intervenção.

No Caso 1, nem a equipe da AF e nem os profissionais nos SEFAR-APS realizam planejamento para sua execução e implementação.

No caso 2, os SEFAR-APS apresentaram planejamento para execução das atividades ao longo da semana e todos os interessados têm ciência da agenda. A equipe da AF informou desenvolver atividades de planejamento anualmente em conjunto com demais setores da SMS.

Assim como no Caso 2, no Caso 3 os SEFAR-APS apresentaram planejamento para execução das atividades ao longo da semana, entretanto a equipe da AF não realiza planejamento.

Nos Casos 4 e 5, os profissionais deram respostas confusas quanto à realização do planejamento, sugerindo uma não compreensão sobre o termo.

Considerando os SEFAR-APS como parte do SUS, cujo arcabouço normativo conta com instrumentos de planejamento específicos, não se pode deixar de realizar considerações sobre a análise desses documentos (Quadro 23 e Quatro municípios-caso apresentavam a AF

e/ou SEFAR-APS na programação anual e no relatório de gestão. No que concerne ao planejamento orçamentário, apenas os Caso 1 e 3 tiveram a AF contemplada na Lei Orçamentária Anual (LOA). Nenhum município apresentou orçamento específico para AF ou SEFAR-APS em sua Lei de Diretrizes Orçamentária(LDO).

Quadro 24). Quanto aos planos municipais vigentes, três municípios (2, 3 e 5) apresentaram a estrutura da AF municipal e dos SEFAR-APS em seus documentos. Os Casos 1, 3 e 5 apresentaram metas de melhoria para os SEFAR-APS, porém apenas dois Casos (1 e 5) contemplaram metas para a AF municipal.

Quadro 23 – Resultado da análise dos Planos Municipais de Saúde 2018-2021 dos municípios investigados.

<b>Plano Municipal de Saúde 2018-2021</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>	<b>Caso 5</b>
Tópico sobre Assistência Farmacêutica	x	√	√	-	√
Tópico sobre os SEFAR-APS	x	√	√	-	√
Meta para Assistência Farmacêutica	√	x	x	-	√
Meta para os SEFAR-APS	√	x	√	-	√

√=presente; x=ausente

Fonte: Elaboração própria

Quatro municípios-caso apresentavam a AF e/ou SEFAR-APS na programação anual e no relatório de gestão. No que concerne ao planejamento orçamentário, apenas os Caso 1 e 3 tiveram a AF contemplada na Lei Orçamentária Anual (LOA). Nenhum município apresentou orçamento específico para AF ou SEFAR-APS em sua Lei de Diretrizes Orçamentária(LDO).

Quadro 24 – Participação da Assistência Farmacêutica e dos SEFAR-APS nos instrumentos de planejamento do SUS.

<b>Documentos</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>	<b>Caso 5</b>
Programação Anual de Saúde	√	√	√	-	√
Lei de Diretrizes Orçamentárias	x	x	x	x	x
Lei Orçamentária Anual	√	x	√	x	x
Relatório Anual de Gestão	√	√	√	-	√

√=presente; x=ausente

Fonte: Elaboração própria

Os instrumentos de planejamento no SUS atendem a normativas legais e sua elaboração está condicionada à transferência de recursos financeiros. Tais documentos se interligam compondo um ciclo de planejamento e gestão para operacionalização integrada do sistema de saúde. A elaboração desses instrumentos seguem prazos específicos e devem ser elaborados por todos os entes federativos. Nesses instrumentos, o gestor define suas ações prioritárias e aponta

a alocação de recursos para sua realização (VIEIRA, 2009). Assim, a não inclusão da AF ou SEFAR-APS nesses instrumentos demonstram uma não preocupação com a garantia de acesso a medicamentos no SUS e seu uso racional.

### Engajamento

- Líderes de Opinião

Os líderes de opinião são indivíduos na organização que possuem influência formal ou informal sobre as atitudes e crenças de seus colegas, no que diz respeito à implementação da inovação.

Os profissionais identificaram como líderes de opinião gerentes/diretores das UBS, médicos e enfermeiros das equipes de saúde, diretor/coordenador do distrito sanitário, subsecretário/diretor da APS e secretário de saúde.

Os líderes de opinião foram considerados como barreiras em dois Casos (3 e 5), cujas opiniões, principalmente dos secretários de saúde, foram classificadas como negativas para implementação dos SEFAR-APS. Os demais apenas identificaram os líderes de opinião sem julgamento sobre seus posicionamentos.

*“Aí que a gente vê a importância do serviço estar muito bem consolidado com as equipes, com os outros profissionais e com os pacientes.[...]Como o modelo de saúde da família está muito centrado no enfermeiro eu acho que ele pode ser um ótimo parceiro, como também pode boicotar o serviço se ele quiser então a gente tem que convencer o médico do papel do farmacêutico nesse cuidado, mas também tem que ganhar o enfermeiro e ele entender que a gente não está invadindo o espaço dele, que é mais um para trabalhar na equipe”. E8*

- Líderes internos da implementação formalmente nomeados

Os líderes da implementação são os indivíduos formalmente apontados como responsáveis pela implementação da intervenção. Diz respeito à forma como esses atores se envolvem com a intervenção e definem seu papel. Nesse subconstructo foram evidenciadas falas com demonstração de reconhecimento profissional sobre profissionais envolvidos com a implementação intervenção.

O farmacêutico foi apontado como líder formal da implementação em todos os casos, cujo trabalho teve reconhecimento pelos colegas das equipes nos Casos 1, 2 e 3. A execução de todas as atividades era coordenada e liderada por este profissional, que era referência para todas as questões de medicamentos. Quando não havia o farmacêutico, o papel de liderança para implementação dos SEFAR-APS mostrou-se difuso nas UBS; o tempo do gerente/diretor era

compartilhado com outras demandas e a implementação da inovação deixava de ser considerada prioridade.

A equipe da AF foi apontada com líder da implementação e com papel determinante para implementação nos Casos 2 e 3, cujo papel de defesa dos SEFAR-APS, frente aos gestores, foi determinante para alocação de recursos, reconhecimento e visibilidade da intervenção.

O gerente da unidade também foi apontado como líder nos Casos 3 e 4, sendo seu papel o de sustentar a importância dos SEFAR-APS para as UBS, apoiando na manutenção da infraestrutura física, normas e procedimentos da farmácia.

- Atores-chaves

Os atores-chaves são aqueles atores diretamente impactados pela implementação da intervenção na organização.

Foram identificados como atores-chaves os componentes da equipe de saúde, como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Todos os municípios manifestaram situações positivas sobre a relação do serviço com os atores-chaves, principalmente na compreensão do médico sobre a solicitação de adequação do plano terapêutico e orientação à prescrição da enfermagem.

- Agentes externos de mudança

Os agentes externos são indivíduos afiliados a entidades externas que formalmente influenciam a implementação num caminho desejável ou indesejável. Nesse sentido, foi evidenciada a influência de políticos, fiscais de conselhos de classe e conselheiros municipais de saúde.

A avaliação dos municípios foi divergente sobre o papel dos agentes do controle social e das entidades de classe na implementação da intervenção, pois alguns experimentaram situações de barreiras e outros, facilitadoras.

Com relação à influência de conselhos de saúde, ela foi considerada um facilitador no Caso 2 e uma barreira para o Caso 5. Para este, o Conselho Municipal apoiou a decisão da SMS de interromper o fornecimento de medicamentos do elenco do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” nos SEFAR-APS, reduzindo a destinação de recursos para aquisição de medicamentos pelo ente público e induzindo os usuários à utilização de programa alternativo. Para aquele, o Conselho Municipal de Saúde foi um agente estratégico no combate à privatização dos SEFAR-APS no município, apoiando a posição da equipe da AF de manutenção da gestão pública.

No tocante aos conselhos de classe, no Caso 1, o Conselho Regional de Enfermagem se posicionou contra a presença dos auxiliares de enfermagem nos SEFAR-APS, alegando desvio de função.

*“o próprio COREN( Conselho Regional de Enfermagem) já fez uma justificativa dizendo que eles(auxiliares de enfermagem) não devem estar dentro da farmácia até porque a gente tem ali medicamento controlado então eles se sentem muito pressionados porque querendo ou não é uma responsabilidade muito grande, o estoque tem que fechar no final do mês, eles tem uma preocupação e uma vontade muito grande e não querem entrar na farmácia com razão”. E3*

Nos Casos 3 e 4, o Conselho Regional de Farmácia (CRF) multou os SEFAR-APS e deixou de emitir certidão de regularidade técnica por não terem farmacêutico durante todo horário de funcionamento. Em contrapartida, no Caso 2, o CRF ofertou cursos de capacitação para os SEFAR-APS e, no Caso 5, a atuação do conselho de multar os SEFAR-APS contribuiu para a interrupção de entrega de medicamentos em locais insalubres e inadequados. O Conselhos de Classe têm como responsabilidade zelar pelos princípios da ética e da disciplina de qualquer atividade farmacêutica no Brasil. São considerados órgãos de direito público, de autonomia administrativa e financeira, de estrutura hierarquizada, composta pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) e seus respectivos conselhos regionais (CRF). O não cumprimento de suas normativas está sujeito a penalidades, que vão de multas até a suspensão do exercício profissional ou fechamento do serviço.

Os agentes políticos foram considerados em todos os casos atores dificultadores da implementação dos SEFAR-APS, por apresentar práticas de interferência nas atividades correntes em benefício próprio ou de outrem. Todos os municípios, tanto as equipes de AF quanto os profissionais dos SEFAR-APS, manifestaram sofrer interferência de agentes políticos em seus processos de trabalho.

### Avaliação e Reflexão

A Avaliação e reflexão diz respeito à informação qualitativa e quantitativa sobre o progresso ou a qualidade da implementação feita por uma pessoa da equipe. É um constructo diferente das metas e *feedback*, pois seu foco está nos esforços de implementação. A avaliação inclui gráficos, documentos e retorno qualitativo e histórias de sucesso. Tempo dedicado a reflexões sobre o processo de trabalho são considerados espaços valiosos.

Nenhum dos casos mencionou dispor de tempo ou qualquer instrumento para análise sobre o processo de implementação e execução da intervenção.

Foi solicitado aos entrevistados que fizessem uma reflexão rápida sobre o processo de implementação. Em quatro municípios, a opinião dos profissionais dos SEFAR-APS divergiu da opinião do gestor da AF. Em dois casos, a gestão inferiu já ter realizado a implementação dos SEFAR-APS (casos 2 e 3) e outros dois a gestão inferiu não ter implementado ou ter implementado parcialmente. De qualquer forma, todos os profissionais mencionaram necessidades de realização de melhorias para implementação, principalmente com incremento de recursos humanos.

### 5.2.3 Análise de implementação

Dos 54 constructos do CFIR, 7 foram classificados como sendo extremamente distintos entre os municípios de maior e menor grau de implementação e 9 foram fracamente distinguíveis (Tabela 5). Dentre os demais, 26 constructos apresentaram evidências mistas e 12 parecem não ter influência sobre a implementação, pois não foram evidenciados durante a análise dos dados.

Para fins de análise, foram discutidos apenas os constructos com extrema diferença entre os níveis de implementação, por acreditar serem os de maior impacto para a implementação dos SEFAR-APS.

Tabela 5 – Classificação atribuída aos componentes do CFIR

Domínio/ Constructo CFIR	Municípios					
	Maior Nível de Implementação		Menor Nível de Implementação			
<b>I. CARACTERÍSTICA DA INTERVENÇÃO</b>						
Fonte da Intervenção <sup>a</sup>	I	E	I	E	E	
Vantagem Relativa	2	2	2	0	-2	**
Adaptabilidade	2	2	2	2	2	
Custo	-2	-2	-2	-2	-2	
<b>II. AMBIENTE EXTERNO</b>						
Necessidade dos Usuários	2	2	2	2	0	*
Cosmopolitanismo	1	1	0	0	2	
Política externa e Incentivos	-2	2	0	2	-2	
<b>III. AMBIENTE INTERNO</b>						
<b>A. Características Estruturais</b>						
A.1. Estrutura Organizacional da Assistência Farmacêutica Municipal	-1	2	-2	-2	2	
A.2. Gestão Técnica do Medicamento						
Seleção de Medicamentos	1	2	-1	-2	-2	**
Programação/ Quantificação	2	Perda	Perda	-2	2	
Aquisição	-2	-2	-2	-2	2	**

Domínio/ Constructo CFIR	Municípios					
	Maior Nível de Implementação			Menor Nível de Implementação		
Armazenamento e Distribuição	-2	0	2	0	-2	*
A.3. Organização dos SEFAR-APS	-2	2	2	-2	2	
A.4. Rotatividade dos Profissionais	-2	-2	-2	0(misto)	2	**
A.5. Mudança de Gestor	-2	2	-2	0	0	**
<b>B. Comunicação e Rede Social</b>						
Comunicação institucional	-2	0	2	2	1	*
Cooperação entre equipas	2	2	0	2	2	
Receptividade de outros setores	2	2	2	0	2	*
<b>C. Cultura</b>	-2	-1	-2	0	0	**
<b>D. Clima de Implementação</b>						
Incentivo e Recompensas Organizacionais	0	2	-2	0	0	
Metas e Retorno	0	2	0	0	0	
Clima de Aprendizado	2	2	Perda	Perda	Perda	
<b>E. Disponibilidade para implementação</b>						
<b>E.1. Engajamento do Líder</b>						
Secretário/Subsecretário/ Diretor	-2	2	-2	0	-2	
Equipe da AF	0	2	0	0	-	
Gerente da Unidade	2	-	2	2	-	
<b>E.2. Disponibilidade de recursos</b>						
Infraestrutura da Farmácia	2	2	2	-2	2	**
Sistema Informatizado	2	-2	-2	-2	2	
Recursos Humanos	-2	2	1	-2	2	*
E.3. Acesso a conhecimento e informação	-2	-1	1	-2	-2	*
<b>IV. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS</b>						
<b>A. Conhecimentos e Crenças sobre a intervenção</b>						
Compreensão sobre os SEFAR-APS	2	-2	-1	-2	1	
Crença	1	2	2	1	-2	**
<b>B. Autoeficácia</b>	Perda	0	Perda	2	Perda	
<b>C. Estágio Individual de Mudança</b>	1	2	Perda	2	Perda	
<b>D. Empatia</b>	2	2	1	1	0	**
<b>E. Motivação</b>	0	2	1	1	-2	**
<b>V. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO</b>						
<b>A. Planeamento</b>	-2	2	1	Perda	Perda	
<b>B. Engajamento</b>						
Líderes de Opinião	0	0	2	0	-2	**
Líderes internos da implementação formalmente nomeados	2	2	2	2	0	*
Atores-Chaves	2	2	2	2	2	
Agentes externos de mudança	-2	2	-2	-2	0	
<b>D. Avaliação e Reflexão</b>	0	0	0	0	0	

\*\* Constructos extremamente diferente entre os municípios de maior e menor nível de implementação

\* Constructos pouco diferentes entre os municípios de maior e menor nível de implementação

<sup>a</sup> I= Tratado como internamente desenvolvido E= Tratado como externamente desenvolvido



### 5.2.3.1 Características da Intervenção (*Intervention Characteristic*)

Neste aspecto, o constructo com significativa distinção entre municípios, segundo nível de implementação, foi a Vantagem Relativa. Os municípios com melhor nível de implementação demonstraram considerar os SEFAR-APS a melhor alternativa para provisão do acesso a medicamentos à população municipal. Segundo a literatura (HAGEDORN et al., 2019; PAULSEN et al., 2019; VANDEVANTER et al., 2017), as intervenções com melhores níveis de implementação e resultado são aquelas em que seus profissionais acreditam na intervenção como sendo a melhor alternativa possível para o alcance de seus objetivos.

Os municípios de menor nível de implementação, quando se manifestaram, demonstraram preferência pela privatização dos SEFAR-APS para garantia de acesso a medicamentos à população, assim como já havia apontado Santos-Pinto (2011). A defesa estava alicerçada na escassez de recursos disponíveis para aquisição de medicamentos pelo município. Em alternativa, apontaram o Programa “Aqui tem Farmácia Popular” como alternativa para fornecimento de medicamentos de hipertensão, diabetes e asma, por serem itens integralmente subsidiados pelo governo federal.

Segundo Faleiros *et al.*(2017), os recursos destinados ao componente básico da AF (CBAF) são insuficientes para cobrir necessidades e demandas da população. Os valores de custeio, em comparação as normativas e preços de referência definidos pelo governo, estão defasados em mais de 50% desde 2010. Silva *et al.* (2016) já havia apontado tal situação, quando demonstraram que o gasto municipal do Rio de Janeiro, com a CBAF, ultrapassava em 9% do valor *per capita* definidos pelo governo federal.

Ressalta-se ainda, que o Caso 5, é considerado de pequeno porte, com população inferior a 50 mil habitantes. Segundo a literatura (MATTOS et al., 2010; MAZON; FREITAS; COLUSSI, 2019) os municípios de pequeno porte contam com o efeito negativo da escala municipal sobre o gasto *per capita* em saúde, tendo pouca margem para aumentar seus indicadores e assistência a partir do aumento de sua eficiência. Municípios com população até 5 mil habitantes apresentaram média do gasto *per capita* 3,9 vezes maior que aqueles com mais de 500 mil habitantes (VIEIRA; ZUCCHI, 2011). Dessa forma, o ônus municipal, no gasto *per capita* com medicamentos, tende a se agravar quando se trata de municípios de menor contingente populacional.

Embora o constructo “Custo” não tenha apresentado diferença entre os municípios com distintos níveis de implementação, ele aparece como um fator comum de barreira à

implementação dos SEFAR-APS. Assim, a conjuntura evidenciada aponta para um esgotamento no modelo de financiamento do CBAF, com vistas a construir alternativas de financiamentos mais competitivas e mais equitativas entre os municípios brasileiros.

### **5.2.3.2 Ambiente Externo (*Outter Setting*)**

A “Necessidade dos usuários” apresentou ser um constructo com fraca distinção entre municípios, segundo nível de implementação. Uma diferença encontrada nos municípios de maior nível de implementação, diz respeito à preocupação com necessidades mais voltadas à gestão do cuidado, em comparação aos de menor nível. Essa dimensão dos SEFAR-APS tem sido deixada de lado pela maioria dos municípios brasileiros - como evidenciado na primeira etapa dessa pesquisa, mesmo por aqueles com melhores níveis de implementação.

Nesse sentido, diversos apelos têm sido feitos para estimular os SEFAR-APS a voltarem seus esforços e sua missão ao bem-estar e saúde de seus usuários, tendo o medicamento como ferramenta. Organizações centradas nos pacientes tendem a implementar intervenções mais facilmente, pois o olhar da equipe e da instituição destinam-se a um objetivo comum: aprimorar melhores resultados para a saúde dos usuários (DAMSCHRODER et al., 2009).

Entretanto, para isso, é precípua contar com alto grau de implementação da dimensão “gestão técnica” do medicamento, cujo objetivo principal é a garantia do acesso ao medicamento.

### **5.2.3.3 Ambiente Interno (*Inner setting*)**

O Ambiente Interno apresentou cinco constructos com forte distinção entre os municípios de maior grau de implementação e os de menor grau. Aqueles relacionados às Características Estruturais foram: Seleção de Medicamentos, Aquisição, Rotatividade dos Profissionais e Mudança de Gestores. Os demais envolveram Cultura Organizacional e Disponibilidade para Implementação.

#### *Características Estruturais*

Os aspectos da seleção divergentes entre os níveis de implementação claramente relacionam-se com a institucionalização do processo de seleção de medicamentos essenciais municipal. Os municípios de maior nível de implementação apresentaram maior envolvimento de outros profissionais com a seleção de medicamentos, possuíam formulário de alteração da REMUME disponível aos profissionais, contavam com Comissão de Farmácia e Terapêutica

(CFT) instituída e REMUME publicadas. Porém, esse aspecto não foi apresentado pelos profissionais nos SEFAR-APS como um facilitador da implementação. A diferença encontrada entre os municípios diz respeito às evidências obtidas por meio da análise documental e nas entrevistas com os profissionais da equipe da AF mais impactados pelo processo de seleção municipal. Os profissionais atuantes nos SEFAR-APS não apresentaram julgamentos acerca desse processo, nem apontando facilitadores nem barreiras. O fato de os municípios possuírem uma lista de medicamentos essenciais baseada na RENAME, mesmo sem processo de seleção institucionalizado, já pareceu ser suficiente para orientar as práticas nos SEFAR-APS. No entanto, não se pode deixar de mencionar que a não institucionalização do processo de seleção pode incorrer em impactos colaterais ao serviço, como desabastecimento e provisão de acesso a medicamentos com baixo valor terapêutico (PINTO et al., 2015). E por se tratar de um processo desenvolvido pela equipe da AF, e não diretamente pelos profissionais do SEFAR-APS, a capacidade de vincular a seleção a tais efeitos (relação de causa e efeito) pode ser reduzida.

No quesito aquisição, a maior distinção apresentada diz respeito ao fato dos municípios de menor nível de implementação contarem com apoio do gestor estadual para realização do seu processo de aquisição. Tal fato teoricamente ampliaria a capacidade municipal de aquisição por ganho em escala, além de não necessitar dispor de uma máquina pública robusta para dar conta do processo de aquisição. Entretanto, na prática, os problemas decorrentes do processo licitatório, na esfera pública, têm levado os municípios a se organizarem para realizarem processo licitatórios paralelos, com vistas a ampliar a capacidade de aquisição e reduzir desabastecimento. Em conclusão, o que se vê, é um enorme investimento de tempo e recursos humanos para lidar com tais intempéries para minimizar seus impactos, mas sem lograr findá-las. É imperioso uma reavaliação desse processo de compras na esfera pública, tendo em vista seu impacto para promoção do acesso equitativo a medicamentos essenciais nas diversas partes do país. Este fato vem pondo em risco a viabilidade da intervenção e impulsionando os gestores a adotarem novas alternativas para provisão de acesso a medicamentos.

A rotatividade dos profissionais das equipes da APS foi uma barreira apresentada pelos municípios de maior nível de implementação, principalmente no que tange à execução das ações de cuidado. Segundo a literatura (AARONS; SOMMERFELD; WILLGING, 2011; GLISSON et al., 2008; HOGE; TONDORA; MARRELLI, 2005; WOLTMANN et al., 2008), a rotatividade de profissionais reduz a produtividade, causa estresse financeiro para a organização, interrompe relacionamentos com usuários e gera times frágeis. Equipes de maior

maturidade, ou seja, mais estáveis e de maior idade, tendem a influenciar positivamente o ambiente produtivo e apresentam melhores desempenho no trabalho (MONTANARI et al., 2011). Estudos de implementação (TANSELLA; THORNICROFT, 2009) apontam a rotatividade como fator negativo ao processo de implementação e produção de resultados, principalmente quando a organização não possui uma política de treinamento instituída. Ainda que a maior rotatividade dos profissionais da APS tenha sido identificada nos municípios de melhor grau de implantação dos SEFAR-APS, este aspecto é, apontando pelos entrevistados e também pela literatura vigente, como um importante entrave ao adequado funcionamento dos serviços.

Entretanto, a rotatividade das equipes da APS não foi evidenciada como barreira aos municípios de menor grau. Dois fatos podem estar associados a este achado. O primeiro diz respeito ao fato dos profissionais atuantes no SEFAR-APS (auxiliares de enfermagem) não demonstrarem preocupação com a implementação. O segundo, relaciona-se ao fato das equipes da APS contarem com médicos do “Programa Mais Médicos”, cuja rotatividade é menor em comparação a municípios sem o programa (GIOVANELLA et al., 2016).

No que tange a rotatividade entre profissionais ligados ao SEFAR-APS, como auxiliares e farmacêuticos, não foi apresentada distinção entre municípios de maior grau ou menor grau de implementação.

A mudança de gestor impactou negativamente os municípios de maior grau de implementação e não apresentou impacto para os municípios de menor grau. Para Cregard e Corin (2019), o impacto da rotatividade de gestores para a organização vai depender de quem saiu e o motivo da saída. A mudança pode trazer benefícios para a organização, como melhor performance e resultado, ou provocar estagnação, ou retrocesso de processos já bem estabelecidos. Entretanto, o que se vê, na tentativa de lidar com a pressão dos usuários e com as restrições fiscais e financeiras, é uma adoção por parte dos gestores de inovações experimentalistas (COSTA; MELO, 1998) com pouca qualidade técnica, cujo resultado gerado nos últimos anos tem sido de tensão e degradação do sistema público de saúde.

Outrossim, foi exposto pelos participantes que, independente do resultado da mudança, a imprevisibilidade do fato produz estresse e tensão no ambiente de trabalho, por requerer, por parte da equipe da AF, diálogo constante em defesa dos SEFAR-APS. Isso envolve tempo da equipe e habilidade de comunicação. Além disso, por se tratar de uma intervenção, cujo insumo essencial é dependente de uma cadeia complexa de abastecimento de alto valor agregado, sua implementação e funcionamento estão muito suscetíveis a novas análises e avaliações.

## Cultura

A cultura organizacional apresentou forte distinção entre os municípios de maior nível de implementação e os de menor nível. Durante as visitas e entrevistas nestes municípios, foi possível identificar normas, valores e crenças capazes de apontar para a cultura organizacional da SMS. Tal aspecto não foi possível nos municípios de menor grau, cujo conhecimento sobre o tema era limitado.

No caso dos municípios de maior grau de implementação, a cultura organizacional apareceu como barreira à intervenção, uma vez que inovações em saúde requerem maior flexibilidade da instituição e dos gestores na realização de ajustes para o alcance de resultados esperados. A intervenção imprime um contexto de mudança do *status quo* vigente e requer, muitas vezes, alteração de subculturas e das relações estruturadas entre o capital social local. Qualquer mudança depende maior envolvimento dos líderes, mais energia dos trabalhadores e recursos disponíveis. Em contrapartida, em contextos de crise financeira (e política!!) e de tendência desfavorável dos indicadores de saúde, a pressão de demanda sofrida pelas organizações de saúde imprimem urgência ao alcance de resultados (MORAIS; GRAÇA, 2013). Entretanto, é necessário dispor de tempo para avaliação e reflexão que subsidiem a tomada de decisão mais consciente e mais adequadas à realidade.

No caso da implementação dos SEFAR-APS, culturas mistas, que envolvam o trabalho em equipe, flexibilidade e alcance de resultados, apresentaram influência positiva no processo de implementação (MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016).

## Disponibilidade para implementação

No subconstructo “Recursos Disponíveis” a infraestrutura da farmácia apresentou diferença significativa entre os municípios de maior nível de implementação e os de menor nível. Claramente, há uma relação direta entre maior nível de implementação dos SEFAR-APS e melhores condições de infraestrutura e ambiência das farmácias.

Um dos municípios de menor grau de implementação apresentou condições adequadas de infraestrutura, indo de encontro aos achados e à relação apontada. Em análise mais aprofundada do caso, constatou-se uma reestruturação dos SEFAR-APS municipal em 2016 com recursos do governo do estado. Os dados quantitativos analisados na primeira parte desse estudo foram coletados em 2015, quando os SEFAR-APS ainda ocorriam em estruturas improvisadas nas UBS. Assim, a divergência encontrada hoje é decorrente do lapso temporal

entre os estudos 1 e 2, encarado como uma limitação à pesquisa. De qualquer forma, este fato explica os dados encontrados, corroborando para justificar a relação positiva entre infraestrutura e grau de implementação.

Nesse sentido, diferente da implementação de protocolos, a implementação do SEFAR-APS requer um importante investimento em infraestrutura física e humana para execução de suas atividades essenciais. A gestão técnica do medicamento envolve um sistema complexo de abastecimento com legislação e normas sanitárias específicas, cuja garantia é essencial para manter a qualidade do medicamento. A gestão do cuidado exige um local de atendimento ao usuário que respeite sua condição física e de saúde, propício ao acolhimento, isento de poluição visual, ruídos e com iluminação adequada.

A infraestrutura e a ambiência dos SEFAR-APS, além de impactar na qualidade dos produtos, influencia na satisfação do usuário com o serviço prestado (MELTON; LAI, 2017). Além disso, a satisfação e a motivação dos profissionais tendem a aumentar quando consideram o local de trabalho adequado ao alcance dos objetivos esperados.

Diante desse cenário, é precípuo aumentar os recursos de investimento para a reestruturação física dos SEFAR-APS, considerando a indisponibilidade financeira entes municipais onerados com o custeio dos medicamentos. O aumento de investimentos deve vir acompanhado de incentivo e apoio institucional para execução, principalmente do gestor estadual. Sem apoio, os municípios de pequeno porte terão dificuldade de execução e operacionalização do recurso, por possuírem máquina pública reduzida e baixa resolutividade nas ações burocráticas (MAZON; FREITAS; COLUSSI, 2019).

#### **5.2.3.4 Características dos Indivíduos (*Characteristics of Individuals*)**

Crença, empatia e motivação foram os constructos com significativa diferença entre os municípios de maior grau de implementação e os de menor grau.

Os municípios de maior nível de implementação demonstraram acreditar mais no programa como um serviço capaz de gerar resultados em saúde, não apenas a partir do acesso, mas também do cuidado direto com o usuário. Um atributo diferente desses profissionais foi possuir uma formação voltada para os SEFAR-APS, principalmente por experiências com pós-graduação.

A empatia é considerada uma influência positiva na implementação (LUXTON; MACKENZIE; SHIH, 2019) e foi associada a melhores níveis de implementação dos SEFAR-

APS. Esse constructo mostrou-se extremamente importante quando se discute saúde e medicamentos, principalmente em períodos de estresse dos usuários (GOTT et al., 2019), produzidos por desabastecimento e problemas relacionados à saúde. Os pacientes demonstraram, segundo os relatos, sentirem-se mais acolhidos e mais satisfeitos com o serviço prestado quando os profissionais são empáticos e tem compaixão com a situação vivida.

Os serviços, cujos profissionais eram mais empáticos, demonstraram maior disponibilidade e motivação para implementação da dimensão “gestão do cuidado”. Em um dos municípios de maior nível de implementação, a ausência de empatia somada à insegurança na execução das atividades ligadas ao cuidado (autoeficácia), levou alguns profissionais a não aderirem ao chamado dos gestores para a implementação da dimensão “gestão do cuidado”, mesmo vindo acompanhado de recursos e incentivos organizacionais.

### 5.3 Limitações

Diversas limitações foram encontradas na primeira fase dessa pesquisa, que teve como base de análise dos dados do estudo-fonte - “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede”.

Para fins de análise e aprendizados futuros cabe, aqui, algumas considerações sobre os instrumentos utilizados pelo estudo. Não se pretende aqui desqualificá-lo, mas sim levantar pontos a serem considerados em pesquisas futuras, com vistas a facilitar a análise das informações. O questionário utilizado para entrevista demonstrou pequenas fragilidades que pesaram na construção da matriz de julgamento. A variabilidade nos tipos de perguntas produziu um volume imenso de informações a serem julgadas e analisadas, quase inviabilizando a pesquisa. Nem todos os municípios responderam a todas as perguntas, uma vez que o questionário contava com perguntas encadeadas e possibilitando padrão de resposta distinta entre os estabelecimentos de saúde. Algumas perguntas induziam o respondente a equívocos de conceito. Um exemplo desse fato diz respeito a uma pergunta sobre realização de seguimento farmacoterapêutico, que dava a alternativa de ser realizado por profissionais não farmacêuticos, mesmo se tratando de ato privativo.

Outra limitação se refere ao tamanho da amostra do estudo. Embora seja um estudo com 465 municípios, representa apenas 8% dos municípios do Brasil. Isso diminui a capacidade de generalização do estudo, por se tratar de uma amostra por conveniência e não aleatória.

Com relação à matriz de julgamento, as perguntas do estudo-fonte, selecionadas para sua construção, não passaram por validação dos atores-chaves. Esse fato pode ser considerado uma limitação, por diminuir a validação interna da matriz, não afastando o risco de influências do olhar da autora. Contou-se com o apoio na literatura para reduzir as interferências do olhar único, a fim de criar subsídios capazes de orientar a melhor escolha.

Quanto às entrevistas, não se pode afastar o risco de interferência da autora desse trabalho nas respostas, pelo envolvimento com a implementação da intervenção em um dos municípios visitados. Nem evitar que as falas tenham sido interpretadas pela sua ótica. Alguns cuidados foram tomados para amenizar estes efeitos, como evitar o diálogo com o entrevistado durante a entrevista e apresentar-se como doutoranda. As medidas adotadas contribuíram para a análise crítica de todo material, porém não impediram que o olhar de ex-gestora predominasse sobre o estudo. Acredita-se que isso não refletiu em prejuízos para o julgamento e categorização das falas e dados.



Além disso, há outras limitações relacionais à análise de implementação. Primeiro, os dados qualitativos são retrospectivos e referem-se a uma pessoa envolvida com a implementação dos SEFAR-APS em cada estabelecimento de saúde. Outros atores da periferia, como médicos ou gerentes, não foram entrevistados. Segundo, não foram entrevistados pacientes sobre suas experiências com o serviço. Terceiro, a autora desse trabalho não estava blindada ou protegida sobre aspectos de eficácia da implementação durante o curso da codificação e classificação. Então, pode haver possibilidade de vieses na classificação. Quarto, a seleção das unidades de saúde e dos profissionais entrevistados podem ter sofrido viés de seleção, uma vez que a escolha se deu por indicação do gestor. E, por fim, o tamanho da amostra foi pequeno (n=5), então a capacidade de generalização é limitada. Porém, a amostra pequena permitiu uma análise e compreensão profunda sobre a experiência de implementação em 5 distintos contextos.

## **6 Considerações Finais**

Essa pesquisa possibilitou inúmeros aprendizados, que vão desde contribuições de âmbito pessoal, formação acadêmica à produção de novo conhecimento em saúde. Em relação a este último, cabe retomar os objetivos e as questões de pesquisa como fio condutor dessas considerações. Eles partiram do desejo de analisar as escolhas dos gestores municipais para garantir acesso a medicamentos e seu uso racional, a partir do esclarecimento do nível de implementação dos SEFAR-APS e seus fatores de influência contextual. Compreender esse cenário, teve como principal finalidade, produzir conhecimento científico e técnico capaz de subsidiar gestores e profissionais da Assistência Farmacêutica e dos Serviços Farmacêuticos na tomada de decisões gerenciais mais assertivas. Essa proposta buscou colaborar com pesquisas anteriores, analisar documentos, conhecer *in loco* diferentes formas de implementação dos SEFAR-APS e ouvir os implementadores, com vistas a ressignificar conhecimento em contribuição a *práxis*.

Neste sentido, as primeiras etapas dessa pesquisa podem ser consideradas as mais críticas, por terem requerido um esforço metodológico expressivo para construção de instrumentos capazes de avaliar dados já coletados pelo estudo-fonte “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede”.

O estudo-fonte realizado em 2015 produziu um banco de dados extenso e completo sobre a estrutura da AF em 465 municípios do Brasil. Seus apoiadores visitaram mais de 5.000 estabelecimentos de saúde, entrevistando seus responsáveis e demais atores-chaves envolvidos com a AF. Julgou-se ser um banco com importante potencial de exploração, inclusive para servir como linha de base para realização de futuras pesquisas.

A despeito do modelo lógico, optou-se por utilizar como base o MLog proposto por Pereira (2013), por familiaridade da autora e por acreditar que ele considerava as atividades e ações essenciais dos SEFAR-APS, conforme previsto nos documentos e artigos analisados.

A submissão do MLog à análise dos pares, além de dialogar com uma pequena parte da comunidade científica, demonstrou consistência no delineamento do modelo e apontou para uma questão interessante sobre a relevância dos componentes dos SEFAR-APS. Para os atores envolvidos no consenso, os componentes apresentam relevância equivalente, não havendo nenhum componente considerado de extrema importância frente aos demais.

A aplicação da matriz de julgamento foi realizada com sucesso no intuito definir o grau de implementação dos municípios em questão. Sua construção exigiu um exercício árduo de elaboração de indicadores capazes de julgar dados já coletados. A classificação das perguntas semi-abertas envolveu muito tempo de dedicação pelo volume de variáveis, sendo ponderada como um procedimento inviável e inapropriado para a realização de estudos futuros.

O MLog e a matriz demonstraram ser instrumentos coerentes e válidos para a avaliação do grau de implementação dos SEFAR-APS nos municípios, por apresentar resultados que vão ao encontro dos dados da literatura.

O grau de implementação (GI) nos municípios brasileiros foi considerado crítico em, aproximadamente, 80% da amostra investigada, representando 369 municípios com GI abaixo de 50%. A dimensão “Gestão Técnica do Medicamento” apresentou GI crítico, significativamente superior ao GI da dimensão “Gestão do Cuidado”, considerado incipiente.

Esses dados demonstram um cenário bastante alarmante para o país, principalmente para a “Gestão Técnica do Medicamento” cuja expectativa era de GI acima de 75%, tendo em vista o tempo decorrido de implementação dos SEFAR-APS. Os indicadores vinculados aos componentes dessa dimensão atenderam as normas sanitárias mínimas para o funcionamento de farmácias e foram baseados em recomendações essenciais para gestão dos SEFAR-APS. Dessa maneira, o não alcance de pontuação máxima, nesses aspectos, denota baixa qualidade na oferta de serviços.

No caso da Gestão do Cuidado, é compreensível seus baixos GI por se tratar de uma dimensão de implementação tardia, cujo estímulo à implementação pelo MS, e pela própria categoria profissional, se deu apenas nos últimos 10 anos.

Outrossim, o GI dos SEFAR-APS apresentou variação nas diferentes regiões do país, convergindo com as iniquidades em saúde já conhecidas. Os melhores graus de implementação foram encontrados entre os municípios das regiões Sudeste e Sul e os piores na região Norte (municípios da região amazônica). Dois aspectos são preocupantes para os serviços considerados de baixo GI: 1) a qualidade dos serviços ofertados; 2) o alcance dos resultados esperados para a intervenção.

No segundo estudo, a visita aos municípios cumpriu um papel de esclarecer as barreiras e facilitadores do contexto ligados à implementação dos SEFAR-APS. A comunicação institucional foi a primeira barreira identificada nos municípios de baixo GI. Para a realização da pesquisa, foram feitas diversas tentativas de contato com mais de 10 municípios no Brasil, sem sucesso. Os sítios eletrônicos dos municípios não disponibilizavam telefone institucional das SMS e o e-mail institucional da Prefeitura não era respondido. Foi feito contato com o setor responsável pela AF da SES de um dos estados visitados, na tentativa de ampliar as possibilidades de comunicação, porém o setor não possuía informações válidas acerca dos responsáveis pela AF de seus municípios. Tais fatos já deram indícios do cenário esperado para esses locais.

Outra barreira encontrada, já no município de melhor GI, foi a submissão do projeto de pesquisa ao seu Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). O processo no município foi muito extenso e levou mais de 8 meses para ser liberado. Além dos problemas burocráticos, algumas UBS foram contatadas e manifestaram não possuir interesse em participar da pesquisa. Notou-se um clima organizacional de medo e desconfiança na instituição, que nos últimos anos vem passando por grave crise na saúde, inclusive com perseguição dos trabalhadores.

A análise de contexto dos SEFAR-APS nesses municípios proporcionou a identificação de diversos fatores de impacto à intervenção. Por se tratar de uma intervenção complexa e multideterminada, as barreiras e facilitadores encontrados envolveram diversos níveis de gestão e não apenas os profissionais ligados diretamente à intervenção. Entretanto, foi feito esforço para definir os fatores de maior impacto para os SEFAR-APS nos estabelecimentos onde ocorria a implementação.

Nesse sentido, ficou claro que o profissional farmacêutico é identificado pela equipe de saúde como agente implementador da intervenção. Sua ausência apresenta efeito negativo no processo de implementação, pois o estabelecimento perde a referência formal do implementador. É necessário frisar, em oposição, que infelizmente sua presença não garante implementação adequada da intervenção, mas a sua ausência pesa como aspecto negativo à implementação.

Assim sendo, sua característica individual e de seus auxiliares têm igual importância para implementação. A empatia, motivação e crença apresentaram enorme impacto entre os indivíduos entrevistados. Claramente, aqueles profissionais, que acreditavam nos SEFAR-APS, eram mais entusiasmados com a implementação da intervenção.

Outrossim, o gerente/diretor da UBS, médicos e enfermeiros foram considerados líderes de opinião nos locais de implementação. Sem o apoio dos gerentes, a mudança desejada para o local de implementação fica limitada. Contar com apoio desses profissionais e líderes de opinião demonstrou ser decisivo para implementação da intervenção. Ter a confiança e reconhecimento sobre a relevância do serviço para a saúde pública garante melhor aceitação da intervenção e maior integração da equipe. Essa conjuntura constrói ambientes menos estressantes e mais envolventes para desenvolvimento do trabalho em saúde.

Os demais aspectos de influência na implementação referem-se às características estruturais do ambiente interno e características da intervenção, cuja responsabilidade de mudança e melhoria recai sobre os gestores de alto nível.

A despeito do exposto, não se pode deixar de ressaltar que fatores de contexto são aspectos multifacetados e extremamente mutáveis. Em alguns municípios de maior grau de implementação ficou claro terem ocorridos mudanças políticas e organizacionais desde a realização do estudo-fonte. Notadamente, muitas mudanças produziram impactos negativos, demonstrados nas falas dos entrevistados e em alguns indicadores de saúde.

A conjuntura de crise do país e dos municípios, apontada por todos os entrevistados, gera um clima de insegurança e dúvida para implementação da intervenção. Somadas a isso, as barreiras relacionadas ao custeio da intervenção, a ineficiência da máquina pública na aquisição e a pressão do mercado farmacêutico têm levado os gestores municipais a considerarem outras alternativas à garantia de acesso a medicamentos e uso racional. Pelo menos três dos municípios visitados relataram ter sofrido pressão do gestor para terceirização dos SEFAR-APS. É necessário esclarecer que, um sistema de co-pagamento ou subsídio completo não atende a

necessidade de todos os locais do país, principalmente àqueles mais pobres, onde não há farmácias privadas. Além de ser um sistema extremamente custoso, como inferiram Silva e Caetano (2016), ele não garante acesso equitativo a medicamentos essenciais à população brasileira.

Desta feita, se faz necessário uma convergência de fatores, para que a implementação prossiga sem a ameaça de outras alternativas. É preciso, para isso, construir um canal de debate entre atores estratégicos como Conselhos de Classe, Entidade de Pesquisa e Governo, com vistas a definir um consenso para provisão de medicamentos na esfera pública, definindo regras claras e viáveis aos diversos contextos do país. Outrossim, urge a necessidade de fortalecimento de agentes externos de mudança e líderes de opinião, como os próprios usuários e demais profissionais da saúde para apoiar no debate em defesa dos SEFAR na esfera pública.

## 7 Referências

AARONS, G. A.; SOMMERFELD, D. H.; WILLGING, C. E. The soft underbelly of system change: The role of leadership and organizational climate in turnover during statewide behavioral health reform. **Psychological Services**, v. 8, n. 4, p. 269–281, 2011.

AERA, A. E. R. A. Standards for reporting on empirical social science research in AERA publication. **Educational Researcher**, v. 35, n. 6, p. 33–40, 2006.

AFIFI, R. A. et al. Developing a logic model for youth mental health: participatory research with a refugee community in Beirut. **Health Policy and Planning**, v. 26, n. 6, p. 508–517, nov. 2011.

AHRQ, A. FOR H. R. AND Q. **The Logic Model: The Foundation to Implement, Study, and Refine Patient-Centered Medical Home Models**. 13-0029-EF. ed. [s.l.] AHRQ Publication, 2013.

AKINYELE, K.; ARNOLD, V.; SUTTON, S. G. Wording and Saliency Matter: The Impact of Incentive System and Organizational Value Statement on Employees' Performance. **SSRN Electronic Journal**, 2018.

AL-ARIFI, M. N. The Managerial Role of Pharmacist at Community Pharmacy Setting in Saudi Arabia. **Pharmacology & Pharmacy**, v. 4, n. 1, p. 63–70, 1 jan. 2013.

ANDRADE, L. M. B. DE et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 1, p. 18–31, jan. 2012.

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 629–640, abr. 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 87–92, 28 jan. 2009.

ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181–1191, abr. 2017.

AUSTVOLL-DAHLGREN, A. Bottom-up approach to successful implementation of pharmaceutical policy. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 9, n. 3, p. 193–195, 1 jun. 2009.

AYALA, A. L. M.; OLIVEIRA, W. F. DE. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 251–270, jul. 2007.

BALLANTYNE, P. J. Assessing Pharmacists' Impacts in Primary Health Care: Are We Asking the Right Questions? **Southern Med Review**, v. 4, n. 1, abr. 2011.

BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475–2486, ago. 2017.

BATISTA, N. C. A formação do Estado nacional brasileiro: implicações para a gestão das políticas públicas educacionais. **EccoS Revista Científica**, v. 9, n. 2, p. 387–408, 2007.

BENRIMOJ, S. I. et al. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. 2010.

BERMUDEZ, J. A. Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1937–1949, jun. 2018.

BESANÇON, L.; CHAAR, B. **Report of the International Summit on Medicine Shortage**. Toronto, Canada: International Pharmaceutical Federation, 20 jun. 2013. Disponível em: <<https://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js20979en/>>. Acesso em: 29 maio. 2019.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 601–610, set. 2014.

BIEHL, J. et al. Judicialisation of the right to health in Brazil. **The Lancet**, v. 373, n. 9682, p. 2182–2184, 27 jun. 2009.

BLUM, C. A. D. Fatores que influenciam a adesão farmacoterapêutica em pacientes acima de 60 anos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na unidade de saúde da família - Antônio Horácio de Miranda, município de Ponta Grossa - Paraná. p. [82]-[82], 00PY - 2003.

BOURRÉE, F.; MICHEL, P.; SALMI, L. R. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. **Revue D’Epidemiologie et De Sante Publique**, v. 56, n. 6, p. 415–423, dez. 2008.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 85.878, de 7 de Abril de 1981. Estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. Brasília. .Presidência da República 1981.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília. Casa Civil 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova Política Nacional de Medicamentos. . Ministério da Saúde 1998.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília. . Presidência da República 1999 c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. 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 e dá outras providências. Brasília. . Ministério da Saúde 1999 a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 176, de 08 de março de 1999 . Estabelece critérios e requisitos para qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica e define valores a serem transferidos. Brasília. . Ministério da Saúde 1999 b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Medicamentos. Informe Técnico Institucionais. 2000a.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília. Casa Civil, 2000 b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338, de 06 de Maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Cadernos de Atenção Básica N27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Lei n 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. SECRETARIA DE ORÇAMENTO FEDERAL. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS. **Indicadores - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** Brasília: MP: Coordenação de Documentação e Informação, 2012.



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução - RDC nº 39, de 14 de Agosto de 2013. Dispõe sobre os procedimentos administrativos para concessão da Certificação de Boas Práticas de Fabricação e da Certificação de Boas Práticas de Distribuição e/ou Armazenagem. Brasília. Ministério da Saúde, 2013 a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Cuidado Farmacêutica na Atenção básica: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 a. - (Caderno 1)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. - (Caderno 2).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 116p.:il - (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília. Presidência da República, 2014 d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: Introdução, Método e Instrumentos.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2016.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS: Para entender a Gestão do SUS.** Conselho Nacional de Secretário de Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2017.

BREITENSTEIN, S. M. et al. Measuring Implementation Fidelity in a Community-Based Parenting Intervention. **Nursing research**, v. 59, n. 3, p. 158–165, 2010.

BRUNS, S. DE F. et al. O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB). **Saúde em Debate**, v. 39, n. SPE, p. 64–75, dez. 2015.

BYRNES, H. F. et al. Implementation fidelity in adolescent family-based prevention programs: relationship to family engagement. **Health Education Research**, v. 25, n. 4, p. 531–541, ago. 2010.

CAMARGO, A. M. M. DE; ARAÚJO, I. M. Expansão e interiorização das universidades federais no período de 2003 a 2014: perspectivas governamentais em debate. **Acta Scientiarum. Education**, v. 40, n. 1, 2017.

CAMERON, R. Mixed Methods Research: The Five Ps Framework. **The Electronic Journal of Business Research Methods**, v. 9, n. 2, p. 96–108, 2011.

CAMPBELL, D. T.; FISKE, D. W. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. **Psychological Bulletin**, v. 56, n. 2, p. 81–105, mar. 1959.

CAMPOS, A. M. DE S. et al. Exposições tóxicas em crianças a saneantes de uso domiciliar de venda legal e clandestina. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 1, p. 11–17, mar. 2017.

CAMPOS, G. W. DE S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1865–1874, nov. 2007.

CANABARRO, I. M.; HAHN, S. Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. v. 18, n. 4, p. 345–355, 2009.

CARVALHO, M. N. et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

CDC, C. FOR D. C. AND PREVENTION. Framework for Program Evaluation in Public Health. **MMWR**, v. 48, n. No. RR-11, p. 58, 1999.

CFIR, C. R. T.-C. FOR C. M. R. **The Consolidated Framework for Implementation Research**. Disponível em: <<https://cfirguide.org/>>. Acesso em: 7 set. 2019.

CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S. M. P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela atenção primária à saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2017.

CILISKA, D. et al. Diffusion and dissemination of evidence-based dietary strategies for the prevention of cancer. **Nutrition Journal**, v. 4, p. 13, 8 abr. 2005.

CLARKE, S. P. et al. Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. **American Journal of Infection Control**, v. 30, n. 4, p. 207–216, 1 jun. 2002.

CORIOLOANO-MARINUS, M. W. DE L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1356–1369, dez. 2014.

CORRER, C. J. et al. Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas? **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 2, n. 1, p. 21–34–34, 2013.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41–49, set. 2011.

COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M. DE A.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 395–406, abr. 2003.

COSTA, T. D. DA et al. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. **Biológicas & Saúde**, v. 7, n. 23, 23 mar. 2017a.

COSTA, E. A. et al. Technical issues and conservation conditions of medicines in the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. Suppl 2, 22 set. 2017b.

COSTA, K. S. et al. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: advances and challenges. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. Suppl 2, 22 set. 2017c.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JR., J. M. DO. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Rev. Saúde Pública**, p. 91–99, 2PY - 2012 2012.

COSTA, N. DO R.; MELO, M. A. C. DE. Reforma do Estado e as Mudanças Organizacionais no Setor Saúde. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 3, p. 52–67, jun. 1998.

CREGÅRD, A.; CORIN, L. Public sector managers: the decision to leave or remain in a job. **Human Resource Development International**, v. 22, n. 2, p. 158–176, 15 mar. 2019.

CRESWELL, J. W. **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. [s.l.] SAGE, 2014.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. 2 edition ed. Los Angeles: SAGE Publications, Inc, 2010.

CRUZ, C. DA S. S. et al. A utilização do método clínico centrado na pessoa e a relação com a melhoria da performance clínica de médicos do programa de educação permanente para médicos da estratégia de saúde da família da região ampliada de saúde Jequitinhonha - MG. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 2, n. 1, p. 105–114–114, 25 ago. 2017.

CURRAN, G. M. et al. Effectiveness-implementation Hybrid Designs: Combining Elements of Clinical Effectiveness and Implementation Research to Enhance Public Health Impact. **Medical Care**, v. 50, n. 3, p. 217–226, mar. 2012.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. DE C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 134, p. 210–225, mar. 2015.

DAMSCHRODER, L. J. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science**, v. 4, p. 50, 7 ago. 2009.

DATASUS, BRASIL. M. DA SAÚDE. D. DE I. DO S. **Informações em Saúde - TABNET**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 9 set. 2019.

DAVIDOFF, F. et al. Publication guidelines for quality improvement studies in health care: evolution of the SQUIRE project. **BMJ**, v. 338, p. a3152, 19 jan. 2009.

DICKSON, W. M.; RODOWSKAS, C. A. Verbal Communications of Community Pharmacists. **Medical Care**, v. 13, n. 6, p. 486–498, 1975.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. [s.l.: s.n.].

DORJI, C. et al. Knowledge of Adverse Drug Reaction Reporting Among Healthcare Professionals in Bhutan: A Cross-Sectional Survey. **DrugSafety**, v. 39, n. 12, p. 1239–1250, 2016.

DRESCH, C. A farmacovigilância e a atenção primária à saúde: diálogo possível e necessário. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 73–82, 2006.

DURLAK, J. The Importance of Quality Implementation for Research, Practice, and Policy. ASPE Research Brief. **US Department of Health and Human Services**, fev. 2013.

DYE, T. R. **Understanding Public Policy**. [s.l.] Pearson, 2013a.

DYE, T. R. Chapter 2: Models of Politics: Some Help in Thinking About Public Policy. In: DYE, T. R. (Ed.). **Understanding public policy**. 14th ed ed. Boston: Pearson, 2013b. p. 15–31.

ECCLES, M. P. et al. An implementation research agenda. **Implementation Science : IS**, v. 4, p. 18, 7 abr. 2009.

EDMONDSON, A. C.; BOHMER, R. M.; PISANO, G. P. Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals. **Administrative Science Quarterly**, v. 46, n. 4, p. 685–716, 1 dez. 2001.

EMMERICK, I. C. M. et al. Strengthening the capacity of managers in pharmaceutical services based on Primary Health Care (PHC) at different levels of the health system. **Human Resources for Health**, v. 12, n. 1, p. 34, 13 jun. 2014.

ESHER, Â. et al. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 203–214, jan. 2012.

FALEIROS, D. R. et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017.

- FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847–852, mar. 2014.
- FERNANDES, K. R.; ZANELLI, J. C. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 55–72, mar. 2006.
- FERNANDEZ, M. E. et al. Developing measures to assess constructs from the Inner Setting domain of the Consolidated Framework for Implementation Research. **Implementation Science**, v. 13, n. 1, p. 52, 27 mar. 2018.
- FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, mar. 2019.
- FIGARO, R. A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. **Fronteiras - estudos midiáticos**, v. 16, n. 2, p. 124–131, 2 set. 2014.
- FINK, A. et al. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. **American Journal of Public Health**, v. 74, n. 9, p. 979–983, set. 1984.
- FITZGERALD, L. A.; EIJNATTEN, F. M. VAN. Reflections: Chaos in organizational change. **Journal of Organizational Change Management**, 1 ago. 2002.
- FOPPA, A. A. et al. Pharmaceutical care in the context of the family health strategy. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 727–737, dez. 2008.
- FORD, M. W. Size, structure and change implementation. **Management Research News**, 24 abr. 2009.
- GAMA, J. R.; DUQUE, C. G.; ALMEIDA, J. E. F. DE. Convergência brasileira aos padrões internacionais de contabilidade pública vis-à-vis as estratégias top-down e bottom-up. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 1, p. 183–206, 3 fev. 2014.
- GARCÍA, J. C. **Pensamiento social ensaluden América Latina**. México: Interamericana/Mcgraw-Hill, 1994.
- GERSHON, R. R. M. et al. Correlates of infection control practices in dentistry. **American Journal of Infection Control**, v. 26, n. 1, p. 29–34, 1998.
- GERSHON, R. R. M. et al. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. **The Journal of Nursing Administration**, v. 34, n. 1, p. 33–40, jan. 2004.
- GIOVANELLA, L. et al. **Análise de políticas de Saúde**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2012.
- GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2697–2708, set. 2016.
- GLISSON, C. et al. Therapist Turnover and New Program Sustainability in Mental Health Clinics as a Function of Organizational Culture, Climate, and Service Structure. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 35, n. 1, p. 124–133, 1 mar. 2008.

GOLDEN, B. R. Research Notes. The Past is the Past—Or is it? The Use of Retrospective Accounts as Indicators of Past Strategy. **Academy of Management Journal**, v. 35, n. 4, p. 848–860, 10 jan. 1992.

GOTT, M. et al. ‘It was peaceful, it was beautiful’: A qualitative study of family understandings of good end-of-life care in hospital for people dying in advanced age. **Palliative Medicine**, v. 33, n. 7, p. 793–801, 1 jul. 2019.

HAGEDORN, H. J. et al. Implementing alcohol use disorder pharmacotherapy in primary care settings: a qualitative analysis of provider-identified barriers and impact on implementation outcomes. **Addiction Science & Clinical Practice**, v. 14, n. 1, p. 24, dez. 2019.

HANSEN, P. M. et al. Measuring and managing progress in the establishment of basic health services: the Afghanistan health sector balanced scorecard. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 23, 2008.

HARGIE, O. D. W.; MORROW, N. C.; WOODMAN, C. Pharmacists’ evaluation of key communication skills in practice. **Patient Education and Counseling**, v. 39, n. 1, p. 61–70, jan. 2000.

HARRISON, H. et al. Case Study Research: Foundations and Methodological Orientations. **ForumQualitativeSozialforschung / Forum: Qualitative Social Research**, v. 18, n. 1, 24 jan. 2017.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 14, p. 1359–1365, out. 2009.

HILL, P.; DOWSE, R. Cognitive pharmaceutical services and the community pharmacist: are South African patients receiving them and are they willing to pay? **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 15, n. 3, p. 201–208, 2007.

HOGUE, M. A.; TONDORA, J.; MARRELLI, A. F. The fundamentals of workforce competency: implications for behavioral health. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 32, n. 5, p. 509–531, 1 maio 2005.

HOPP, T. R. et al. Implementation of cognitive pharmaceutical services (CPS) in professionally active pharmacies. **InternationalJournalofPharmacyPractice**, v. 13, n. 1, p. 21–31, 1 mar. 2005.

IBGE, I. B. DE G. E E. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 9 set. 2019.

IPP, P. DO R. DE JANEIRO. S. M. DE I. URBANAS. I. P. PASSOS. **Data Rio**. Disponível em: <<http://www.data.rio/>>. Acesso em: 9 set. 2019.

JAMES, L. K. et al. Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 17, n. 1, p. 9–30, 1 fev. 2009.

JAYASURIYA, D. C. Pharmaceuticals and developing countries: problems and prospects. **PharmaceutischWeekblad**, v. 13, n. 6, p. 244–247, 1 dez. 1991.

- JICK, T. D. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 4, p. 602–611, 1979.
- JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J.; TURNER, L. A. Toward a Definition of Mixed Methods Research. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n. 2, p. 112–133, 1 abr. 2007.
- JONES, J.; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research. **BMJ : British Medical Journal**, v. 311, n. 7001, p. 376–380, 5 ago. 1995.
- JÜNGER, S. et al. Consensus Building on Access to Controlled Medicines: A Four-Stage Delphi Consensus Procedure. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 46, n. 6, p. 897–910, 1 dez. 2013.
- KARANDE, S.; SANKHE, P.; KULKARNI, M. Patterns of prescription and drug dispensing. **The Indian Journal of Pediatrics**, v. 72, n. 2, p. 117–121, 1 fev. 2005.
- KARNIKOWSKI, M. G. DE O. et al. Characterization of the selection of medicines for the Brazilian primary health care. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 2, 22 set. 2017.
- KEITH, R. E. et al. Fidelity of implementation: development and testing of a measure. **Implementation Science**, v. 5, n. 1, p. 99, 30 dez. 2010.
- KEITH, R. E. et al. Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. **Implementation Science**, v. 12, n. 1, p. 15, 10 fev. 2017.
- KOK, G. A practical guide to effective behavior change: How to apply theory- and evidence-based behavior change methods in an intervention. **The European Health Psychologist**, v. 16, n. 156–170, 16 jul. 2018.
- KONGKAEW, C.; NOYCE, P. R.; ASHCROFT, D. M. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 42, n. 7, p. 1017–1025, jul. 2008.
- LABRA, M. E. Policy-making analysis, modes of policy-making and organized interest intermediation: a review. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 131–166, dez. 1999.
- LAING, R. et al. 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. **The Lancet**, v. 361, n. 9370, p. 1723–1729, 17 maio 2003.
- LASSWELL, H. D. **Politics: Who Gets What, When, How.** [s.l.] Literary Licensing, LLC, 2011.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.
- LEE, G.; XIA, W. Organizational size and IT innovation adoption: A meta-analysis. **Information & Management**, v. 43, n. 8, p. 975–985, dez. 2006.
- LEITE, S. N. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 2, 2017.

LEMAY, J. et al. Reporting of Adverse Drug Reactions in Primary Care Settings in Kuwait: A Comparative Study of Physicians and Pharmacists. **Medical Principles and Practice**, v. 27, n. 1, p. 30–38, 2018.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 913–922, mar. 2016.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annual Review of Public Health**, v. 31, p. 213–233, 2010.

LGA, L. G. A. **Ratio of pharmacies per 10,000 population in England**. Disponível em: <[https://lginform.local.gov.uk/reports/lgastandard?mod-metric=3707&mod-area=E92000001&mod-group=AllRegions\\_England&mod-type=namedComparisonGroup](https://lginform.local.gov.uk/reports/lgastandard?mod-metric=3707&mod-area=E92000001&mod-group=AllRegions_England&mod-type=namedComparisonGroup)>. Acesso em: 8 set. 2019.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Public policy implementation: analytical perspectives. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101–110, dez. 2013.

LOPES, L. DE M. N. et al. Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 124–131, jun. 2019.

LUIZA, V. L. et al. A dispensação de medicamentos para as pessoas vivendo com HIV: a experiência de um estudo avaliativo. In: ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS; MARLY MARQUES DA CRUZ (Eds.). **Dos Modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 129–160.

LUIZA, V. L. et al. Fortalezas e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: LIA HASENCLEVER et al. (Eds.). **Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde**. Rio de Janeiro: E-papers, 2018. p. 213–251.

LUXTON, N. A.; MACKENZIE, R.; SHIH, P. Smoking Cessation Care in Cardiothoracic Surgery: A Qualitative Study Exploring the Views of Australian Clinicians. **Heart, Lung and Circulation**, v. 28, n. 8, p. 1246–1252, ago. 2019.

LUZ, T. C. B. et al. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica: há sintonia entre farmacêuticos e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2463–2474, ago. 2017.

LYNN, L. E.; GOULD, S. G. **Designing public policy: A casebook on the role of policy analysis**. [s.l.] Goodyear Pub. Co., 1980.

MAGARINOS-TORRES, R. et al. Essential medicines and the selection process in management practices of pharmaceutical services in Brazilian states and municipalities. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3859–3868, set. 2014.

MARIN, M. J. S. et al. Formação na Modalidade a Distância pela Universidade Aberta do SUS: Estudo Qualitativo sobre o Impacto do Curso na Prática Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 201–209, jun. 2017.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.



MARQUES, A. C. H.; CEPÊDA, V. A. Um perfil sobre a expansão do ensino superior recente no Brasil: aspectos democráticos e inclusivos. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, v. 42, n. 0, 2012.

MATTOS, R. A. DE; BAPTISTA, T. W. DE F. **Análise de Políticas na Saúde**. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2015.

MATTOS, E. et al. Economias de escala na oferta de serviços públicos de saúde: um estudo para os municípios paulistas. **Textos para discussão**, 19 ago. 2010.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. DE F. Caminhos para análise de políticas de saúde. **Projeto Material Análise de Políticas de Saúde, Rio de Janeiro, Faperj, IMS/UERJ**, 2011.

MAZON, L. M.; FREITAS, S. FERNANDO T. DE; COLUSSI, C. F. Financiamento e gestão: A eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. **CienSaudeColet**, n. [periódico na internet], 2019.

MELLO, A. L. S. F. DE; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 683–692, set. 2010.

MELTON, B.; LAI, Z. Review of community pharmacy services: what is being performed, and where are the opportunities for improvement? **Integrated Pharmacy Research and Practice**, v. Volume 6, p. 79–89, mar. 2017.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúdeem Debate**, v. 38, n. spe, p. 109–123, out. 2014.

MIL, J. W. F. VAN; SCHULZ, M. A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. **Spring**, v. 7, n. 1, p. 155–168, 2006.

MILLER, S. I.; FREDERICKS, M. Mixed-Methods and Evaluation Research: Trends and Issues. **Qualitative Health Research**, v. 16, n. 4, p. 567–579, 1 abr. 2006.

MONTANARI, R. L. et al. A maturidade e o desempenho das equipes no ambiente produtivo. **Gestão& Produção**, v. 18, n. 2, p. 367–378, 2011.

MORAIS, L. F.; GRAÇA, L. M. A glance at the competing values framework of Quinn and the Miles & Snow strategic models: Case studies in health organizations. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 129–144, jul. 2013.

MORENO, S. P.; ARGELAGUET, E. P. No Todo es Acuerdo en el Consenso: Limitaciones de Los Métodos de Consenso en los Servicios de Salud. **Gaceta Sanitaria**, v. 7, n. 39, p. 294–301, 1 jan. 1993.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. [s.l.] SAGE, 1997.

MORSE, J. M. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. **Nursing Research**, v. 40, n. 2, p. 120–123, abr. 1991.

MOULLIN, J. C.; SABATER-HERNÁNDEZ, D.; BENRIMOJ, S. I. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 12, n. 3, p. 515–522, maio 2016.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s69–s81, nov. 2010.

MSH, M. S. FOR H. **Managing Access to Medicines and Health Technologies**. Arlington, VA: Management Sciences for Health., 2012.

NADESHKUMAR, A. et al. Prescribing, dispensing and administration indicators to describe rational use of oral dosage forms of medicines given to children. **WHO South-East Asia Journal of Public Health**, v. 8, n. 1, p. 42, 1 jan. 2019.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. Dispensação: dispensar e entregar não são sinônimos. **Organização Pan-americana da Saúde**, Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. v. 1, n. 16, 2016.

NEWMAN, I. et al. A typology of research purposes and its relationship to mixed methods. In: TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. (Eds.). **Handbook of mixed methods in social and behavioral research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003. p. 167–188.

NIKFAR, S. et al. Monitoring of National Drug Policy (NDP) and its standardized indicators; conformity to decisions of the national drug selecting committee in Iran. **BMC International Health and Human Rights**, v. 5, p. 5, 10 maio 2005.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerations on qualitative research as a mean to study health humanization actions. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44–57, dez. 2004.

OLIVEIRA, L. C. F. DE; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 3561–3567, 1PY - 2010 2010.

OLIVEIRA, N. V. B. V. DE et al. Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil: perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 1105–1121, dez. 2017.

OLIVEIRA, R. C. DE. Direito a Saúde: considerações sobre sua judicialização à luz da decisão do STA-AGR nº 175 e da Lei nº 12.401/2011. **Revista da Faculdade de Direito**, v. 3, 2015.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, p. 1429–1439, 1PY - 2002 2002.

OLIVEIRA, M. A. et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. Suppl 2, 1 dez. 2016.

OPAS, O. P. DE LA S. **Serviciosfarmacéuticosbasadosenlaatención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS.**: (La Renovación de laAtención Primaria de Saludenlas Américas, n.6). Washington, DC: OrganizaciónPanamericana de laSalud, 2013.

Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3193>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde.** / organizado por Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro... [et al]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

PALINKAS, L. A. et al. Mixed Method Designs in Implementation Research. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 38, n. 1, p. 44–53, 1 jan. 2011.

PARANHOS, R. et al. An Introduction to mixed methods. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 384–411, ago. 2016.

PATTON, M. Q. Qualitative Evaluation and Research Methods. **The Modern Language Journal**, v. 76, n. 4, p. 543, 1992.

PAULSEN, M. M. et al. Barriers and Facilitators for Implementing a Decision Support System to Prevent and Treat Disease-Related Malnutrition in a Hospital Setting: Qualitative Study. **JMIR Formative Research**, v. 3, n. 2, p. e11890, 9 maio 2019.

PEREIRA, L. A. M. **Análise de programas e ações em assistência farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no programa saúde da família.** Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)—[s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. DE. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601–612, dez. 2008.

PEREIRA, N. C. **Monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: buscando a qualificação da gestão.** [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz . Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. DA. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúdeem Debate**, v. 39, n. 105, p. 451–468, jun. 2015.

PESSOTO, U. C.; RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARÃES, R. B. The role of the state in public health policies: an overview of the debate on the concept of State and the Brazilian case. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 9–22, 2015.

PETERS, B. G. **American Public Policy: Promise and Performance.** [s.l.] CQ Press, 2012.

PETERS, D. H. et al. Implementation research: what it is and how to do it. **BMJ**, v. 347, p. f6753, 20 nov. 2013.

PETERS, D. H.; TRAN, N. T.; ADAM, T. **Implementation research in health: a practical guide.** [s.l.] Alliance for Health Policy and Systems Research. V. World Health Organization, 2013.

PHULKERD, S. et al. Level of implementation of best practice policies for creating healthy food environments: assessment by state and non-state actors in Thailand. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 3, p. 381–390, fev. 2017.

PINTO, C. D. B. S. et al. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**, v. 39, n. SPE, p. 171–183, dez. 2015.

PIZZOL, F. D.; SILVA, T. DA; SCHENKEL, E. P. Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 85–91, jan. 1998.

PNUD, P. DAS N. U. PARA O D. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 9 set. 2019.

PORDATA, B. DE D. P. C. **PORDATA - Farmácias por 10 mil habitantes**. Disponível em: <<https://www.pordata.pt/Portugal/Farm%C3%A1cias+por+10+mil+habitantes-607>>. Acesso em: 8 set. 2019.

POWELL, B. J. et al. A mixed methods multiple case study of implementation as usual in children's social service organizations: study protocol. **Implementation science: IS**, v. 8, p. 92, 20 ago. 2013.

PROCTOR, E. et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. **Administration and Policy in Mental Health**, v. 38, n. 2, p. 65–76, mar. 2011.

PROCTOR, E. K. et al. Implementation Research in Mental Health Services: an Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges. **Administration and policy in mental health**, v. 36, n. 1, jan. 2009.

PROCTOR, E. K.; POWELL, B. J.; MCMILLEN, J. C. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. **Implementation Science : IS**, v. 8, p. 139, 1 dez. 2013.

PROVIN, M. P. et al. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 717–724, 1 set. 2010.

REIS, A. M. M.; PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 603–610, abr. 2008.

REIS, M. L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Texto contexto - enferm**, v. 25, n. 1, abr. 2016.

RESTREPO, S. M. et al. La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 4, p. 1025–1039, ago. 2002.

RICIERI, M. C. et al. O farmacêutico no contexto da Estratégia de Saúde da Família, que realidade é esta? **Visão Acadêmica**, v. 7, n. 2, 2006.

- ROBERTS, A. S. et al. Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of facilitators used in practice change. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 14, n. 3, p. 163–170, 1 set. 2006.
- RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 19, p. 343–352, fev. 2014.
- RODRIGUES, P. S.; CRUZ, M. S.; TAVARES, N. U. L. Evaluation of the implementation of the Axis Structure of the National Pharmaceutical Assistance Qualification Program in the SUS. **Saúde em Debate**, v. 41, n. SPE, p. 192–208, mar. 2017.
- ROSA, M. B.; REIS, A. M. M.; PERINI, E. Descontinuação de medicamentos: um problema de saúde pública. **Cadernos de SaúdePública**, v. 32, n. 10, out. 2016.
- ROUSE, M. J. Continuing professional development in pharmacy. **Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA**, v. 44, n. 4, p. 517–520, ago. 2004.
- ROVER, M. R. M. et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 691–711, jun. 2016.
- ROVER, M. R. M. et al. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2487–2499, ago. 2017.
- SAARTI, S. et al. Association between adherence, treatment satisfaction and illness perception in hypertensive patients. **JournalofHumanHypertension**, v. 30, n. 5, p. 341–345, maio 2016.
- SACOMANO, M. N.; ESCRIVÃO, E. F. Estrutura organizacional e equipes de trabalho: estudo da mudança organizacional em quatro grandes empresas industriais. **Gestão & Produção**, v. 7, n. 2, p. 136–145, ago. 2000.
- SÁEZ-BENITO, L. et al. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. **Age and Ageing**, v. 42, n. 4, p. 442–449, 1 jul. 2013.
- SALES, C. C. F.; MESCHIAL, W. C.; OLIVEIRA, M. L. F. DE. Construção de oficinas pedagógicas para prevenção das intoxicações infantis. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 22, n. 1, 28 mar. 2018.
- SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
- SANTANA, J. P. DE. **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta** Painel Gestão de Recursos Humanos. II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde, Brasília, , 1993. Disponível em: <<http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/e9f59add9727fe856f2a5b4ee9e05f65.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2019
- SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 48–63, mar. 2016.
- SANTOS, F. T. C. Análise da implantação de serviços clínicos farmacêuticos na atenção básica em uma região do município de São Paulo. 11 ago. 2017.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. DO R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2963–2973, jun. 2011.

SAPS, BRASIL. M. DA SAÚDE. **Portal do Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/>>. Acesso em: 9 set. 2019.

SARTOR, V. DE B. et al. Model for the evaluation of drug-dispensing services in primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 827–836, out. 2014.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. Third Edition ed. [s.l.] Jossey-Bass, 2004.

SEFAP, S. E. DE F. DE A. P. **Cartera de serviciosdelfarmacéutico de atenciónprimária**SociedadeEspanola de Farmacéuticos de Atención Primária, , 2017. Disponível em: <<https://www.sefap.org/wp-content/uploads/2018/01/Cartera-Servicios-FAP-Final.pdf>>. Acessoem: 3 maio. 2019

SHAH, B.; CHEWNING, B. Conceptualizing and measuring pharmacist-patient communication: a review of published studies. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 2, n. 2, p. 153–185, 1 jun. 2006.

SHUVAL, K. et al. Physical activity counseling in primary care: Insights from public health and behavioral economics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 67, n. 3, p. 233–244, 2017.

SIEBER, S. D. The Integration of Fieldwork and Survey Methods. **American Journal of Sociology**, v. 78, n. 6, p. 1335–1359, 1 maio 1973.

SILVA, D. G. V. DA et al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **RevBrasEnferm**, v. 59, n. 3, p. 297–302, 06PY - 2006 2006.

SILVA, R. M. DA et al. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1421–1432, maio 2016.

SILVA, R. M. DA; CAETANO, R. CostsofPublicPharmaceutical Services in Rio de Janeiro Comparedto Farmácia Popular Program. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 0, 2016.

SMITH, L.; ROSENZWEIG, L.; SCHMIDT, M. Best Practices in the Reporting of Participatory Action Research: Embracing Both the Forest and the Trees 1Ψ7. **The Counseling Psychologist**, v. 38, n. 8, p. 1115–1138, 1 nov. 2010.

SMSC, P. DE CONTAGEM. S. M. DE S. DE C. **Plano Municipal de Saúde de Contagem 2018-2021**Secretaria Municipal de Saúde, , 2018.

SMSM, P. DE MOEDA. S. M. DE S. DE M. **Plano Municipal de Saúde de Moeda 2018-2021**Secretaria Municipal de Saúde, , 2018.

SMSRJ, P. DO R. DE JANEIRO. S. M. DE S. DO R. DE J. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2018-2021**Secretaria Municipal de Saúde, , 2018.

SOARES, I. B. et al. A survey to assess the availability, implementation rate and remuneration of pharmacist-led cognitive services throughout Europe. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, 2 fev. 2019.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20–45, dez. 2006.

SOUZA, C. P. F. A. DE et al. Avanços e desafios em normatização de amostras grátis de medicamentos no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 871–883, set. 2014.

SOUZA, T. T. DE. **Desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico a pacientes polimedicados**. Tese de doutorado (Doutorado em Ciências Farmacêuticas)—Paraná: Universidade Federal do Paraná, 2017.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 839–849, abr. 2012.

TANSELLA, M.; THORNICROFT, G. Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. **The British Journal of Psychiatry**, v. 195, n. 4, p. 283–285, out. 2009.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. **Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research**. [s.l.] SAGE, 2003.

TEW, M. et al. Assessment of Knowledge, Attitude and Practices of Adverse Drug Reaction Reporting among Doctors and Pharmacists in Primary Healthcare. **Advances in Pharmacoepidemiology & Drug Safety**, v. 5, n. 4, 2016.

TOKLU, H. Z. Promoting evidence-based practice in pharmacies. **Integrated Pharmacy Research and Practice**, v. 4, p. 127–131, 3 set. 2015.

TOKLU, H. Z.; MENSAH, E. Why do we need pharmacists in pharmacovigilance systems? **Online Journal of Public Health Informatics**, v. 8, n. 2, 15 set. 2016.

TRAP, B. et al. The impact of supervision on stock management and adherence to treatment guidelines: a randomized controlled trial. **Health Policy and Planning**, v. 16, n. 3, p. 273–280, 1 set. 2001.

TRISH, G. et al. Assessing the outcomes of participatory research: protocol for identifying, selecting, appraising and synthesizing the literature for realist review. **Implementation Science**, v. 6, n. 1, p. 24, 1 mar. 2011.

USAID. **Evaluation Design Matrix Templates**. Text. Disponível em: <<https://usaidearninglab.org/library/evaluation-design-matrix-templates>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

USAID, U. S. A. FOR I. D. **Fundamentals of Implementation Research**. Chapel Hill: University of North Carolina, 2012.

VAITSMAN, J.; RODRIGUES, R. W. S.; PAES-SOUSA, R. **O Sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas sociais: a experiência do Ministério do**

**Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil** Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 2006. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/jspui/handle/1/484>>. Acesso em: 8 set. 2019

VANDEVANTER, N. et al. Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to assess factors that may influence implementation of tobacco use treatment guidelines in the Viet Nam public health care delivery system. **Implementation Science**, v. 12, n. 1, p. 27, dez. 2017.

VASCONCELOS, D. M. M. DE et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2609–2614, ago. 2017.

VIEIRA, F. S. How pharmacists can contribute to health promotion. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213–220, mar. 2007.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1565–1577, out. 2009.

VIEIRA, F. S. Pharmaceutical assistance in the Brazilian public health care system. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 149–156, fev. 2010.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Resource allocation for pharmaceutical procurement in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 906–913, out. 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 64, n. 12, p. 1100–1105, 1 dez. 2010.

VINHOLES, E. R.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 293–303, jun. 2009.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1191–1206, out. 2014.

WARD, K. et al. Assessing equity in the geographical distribution of community pharmacies in South Africa in preparation for a national health insurance scheme. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 7, p. 482–489, 2014.

WENSING, M.; GROU, R. Observational evaluation of implementation strategies. In: GROU, R. et al. (Eds.). **Improving Patient Care**. [s.l.] John Wiley & Sons, Ltd, 2013. p. 324–332.

WHO, W. H. O. **How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators** World Health Organization, 1993. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60519/WHO\\_DAP\\_93.1.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60519/WHO_DAP_93.1.pdf)>. Acesso em: 4 jun. 2019

WHO, W. H. O. **How to develop and implement a national drug policy**. 2nd ed. ed. [s.l.: s.n.].



WHO, W. H. O. **Guide to Good Storage Practices for Pharmaceuticals**: WHO Technical Report Series.[s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18675en/>>. Acesso em: 30 maio. 2019.

WHO, W. H. O. **Using indicators to measure country pharmaceutical situations**, 2006. Disponível em: <<https://www.who.int/medicines/publications/WHOTCM2006.2A.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2019

WHO, W. H. O. **Monitoring Equity in Access to AIDS Treatment Programmes: A Review of Concepts, Models, Methods and Indicators**, 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18456en/>>. Acesso em: 8 set. 2019

WIRTZ, V. J.; DRESER, A.; HEREDIA-PI, I. Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. **Salud Pública de México**, v. 55, n. 3, p. 329–336, jun. 2013.

WOLTMANN, E. M. et al. The Role of Staff Turnover in the Implementation of Evidence-Based Practices in Mental Health Care. **Psychiatric Services**, v. 59, n. 7, p. 732–737, 1 jul. 2008.

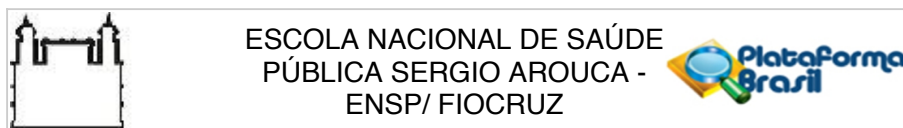
WRIGHT, W. A. et al. Integrated Pharmacies at Community Mental Health Centers: Medication Adherence and Outcomes. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 22, n. 11, p. 1330–1336, 11 ago. 2016.

YIN, R. K. **Case Study Research: Design and Methods**. [s.l.] SAGE Publications, 2013.

Apêndice 1 – Revisão da Literatura: Estrutura de busca em base de dados

<b>Base de Dados</b>	<b>Campo</b>	<b>Chave de busca</b>	<b>Total</b>
SCOPUS 25/12/2017	Título, resumo e palavras-chaves	“community pharmacy” AND “policy implementation”	148
SCOPUS 25/12/2017	Título, resumo e palavras-chaves	“implementation analysis” AND “pharmaceutical service”	522
SCOPUS 25/12/2017	Título, resumo e palavras-chaves	“pharmaceutical policy” AND implementation”	797
SCOPUS 25/12/2017	Título, resumo e palavras-chave	“policy analysis” AND “pharmaceutical services” AND “implementation”	146
SCIELO 05/06/2016	Todos os campos	“pharmaceutical polic*” AND “implementation”	45
PUBMED 28/05/2016	Todos os campos	“pharmaceutical polic*” AND “implementation”	34

Apêndice 2 – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise da Implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária Brasileira

**Pesquisador:** Nathália Cano Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 82169318.6.0000.5240

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.620.115

**Apresentação do Projeto:**

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 2.482.647, em 02/02/2018.

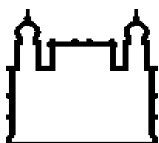
Trata-se do Projeto intitulado ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA, de Nathália Cano Pereira, doutoranda do Programa de Saúde Pública, orientado por Vera Lucia Luiza e coorientado por Karen Sarmento Costa, qualificado em 27/09/2017, com financiamento próprio no valor de R\$ 8.500,00.

Segundo a pesquisadora, "a criação das políticas farmacêuticas subsidiou a formulações de intervenções na área de medicamentos, sendo uma das principais a definição de competências dos entes federados sobre o financiamento de medicamentos e a descentralização das ações de Assistência Farmacêutica para Atenção Primária. Apesar da Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (AF) serem considerados grandes marcos referenciais da garantia do acesso a medicamentos no país, os resultados relacionados ao uso racional de medicamentos têm se mostrado ineficientes, com ações ainda desarticuladas do processo de cuidado em saúde."

A pesquisadora menciona que houve avanço na organização e estruturação dos Serviços

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

## Apêndice 3– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Análise de Implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária Brasileira**”, que tem a finalidade principal de constituir a tese de Doutorado Saúde Pública de Nathália Cano Pereira na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). O trabalho se desenvolve sob a orientação das doutoras Vera Lucia Luiza e Karen Sarmento Costa.

O objetivo deste estudo é analisar a implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária nos municípios brasileiros que compõem o projeto QualiSUS-Rede.

O convite a sua participação se deve por ser considerado um ator chave nas áreas técnico-gerenciais e/ou técnico-assistenciais da Assistência Farmacêutica em seu município. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Caso aceite participar, você responderá perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração é de aproximadamente uma hora.

As informações fornecidas por você contribuirão para um maior conhecimento das atividades relacionadas a implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde e serão úteis para o planejamento e execução de ações de melhorias no atendimento dos usuários.

Cabe ressaltar que serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas: (a) apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades; (b) qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; e (c) as informações coletadas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, em local seguro.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

Além disso, por se tratar de entrevista individual, este projeto possui riscos potenciais de constrangimento e desconforto, que devem ser mencionados e informados ao convidado. A pesquisadora tomará todas as medidas cabíveis a fim de evitar qualquer situação de risco. Você poderá interromper a entrevista e desistir de participar da pesquisa caso se sinta constrangido ou emocionalmente abalado.

#### **Nathalia Cano Pereira**

Praia de Botafogo, nº154, apto 901  
Botafogo – Rio de Janeiro – RJ  
CEP 22250-145  
Tel: (21) 971790171  
Email: nathaliacano.smsrio@gmail.com

#### **Comitê de Ética/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 Térreo  
Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ  
CEP. 21041-210  
Tel e Fax: (21) 2598-2863  
Email: cep@ensp.fiocruz.br  
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rubrica Pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica Participante: \_\_\_\_\_

1

Apêndice 4 – Atividades do Modelo Lógico de Pereira (2013), selecionadas para composição do MLog do estudo de pré-avaliação.

<b>Componente</b>	<b>Atividades Excluídas</b>	<b>Atividades Mantidas</b>
<b>Gestão do Medicamento</b>		
Seleção	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Levantar informações para suporte a seleção.</li> <li>2. Criar fóruns de discussão com prescritores.</li> <li>3. Atualizar mensalmente os prescritores sobre os medicamentos disponíveis nos SEFAR.</li> <li>4. Definir com as equipes medicamentos para uso nas salas de curativo e observação clínica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Receber, apoiar o preenchimento e encaminhar as solicitações de alteração do elenco de medicamentos na APS.</li> </ol>
Programação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar elenco de medicamentos selecionados.</li> <li>2. Elaborar planejamento sobre realização de campanhas e doenças sazonais.</li> <li>3. Estimar as necessidades reais de medicamentos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter registro de dados de consumo, de demanda reprimida e de estoques existentes.</li> <li>2. Realizar análise histórica da evolução dos dados de consumo e necessidade.</li> </ol>
Solicitação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer o prazo de entrega dos medicamentos.</li> <li>2. Elaborar POP.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preencher e enviar planilha específica de solicitação de medicamentos no prazo ao NAF-regional.</li> </ol>
Armazenamento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conferir todos os medicamentos no momento de sua entrega.</li> <li>2. Registrar e notificar não-conformidades.</li> <li>3. Manter sistema de controle de estoque atualizado.</li> <li>4. Identificar quantidade mensal, estoque máximo e mínimo para reposição do estoque.</li> <li>5. Elaborar POP de armazenamento e recebimento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ordenar adequadamente e manter os produtos em condições apropriadas.</li> <li>2. Manter inventários periódicos.</li> <li>3. Avaliar a rotatividade dos estoques.</li> </ol>
Dispensação/ Entrega	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento,</li> <li>2. Verificação da integralidade da prescrição.</li> <li>3. Separação, preparação dos medicamentos e procedimentos administrativos.</li> <li>4. Orientação quanto ao uso e condição de saúde.</li> <li>5. Registro da prescrição e atendimento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fornecimento dos medicamentos e insumos (com qualidade, na quantidade e dose prescritas).</li> </ol>
<b>Gestão do Cuidado</b>		
Coordenação do cuidado e clínica farmacêutica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de conciliação medicamentosa em parceria com as equipes, quando necessário.</li> <li>2. Realização de acolhimento e orientação à demanda espontânea.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fornecimento de orientação ao usuário e equipe sobre o acesso a medicamentos em outros pontos da rede de atenção à saúde.</li> <li>2. Acompanhamento dos usuários em usos de medicamentos não disponíveis na APS.</li> </ol>

Componente	Atividades Excluídas	Atividades Mantidas
Tomada de decisões clínicas, diagnósticas e /ou terapêuticas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificação de erros de prescrição e compartilhamento com prescritor e/ou equipe.</li> <li>2. Identificação de problemas relacionados a medicamentos (PRM), estabelecimento de prioridades para resolução e proposição de estratégias de ação.</li> <li>3. Desenvolvimento de ações em farmacovigilância entre os profissionais.</li> <li>4. Discussão de casos com outros profissionais.</li> <li>5. Realização de consulta conjunta para auxiliar nas decisões terapêuticas.</li> <li>6. Construção de plano farmacoterapêutico em conjunto com prescritores, equipe e usuários.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Notificação de reações adversas, falha terapêutica e queixa técnica e retorno de informação ao usuário, quando for o caso.</li> <li>2. Realização de consulta farmacêutica a usuários, cuidadores e/ou familiares com foco em casos complexos de doentes crônicos identificados pelas equipes.</li> </ol>
Educação em saúde, aconselhamento e medidas de prevenção	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participação em ações no território de prevenção de riscos relacionados ao uso de medicamentos e à promoção do uso racional (comunidades e famílias).</li> <li>2. Aconselhamento sobre a utilização de medicamentos e condição de saúde.</li> <li>3. Realização de intervenções individuais e coletivas relacionadas ao manejo de insumos para saúde, necessários ao uso de medicamentos (espaçadores, glicosímetros, seringas, etc).</li> <li>4. Realização de atividades educativas em escolas e creches do território em parceria com as equipes de saúde.</li> <li>5. Realização de atividades de prevenção de riscos de intoxicação infantil com medicamentos e saneantes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização e participação de atividade com grupos de usuários para prevenção de riscos relacionados ao uso de medicamentos e à promoção do uso racional.</li> <li>2. Criação de material educativo para promoção do uso racional de medicamentos.</li> <li>3. Realizar visita domiciliar pós-identificação de risco sanitário relacionado ao uso de medicamentos e saneantes (usuários acamados, usuários com dificuldade de acuidade visual, idoso sem cuidador, etc).</li> <li>4. Realização de atividades de educativas sobre descarte de medicamentos e conservação ambiental.</li> </ol>
Educação permanente e formação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização periódica de autoavaliação, afim de manter uma reflexão ativa sobre seu trabalho e melhorar a atenção sanitária</li> <li>2. Participação em programas de pós-graduação relacionadas com o trabalho.</li> <li>3. Realização de sessões de educação continuada com profissionais de saúde (auxiliares de farmácia, agentes comunitários, profissionais de nível superior, etc).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participação em atividades formativas, relacionadas com as competências do trabalho nos Serviços Farmacêuticos.</li> </ol>
Trabalho em equipe	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Construção conjunta de POP com auxiliares de farmácia e outros profissionais sobre recebimento de medicamentos, dispensação de insumos, distribuição de medicamentos para salas de curativo e</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participação das reuniões de equipe de saúde da família para discussão de casos e apoio na organização do processo de trabalho.</li> </ol>

Componente	Atividades Excluídas	Atividades Mantidas
	<p>procedimentos, dispensação de medicamentos controlados e solicitação de medicamentos .</p> <p>2. Construção conjunta de agenda de trabalho do auxiliar de farmácia.</p> <p>3. Supervisão nas atividades realizadas pelo auxiliar de farmácia.</p> <p>4. Participação de reuniões de equipe para pactuação e implementação de linhas de cuidado.</p> <p>5. Elaboração de agenda de trabalho de forma pactuada com outros profissionais.</p>	
Produção da informação e comunicação	<p>1. Comunicação em eventos técnicos e científicos sobre atividades desenvolvidas pelos SEFAR-APS.</p> <p>2. Criação de campanhas de comunicação social sobre uso de medicamentos.</p>	<p>1. Produção de informativos sobre análise de tendências, detectando áreas de melhora ou piora na utilização de medicamentos.</p>

Apêndice 5– Taxonomia *Consolidated Framework for Implementation Research* utilizada na análise de implementação

<b>Constructo</b>		<b>Descrição</b>
<b>I.</b>	<b>Características da Intervenção</b>	
A	Vantagem relativa	A percepção dos gestores sobre a vantagem da implementação dos SEFAR-APS frente a outras alternativas, como privatização das farmácias ou adoção do programa “remédio em casa”.
B	Adaptabilidade	Capacidade da intervenção de se adaptar, se refinar e se reinventar para ser implementada.
C	Custo	Custo da intervenção e custos associados com a implementação da intervenção, incluindo investimento, abastecimento e oportunidade. Foram considerados aspectos relacionados ao financiamento da Assistência Farmacêutica básica e custos de implementação, como gastos com infraestrutura e pessoal.
<b>II.</b>	<b>Ambiente Externo</b>	
A	Necessidade dos pacientes	Percepção da equipe sobre as necessidades dos pacientes afetados pela intervenção. Foram considerados relatos dos profissionais sobre a satisfação, ou não, dos pacientes, barreiras e facilitadores em participar da intervenção, incluindo localização geográfica da farmácia.
B	Cosmopolitanismo	O nível em que a organização tem de conexão com organizações externas. Envolve contato com instituições de pesquisa, órgãos de classe, universidades, ONG, outros municípios, outros estados, etc.
C	Incentivos à Política Externa	Um constructo amplo que inclui estratégias externas para disseminar a inovação, incluindo políticas e regulamentos (entidade governamental ou outra entidade central), recomendações e protocolos, colaborações públicas e pagamento por performance. Foram considerados o papel do Estado e Ministério da Saúde previstos na PNM e PNAF e implementação de políticas setoriais como PNAB, NASF, PNPIC.
<b>III.</b>	<b>Ambiente interno</b>	
<b>A</b>	Características estruturais da intervenção	Características da arquitetura social, maturidade, idade e tamanho da organização, que impactam na intervenção. Foram considerados: estrutura organizacional da instituição (organograma e estrutura assistencial); rotatividade dos profissionais; diferenciação profissional; por categorias, número de profissionais (médico centrada) e orientação da política municipal.
<b>B</b>	Comunicação institucional e interações entre equipes	Relaciona-se com a qualidade da comunicação formal e informal da instituição; como as pessoas estão conectadas; bem como suas relações e envolvimento entre elas para o trabalho. Incluiu aspectos como: cooperação entre equipes e unidades de saúde, comunicação institucional e reuniões e outros métodos de encontros e trocas.



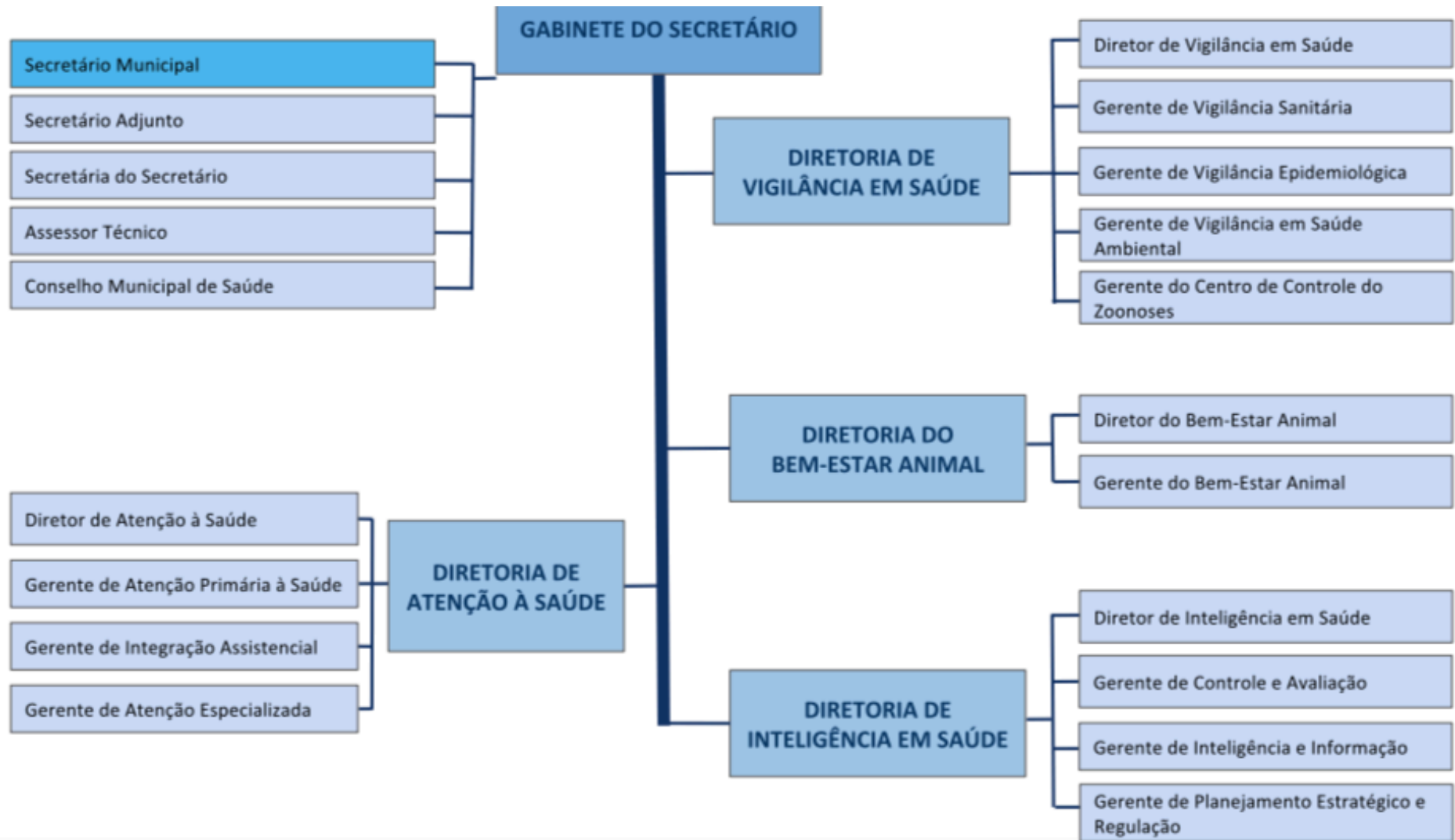
C	Cultura organizacional	Normas, valores e suposições básicas de uma determinada organização.
D	Clima de implementação	
D.1	Incentivos organizacionais e recompensas	Envolve o provimento pela instituição de incremento no salário, promoção, prêmios ou incentivos menos tangíveis, como aumento de respeito e reconhecimento profissional. Não envolve incentivo à formação e à capacitação.
D.2	Metas e retorno	Se a intervenção é monitorada por indicadores e metas e se essas informações são coletadas pelos gestores. Podem ser usadas para controle ou melhoria da intervenção ou para manter o programa visível e com resultados visíveis para gestores regionais.
D.3	Clima de Aprendizado	Estado afetivo da equipe, relativo à sua participação (essencial) para implementação. Indivíduos se sentem seguros para desenvolver novos métodos de trabalho para melhoria do serviço. Existe tempo suficiente e espaço para refletir e avaliar o processo de trabalho.
E	Disponibilidade para implementação	
E.1	Envolvimento do Líder	Compromisso, envolvimento e prestação de contas dos gestores de macro e médio durante a implementação.
E.2	Disponibilidade de recursos	Nível de recursos disponíveis dedicados à implementação e ao funcionamento da intervenção: recursos financeiros, treinamento, educação, recursos humanos, infraestrutura física e tempo.
E.3	Acesso a conhecimento e informação	Acesso fácil à informação e ao conhecimento sobre a intervenção e como incorporar as lições aprendidas no processo de trabalho. Foram considerados: treinamento, educação permanente e oferta de curso de residência.
<b>IV.</b>	<b>Características dos indivíduos</b>	Atributos pessoais dos envolvidos com a implementação da intervenção.
A	Conhecimento e Crença sobre a intervenção	Familiaridade com os objetivos e princípios da intervenção. Atitude individual e valores que se aproximam da intervenção.
B	Autoeficácia	Crença individual em suas próprias capacidades de executar o curso da ação e alcançar as metas da implementação.
C	Estágio individual de mudança	Caracterização do indivíduo, de que o progresso da implementação produz melhoria em suas habilidades, entusiasmo e gera desejo de manter a intervenção.
D	Empatia	Característica individual de compreender, preocupar-se, ser sensível a experiências e sentimentos alheios.
E	Motivação	Manifestação individual sobre o desejo de mudança e de desenvolver ações capazes de estimular a implementação da intervenção.
<b>V.</b>	<b>Processo de Implementação</b>	
A	Planejamento	Em que medida as atividades a serem realizadas pela intervenção foram planejadas para serem realizadas.
B	Engajamento	

B.1	Líderes de Opinião	Indivíduos na organização que possuem influência formal ou informal sobre as atitudes e crenças de seus colegas, no que diz respeito à implementação da inovação.
B.2	Líderes internos da implementação	Indivíduo interno à organização apontado como responsável pela implementação da intervenção como diretor da unidade e/ou farmacêutico.
B.3	Atores-chaves	Indivíduos que serão diretamente impactados.
B.4	Agentes externos de mudança	Indivíduos que são afiliados a entidades externas e que, formalmente, influenciam a implementação em uma direção de caminho desejável. Foram considerados agentes políticos e fiscais dos conselhos de classe.
C	Avaliação e Reflexão	Retorno quantitativo e qualitativo sobre o progresso e a qualidade da implementação, assim como depoimentos pessoais ou das equipes sobre progresso e experiência na implementação da intervenção.

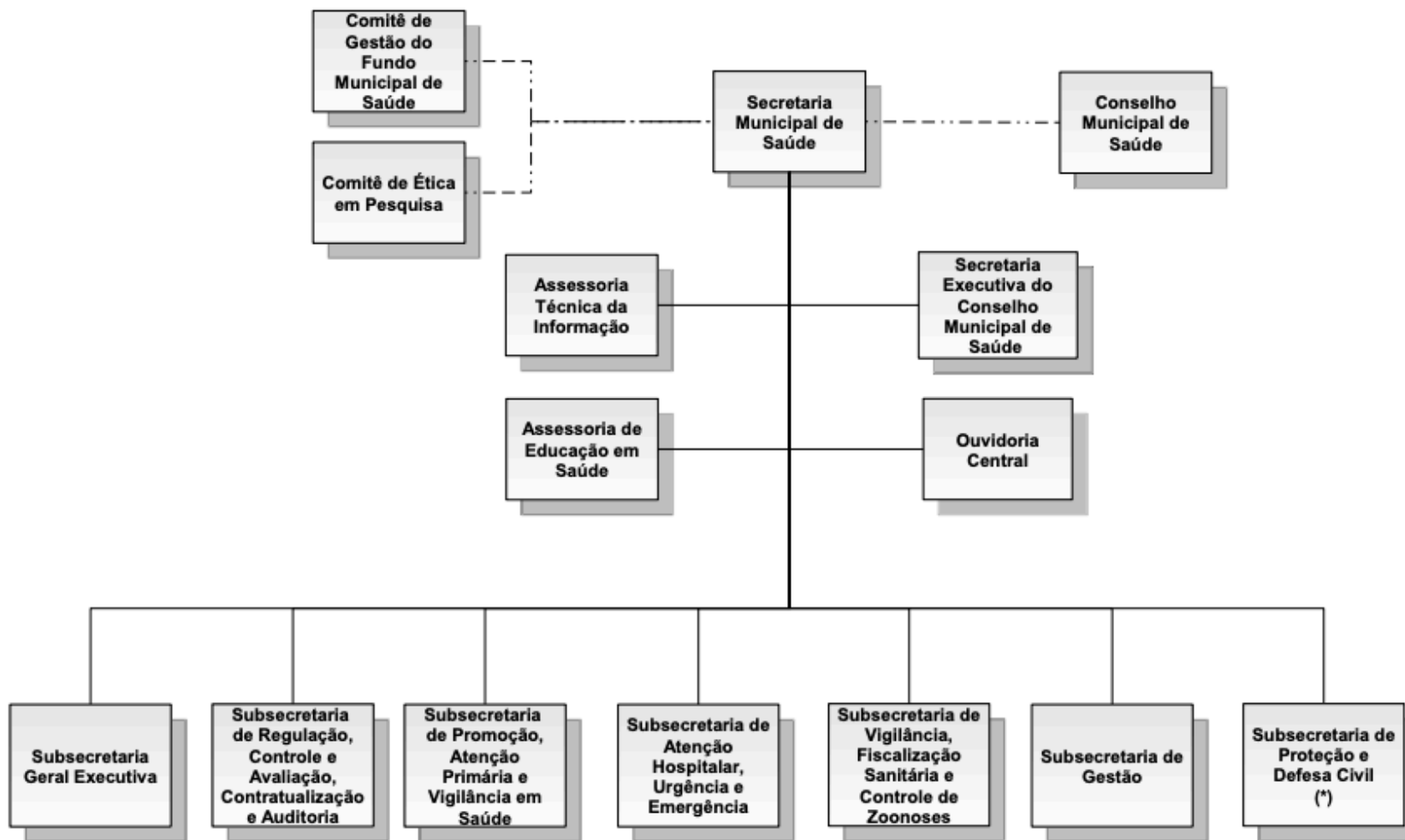
## Apêndice 6 – Modelo Lógico dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde



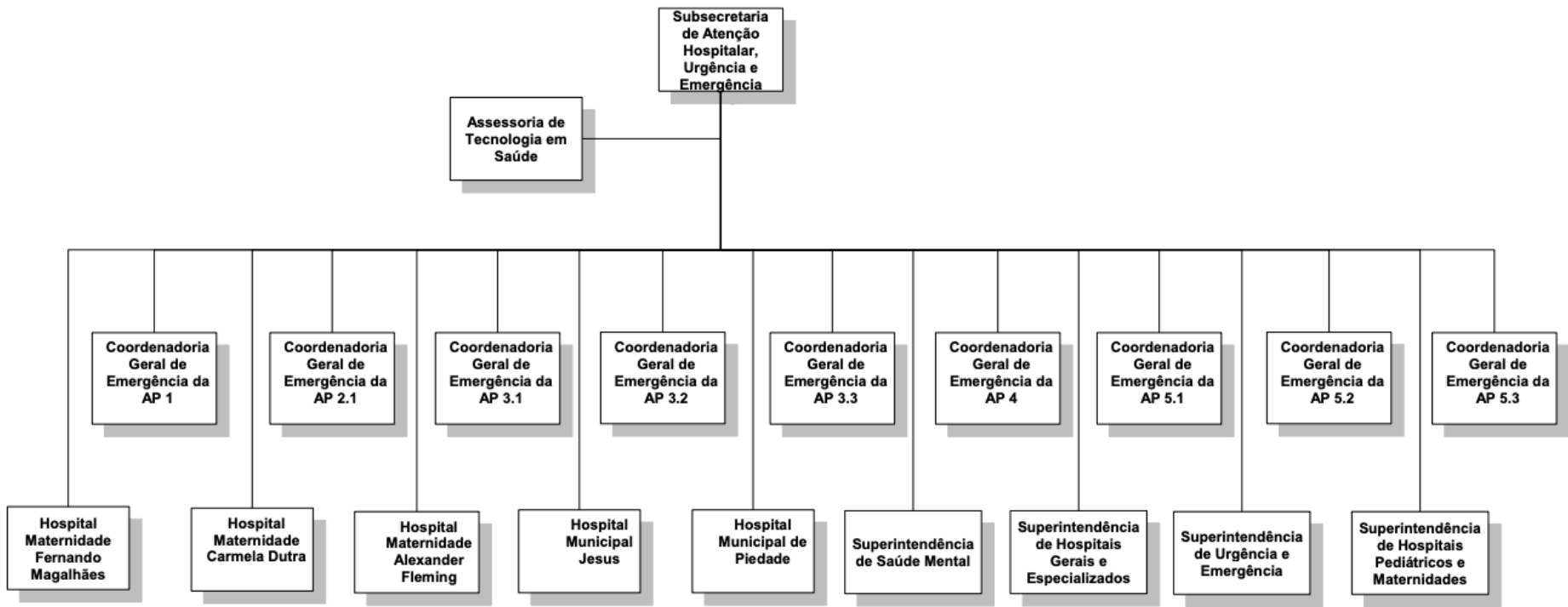
Anexo 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2019.



Anexo 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2019.



(\*)Delegado à SEOP



Anexo 3 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Vespasiano, 2019.



Anexo 4 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Moeda, 2019.

