



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Emília Baierle Faraco

**Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção  
Primária à Saúde nos municípios brasileiros**

Florianópolis  
2021

Emília Baierle Faraco

**Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção  
Primária à Saúde nos municípios brasileiros**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação  
em Farmácia da Universidade Federal de Santa  
Catarina para a obtenção do título de Doutora em  
Farmácia.

Orientadora: Profa. Silvana Nair Leite Contezini,  
Dra.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Faraco, Emilia Baierle

Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros / Emilia Baierle Faraco ; orientadora, Silvana Nair Leite Contezini, 2021.  
258 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. Capacidade de gestão. 3. Assistência Farmacêutica. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Indicadores socioeconômicos. I. Contezini, Silvana Nair Leite. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Farmácia. III. Título.

Emília Baierle Faraco

**Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção  
Primária à Saúde nos municípios brasileiros**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca  
examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Marení Rocha Farias, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Isabela Heineck, Dra.  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Filipe Carvalho Matheus, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi  
julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Farmácia.

---

Profa. Thaís Cristine Marques Sincero, Dra.  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Farmácia

---

Profa. Silvana Nair Leite, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2021.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, que me dá a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos na saúde pública.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC, em especial a Dra. Marina Rover, minha referência e coautora, que sempre esteve a disposição para me ajudar em todos os momentos, desde o início da minha trajetória.

Aos colegas e parceiros da Diretoria de Planejamento e Gestão de Compras da SES, pela parceria e apoio incondicional e diário!

À banca examinadora, pela pronta disponibilidade, dedicação e contribuições.

À Professora Dra. Silvana Nair Leite, um grande exemplo como farmacêutica, orientadora e incansável na luta pelo reconhecimento da nossa categoria, sempre presente nos momentos decisivos, me acolhendo de braços abertos em 2013 na UFSC. Não existem palavras para expressar minha admiração e agradecimento por toda orientação acadêmica e de vida que você nos proporciona diariamente!

À minha rede de apoio – meus queridos vizinhos e amigos – Lu, Dani e Gabi “*segunda família do Pedro*”!

Aos queridos amigos e também vizinhos (Micheli, Dona Ju, Seu Renê, Bruno e Alice) que sempre estiveram disponíveis e de coração aberto para ajudar sempre que precisássemos!

Aos meus sobrinhos e afilhados, Caio, Benício e Lorena, que chegaram nesse mundo durante meu processo de doutoramento para deixar tudo mais leve e encher nossos corações com tanto amor.

À família do meu esposo (Lorena, Luzia, Cindy e Rafael) pela compreensão e parceria.

Agradeço imensamente aos meus pais, Eloir e Marináide, por terem semeado a busca pelo conhecimento na minha vida e das minhas irmãs, desde o nascimento... “*Eu mesma, comecei a ir para a faculdade na barriga da minha mãe!*”.

À melhor família do mundo, a minha, pelo incentivo e apoio incondicional.

Às minhas irmãs (também Dras. Marília e Júlia) e grandes inspiradoras.

E não apenas agradeço mas dedico esse trabalho ao meu Dr. preferido e a quem sabe “*meu futuro doutor*”, meus dois amores, inspiradores e razão da minha vida: Michel e Pedro, que entenderam este laborioso momento de dedicação, sempre me motivando e dando forças para seguir em frente!

Eu só peço a Deus  
Que a mentira não me seja indiferente  
Se um só traidor tem mais poder que um povo  
Que esse povo não esqueça facilmente

Eu só peço a Deus  
Que o futuro não me seja indiferente  
Sem ter que fugir desenganado  
Pra viver uma cultura diferente

Eu só peço a Deus  
Que a guerra não me seja indiferente  
É um monstro grande e pisa forte  
Toda a pobre inocência dessa gente.

León Gieco

## RESUMO

A presente tese avalia a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios brasileiros, sustentada na abordagem sociotécnica e considerando os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade. Os municípios brasileiros enfrentam problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos Serviços Farmacêuticos, debilidade na infraestrutura, operacionalidade, planejamento e institucionalização, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos. O referencial teórico adotado busca a ampliação conceitual da AF como um sistema integrado à gestão municipal devido à necessidade de suplantar a fragmentação e redução tecnicista imposta à AF. Nessa perspectiva, o estudo quanti-qualitativo teve como objetivo avaliar a capacidade de gestão da AF caracterizando os diferentes padrões de desenvolvimento da gestão, a densidade da força de trabalho farmacêutica, a associação com indicadores sociais e econômicos municipais e compreender os condicionantes técnicos, políticos, sociais e contextuais que influenciam a capacidade de gestão da AF. Os dados utilizados para a etapa quantitativa, com delineamento transversal, foram coletados em 600 municípios brasileiros pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) entre 2014 e 2015. A análise dos dados foi realizada utilizando os softwares SPSS (IBM), v. 25, e STATA, v. 13. A etapa qualitativa, exploratória e interpretativa, caracterizada como um estudo de casos múltiplos, foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas individuais com três gestores da AF de municípios catarinenses, selecionados de forma intencional, considerando requisitos pré-definidos. Os dados foram coletados entre junho e julho de 2021. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin sob a perspectiva dos referenciais teóricos do Sistema Sociotécnico (SST), com o apoio do software Excel®. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética, mantendo-se o anonimato dos participantes. O estudo individual dos indicadores demonstrou características específicas que influenciam a capacidade de gestão da AF, dentre elas as diferenças regionais e particularidades que permeiam a diversidade dos municípios do Brasil, evidenciando melhores resultados nas regiões Sul e Sudeste, os quais referem-se à operacionalização e sustentabilidade da gestão. Também, foram observados resultados positivos relacionados à maior densidade da força de trabalho farmacêutico na APS, aumentando o acesso aos medicamentos e informações prestadas, com diferenças entre as regiões do país. Destaca-se que municípios com maior taxa de farmacêuticos por 10.000 habitantes apresentam maior capacidade de gestão da AF. Na comparação entre o Indicador da Capacidade de Gestão da AF e índices socioeconômicos municipais foram detectadas associações significativas com esses indicadores, sugerindo que municípios com melhores índices socioeconômicos apresentam melhores resultados de capacidade de gestão da AF. Conclui-se que a AF municipal é influenciada pelo contexto em que está inserida, emergindo quatro categorias que expressam os elementos críticos da AF no SST: AF como um sistema municipal; a informalidade; a normatização; e, o isolamento. Esta investigação sinaliza a importância da articulação do gestor farmacêutico, da sua integração na equipe de APS e da efetiva inserção do sistema da AF na gestão municipal como mecanismos de melhoria da capacidade de gestão e conseqüente promoção do Uso Racional de Medicamentos.

**Palavras-chave:** Capacidade de gestão. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Indicadores socioeconômicos. PNAUM.

## ABSTRACT

This thesis assesses the management capacity of Pharmaceutical Service (PS) in Primary Health Care (PHC) in Brazilian municipalities, supported by the socio-technical approach and considering organizational, operational and sustainability aspects. Brazilian municipalities face problems related to the development and quality of Pharmaceutical Services, weakness in infrastructure, operation, planning and institutionalization, and difficulty meeting the population's demand for medicines. The theoretical framework adopted seeks the conceptual expansion of PS as an integrated system to municipal management due to the need to overcome the fragmentation and technicist reduction imposed on PS. In this sense, the quantitative-qualitative study aimed to assess the PS management capacity by characterizing the different patterns of management development, the density of the pharmaceutical workforce, the association with municipal social and economic indicators, and to understand the technical, political, social and contextual factors that influence PS management capacity. Quantitative data were used in a cross-sectional design, collected in 600 Brazilian municipalities by the National Survey on Access, Use and Promotion of the Rational Use of Medicines in Brazil (PNAUM) between 2014 and 2015. Data analysis was performed using SPSS (IBM) software, v. 25, and STATA, v. 13. The qualitative, exploratory and interpretive stage, characterized as a study of multiple cases, was developed through individual semi-structured interviews with three PS managers from municipalities in Santa Catarina, intentionally selected, considering pre-defined requirements. Data were collected between June and July 2021. Bardin's content analysis technique was used from the perspective of the theoretical frameworks of the Sociotechnical System (STS), with the use of Excel® software. The research was approved by the ethics committee, keeping the anonymity of the participants. The individual study of the indicators showed specific characteristics that influence PS management capacity, including regional differences and particularities that permeate the diversity of municipalities in Brazil, showing better results in the South and Southeast regions, which refer to the operationalization and sustainability of management. Also, positive results were observed related to the greater density of the pharmaceutical workforce in the PHC, increasing access to medicines and information provided, with differences between the country's regions. It is noteworthy that municipalities with the highest rate of pharmacists per 10,000 inhabitants have a greater capacity to manage PS. Significant associations were detected in the comparison between the PS Management Capacity Indicator and municipal socioeconomic indices, suggesting that municipalities with better socioeconomic indices present better results in terms of PS management capacity. It is concluded that municipal PA is influenced by the context in which it is inserted, emerging four categories that express the critical elements of PA in the STS: PS as a municipal system; informality; standardization; and isolation. This investigation highlights the importance of the articulation of the pharmaceutical manager, its integration in the PHC team and the effective insertion of the PS system in municipal management as mechanisms for improving management capacity and the consequent promotion of the Rational Use of Medicines.

**Keywords:** Management capacity. Pharmaceutical care. Primary Health Care. Socioeconomic indicators. PNAUM.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Marco teórico da pesquisa.....	25
Figura 2 – Tipificação dos componentes sociais e técnicos da AF municipal.....	41
Figura 3 – Percurso metodológico.....	43
Figura 4 – Código indicador.....	53

### Manuscrito 1

Figura 1 – Resultado da capacidade de gestão da AF na APS por dimensão do protocolo de avaliação.....	75
Figura 2 – Resultado do IndGAF por região do Brasil.....	76
Figura 3 – Proporção de municípios de acordo com a situação avaliada, por região do país.....	77

### Manuscrito 2

Figura 1 – Taxa de farmacêuticos para cada 10.000 habitantes por região do Brasil.....	99
Figura 2 – Densidade da força de trabalho farmacêutico e US por região do Brasil.....	104

### Manuscrito 3

Figura 1 – Associação entre os indicadores de capacidade de gestão da AF (IndGAF) e a densidade de farmacêuticos por 10 mil habitantes. Brasil (2015).....	121
Figura 2 – Resultado da associação entre o IndGAF e o PIB (à esquerda) e PIB per capita (à direita).....	123
Figura 3 – Comparação entre o IndGAF e IDHM.....	123
Figura 4 – Comparação entre IndGAF e IDSUS.....	124
Figura 5 – Análises univariáveis.....	125
Figura 6 – Análises multivariável.....	127

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis da PNAUM.....	45
Quadro 2 – Grupos homogêneos de acordo com seus índices.....	47
Quadro 3 – Recategorização do IDHM.....	52
Quadro 4 – Classificação dos indicadores.....	52
Quadro 5 – Exemplo de indicador composto por duas variáveis.....	53
Quadro 6 – Exemplo de indicador constituído por uma variável.....	54
Quadro 7 – Pontuação dos Indicadores.....	54
Quadro 8 – Escala de valores e seu significado.....	55
Quadro 9 – Caracterização dos casos.....	59
Quadro 10 – Questionário estruturado.....	60
Quadro 11 – Roteiro para entrevistas.....	61
Quadro 12 – Cenário da gestão da AF nos municípios participantes.....	63
Quadro 13 – Resumo da estratégia metodológica.....	67

### Manuscrito 1

Quadro 1 – Indicadores em <i>situação crítica</i> nas regiões do país.....	78
Quadro 2 – Indicadores em <i>situação adequada</i> nas regiões do país.....	79

### Manuscrito 4

Quadro 1 – Caracterização dos casos.....	147
Quadro 2 – Recursos QUALIFAR SUS.....	150
Quadro 3 – Categorização das narrativas conforme SST.....	152

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra.....50

### Manuscrito 2

Tabela 1 – Caracterização da amostra e comparação entre municípios com TFH <1 e  $\geq 1$  por 10.000 habitantes.....100

Tabela 2 – Desenho ecológico: comparação entre grupos de farmacêuticos e as variáveis estudadas.....101

Tabela 3 – Indicadores da força de trabalho da Atenção Primária à Saúde.....103

### Manuscrito 3

Tabela 1 – Caracterização e distribuição da amostra de acordo com os resultados obtidos.....119

Tabela 2 – Comparação entre o IndGAF e o porte populacional.....122

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro-Oeste
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRF	Conselho Regional de Farmácia
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
ESF	Equipes da Saúde da Família
FIP	Federação Farmacêutica Internacional
GH	Grupos de Municípios Homogêneos
IA	Indicador de Autonomia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Indicador de Conhecimento
ICS	Índice de Condições de Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IE	Indicador de Existência de Condições Estratégicas
IESSM	Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município
IN	Indicador de Existência de Condições Normativas
IndGAF	Indicador da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica
IP	Indicador de Participação
IS	Indicador de Satisfação
ITO	Indicadores de Existência de Condições Técnicas e Operacionais

MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
N	Norte
NASF	Núcleo de Saúde da Família
NE	Nordeste
NEPAF	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Assistência Farmacêutica
NºUS	Número Absoluto de Unidades de Saúde Públicas
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAGAF	Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica
PGM	Plano de Governo Municipal
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RP	Regressões de Poisson
S	Sul
SC	Santa Catarina
SF	Serviços Farmacêuticos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SST	Teoria do Sistema Sociotécnico
SU	Sudeste
SUS	Sistema Único de Saúde
TFH	Taxa de Farmacêuticos para cada 10.000 habitantes
TI	Tecnologia da Informação
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
URM	Uso Racional de Medicamentos
US	Unidades de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 ESTRUTURA DA TESE.....	22
1.2 OBJETIVOS.....	23
<b>1.2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>23</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>23</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>25</b>
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	25
<b>2.1.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil</b> .....	<b>27</b>
2.1.1.1 Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	28
2.1.1.1.1 <i>Gestão da Assistência Farmacêutica na APS</i> .....	30
2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	32
<b>2.2.1 Avaliação em Assistência Farmacêutica</b> .....	<b>34</b>
<b>2.2.2 Modelo de avaliação da capacidade de gestão da AF na APS</b> .....	<b>35</b>
2.2.2.1 Adaptação do modelo de avaliação para uma amostra nacional.....	36
2.2.2.1.1 <i>Aplicação da abordagem SST para avaliação da capacidade AF na APS</i> .....	38
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>42</b>
3.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	43
<b>3.1.1 Fonte de informações</b> .....	<b>44</b>
3.1.1.1 Dados primários – PNAUM.....	44
3.1.1.2 Dados secundários – Indicadores socioeconômicos e informações municipais.....	46
3.1.1.2.1 <i>Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)</i> .....	47
3.1.1.2.2 <i>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)</i> .....	48
3.1.1.2.3 <i>Porte populacional</i> .....	48
3.1.1.2.4 <i>Produto Interno Bruto (PIB)</i> .....	48
3.1.1.2.5 <i>PIB per capita</i> .....	49
3.1.1.2.6 <i>Número Absoluto de Unidades de Saúde Públicas (NºUS)</i> .....	49
<b>3.1.2 Caracterização da amostra</b> .....	<b>49</b>
<b>3.1.3 Aplicação do PAGAF</b> .....	<b>51</b>
3.1.3.1 Recodificação e categorização das variáveis.....	51
3.1.3.2 Cálculo dos indicadores.....	52
<b>3.1.4 Análise estatística e processamento dos dados</b> .....	<b>55</b>
3.1.4.1 Análise do IndGAF e suas dimensões por região.....	56

3.1.4.2 Análise da força de trabalho.....	56
3.1.4.3 Análise da associação do IndGAF e indicadores socioeconômicos.....	57
3.2 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	57
<b>3.2.1 Participantes do estudo.....</b>	<b>57</b>
<b>3.2.2 Desenho do estudo.....</b>	<b>59</b>
<b>3.2.3 Organização dos dados e análise dos conteúdos.....</b>	<b>65</b>
3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	66
3.4 RESUMO DA ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	67
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
4.1 MANUSCRITO 1: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS.....	69
4.2 MANUSCRITO 2: A FORÇA DE TRABALHO DA FARMÁCIA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROMOVEDO O ACESSO E A INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS.....	91
4.3 MANUSCRITO 3: CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E CENÁRIO SOCIOECONÔMICO MUNICIPAL: EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS.....	111
4.4 MANUSCRITO 4: CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM 3 MUNICÍPIOS CATARINENSES: DA NORMATIZAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA.....	141
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>184</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>205</b>
<b>ANEXO A – CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA.....</b>	<b>206</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....</b>	<b>207</b>
<b>ANEXO C – PARECER N° 633.253 SOB CAAE N° 18947013.6.0000.0008.....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP 4735457.....</b>	<b>220</b>
<b>ANEXO E – SUBMISSÃO MANUSCRITO 1 ID CADSC 2020 – 0295.....</b>	<b>226</b>
<b>ANEXO F – ARTIGO PUBLICADO ID 2048.....</b>	<b>247</b>
<b>ANEXO G – ARTIGO SUBMETIDO ID 117086.....</b>	<b>254</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Diversas são as barreiras ao acesso efetivo a medicamentos essenciais, quais envolvem desde o desenvolvimento, a aprovação regulatória, até o tratamento adequado e oportuno do paciente (WIRTZ; HOGERZEIL; GRAY, 2017). A natureza dessas barreiras difere substancialmente em várias partes do mundo (WHO, 2002; UNGA, 2010; UN, 2000; 2015), podendo comprometer o alcance dos objetivos 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2015), uma vez que, um quarto de todo o gasto global em saúde ser associado ao uso de medicamentos (WIRTZ; HOGERZEIL; GRAY, 2017).

Tanto as organizações supranacionais, quanto os países, têm proposto diretrizes e políticas visando a efetivação do direito ao acesso aos medicamentos (BABAR *et al.*, 2018). A desigualdade e a discriminação no acesso aos medicamentos essenciais ainda representam os principais desafios de saúde pública dos tempos atuais (HOGERZEIL; MIRZA, 2011; ROCKERS; LAING; WIRTZ, 2018).

O reconhecimento da importância do acesso a medicamentos não é recente. Em 1985, na *Conference on the Rational Use of Drugs* ocorrida em Nairóbi, representantes governamentais e de diversas partes interessadas propuseram um conjunto de políticas a fim de promover o acesso aos medicamentos essenciais. Trinta anos mais tarde, a *The Lancet's Commission on Essential Medicines Policies*, convocada com a intenção de reposicionar as políticas de medicamentos na agenda de desenvolvimento global, propôs especial atenção à promoção de equidade no acesso, fortalecimento das instituições e definição de responsabilidades, reafirmando as políticas de acesso aos medicamentos essenciais como pilar central da saúde global (WIRTZ *et al.*, 2017; WIRTZ; HOGERZEIL; GRAY, 2017).

Atualmente, a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 tem aclarado sucessivas fragilidades relacionadas a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM), exacerbando muitas limitações pré-existentes no contexto mundial (VERMA *et al.*, 2021).

Adicionalmente às incertezas conferidas pelo vírus, a falta de terapias medicamentosas formalmente aprovadas, o aumento da demanda por medicamentos

combinado ao fenômeno chamado “infodemia” (GARCIA; DUARTE, 2020) e a automedicação (WHO, 1998), provocaram preocupantes impactos sociais, econômicos e graves consequências para os sistemas de saúde (PENNYCOOK; RAND, 2019; GUIMARÃES; CARVALHO, 2020). Além disso, mesmo em países que dispõem de sistemas públicos de saúde que visam a universalidade do acesso, essa questão constitui um problema de difícil solução (BRASIL, 2011; VARGAS-PELÁEZ *et al.*, 2014).

Considerando as dificuldades apontadas e que o contexto do sistema de saúde determina a organização dos serviços, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde mostram-se fundamentais na identificação de problemas e provisão de informação confiável, constituindo-se como importantes ferramentas para a melhoria da qualidade dos serviços (SOARES *et al.*, 2013).

Também, é reconhecido que apesar das estratégias em saúde avançarem rapidamente com o desenvolvimento de tecnologias inovadoras, novas intervenções e comunicações aprimoradas, a taxa de sucesso das intervenções globais de saúde nem sempre acompanha ou desenvolve-se com o mesmo ritmo (BLOLAND *et al.*, 2012). Assim, diversos estudos tem sugerido que os países direcionem seus esforços para a Atenção Primária à Saúde (APS) (BOERMA; VAN DER ZEE; FLEMING, 1997; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; WILKINSON; MARMOT, 2003; SCHREYÖGG *et al.*, 2005; GROENEWEGEN *et al.*, 2013; EIDE *et al.*, 2017), como um modelo de alto desempenho para atingir as metas de saúde (BODENHEIMER *et al.*, 2014), aumento do acesso, da equidade e da qualidade dos serviços prestados (REIBLING; ARIAANS; WENDT, 2019), sendo considerados mais do que um primeiro ponto de atenção: o processo central de um sistema de saúde (VARGHESE *et al.*, 2019).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o Brasil tem avançado no sentido de oferecer uma atenção mais equitativa à saúde (MULLACHERY; SILVER; MACINKO, 2016), pautado no estabelecimento do direito de acesso universal e gratuito, baseado no modelo de APS (BRASIL, 1990; PONNET *et al.*, 2019). Este, compreende estratégias de promoção e Atenção à Saúde, envolvendo além dos cuidados médicos, programa de imunização, serviços de enfermagem, atendimento odontológico e Serviços Farmacêuticos (SF) (PONNET *et al.*, 2019), garantindo o

acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos (BRASIL, 2004; 2016).

No Brasil, há mais de 44.000 centros de saúde os quais, em sua maioria, dispensam medicamentos na rede pública de saúde (CARVALHO *et al.*, 2017). Observa-se uma alta prevalência do acesso total aos medicamentos no país, representando mais de 90% do acesso total, incluindo serviços públicos e privados (OLIVEIRA *et al.*, 2016; BARROS *et al.*, 2017). Ainda, cerca de metade de todos os medicamentos prescritos para doenças crônicas em 2014 foram acessados em unidades de Atenção Básica (AB) (OLIVEIRA *et al.*, 2016). A Assistência Farmacêutica (AF) (BRASIL, 2004), eixo estratégico da Política Nacional de Saúde (PNS), foi responsável por cerca de 16% do orçamento do Ministério da Saúde (MS) (VIEIRA, 2018). No país, de acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a AF compreende a gestão e prestação de SF, ações intersetoriais, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional (BRASIL, 2004).

Apesar da PNAF e a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998) terem incorporado as prerrogativas do SUS, persiste ainda no país atrasos no desenvolvimento da AF, sendo estes fortemente relacionados à gestão (KIRIGIA; KIRIGIA, 2011; ROVER *et al.*, 2016).

Neste cenário, existe a necessidade de desenvolvimento constante da capacidade de gestão da AF, visando a universalidade e integralidade do acesso aos medicamentos. Para Guimarães e colaboradores (2004), a capacidade de gestão é a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão (MATUS ROMO, 1993; GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Os problemas de gestão dos serviços públicos de saúde e as especificidades regionais do Brasil resultam em desigualdades sociais e de acesso à saúde e aos medicamentos, destacando a necessidade imperativa de “profissionalização da gestão do SUS” (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Assim, torna-se necessário direcionar esforços para qualificação da gestão (BRADLEY; TAYLOR; CUELLAR, 2015), considerando que a formação em gestão de farmacêuticos que atuam na APS gera

resultados positivos nos serviços de saúde. Manzini *et al.* (2021) evidenciaram o impacto que um curso de formação continuada para farmacêuticos, denominado Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD<sup>1</sup>, nas competências dos farmacêuticos e na capacidade de gestão da AF, destacando mudanças concretas e duradouras nos serviços relacionados com a promoção do acesso e URM (MANZINI *et al.*, 2021). A qualificação e formação para gestão é entendida como a chave para a utilização adequada dos recursos disponíveis de forma eficaz e alcance dos resultados almejados (WHO, 2007; EHMA, 2012; TIWARI; NEGANDHI; ZODPEY, 2018). Logo, é fundamental o desenvolvimento dessas competências nos profissionais farmacêuticos, sendo que estes são responsáveis pela coordenação dos SF em mais de 90% dos municípios brasileiros (MATUS ROMO, 1993; GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; CARVALHO *et al.*, 2017), a fim de garantir a capacidade de gestão da AF na APS.

Outro aspecto importante relacionado à capacidade de gestão da AF refere-se à força de trabalho farmacêutica disponível na APS, tema esse de crescente interesse global para garantir a sustentabilidade dos programas e políticas de saúde pública (GREGÓRIO; CAVACO; LAPÃO, 2014). Considerados essenciais para assegurar o acesso equitativo e URM (EKPENYONG *et al.*, 2018), desempenham papéis cada vez mais importante na APS (KENNIE-KAULBACH *et al.*, 2012).

Em diversos países, os farmacêuticos são apontados como os profissionais de saúde mais acessíveis e, em muitos casos, como o primeiro ponto de contato dentro do sistema de saúde (BATES *et al.*, 2016). No Brasil, dentre os 210.000 farmacêuticos cadastrados (cerca de 10/10.000 habitantes), aproximadamente 30.000 atuam na APS. Importante observar que em 33% das unidades de APS os farmacêuticos trabalham na dispensação e atuam em serviços clínicos em equipes interprofissionais (CARVALHO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, aprimorar ainda mais a gestão dos SF prestados e dos recursos financeiros na APS, considerando a importância que a AF exerce na AB,

---

<sup>1</sup> O Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD foi financiado pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), e coordenado pela Universidade Federal de Santa Catarina entre 2010 e 2016.

torna-se imperativo para promover ações mais sistêmicas e integradas, objetivando a melhoria da AF (CONASEMS, 2018). Nessa perspectiva, desde 2012 o MS instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), o qual tem se tornado uma estratégia de cooperação para o processo de aprimoramento e integração das atividades da AF nas redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

O QUALIFAR-SUS repassa recursos financeiros aos municípios que atendem os critérios de habilitação do programa (BRASIL, 2012b). No entanto, há evidências de que os municípios apresentam, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório nas atividades de qualificação da gestão (CONASEMS, 2018). Observa-se influência do contexto organizacional no grau de implantação e dificuldades na realização do diagnóstico para identificação das necessidades de estruturação da AF, além do pouco envolvimento das gestões estaduais com os municípios habilitados (RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

Nesse prisma, torna-se imprescindível avaliar a capacidade de gestão da AF na APS e priorizar as estratégias relevantes para cada realidade distinta do país. Contudo, há dificuldades em operacionalizar estudos nacionais devido à dimensão geográfica e estrutura organizacional do Brasil, dividido em 5.570 municípios (IBGE, 2011), justificando o fato de pesquisas sobre o tema serem ainda escassas.

Estudos avaliativos são fundamentais e basilares para melhorar o desempenho da gestão pública (MARRA, 2018), tornando sua institucionalização uma prioridade para a melhoria da qualidade das tomadas de decisão (RUGER; REIFF, 2016) e para a compreensão das razões pelas quais alguns programas funcionam, enquanto outros não (THE LANCET, 2010; PERRY *et al.*, 2017).

Essa prática possibilita o compartilhamento de experiências exitosas, além da disseminação de novas informações (PERRY *et al.*, 2017), sendo muito utilizada em países em desenvolvimento para compreender como melhorar o estado de saúde da população (GOEREE *et al.*, 2011; HAGE; VALADEZ, 2017). Também, tem o intuito de demonstrar a responsabilidade com os gastos públicos, considerando que os recursos são, de maneira geral, escassos, estimulando um movimento crescente da avaliação como prática no âmbito da gestão pública (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA,

2011).

Os conhecimentos e experiências na área da avaliação de políticas vem aumentando, assim como a compreensão referente às abordagens de avaliação e a capacidade de coletar dados necessários para analisar grandes intervenções que afetem a saúde da população (BASU; MEGHANI; SIDDIQI, 2017). No Brasil, a consolidação da avaliação começa a ter contornos mais nítidos, tornando-se prática institucional, o que tem refletido na produção científica (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011). A demanda por evidências capazes de avaliar o desempenho de programas de saúde tem fortalecido a validação de indicadores e a pactuação de metas para o aperfeiçoamento da assistência prestada no âmbito do SUS (ARAKAWA *et al.*, 2017).

Os custos e restrições para a realização de avaliações do mundo real (BAMBERGER; RUGH; MABRY, 2012) e o contexto brasileiro exigem metodologias que possibilitem uma leitura comparativa e aplicável para realidades diferentes. Embora escassas, algumas iniciativas ampliaram as discussões e experiências sobre a avaliação da gestão da AF na APS (GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015; GERLACK *et al.*, 2017), fundamentadas no referencial teórico da capacidade de gestão (MATUS ROMO, 1993).

Nessa lógica, e com a finalidade de traçar um panorama da AF no país, o MS instituiu a Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) (BRASIL, 2012c), sendo a primeira pesquisa de abrangência nacional a avaliar a AF em diferentes aspectos (BRASIL, 2016; GADELHA *et al.*, 2016; ÁLVARES *et al.*, 2017). Um dos propósitos da PNAUM foi subsidiar o desenvolvimento de estudos avaliativos nos diferentes âmbitos da AF, permitindo comparações com outros países e com a situação global dos sistemas de saúde (BRASIL, 2016; ÁLVARES *et al.*, 2017).

Tendo em vista a riqueza dos dados coletados pela PANUM e considerando a complexidade e alto custo das avaliações – bem como restrições relacionadas ao caráter federativo e descentralizado do SUS e dimensão geográfica do Brasil – Faraco

*et al* (2020) adaptaram um protocolo de avaliação da gestão da AF na Atenção Básica<sup>2</sup> (GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015) para aplicação nos dados da PNAUM, denominado Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica (PAGAF) na APS, possibilitando uma avaliação de abrangência nacional e com representatividade regional. Assim, a presente tese compreende a análise dos resultados da aplicação do PAGAF no banco de dados da PNAUM e o estudo de casos múltiplos, partindo do pressuposto que *a capacidade de gestão da AF está diretamente associada a indicadores de desempenho socioeconômicos*, ou seja, quanto melhor sua gestão, melhor o desenvolvimento socioeconômico municipal, ao passo que, quanto menor os índices de desenvolvimento socioeconômico, piores serão os resultados da capacidade de gestão da AF e menos estruturados estarão os SF. No entanto, outros fatores podem estar associados a melhores resultados de capacidade de gestão municipal, incluindo o contexto sócio-político-econômico e cultural, a distribuição, a oferta e a qualificação da força de trabalho farmacêutica.

Sistematizada no arcabouço teórico adotado para o desenvolvimento do PAGAF e entendendo a instituição da AF como uma política pública integrada, sendo essa compreendida como um sistema composto por componentes técnicos e sociais que interagem e são interdependentes, num sistema aberto e complexo (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021), essa pesquisa de tese assume como referencial metodológico de avaliação a Teoria do Sistema Sociotécnico (SST) (TRIST, 1981; CLEGG; WALSH, 2004; CHALLENGER; CLEGG, 2011; DAVIS *et al.*, 2014), considerada uma forma contemporânea de fornecer suporte para vários aspectos das atividades técnicas e humanas no desenvolvimento organizacional (BOTLA; KARACA, 2018), objetivado elucidar os seguintes questionamentos:

- Existe relação entre os resultados da gestão da AF com o nível de desenvolvimento socioeconômico do município?;
- Quais são os aspectos operacionais, organizacionais e políticos da gestão que afetam a capacidade de gestão da AF municipal?;

---

<sup>2</sup> Modelo de avaliação de Barreto e Guimarães (2010), baseado na discussão sobre governo, levantada por Carlos Matus Romo (1993).

- Há relação entre a força de trabalho farmacêutica e os fatores socioeconômicos dos municípios brasileiros?;
- A distribuição da força de trabalho exerce influência sobre a capacidade de gestão e os resultados da AF na APS?;
- Como a AF municipal é influenciada pelo contexto sócio, político e organizacional em que está inserida na gestão municipal?

Esta pesquisa de doutorado pauta-se na seguinte tese: a AF na APS do SUS é um sistema complexo e dinâmico que atenderá às necessidades da sociedade caso apresente como resultado a prestação de um serviço de saúde integrado, em que a gestão é um componente fundamental e é influenciada por condicionantes sociais, econômicos, organizacionais e culturais, oferta de força de trabalho e qualificação profissional.

### 1.1 ESTRUTURA DA TESE

Considerando a abrangência do tema e os objetivos propostos nesse estudo, realizou-se uma **revisão de literatura (Capítulo 2)** com intuito de fundamentar a capacidade de gestão da AF na APS e a necessidade de consolidação da sua avaliação, alinhadas aos ODS 2030 (ONU, 2015), a fim de garantir vidas saudáveis, acesso a medicamentos essenciais e cobertura universal de saúde, sendo essa uma prioridade global.

Inicialmente, aborda-se a estrutura da AF na APS no sistema público de saúde brasileiro, comparando-a brevemente a alguns sistemas internacionais que permitem esse paralelo. Em sequência, destaca-se o referencial teórico de gestão dos SF, considerando a PNAF na APS e conceitos de avaliação em saúde com ênfase na AF. Nesse capítulo, também serão discutidos os modelos de avaliação da AF nos serviços públicos de saúde, mais especificamente na APS, realizados no Brasil comparando-os com modelos internacionais. A abordagem realizada nesse capítulo está conectada ao tema sobre acesso a medicamentos e outras políticas de acesso à saúde e o papel fundamental do profissional farmacêutico nos sistemas de saúde na APS.



No **capítulo 3 é apresentada a seção metodológica**. Considerando que essa tese dá prosseguimento à dissertação de mestrado intitulada “Desenvolvimento de protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão da AF na APS” (FARACO, 2016), aplicou-se inicialmente o protocolo desenvolvido ao banco de dados validado no estudo. Em uma segunda etapa, foi realizado o estudo qualitativo de casos em municípios selecionados.

**No Capítulo 4 são apresentados os resultados** da tese na forma de artigo científico. O **primeiro artigo** versa sobre os resultados da capacidade de gestão da AF na APS nos municípios de cada região do Brasil. Em seguida, o **segundo artigo** investiga a distribuição da força de trabalho na APS no Brasil. O **terceiro artigo** correlaciona os resultados da capacidade de gestão da AF e os indicadores socioeconômicos. Por fim, o **quarto artigo** analisa a capacidade da gestão da AF na APS em três municípios de Santa Catarina considerando o contexto em que os mesmos estão inseridos.

O **Capítulo 5** corresponde à **discussão** dos dados e apresentação das **conclusões** desta tese de doutorado, seguidos pelas referências bibliográficas e documentos anexos.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a capacidade de gestão da AF na APS em municípios brasileiros.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os diferentes padrões de desenvolvimento da capacidade de gestão da AF;
- Identificar a relação da capacidade de gestão da AF na APS com indicadores sociais e econômicos nos municípios brasileiros;
- Analisar a força de trabalho farmacêutica na APS no Brasil;

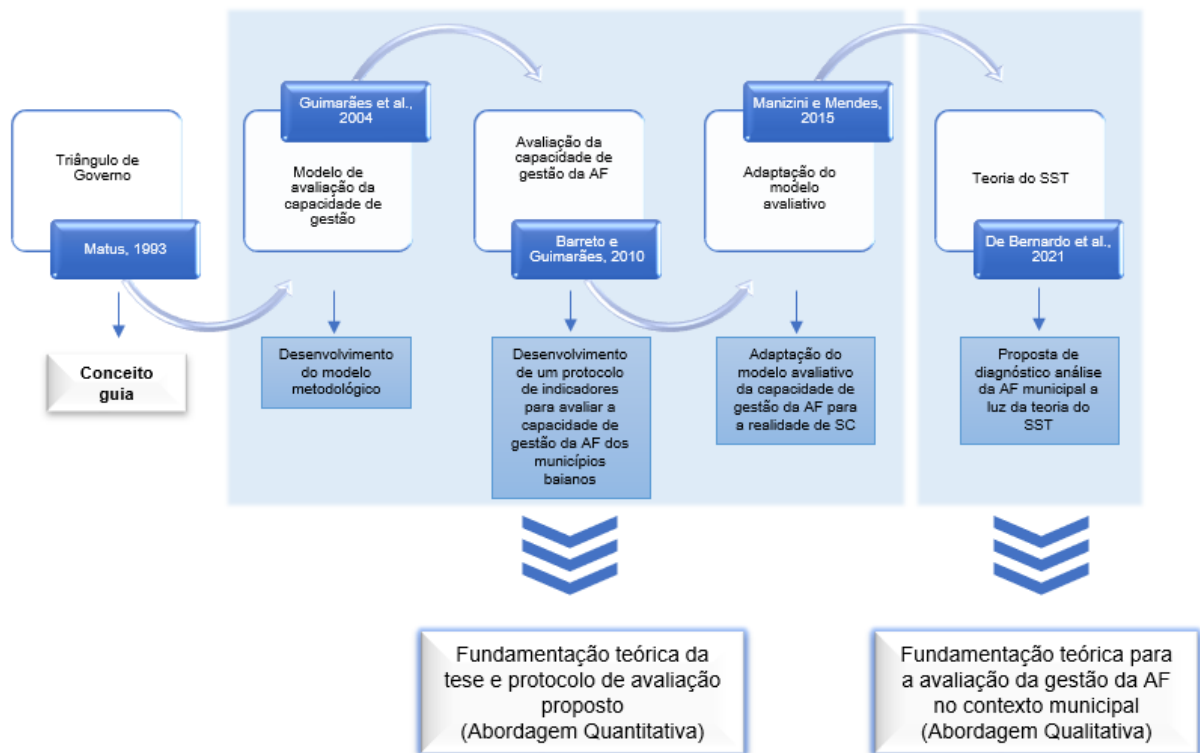
- Compreender os condicionantes técnicos, políticos, sociais e contextuais que influenciam o desenvolvimento da capacidade de gestão da AF em três municípios.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para sustentar teoricamente esta tese, foram elencados inicialmente três estruturas temáticas intimamente relacionadas aos fenômenos estudados: APS; gestão da AF; e, avaliação em saúde.

A pesquisa fundamentou-se em diferentes referenciais teóricos, desde o seu ponto de partida até a avaliação final, dentre os quais entende-se imprescindível destacar aqueles que nortearam o desenvolvimento do processo avaliativo sob os diversos aspectos que integram a AF na APS. Para o melhor entendimento, o marco teórico percorrido nas etapas do estudo é apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Marco teórico da pesquisa.



Fonte: a autora.

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é considerada o primeiro ponto de contato da população, oferecendo atendimento abrangente e acessível que pode atender de 80% a 90% das

necessidades de saúde da população. Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas (ÁLVARES *et al.*, 2017). Cabe à APS atender e resolver grande parte dos problemas de saúde da população, além de organizar o fluxo de serviços na rede de saúde (BRASIL, 2001). É o cenário que pode melhorar o acesso à saúde, principalmente para população mais carente, a um custo razoavelmente baixo em todos os países de baixa a alta renda (COSTA, 2014). Ainda, está enraizada no compromisso com a justiça social e a equidade e no reconhecimento do direito fundamental ao mais alto padrão atingível de saúde, conforme ressaltado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ÁLVARES *et al.*, 2017; ONU, 2017).

A implementação de uma APS mais forte no mundo é essencial para alcançar os ODS, fornecendo acesso aos serviços de saúde essenciais de alta qualidade e a medicamentos e vacinas seguros, eficazes e acessíveis, assegurando ao mesmo tempo condições financeiras, proteção de risco e prestando cuidados independentemente da capacidade de uma pessoa pagar por isso (OPAS, 2021).

Embora existam ainda lacunas entre os objetivos traçados e a capacidade em cumpri-los (ONU, 2015), os sistemas de saúde com APS implementada apresentam custos menores, melhoria da saúde da população, maior satisfação do paciente, menor número de internações desnecessárias e maior equidade socioeconômica (GOMES *et al.*, 2010; MENDES, 2015). Contudo, apesar dos fortes investimentos em APS, tem-se observado na última década uma diminuição de grande parte do financiamento que levou à rápida transformação e avaliação da APS (ÁLVARES *et al.*, 2017).

O fortalecimento da APS representa uma mudança fundamental da prestação de serviços de saúde, requerendo vários elementos fundamentais: capacidades funcionais; financiamento e governança; suprimentos e equipamentos essenciais; fluxo de informações; e, prestadores de serviços de saúde qualificados (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018). Assim, torna-se importante sempre levar em conta as características históricas, sociais, culturais e econômicas que moldam o sistema de saúde de um país (ROVER *et al.*, 2016).

### 2.1.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, a APS passou a ser designada como AB, com o objetivo de destacar o modelo de reorientação da assistência baseado em um sistema universal de saúde (FERTONANI *et al.*, 2015). A construção dos modelos assistenciais, desde a época do Brasil Colônia e nos anos subsequentes, traçou caminhos para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e organização dos modelos de gestão de acesso, evoluindo junto a avanços evidenciados no contexto mundial (BRASIL, 2001).

Em 2006, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 648, foram estabelecidas as diretrizes e normas para a organização da AB, posteriormente atualizadas pela Portaria nº 2488 (BRASIL, 2011). Nela, há uma revisita ao ideário de Alma-Ata e ao conceito ampliado de saúde, ancorado na Constituição Federal de 1988, que norteou a criação do SUS.

Segundo a PNAB, a APS é caracterizada como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Apesar de algumas limitações importantes, considerando a dimensão federativa do Estado brasileiro, o SUS conseguiu melhorar substancialmente o acesso à APS (PAIM *et al.*, 2011; BOUERI; COSTA, 2013), principalmente por meio da implementação de estratégias que ampliam a AB. Como exemplo, tem-se o aumento do número de Equipes da Saúde da Família (ESF), de 3.062 em 1998 para 26.364 em 2006 (VIEIRA, 2008), ultrapassando a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2018 (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Mesmo identificando os avanços na APS no Brasil desde o início do processo de desenvolvimento do SUS (LAVRAS, 2011), tanto em relação à promoção e atenção à saúde, incluindo a AF (BRASIL, 2004; 2016), o estabelecimento de tetos de gastos em saúde impactará de forma significativa na garantia e ampliação do acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos (SALDIVA; VERAS, 2018; PONNET *et al.*,

2019).

Especificamente em relação ao acesso a medicamentos, no Brasil a população ainda tem acesso gratuito na maior parte dos 44.000 Centros de Saúde (CARVALHO *et al.*, 2017). Segundo estudos realizados no país, houve em 2016 e 2017 uma alta prevalência do acesso total aos medicamentos (mais de 90%, incluindo público e privado) (OLIVEIRA *et al.* 2016a; BARROS *et al.*, 2017) e cerca da metade de todos os medicamentos prescritos para doenças crônicas em 2014, foram acessados em unidades de APS (OLIVEIRA *et al.* 2016a).

#### 2.1.1.1 Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde no Brasil

A AF envolve uma organização complexa, exercitada por um grupo de atividades relacionadas aos medicamentos e usuários, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, englobando intervenções logísticas, bem como ações assistenciais da farmácia clínica e de vigilância, devendo ser apoiados pela farmacoeconomia e pela farmacoepidemiologia (BRASIL, 1998; 2004; MARIN *et al.*, 2003; MARIN; LUZIA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2003; GOMES *et al.*, 2007; GOMES; FONSECA; SANTOS, 2010).

Visando a ampliação do acesso aos medicamentos seguros e eficazes, estratégias foram adotadas no Brasil por meio de regulamentações de grande relevância para o sistema de saúde. O marco legal para assegurar o acesso aos medicamentos foi estabelecido com a Lei 8.080, que estabeleceu o direito de todos os cidadãos à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

Em 1998, foi a PNM que estabeleceu a adoção e implementação das diretrizes e prioridades para ação governamental, consistindo, dentre outros quesitos, na reorientação da AF e estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumento de ação do SUS para a organização das listas estaduais e municipais (BRASIL, 1998; 2010).

Importante destacar, o Brasil elaborou a sua primeira lista de medicamentos essenciais em 1964 (ainda denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário), 13 anos antes

da recomendação inicial feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1977 (BRASIL, 2010). Desde então, teve 14 atualizações, duas ainda na década de 1970 (1972 e 1975) (NASCIMENTO JÚNIOR *et al.*, 2015) e doze a partir do fim da década de 1980 até sua versão em 2020 (1989, 1993, 2000, 2002, 2006, 2008, 2010, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2020), já sob a denominação atual

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) também reafirmou por meio da PNAF a necessidade do SUS adotar ações para ampliação do acesso a insumos e medicamentos de acordo com as necessidades brasileiras, promoção do uso racional e a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos com medicamentos (BRASIL, 2004).

Em 2006, a Portaria GM/MS nº 399 (BRASIL, 2006) define entre os cinco blocos de financiamento do SUS um bloco específico para a AF, dividido posteriormente em três componentes para aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da AB; para financiamento de medicamentos para doenças de perfil endêmico; e, para o fornecimento de medicamentos de elevado valor unitário, ou que pela cronicidade do tratamento se tornavam excessivamente caros para serem custeados pela população (BRASIL, 2006).

Garantida como direito constitucional, a AF gerou crescente impacto e controvérsias ao longo dos anos. Apenas em 2011 o Decreto Presidencial nº 7.508 estabeleceu as formas de acesso aos medicamentos no SUS (BRASIL, 2011), sendo que a garantia de acesso a medicamentos é particularmente importante no âmbito da APS (ÁLVARES *et al.*, 2017; DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018). Além disso, a forma de organização e gestão dos serviços e recursos também influenciam o acesso, pois modulam a capacidade do usuário em se adequar às regras, formatos e estruturas, assim como a percepção do usuário em relação aos mecanismos existentes. Apesar da PNM e da PNAF terem incorporado as prerrogativas do SUS, persiste no país um avanço lento no desenvolvimento da AF na APS. Neste contexto, como em todos os serviços e programas do SUS e em todos os níveis da assistência, os avanços e os problemas identificados estão fortemente relacionados à gestão (ROVER *et al.*, 2016).

Destaca-se ainda que ampliar o acesso e garantir o URM, integrar a AF às

demais políticas de saúde, otimizar os recursos financeiros existentes, incorporar o farmacêutico na rede municipal de saúde, desenvolver e capacitar recursos humanos para implementar a AF e tornar a gestão eficiente são alguns dos desafios da PNAF (CFF, 2010).

#### 2.1.1.1.1 *Gestão da Assistência Farmacêutica na APS*

Com a estruturação tardia da AF na APS, surge a necessidade de reorientação do foco da AF, estritamente no componente logístico, para incluir a melhoria da gestão e a qualidade dos serviços, promovendo o acesso aos medicamentos com uso racional, tanto do ponto de vista terapêutico quanto econômico. Essa reorientação busca deslocar a ênfase do produto para focar o usuário dos serviços, equilibrando os dois componentes em uma atuação sistêmica (VIEIRA, 2008).

A visão tecnicista da gestão da AF ainda apresentada na maioria dos trabalhos da área, ligada a conceitos da administração clássica, privilegia os princípios organizacionais com forte viés burocrático, numa condição de fornecedora de medicamentos, ou seja, voltada à logística de medicamentos (MORATELLI; INÁCIO, 2010). Nesse sentido, há a necessidade de fortalecer a gestão da AF, considerando as ineficiências do modelo atual. De acordo com Vieira (2010), se os serviços não funcionam de forma satisfatória, alocar mais recursos em medicamentos implica aumentar as perdas, devido à ineficiência no gerenciamento dos serviços. Desse modo, sob a ótica gerencial, a gestão deve levar em consideração as características operacionais e instrumentais voltadas para coordenação e controle; e, no campo da ciência política, incorporar uma dimensão que se traduz em aspectos menos procedimentais, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade no processo decisório (GUIMARÃES *et al.* 2004).

Barreto e Guimarães (2010), citando Junquillo (2001, p. 1208), definem *gestão* como “um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados”, e a *capacidade de gestão* como “a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a



sustentabilidade dos resultados de gestão” (GUIMARÃES *et al.* 2004, p. 1648).

A construção do conceito-guia sobre gestão partiu, inicialmente, da discussão levantada por Matus Romo (1993) sobre a capacidade de governo, o qual se aproxima tanto do ponto de vista conceitual como operacional da capacidade de gestão (GUIMARÃES *et al.* 2004). Para o autor, a capacidade de governo é aferida com base em três dimensões, interdependentes entre si, privilegiando tanto categorias normativas (existência de projetos) e categorias administrativas (capacidade técnica), como categorias políticas (governabilidade do sistema) (GUIMARÃES *et al.* 2004).

Assim, a capacidade de gestão de uma organização pode ser também aferida pela capacidade de formular projetos, políticas e normas legais; pelas condições técnicas e administrativas, que representam as condições logísticas para a execução; e, por sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos por meio das políticas, dos planos e dos programas (GUIMARÃES *et al.* 2004). Além disso, a decisão é o elemento central que perpassa o processo de gestão e se expressa por meio de três dimensões: organizacional, que evidencia o formato do processo decisório; operacional, que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização; e, sustentabilidade, a qual revela como os gestores sustentam os resultados de gestão (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

Com base nesses conceitos, entende-se que no SUS a AF se refere às políticas sociais voltadas à saúde e se materializa com a oferta de medicamentos e serviços afins (SANTOS, 2011). Com a pactuação da AF como uma política social de grande impacto, esta necessita ter capacidade de gestão, requerendo maior reflexão sobre o tema, ultrapassando questões somente técnicas.

Evidencia-se também que, para atender as demandas dos usuários, a maior parte dos municípios tem contratado farmacêuticos como gestores da AF, sustentados em um amplo conjunto de atividades que se incorporam nos conceitos de gestão, que de modo geral são compreendidos como a capacidade de fazer o que precisa ser feito. Todavia, parte dos problemas dos sistemas de saúde são resultados do preparo inadequado dos gestores para governar (KIRIGIA; KIRIGIA, 2011), revelando a

necessidade de “profissionalização da gestão do SUS” (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Outra razão contribuinte para as debilidades da gestão na AF parece ser a escassez de profissionais de saúde pública capacitados e habilitados para gestão. A implementação bem-sucedida de intervenções depende tanto de atividades tradicionais de saúde pública quanto de uma força de trabalho forte. Essa força de trabalho deve incluir gestores qualificados que possam fornecer organização, direção e supervisão. A gestão da saúde pública é um pilar da prática da saúde pública, junto à epidemiologia, política de saúde, saúde ambiental, bioestatística, ciências comportamentais e educação (WILLACY; BRATTON, 2015).

No sentido de contribuir para a formação e gestão dos profissionais que atuam nos SF da APS em realidades distintas do Brasil, algumas iniciativas foram desenvolvidas nos últimos anos. Entre elas, o Curso de Especialização em *Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD: uma proposta em rede para a qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS* (modalidade à distância iniciada em 2010). O curso foi coordenado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com o MS, com objetivo de capacitar profissionais para gestão, motivando a formação de núcleos que possam colaborar efetivamente com a qualificação dos SF no país (LEITE *et al.*, 2015).

## 2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação é um processo técnico-administrativo que possibilita a emissão de juízo de valor para a tomada de decisão. É uma área de aplicação ao invés de ciência, visto que a mesma utiliza teorias, conceitos e instrumentos de outras áreas do conhecimento (TANAKA; MELO, 2004).

Diante de um arcabouço teórico e reflexões metodológicas, presencia-se o fortalecimento da avaliação como prática institucional, embora não exista consenso único e estabelecido sobre o conceito de avaliação na literatura, ou seja, não há uma definição universal e absoluta sobre avaliação devido às mudanças de contexto onde ela está inserida (GUBA; LINCOLN, 1989; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; PASTANA, 2002). Assim, medir e assegurar a qualidade dos serviços sociais tornou-

se uma grande preocupação para os formuladores de políticas e pesquisadores. A comunidade de políticas de saúde tem sido uma das pioneiras neste debate devido às características únicas dos cuidados de saúde que envolvem conhecimento especializado e tecnologia (REIBLING; ARIAANS; WENDT, 2019).

As iniciativas de avaliação de políticas e programas no Brasil seguem as tendências internacionais (ALUTTIS *et al.*, 2013; BRESICK *et al.*, 2016; MEI *et al.*, 2016), visando as pressões sociais para a melhoria da qualidade na provisão dos serviços públicos e às demandas para redução das despesas públicas (CUNHA, 2006; 2018). Entre os fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde, aponta-se para as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS como processo da descentralização das responsabilidades, ações e recursos; a maior complexidade do perfil epidemiológico do país com distintos problemas e necessidades, requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias; as exigências cada vez maiores do controle de gastos em saúde e, com mais frequência e contundência, a cobrança dos organismos financiadores externos (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

O interesse pela avaliação não se restringe ao âmbito acadêmico, sendo que o próprio MS tem encomendado um conjunto de estudos nessa perspectiva, não só por exigência de financiamento externo, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes (HARTZ; PAIM, 2005), a exemplo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que objetiva a institucionalização da cultura de avaliação da AB no SUS (BRASIL, 2012b).

Contudo, avaliações dos sistemas de saúde são bastante abrangentes e apresentam limitações, considerando que indicadores para medir aspectos relacionados ao acesso; a satisfação dos pacientes; a participação; a simplicidade administrativa; a continuidade do cuidado; a disponibilidade dos serviços; formação; equidade; e, a inclusão da percepção dos atores envolvidos sobre os serviços ainda estão pouco desenvolvidos no mundo (KRUK; FREEDMAN, 2008; KIRIGIA; KIRIGIA, 2011).

O grande desafio para os desenhos das avaliações é conseguir entender o

quanto o alcance ou não das mudanças esperadas diz respeito aos fatores contextuais, que podem interferir na obtenção da mesma, elucidando então a necessidade de acompanhar determinantes e mudanças contextuais por meio de indicadores que possam ajudar a explicar a influência na implementação e nos efeitos da intervenção (CRUZ; REIS, 2011).

### **2.2.1 Avaliação em Assistência Farmacêutica**

Apesar da escassez relacionada aos estudos avaliativos da AF, destacam-se algumas avaliações de grande importância na área com modelos validados nacionalmente para a realização de estudos locais, estaduais ou regionais (BRASIL, 2001; MSH, 2003; PAHO, 2005; EMMERICK, 2006; GOMES *et al.*, 2010). Em âmbito municipal, as avaliações relacionadas ao tema são restritas, na maioria dos casos, às questões específicas do ciclo logístico, como evidenciam os estudos de De Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006) e Vieira (2008).

Muitas avaliações tradicionais de políticas ou programas sociais de saúde trabalham com instrumentos quantitativos, seguindo o modelo de avaliação sugerido por Donabedian (1980). Esse modelo vem sendo contrastado com outras propostas que buscam romper com a ideia do modelo “caixa-preta” (HARTZ; DENIS; CHAMPAGNE, 1997), ao procurar identificar os fatores que interferem de fato para a obtenção dos melhores resultados. Apesar de abordar o processo, a ênfase dada no uso dessa vertente é para a avaliação de resultados sem uma reflexão mais profunda acerca dos diferentes atributos de qualidade sugeridos e nem tampouco uma compreensão e explicação clara sobre os problemas de qualidade relacionados ao processo (CRUZ; REIS, 2011).

A avaliação e o monitoramento são considerados iniciativas para melhoria da gestão, sendo essenciais para legitimar a necessidade de fortalecimento dos serviços farmacêuticos e melhoria do acesso aos medicamentos (KOHLEK; MACKAY; OVTCHARENKO, 2014).

### **2.2.2 Modelo de avaliação da capacidade de gestão da AF na APS**

A gestão da AF na APS é a capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e de sustentabilidade da AF de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal. Nesse sentido, a metodologia adotada para avaliar a capacidade de gestão não tem como propósito concluir se a gestão é boa ou ruim, mas sim percebê-la como um processo que se encontra em diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar para o aprimoramento do processo e dos pontos que possam ser corrigidos ao longo do programa ou política de gestão (LEITE *et al.* 2015).

Para o desenvolvimento de um modelo para avaliar a capacidade de gestão da AF pautada nesses pressupostos, o Núcleo de Estudo e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), tomou como base o modelo metodológico proposto pelo Grupo de Pesquisa Descentralização e Gestão de Políticas Públicas, da Escola de Administração da UFBA, para avaliar a gestão de organizações sociais como gestoras de serviços de saúde, o qual contemplou, além dos conceitos guias, um protocolo de indicadores e um plano de análise para aferir a capacidade de gestão da organização ou do setor a serem avaliados.

No que diz respeito aos indicadores, Guimarães e colaboradores (2004), autores do modelo, chamam atenção para seus limites e alcances, pois, defendem que a construção de indicadores deve ser vista como um exercício permanente, contínuo, tratando-se de um processo marcado por revisões e ajustes, contextualizados e constantes, sobre a real capacidade de tais indicadores de aferir aquilo a que se propõem.

Nessa perspectiva, e assumindo as premissas do modelo original construído por Guimarães e colaboradores (2004) em 2007, o NEPAF promoveu as adaptações necessárias e pertinentes para avaliar a gestão da AF através do projeto de pesquisa “Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na atenção básica: um estudo em municípios do Estado da Bahia” (GUIMARÃES, 2007). Essas adaptações foram realizadas a partir de um percurso metodológico que contemplou: (i) a construção de um Protocolo de Indicadores para avaliar a gestão da

Assistência Farmacêutica na atenção básica; (ii) a adaptação do plano de análise para leitura e apresentação dos indicadores; e (iii) realização de dois estudos-piloto para sua validação, além de estratégias de capacitação em avaliação dos atores envolvidos com a gestão da Assistência Farmacêutica.

Com base no referencial teórico-metodológico desenvolvido pelo NEPAF, Manzini e Mendes (2015) adequaram e aplicaram o modelo em seis municípios catarinenses. A revisão da matriz avaliativa foi participativa, realizada por meio de debates e oficinas de consenso com a participação de pesquisadores da área e com os coordenadores de AF de municípios catarinenses. Devido à expressiva alteração na matriz avaliativa em consequência do processo de adequação para a aplicação em municípios de Santa Catarina, novos instrumentos e diretrizes para a coleta de dados foram elaborados. Todo o percurso metodológico para construção, classificação e parametrização dos indicadores, plano de análise e as respectivas adaptações podem ser acessados em Leite *et al.* (2015).

#### 2.2.2.1 Adaptação do modelo de avaliação para uma amostra nacional

O processo de adaptação e desenvolvimento do protocolo de indicadores se deu a partir de estudo sistemático de convergência entre um protocolo de avaliação da capacidade de gestão da AF (GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015) e dados da PNAUM. A adaptação, os estudos de consenso e o teste de aplicabilidade do protocolo de indicadores resultou em um novo protocolo denominado PAGAF. Os resultados da validação da aplicabilidade dos indicadores com base nos dados nacionais asseguram a sensibilidade do novo protocolo de avaliação no contexto dos serviços farmacêuticos na atenção primária. A metodologia utilizada está descrita em Faraco *et al.* (2020). Este protocolo é composto por 30 indicadores organizados em três dimensões: organizacional; operacional; e, sustentabilidade. Estes, permitem avaliar a capacidade de gestão da AF em municípios brasileiros sem prejuízo das premissas que sustentaram o modelo original (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

O protocolo viabilizará avaliações futuras, sugerindo a possível

institucionalização destes indicadores para monitoramento contínuo da AF no Brasil. Os resultados deste processo podem ser adotados como ponto de partida para o desenvolvimento de indicadores de capacidade de gestão dos SF também em outros países. Assim, entende-se como necessária a consolidação de métodos técnicos científicos, como a avaliação em saúde, para a tomada de decisões como metodologia de pesquisa aplicada para dar respostas importantes na área da saúde.

Nesse contexto, considera-se como maior contribuição dessa tese de doutoramento a aplicabilidade do protocolo de avaliação que possibilita identificar fragilidades dos serviços prestados para orientar a decisão profissional e garantir efetividade ao cuidado de saúde. Destaca-se ainda a situação singular e complexa enfrentada na atual conjuntura devido à pandemia causada pelo SARS-CoV-2, evidenciando a necessidade de monitoramento em tempo real e, em consequência, o aprimoramento da gestão dos serviços, considerando que a estrutura de governança do SUS desenvolvida com sucesso ao longo de muitos anos foi deixada de lado numa intencional e inexplicável ação governamental (SELLERA *et al.*, 2020).

Essa compreensão é pautada na necessidade de se criar instrumentos para equalizar os resultados alcançados pela APS em sistemas de cobertura universal de saúde, uma vez que são muito variados, aumentando assim os desafios do monitoramento e avaliando seus resultados enquanto política pública de saúde (SELLERA *et al.*, 2020).

Além de apresentar um panorama da gestão da AF na APS, destacando suas fragilidades e potencialidades, essa pesquisa colabora para o entendimento dos condicionantes que influenciam o acesso da população aos SF e aos medicamentos em tempos de normalidade. Ainda, identifica os fatores intrínsecos à AF que necessitam aprimoramento e melhoria da capacidade de gestão e os elementos externos à PNAF, como os indicadores socioeconômicos diretamente ligados aos melhores resultados. Em contraponto ao período ante pandêmico, a tese também aponta para influências decorrentes do contexto em que a AF está inserida, sugerindo tomadas de decisão e mobilização de recursos.

### 2.2.2.1.1 Aplicação da abordagem SST para avaliação da capacidade AF na APS

O estudo da capacidade de gestão parte dos conceitos de Carlos Matus Romo (1993), que elucida o entendimento sobre a *capacidade do processo de gestão*. As concepções teóricas e ensaios desenvolvidos a partir dos pressupostos de Matus Romo determinam a ampliação das fronteiras do conhecimento no contexto da AF na APS. Essa expansão, transpassa os conceitos de gestão e capacidade de gestão (GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010), transcende a aplicação e adaptação das premissas e modelos para realidades distintas (LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015; FARACO *et al.*, 2020a) e amplifica sua perspectiva acerca da avaliação da capacidade de gestão da AF na APS sob a ótica da teoria do SST (BERNARDO, 2021; BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021).

Esse avanço teórico tem como base o Grupo de Pesquisas de Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC, o qual direciona seus esforços para a evolução do olhar sobre a gestão da AF, considerando-a um sistema aberto e complexo e buscando a melhor compreensão do *processo de gestão* da AF na APS com diferentes capacidades instituídas na sua organização.

Pactuando com a perspectiva da complexidade da AF municipal, esse estudo assume uma visão sistêmica em relação à gestão da AF e vale-se da teoria do SST (TRIST, 1981; CLEGG; WALSH, 2004; CHALLENGER; CLEGG, 2011; DAVIS *et al.*, 2014; BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021) para avaliar a capacidade de gestão da AF, ponderando os diversos elementos e condicionantes que estão envolvido no contexto da PNAF.

A convergência do referencial teórico justifica-se pela urgência em aprimorar o modelo pré-definido e padronizado para qualquer cenário, centrado no ciclo da AF para um modelo baseado nas necessidades loco regionais que atenda às necessidades da APS (MATUS ROMO, 1993; DAVIS *et al.*, 2014). Destaca-se ainda que a AF local precisa representar as complexas variáveis abrangendo o sistema social, sistema técnico e de ambiente externo em que está inserida a política de AF municipal (LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015).

Para melhor contextualizar, retoma-se aqui a concepção de Matus Romo



(1993) sobre a capacidade de gestão, a qual é permeada pela decisão autônoma, a flexibilidade e transparência, a mobilização de recursos e a sustentabilidade dos resultados. Esta é aferida com base em três dimensões interdependentes entre si, representada pelo Triângulo de Governo. Este modelo triangular de governo privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos) e categorias administrativas (capacidade técnica), como categorias políticas (governabilidade do sistema).

Na concepção do SST, as organizações são formadas por dois subsistemas que funcionam ao mesmo tempo, interagindo constantemente e inter-relacionando-se de modo a produzir resultados. O **subsistema técnico** é composto por máquinas, ferramentas, tecnologia, normas e técnicas. O **subsistema social** é constituído pelas pessoas, suas relações, habilidades e culturas. O entendimento deste sistema permite um trabalho com menores conflitos entre a tecnologia e o social (LEAVITT, 1965; DAVIS *et al.*, 2014).

Os elementos sociais e técnicos trabalham juntos para realização de tarefas, produzindo tanto produtos físicos como resultados sociais e psicológicos (APPELBAUM, 1997). A questão-chave é que as duas partes produzam resultados positivos. Este sistema contrasta com os métodos tradicionais, que primeiro definem o componente técnico e então encaixam as pessoas a ele, levando a baixos desempenhos com altos custos sociais. As organizações podem ser consideradas sistemas complexos, com muitos fatores interdependentes. A ação ou alteração em parte do sistema pode afetar outras partes, implicando a eficácia e eficiência dos sistemas como um todo (DAVIS *et al.*, 2014).

Ressalta-se ainda que o setor de saúde possui diversas particularidades devido à intensidade das interações pessoais. Ao analisar, projetar, implementar e melhorar os sistemas de saúde, a dimensão das pessoas deve estar em primeiro plano. Isso enfatiza claramente a necessidade de análise dos SST e a consideração de fatores humanos e questões organizacionais relacionadas à qualidade dos serviços de saúde (CARAYON *et al.*, 2011).

A reflexão sobre o conceito da capacidade de gestão de Matus Romo (1993) e os princípios do SST revela a necessidade de aprofundar os estudos sobre a capacidade de gestão da AF na APS, considerando esta como um sistema complexo,

pautado nas premissas do SST. Esse sistema (gestão da AF na APS) consiste no envolvimento com os atores que integram tanto os serviços quanto o uso de medicamentos.

A prática cotidiana corrobora com a reflexão anterior, ou seja, revela a possibilidade de ancorar a capacidade de gestão da AF no referencial sociotécnico devido à dificuldade de identificar quais fatores influenciam na consolidação da AF e no melhoramento dos serviços, pois ainda é possível constatar problemas relacionados com o uso inadequado de medicamentos, de recursos e dos instrumentos de gestão. Assim, entende-se que a perspectiva sociotécnica considera a temática da AF como um sistema com diversas singularidades, que necessita de um olhar ampliado sobre os serviços locais que, por sua vez, possuem suas particularidades. Ou seja, não existe um modelo único para todos, pois cada organização é um SST.

Esse olhar precisa ser amplo e deve ponderar as características dos atores envolvidos (gestores, profissionais e usuários), das tecnologias utilizadas, da infraestrutura disponível, da cultura local/institucional e organizacional, sendo necessária uma percepção ampliada dos processos de gestão e das questões políticas locais (as quais são muito específicas). Deve-se considerar que todos esses fatores impactam de alguma maneira sobre o melhoramento do serviço ou na implementação de uma nova tecnologia.

Corroborando esta reflexão, destaca-se que, conforme Challenger e Clegg (2011), os novos sistemas e estruturas devem incluir um ambiente externo que envolve as partes interessadas, incluindo usuários, gestão, fornecedores, representantes da sociedade civil, especialistas em recursos humanos e designers (CLEGG, 2000; CLEGG; WALSH, 2004; CHALLENGER; CLEGG, 2011).

Na lógica do SST, a AF deve atender a necessidade da sociedade e deve ter como foco o resultado produzido em saúde. Ou seja, a necessidade de tratamento medicamentoso é a mesma contida nos conceitos de 20 anos atrás, em que o produto final era a entrega do insumo. Porém, na visão dos SST, o produto final é a entrega de um serviço integrado (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021).

O sistema da AF na APS proposto por Bernardo *et al.* (2021) sugere uma

estrutura sociotécnica ampliada, empregando sete elementos inter-relacionados envolvidos por um meio ambiente representado na Figura 2.

Figura 2 – Tipificação dos componentes sociais e técnicos da AF municipal.



Fonte: Bernardo *et al.* (2021).

### 3 MÉTODO

A presente pesquisa se caracteriza como uma investigação avaliativa (NOVAES, 2000), consistindo fundamentalmente na realização de julgamento de valor a respeito de uma intervenção (programa) ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de auxiliar tomada de decisões (HARTZ, 1997).

Quanto à abordagem do problema, a investigação classifica-se como de natureza quanti-qualitativa, concorrentes (QUANTI+QUAL, em posições iguais), na perspectiva da complementariedade (HALCOMB; HICKMANN, 2014).

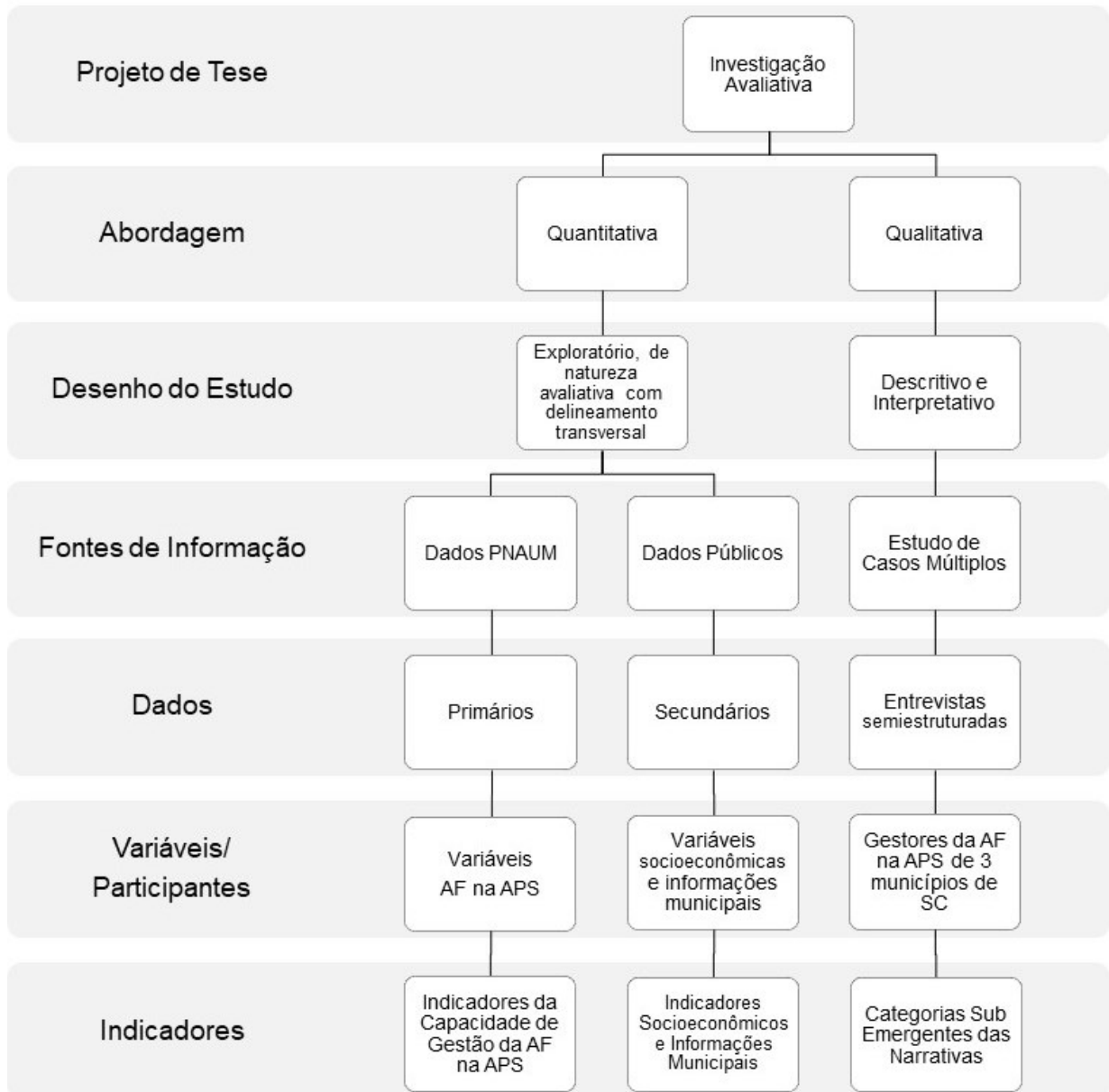
Para Tanaka e Melo (2004), a abordagem quantitativa pode ser utilizada para realizar as aproximações iniciais com o objeto da avaliação, pois permite descrever e explicar, parcialmente, o objeto. Os autores destacam a disponibilidade dos dados e a familiaridade da maioria dos técnicos com os números.

Entretanto, para o aprofundamento do significado e interpretação do fenômeno, é recomendado o uso de abordagens qualitativas (TANAKA; MELO, 2004; CALVO; HENRIQUE, 2006). Para Alves e colaboradores (2010), uma pesquisa avaliativa qualitativa vai além do entendimento que os dados “falam por si”, ou seja, deve-se decompor e buscar relações, sendo as sínteses necessárias para produção de julgamentos de valor.

Nenhum método, qualitativo ou quantitativo, será suficientemente esclarecedor se não estiver adequado a uma teoria consistente (NEMES, 2001). Sendo assim, atualmente a combinação de abordagens é indicada por muitos autores para avaliar programas de saúde, de forma mais abrangente (TANAKA; MELO, 2004; CALVO; HENRIQUE, 2006).

Destaca-se que essa investigação dá continuidade à dissertação de mestrado intitulada “Desenvolvimento de protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão da AF na APS”, a qual tem como principal produto o PAGAF (FARACO *et al.*, 2020a). As etapas do desenvolvimento deste projeto de tese são apresentadas na Figura 3.

Figura 3 – Percurso metodológico.



Fonte: a autora.

### 3.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Para cumprir com os objetivos, a pesquisa quantitativa estudará os indicadores da capacidade de gestão da AF, identificando os diferentes padrões de desenvolvimento da capacidade de gestão da AF e sua associação com indicadores socioeconômicos. Além disso, será utilizada para a análise da força de trabalho farmacêutica na APS dos municípios brasileiros.

### 3.1.1 Fonte de informações

#### 3.1.1.1 Dados primários – PNAUM

Instituída pela Portaria do MS nº 2.077 (BRASIL, 2012c), a PNAUM compreende um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa e de abordagem quantitativa. No plano de amostragem do estudo, as seguintes populações foram consideradas: secretários municipais de saúde; coordenadores da AF nos municípios; dispensadores de medicamentos; médicos e usuários dos serviços de saúde; e, dados coletados da observação direta de 1.175 SF (ÁLVARES *et al.*, 2017).

As populações de estudo foram estratificadas por regiões: Norte (N), Nordeste (NE), Sul (S), Sudeste (SU) e Centro-Oeste (CO), e esses estratos constituem os domínios de estudo. Dessa forma, os resultados obtidos devem ser apresentados por região do país, uma vez que o plano amostral da PNAUM permite apenas divulgação de resultados regionais.

A amostra da PNAUM é composta por 600 municípios representativos das cinco regiões do país, selecionados a partir de uma amostra por conveniência. O tamanho da amostra foi estabelecido e calculado por meio de expressão algébrica (BRASIL, 2016; ÁLVARES *et al.*, 2017).

Os dados foram coletados *in loco* em serviços de APS, selecionados aleatoriamente mediante a aplicação de roteiros de observação direta e entrevistas (usuários, responsáveis pela dispensação e médicos), além de entrevistas telefônicas com gestores municipais por meio de questionários semiestruturados.

As entrevistas foram realizadas com a utilização de um questionário estruturado para cada população de estudo (BRASIL, 2016; ÁLVARES *et al.*, 2017). A descrição completa da metodologia de pesquisa utilizada na PNAUM está disponível em Álvares *et al* (2017) e Brasil (2016).

Para o presente estudo foram selecionadas 80 variáveis do banco de dados da PNAUM a partir do processo de desenvolvimento do PAGAF (FARACO *et al.*, 2020a), apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis da PNAUM.

Fonte	Variáveis
Coordenador da AF	04. Sexo do coordenador da AF
	05. Data de nascimento do coordenador da AF
	06. Escolaridade
	06 (a). Especificação da escolaridade:
	07. Há quanto tempo trabalha como gestor/coordenador da AF neste município?
	08. Carga horária semanal na SMS?
	09. Qual é o vínculo trabalhista do coordenador da AF?
	10. O coordenador da AF possui outros vínculos de trabalho no município?
	11. A coordenação da AF faz parte do organograma da SMS?
	12. A AF consta no PMS?
	13. A coordenação da AF do município/DF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF?
	14. Existe um sistema informatizado para a gestão da AF?
	16. Este sistema informatizado está ligado em rede com as US do município/DF?
	15. Quais destes itens estão incluídos no sistema informatizado?
	f) Entrega dos medicamentos ao usuário/dispensação.
	17 (i). Existe procedimento operacional padrão para dispensação?
	19. O município/DF realizou gasto com a estruturação da AF no último ano?
	24. Existe CFT formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde?
	25. A CFT foi formalizada em portaria ou documento similar?
	26. A CFT funciona regularmente?
	27. Existe no município uma lista padronizada de medicamentos?
31. A lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda em saúde do município/DF?	
39. Quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados? a) Farmacêutico b) Outro profissional c) CFT	
60. A SMS tem um PGRSS?	
80. Número absoluto de farmacêuticos atuando em serviços públicos de saúde no município.	
98. O CMS discute e delibera sobre questões concernentes à AF no Município\DF?	
90. Existe no Município/DF algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais da AF?	
96. Existem mecanismos no Município/DF para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	
100. O coordenador da AF participa do planejamento das ações das diferentes áreas técnicas?	
Dispensador	09. Sexo do responsável pela dispensação de medicamentos?
	10. Qual a data de nascimento do responsável pela dispensação de medicamentos?
	13. Qual o nível de escolaridade do responsável pela dispensação de medicamentos?
	20. Formação do responsável pela dispensação de medicamentos: 1) Farmacêutico (a); 2) Auxiliar de Farmácia; 3) Enfermeiro (a); 4) Auxiliar de Enfermagem; 5) Outro (a)
	40. Esta Farmácia/Unidade de dispensação realiza programação de medicamentos?
	41. Quais informações são utilizadas para realizar a programação de medicamentos desta Unidade de Saúde? a) Perfil de saúde da população cadastrada na US; b) Serviços oferecidos pela US; c) Controle de estoque da US; d) Consumo histórico da US; e) Outras.

Fonte	Variáveis
Médicos	22. O (A) Sr. (a) conhece a lista padronizada de medicamentos do Município?
	23. O (A) Sr. (a) tem acesso à lista padronizada de medicamentos em quais destes lugares?
	24. O prescritor considera que a lista padronizada de medicamentos no município atende às necessidades dos usuários da unidade de saúde?
	33. O prescritor costuma ser informado sobre quais medicamentos estão disponíveis na farmácia municipal?
	35. Como o (a) Sr.(a) considera a disponibilidade de medicamentos, nos últimos 3 meses, nesta unidade de saúde ou na farmácia pública de referência?
Roteiro de observação	15. As farmácias das US contam com a presença de farmacêuticos?
	34. Área de armazenamento possui: a) Aparelho de ar condicionado; b) Armário com chave para medicamentos controlados; c) Refrigerador/ geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos; i) Termômetro digital (temperatura do ambiente).
	48 a 101 (a). Medicamento padronizado no município.
	48 a 101 (b). Disponibilidade do medicamento na Farmácia/Unidade de dispensação.
	48 a 101 (c). Existem medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US?
Usuário	302. Nestes três últimos meses, com qual frequência você conseguiu os remédios que procurava nas Farmácias Públicas do SUS?
	306. Quando você retira remédios nas farmácias públicas do SUS, os funcionários que entregam os remédios repassam informações/orientações sobre como usá-los?
	309. O farmacêutico ou outro funcionário da Farmácia Pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os Remédios?
	310. Estes funcionários da Farmácia onde você retira os Remédios atendem com respeito e cortesia?
	311. Como você avalia a sinalização existente para encontrar a Farmácia?
	312. Como você avalia a limpeza da Farmácia?
	313. Para você, como é o conforto da unidade onde retira os Remédios, considerando cadeiras/bancos, bebedouro, proteção do local contra chuva e sol?
	314. Qual a sua opinião sobre o atendimento realizado pela da Farmácia Pública do SUS onde retira os seus Remédios?

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica; CMS: Conselho Municipal de Saúde; CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica; PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; US: Unidade de Saúde.

Fonte: a autora.

### 3.1.1.2 Dados secundários – Indicadores socioeconômicos e informações municipais

Para o estudo de comparação dos indicadores da capacidade de gestão da AF com indicadores socioeconômicos e da força de trabalho da AF na APS, além das variáveis da PNAUM, foram selecionadas informações pertinentes de cada município da amostra, cujos resultados são apresentados por região do país. Os dados foram obtidos nos anos 2014 e 2015, a fim de considerar a relação temporal entre os indicadores e os resultados da PNAUM. Uma descrição detalhada das variáveis



socioeconômicas é apresentada a seguir.

### 3.1.1.2.1 Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

O IDSUS é um conjunto de indicadores que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes. Para avaliar o desempenho do sistema, a análise comparativa dos resultados do índice levou em consideração a existência de grupo de municípios com características similares (BRASIL, 2011).

Os chamados Grupos de Municípios Homogêneos (GH) são formados segundo as suas semelhanças por meio da utilização de três índices: o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE); o Índice de Condições de Saúde (ICS); e, o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM) (IDSUS, 2021).

Além disso, os municípios foram separados em dois subconjuntos que atendem ou não aos seguintes critérios: IESSM maior que 0,01; e, capacidade de realizar duas ou mais internações por dia. Estes dois subconjuntos foram submetidos à metodologia de Análise de Cluster pelo método K-means, para encontrar os GH de municípios passíveis de comparação. O resultado obtido foi a distribuição dos 5.563 municípios em seis grupos homogêneos (Quadro 2), de acordo com a classificação recebida nos índices (IDSE, ICS e IESSM) (IDSUS, 2021).

Quadro 2 – Grupos homogêneos de acordo com seus índices.

Grupo	IDSE	ICS	IESSM
6	baixo	baixo	sem estrutura MAC (*)
5	médio	médio	sem estrutura MAC
4	baixo	baixo	pouca estrutura MAC
3	médio	médio	pouca estrutura MAC
2	alto	médio	média estrutura MAC
1	alto	médio	muita estrutura MAC

(\*) Estrutura MAC (Média e Alta Complexidade) compreende a estrutura de alta e média complexidade ou estrutura de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, urgência/emergência.

Fonte: IDSUS (2021).

Todas as informações referentes ao método de análise e os resultados obtidos estão disponíveis no portal do MS acessado pelo endereço eletrônico <http://idsus.saude.gov.br>.

### 3.1.1.2.2 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

O IDHM é baseado na mensuração de aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais e utilizado para quantificar o desenvolvimento de determinada população. As três dimensões (longevidade, educação e renda) que compõem o IDHM são médias geométricas, resultando em um valor entre 0 e 1 (PNUD, 2016).

O IDHM apresenta a seguinte categorização: quando menor que 0,499, é considerado *Muito Baixo Desenvolvimento Humano*; entre 0,500 e 0,599, *Baixo*; entre 0,600 e 0,699, *Médio*; entre 0,700 e 0,799, *Alto*; e, *Muito Alto Nível de Desenvolvimento Humano* acima de 0,800. Quanto mais próximo de 1, maior é o nível de desenvolvimento humano (PNUD, 2016). A metodologia e demais informações quanto ao IDHM podem ser acessadas em <http://www.atlasbrasil.org.br>.

### 3.1.1.2.3 Porte populacional

O Porte Populacional refere-se ao agrupamento dos municípios de acordo com o número de habitantes. Para esse estudo, considerou-se a estratificação de municípios proposta por Calvo *et al.* (2016) para avaliação de desempenho em saúde, em que municípios de pequeno porte são aqueles que possuem população inferior a 25 mil habitantes (70,4% dos municípios brasileiros); médio porte, com população entre 25 mil e 50 mil habitantes (24,5%); e, grande porte, população superior a 100 mil habitantes (5,1%).

### 3.1.1.2.4 Produto Interno Bruto (PIB)

É a soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano. Ou seja, é a série econômica mais utilizada para representar a atividade econômica de um país (IBGE, 2011). Considerando que o PIB é um indicador de fluxo de novos bens e serviços produzidos durante um período, é expresso a preços correntes (IBGE, 2011).

#### 3.1.1.2.5 PIB per capita

É um indicador que auxilia o conhecimento sobre o grau de desenvolvimento de um país e consiste na divisão do coeficiente da renda nacional (produto nacional bruto subtraído dos gastos de depreciação do capital e os impostos indiretos) pela sua população. É possível medir a renda *per capita* com relação ao país, estado ou município (ROCHA, 1998).

#### 3.1.1.2.6 Número Absoluto de Unidades de Saúde Públicas (NºUS)

O NºUS de cada município da amostra, classificados por tipo de estabelecimento, foi coletado no banco de dados *online* disponível no portal do Departamento de Informática do MS, acessado pelo endereço eletrônico [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

### 3.1.2 Caracterização da amostra

Conforme mencionado anteriormente, considerou-se a amostra determinada para a PNAUM. Dos 600 municípios selecionados para a pesquisa nacional, foram analisados dados de 507 que participaram efetivamente e responderam os instrumentos de investigação. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra desse estudo.

Tabela 1 – Caracterização da amostra.

<b>Indicadores</b>	<b>Categorização/Faixa</b>		<b>n*</b>
<b>Região demográfica</b>		N	96
		NE	96
		CO	100
		SU	105
		S	110
	<b>Total</b>		<b>507</b>
<b>Estratos da PNAUM</b>		Capitais	25
		Municípios maiores	25
		Municípios menores	457
	<b>Total</b>		<b>507</b>
<b>Taxa US/10.000 habitantes</b>	1	Menos de 1 US/10.000	10
	2	De 1 a 2 US/10.000	54
	3	De 2 a 5 US/10.000	271
	4	De 5 a 10 US/10.000	146
	5	Mais que 10 US/10.000	26
	<b>Total</b>		<b>507</b>
<b>Porte Populacional</b>	Porte 1	Até 25 mil habitantes	353
	Porte 2	25 mil a 100 mil habitantes	88
	Porte 3	Acima de 100 mil habitantes	66
	<b>Total</b>		<b>507</b>
<b>PIB (Quartis)</b>	PIB 1	Até \$69.020	126
	PIB 2	\$69.020 – \$167.389	127
	PIB 3	\$167.389 – \$520.056	127
	PIB 4	Acima de \$520.056	127
	<b>Total</b>		<b>507</b>
<b>PIB per capita (Quartis)</b>	PIB per capita 1	Até \$9.100	126
	PIB per capita 2	\$9.101 - \$15.553	127
	PIB per capita 3	\$15.554 - \$23.033	127
	PIB per capita 4	Acima de \$23.033	127
	<b>Total</b>		<b>507</b>
<b>IDHM</b>	Muito baixo	De 0 a menor que 0,499	2
	Baixo	Entre 0,500 e 0,599	93
	Médio	Entre 0,600 e 0,699	199
	Alto	Entre 0,700 e 0,799	200
	Muito alto	Acima 0,800	13
	<b>Total</b>		<b>507</b>
<b>IDSUS</b>	Grupo Homogêneo 1	Alto IDSE	21
		Médio ICS	
	Grupo Homogêneo 2	Muita estrutura MAC no IESSM	27
		Alto IDSE	
		Médio ICS	
	Grupo Homogêneo 3	Média estrutura MAC no IESSM	54
		Médio IDSE	
	Grupo Homogêneo 4	Médio ICS	42
		Pouca estrutura MAC no IESSM	
		Baixo IDSE	
Grupo Homogêneo 5	Baixo ICS	197	
	Pouca estrutura MAC no IESSM		
	Médio IDSE		
		Médio ICS	
		Sem estrutura MAC no IESSM	

Indicadores	Categorização/Faixa	n*
	Baixo IDSE	
Grupo Homogêneo 6	Baixo ICS	166
	Sem estrutura MAC no IESSM	
	<b>Total</b>	<b>507</b>

\*Contagem não ponderada

Legenda: PIB: Produto Interno Bruto; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde; Estrutura MAC (Média e Alta Complexidade) entende-se a estrutura de alta e média complexidade ou estrutura de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, urgência/emergência. IDSE: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico; ICS: Índice de Condições de Saúde; IESSM: Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município.

Fonte: a autora.

### 3.1.3 Aplicação do PAGAF

Para aplicação do PAGAF (FARACO *et al.*, 2020a) os dados foram organizados no programa estatístico SPSS - *System Statistics* Versão 25 e os seguintes passos foram realizados para obtenção dos resultados.

#### 3.1.3.1 Recodificação e categorização das variáveis

Cada variável da PNAUM foi recodificada com código correspondente à fonte da PNAUM em seu banco original, considerando que cada ator entrevistado equivale a um banco de dados. Ou seja, as variáveis do banco do Coordenador da AF foram recodificadas com as iniciais AF e o número oriundo do instrumento de pesquisa, e assim sucessivamente para todas as variáveis. Em seguida, as variáveis foram agregadas em um único banco de dados utilizando como variável-chave o código dos municípios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011).

Com exceção das variáveis utilizadas no estudo da força de trabalho da AF na APS, as quais receberam pesos distintos ou permaneceram como no banco original, as demais foram categorizadas de acordo com os parâmetros do PAGAF, atribuindo a elas pesos e medidas equivalentes, considerando que, conforme sua natureza, podem ser categorizadas como qualitativas e quantitativas (ROUQUAYROL; GURGEL, 2017).

As variáveis socioeconômicas e informações municipais foram inseridas ao banco e categorizadas de acordo com seus parâmetros oficiais, com exceção do

IDHM. Devido ao tamanho da amostra, foi necessário categorizar a faixa oficial para adequar aos parâmetros do estudo, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Recategorização do IDHM.

Categorização oficial			Categorização para esse estudo	
IDHM	Muito baixo	De 0 a menor que 0,499	Muito baixo / Baixo	De 0 a menor que 0,550
	Baixo	Entre 0,500 e 0,599		
	Médio	Entre 0,600 e 0,699	Médio	Entre 0,550 e 0,699
	Alto	Entre 0,700 e 0,799	Alto / Muito alto	Entre 0,700 e acima de 0,80
	Muito alto	Acima 0,800		

Fonte: a autora.

Para os indicadores de renda, foram considerados os valores referentes aos quartis da amostra. Quanto à variável N<sup>o</sup>US, utilizou-se o número absoluto de unidades de saúde municipais, coletada em base de dados públicos.

### 3.1.3.2 Cálculo dos indicadores

Para o cálculo dos indicadores empregou-se a pontuação referente à escala de valores de referência para cada indicador (GUIMARÃES *et al.*, 2004; LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015) (Quadro 4).

Quadro 4 – Classificação dos indicadores.

Classificação segundo Natureza (Sub Dimensão)	Código	Pontuação por indicador <sup>a</sup>
Indicador de existência de condições normativas	IN	05
Indicador de existência de condições técnicas e operacionais	ITO	06
Indicador de autonomia	IA	10
Indicador de participação	IP	10
Indicador de existência de condições estratégicas	IE	07
Indicador de conhecimento	IC	08
Indicador de satisfação	IS	04

<sup>a</sup> Pontuação modelo de referência (GUIMARÃES *et al.*, 2004; LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015).

Fonte: a autora.

Considerado a organização do banco de dados, cada indicador recebeu um código distinto conforme classificação segundo sua natureza (Figura 4).

Figura 4 – Código Indicador.



Fonte: a autora.

Para o cálculo dos indicadores compostos por mais de uma variável, foram aplicados os critérios de valores (LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015) adotados pelo PAGAF, no qual define a porcentagem de pontos que deve ser atribuída para cada indicador de acordo com as respostas obtidas e a classificação do mesmo, conforme apresentado em exemplo no Quadro 5.

Quadro 5 – Exemplo de indicador composto por duas variáveis.

Indicador <sup>1</sup>	Fonte	Medida / Parâmetro	Pontos
11. Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda, segundo referido pelo coordenador da AF e prescritores.	Médico Coordenador da AF	Acima de 75% de respostas	4,00
		Entre 50 e 74%	2,00
		Abaixo de 50%	0,00

<sup>1</sup> Indicador composto pelas seguintes variáveis da PNAUM:

**Variável Médico Nº 35** – Como o (a) Sr.(a) considera a disponibilidade de medicamentos, nos últimos 3 meses, nesta unidade de saúde ou na farmácia pública de referência?

**Variável Coordenador da AF Nº 31** – A lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda em saúde do município/DF?

**Medida:** Número de prescritores e coordenadores da AF que consideram a quantidade adequada de medicamentos nas unidades para atendimento da demanda/total de informantes x 100.

**Parâmetro:** Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos; Entre 50 e 74% de respostas positivas: 50% dos pontos; Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua.

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica; US: Unidade de Saúde.

Fonte: Faraco (2016) e Faraco *et al.* (2020).

Para indicadores constituídos de uma variável apenas e/ou dicotômicas, atribuiu-se a pontuação conforme classificação do indicador (Quadro 6).

Quadro 6 – Exemplo de indicador constituído por uma variável.

Indicador <sup>1</sup>	Fonte	Medida / Parâmetro	Pontos
1. Existência da Coordenação da AF na SMS	Coordenador da AF	Sim	5,00
		Não	0,00

<sup>1</sup> Indicador composto pelas seguintes variáveis da PNAUM:

**Variável Coordenador da AF Nº 11** – A coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal/DF de Saúde?

**Medida:** Sim/ Não.

**Parâmetro:** Coordenação Instituída: 100% dos pontos; Não Instituída: não pontua.

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Faraco (2016) e Faraco *et al.* (2020).

Em seguida, foram agrupados os indicadores em sub dimensões e dimensões por meio do somatório dos pontos alcançados, obtendo-se assim o resultado do Indicador da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica (IndGAF) para cada município, como demonstrado no Quadro 7.

Quadro 7 – Pontuação dos indicadores.

Dimensão	Quantidade	Classificação segundo natureza	Pontuação por indicador <sup>1</sup>	Pontuação máxima por dimensão	Pontuação máxima IndGAF
<b>Organizacional</b>	3	Condições técnicas e operacionais	6	74 pontos	191 pontos
	3	Condições normativas	5		
	3	Condições estratégicas	7		
	1	Autonomia	10		
	1	Participação	10		
<b>Operacional</b>	6	Condições técnicas e operacionais	6	63 pontos	
	1	Condições normativas	5		
	2	Condições estratégicas	7		
	2	Satisfação	4		
<b>Sustentabilidade</b>	4	Condições estratégicas	7	54 pontos	
	1	Conhecimento	8		
	1	Participação	10		
	2	Satisfação	4		

Fonte: adaptado de Leite *et al.* (2015).

Para expressar os resultados, foram utilizadas as cores para representar a situação de cada município, empregando-se a escala de valores (GUIMARÃES *et al.*,



2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010) na pontuação do IndGAF, considerando como referência a sinalização de trânsito (Quadro 8).

Quadro 8 – Escala de valores e seu significado.

<b>Categoria</b>	<b>Situação</b>	<b>Faixa de pontuação</b>	<b>O que indica</b>
<b>Adequada</b>	Situação positiva, que deve ser mantida ou ultrapassada	Acima de 76% da pontuação máxima do indicador	Evidencia que a capacidade de gestão da AF pode ser considerada adequada naquele município.
<b>Aprimoramento</b>	Situação de cuidado	Entre 50 e 75% da pontuação máxima do indicador	Aponta que há avanços na situação encontrada, mas é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão da AF.
<b>Melhoria<sup>a</sup></b>	Situação de alerta	De 25 a 49% da pontuação máxima do indicador	Sinaliza que há problemas importantes na gestão e é preciso melhorar a capacidade de gestão da AF.
<b>Crítica</b>	Situação de perigo	Abaixo de 24% da pontuação máxima do indicador	Sugere que a situação encontrada é crítica e compromete a capacidade de gestão da AF, sinalizando as prioridades para a gestão.

<sup>a</sup> A nomenclatura dessa categoria foi alterada na apresentação dos resultados a partir do terceiro manuscrito, pois contactou-se que a substituição da terminologia de “Situação de Melhoria” para “Situação Insatisfatória” se adequava mais às premissas da categoria.

Fonte: adaptado de Manzini e Mendes (2015) e Leite *et al.* (2015).

Essa forma de apresentação dos resultados tem por objetivo proporcionar a compreensão das relações entre as variáveis e a sua relevância para o problema real que está sendo estudado (LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015).

### 3.1.4 Análise estatística e processamento dos dados

Análises estatísticas distintas foram empregadas para cada objetivo do estudo. A organização e processamento dos dados coletados pela PNAUM foram realizados através do software SPSS (IBM) versão 25, utilizando o conjunto de comandos CSPLAN, onde comandos e pesos amostrais foram aplicados para ajustar o desenho amostral por conglomerados, conforme descrito por Álvares *et al.* (2017).

#### 3.1.4.1 Análise do IndGAF e suas dimensões por região

Para análise do IndGAF e suas dimensões foram ponderados os métodos estatísticos descritivos e realizado o teste de qui-quadrado de Pearson, para determinar a relação entre os resultados obtidos e as regiões do país, expressos por meio de frequências para variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas foram aplicados testes de medida de tendência central por região geográfica do Brasil.

A partir dos resultados do IndGAF estimou-se a proporção de municípios que se encontram em situação adequada, aprimoramento, melhoria e crítica no contexto global e por região do país. Por fim, analisou-se os indicadores individualmente, a fim de determinar as principais fragilidades e potencialidades da gestão da AF municipal nas regiões brasileiras.

#### 3.1.4.2 Análise da força de trabalho

Para representar a densidade da força de trabalho farmacêutica na APS adotou-se como parâmetro a medida descrita nos relatórios da força de trabalho farmacêutica global da Federação Farmacêutica Internacional (IPF, 2012), em que a densidade é expressa como número de farmacêuticos por 10.000 habitantes, determinando-se assim a taxa de farmacêuticos para cada 10.000 habitantes (TFH) por Região do Brasil.

Métodos estatísticos descritivos foram ponderados para ajustar a distribuição demográfica da amostra da PNAUM à distribuição da população brasileira (ÁLVARES *et al.*, 2017), além de testes bivariáveis. O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para determinar a relação entre o número de farmacêuticos disponíveis, a relação de emprego, a carga de trabalho semanal, práticas farmacêuticas na APS e cada região do país.

As regressões de Poisson (RP) foram realizadas no software STATA versão 13 (StataCorp LP, *College Station*, Texas, EUA) utilizando o conjunto de comandos *svy* próprio para análises de amostras complexas. A variável foi dicotomizada em municípios com menos de 1 farmacêutico por 10.000 habitantes (TFH<1) e municípios

com um ou mais farmacêutico por 10.000 habitantes (TFH=>1), possibilitando melhor compreender a relação entre as variáveis estudadas. O nível de significância adotado foi de 5%.

#### 3.1.4.3 Análise da associação do IndGAF e indicadores socioeconômicos

Para comparar a capacidade de gestão da AF com o nível de desenvolvimento socioeconômico municipal, utilizou-se a RP através do software SPSS (IBM) versão 25, como método para análise dos dados. Além da comparação com os indicadores socioeconômicos, também foram analisadas as possíveis associações entre o IndGAF e a TFH, a fim de entender melhor a relação entre as variáveis.

### 3.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

Para atender ao objetivo que pretende compreender os condicionantes técnicos, políticos, sociais e contextuais que influenciam o desenvolvimento da capacidade de gestão da AF em três municípios brasileiros, a etapa qualitativa consistiu no estudo de casos múltiplos com objetivo exploratório e descritivo (STAKE, 2005).

Os casos selecionados versam sobre o desempenho da capacidade de gestão da AF na APS a partir dos resultados encontrados na etapa quantitativa desse estudo, aplicando-se o IndGAF na amostra de 507 municípios brasileiros selecionados pela PNAUM (ÁLVARES *et al.*, 2017).

#### 3.2.1 Participantes do estudo

Participaram do presente estudo os gestores/coordenadores da AF da APS de 3 municípios do Estado de Santa Catarina (SC). A seleção dos casos foi intencional e considerou os seguintes critérios:

- Desempenho no IndGAF: com o intuito de explorar a análise comparativa, considerando necessário inserir pelo menos um município com

resultados obtidos em cada umas das categorias do IndGAF (necessidade de aprimoramento; situação insatisfatória; e, situação crítica). Julgou-se a categoria “situação adequada” como não substancial para esse estudo, sendo que municípios com esse resultado foram desconsiderados;

- Município habilitado ou não no programa QUALIFAR-SUS<sup>3</sup> (BRASIL, 2012a; 2017; 2018): entende-se que municípios habilitados no programa que não receberam as parcelas de custeio subsequentes aos recursos de investimentos iniciais para estruturação da AF na AB, não executaram as atividades previstas e/ou deixaram de informá-las ao MS, apontando para possíveis falhas na gestão. Dentre os 159 municípios catarinenses cadastrados, 59 se caracterizam atualmente por irregularidades no recebimento dos repasses financeiros esperados entre os anos 2012 e 2019. Essa evidencia tornou pertinente o critério de seleção que elegeu municípios *habilitados no programa que não receberam as parcelas referentes ao custeio* e/ou municípios que *não se cadastraram no programa*, mesmo estando aptos para tal.

A adoção desses elementos para a seleção dos casos pauta-se na necessidade de discutir e entender os condicionantes que influenciam contextos semelhantes entre si, porém, com particularidades distintas que interferem na capacidade de gestão da AF desses municípios e conseqüentemente no acesso ao URM. Essa etapa do estudo permitiu aprofundar a investigação proposta por essa tese, considerando os achados das etapas anteriores.

Além disso, a escolha de mais de um caso não visou a replicação, mas a possibilidade comparativa, considerando que estudar os três casos e trabalhar os discursos possibilitou criar linhas de convergência e divergência sobre o material, sem a pretensão de avaliar a incidência dos fenômenos, mas justamente lançar luz sobre

---

<sup>3</sup> Os critérios para habilitação nos anos de 2012, 2013 e 2014 foram: municípios com até 100.000 habitantes, com população em situação de extrema pobreza e que constassem no Programa Brasil sem Miséria (BRASIL, 2012a; 2013; 2014). A partir de 2017, os critérios foram: municípios com até 500.000 habitantes e priorização daqueles com menor IDHM nas regiões e nos seis portes populacionais (BRASIL, 2017; 2018).

o contexto no qual ele se produziu (CARNEIRO, 2018).

Para a caracterização dos casos, dados secundários foram coletados em bases nacionais (IBGE e PNUD) e obtidos de fontes primárias, apresentados no Quadro 9. Optou-se por identificar os municípios com nomenclaturas específicas (M1, M2 e M3), a fim de garantir sigilo quanto à identidade dos participantes, assim como a confidencialidade das informações.

Quadro 9 – Caracterização dos casos.

Indicadores/Casos	M1	M2	M3	Fonte
Região	Norte-Nordeste Catarinense	Região Serrana de SC	Alto Vale do Itajaí	IBGE
Porte populacional	Médio (25 a 100)	Médio (25 a 100)	Pequeno (Até 25 mil habitantes)	
População estimada (2020)	53.746	11.273	4.186	
Atividade econômica predominante	Atividades portuária, pesca e turismo	Produção de hortifrutigranjeiros e turismo	Produção agrícola / agricultura familiar	
IndGAF	<b>Necessidade de aprimoramento</b>	<b>Situação insatisfatória</b>	<b>Situação crítica</b>	Faraco <i>et al.</i> (2020a)
QUALIFAR	Habilitado Não recebeu custeio em 2019/2020	Habilitado Não recebeu custeio em 2019 e recebeu a 2ª parcela em 2020	Não cadastrado / Não habilitado	Dados fornecidos pelo DAF/MS
TFH	0,235	0,904	2,528	Faraco <i>et al.</i> (2020b)
IDHM	Alto	Médio	Alto	PNUD (2016)
IDSUS	3	5	5	IDSUS (2021)

Legenda: DAF: Departamento de Assistência Farmacêutica; IndGAF: Indicador de Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde; MS: Ministério da Saúde; TFH: Taxa de farmacêuticos para 10.000 habitantes.

Fonte: a autora.

### 3.2.2 Desenho do estudo

Para acessar os municípios participantes, inicialmente apresentou-se a proposta de trabalho por meio de uma conferência *online*, ao grupo de farmacêuticos representantes das Regionais de Saúde do Estado de SC. A reunião ocorreu no dia 25 de junho de 2021 às 17 horas e contou com a presença de 38 profissionais.

Em seguida, foram contatados os coordenadores da AF dos municípios participantes por telefone e encaminhado uma carta-convite via e-mail (ANEXO A). Os participantes receberam um *link* com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura (ANEXO B). A coleta de dados ocorreu por meio do questionário estruturado, que permitiu a caracterização do perfil do coordenador da AF (Quadro 10).

Quadro 10 – Questionário estruturado.

<b>Coordenador da Assistência Farmacêutica (AF)</b>
Escolaridade: _____
Formação: _____
Qual seu vínculo empregatício com o município? <input type="checkbox"/> Servidor público <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Cargo comissionado
Há quanto tempo você atua nesta função (Gestor da AF)? <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos
Você recebeu algum tipo de capacitação para exercer esta função? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quantos profissionais farmacêuticos atuam na APS no seu município, além de você? _____ farmacêuticos
A sua equipe conta com auxiliar administrativo, auxiliar ou técnico de farmácia? <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ____ <input type="checkbox"/> Não
Você conhecia ou teve contato com a <b>PNAUM</b> ?
Você participou da PNAUM como respondente do seu município? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sobre o <b>QUALIFAR-SUS</b> , você conhecia o programa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Fonte: a autora.

Em seguida, foram conduzidas as entrevistas semiestruturadas individuais entre os meses de junho e julho de 2021 em única sessão, com duração aproximada de 45 minutos. Utilizou-se um roteiro para guiar a ordem das questões e realizadas por meio de videoconferência entre o pesquisador e os participantes do estudo

(Quadro 11). As entrevistas foram gravadas com posterior transcrição dos áudios para análise e categorização das narrativas.

Quanto ao roteiro, o entrevistador não deve tornar-se refém das perguntas elaboradas antecipadamente à coleta, principalmente porque uma das características da entrevista semiestruturada é a possibilidade de fazer outras perguntas na tentativa de compreender a informação dada ou mesmo a possibilidade de indagar questões momentâneas à entrevista, que parecem ter relevância para aquilo que está sendo estudado (TOLOI; MANZINI, 2013).

Quadro 11 – Roteiro para entrevistas.

<b>Coordenador da Assistência Farmacêutica (AF)</b>
<p>Prezado (a) participante,</p> <p><i>Antes de iniciar os questionamentos, gostaria de reforçar os objetivos da minha tese de doutorado, os propósitos da PNAUM e destacar os objetivos do projeto de pesquisa no qual esse estudo está inserido. Além disso, mencionar que o grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, do qual faço parte, caracteriza-se por desenvolver estudos sobre a qualificação dos serviços farmacêuticos e educação farmacêutica, desenvolvimento de tecnologias e processos e à avaliação e acompanhamento de políticas públicas.</i></p> <p>Diante dessa exposição inicial, questiono-lhe:</p> <p>Como você percebe a AF no âmbito da APS no seu município? Qual o objetivo principal da PNAF e AF municipal?</p> <p>Discorra sobre o perfil dos usuários, bem como dos gestores e da equipe multidisciplinar. Para esses atores, qual o objetivo da AF para cada um deles, na sua percepção?</p> <p>Você identifica a AF como parte de uma política pública?</p> <p>Discorra sobre a organização da gestão da AF no seu município. Como se dá a hierarquia? A gestão é compartilhada com as demais áreas?</p> <p>A AF do seu município desenvolve práticas com foco no cuidado integral?</p> <p>Existe autonomia na tomada de decisões? Existe autonomia decisiva da Coordenação da AF sobre recursos financeiros?</p> <p>Para você, a AF do seu município desenvolve parceiras/alianças (AF vs. ensino; outros setores (judiciário, por exemplo) e serviços; outras esferas (estadual e federal); outros municípios)? Discorra.</p> <p>Você poderia elencar inovações/evoluções que tenham ocorrido no seu município (referente à estrutura, práticas, cultura, ambiente, tecnologia ou a processos) e que tenham contribuído para a instituição da AF como política?</p> <p>Você percebe fragilidades relacionadas ao contexto [componentes técnicos - gestor farmacêutico; CFT e padronização de listas de medicamentos essenciais; estruturação dos SF; sistemas informatizados; logística, gerenciamento de AF nas unidades de saúde; integração entre farmacêutico e equipe de saúde; governança intersetorial; participação dos gestores da AF nos CMS]</p>

que impactam na gestão da AF do seu município?

Dentre os seguintes elementos (gestão, processo, estrutura, tecnologia, força de trabalho, cultura e meio ambiente - financiamento, regulamentação, partes interessadas), qual representa maior desafio de enfrentamento?

Você consideraria que todas as fragilidades da AF municipal poderiam ser sanadas com recursos financeiros?

No seu entendimento, a AF está inserida no ambiente político? Sabe se que o acesso a medicamentos é um projeto de governo, por exemplo?

Você evidencia a AF na pauta política, ou seja, o farmacêutico está inserido nos cenários que geram pautas ou demandas? Qual seu entendimento sobre isso?

Sobre a PNAUM, como referenciado anteriormente, o seu município fez parte da amostra da pesquisa, conforme informado (citar a resposta do respondente no questionário que referiu conhecer ou não a pesquisa). Diante disso, você tem conhecimento de como era organizada a AF na época da pesquisa (2014/2015)? Você acredita que houve alguma evolução da organização da gestão da AF daquela época para os dias de hoje?

Quanto à formação para gestão, você considera esse ponto uma fragilidade ou um ponto forte entre os gestores do seu município, especialmente no que se refere à gestão da AF? Há incentivo (não apenas financeiro) para capacitação e aprimoramento da gestão no município?

O seu município está habilitado no QUALIFAR-SUS? Discorra.

Se não, porque não foi realizado o cadastro, considerando que o mesmo atende aos requisitos do programa?

Quais as dificuldades e enfrentamentos que você encontra para conseguir operacionalizar a habilitação/manutenção do município no programa QUALIFAR-SUS? Explique um pouco mais sobre esse contexto e aponte as dificuldades.

Fonte: a autora.

Para auxiliar na condução da entrevista, foram compilados os resultados obtidos na fase quantitativa relativos ao IndGAF e a pontuação alcançada nos indicadores referentes ao coordenador da AF do PAGAF (FARACO *et al.*, 2020a), bem como inseridos os dados pertinentes à situação do município no programa QUALIFAR-SUS, constituindo o cenário de gestão da AF dos três municípios que compõem o estudo de casos múltiplos (Quadro 12).



Quadro 14 – Cenário da gestão da AF nos municípios participantes.

Município		M1	M2	M3	
Situação QUALIFAR-SUS		Habilitado	Habilitado	Não realizou cadastro	
*Recursos não captados pelo município em 2019		R\$ 24.000,00	R\$ 24.000,00	R\$ 24.000,00	
*Recursos não captados pelo município em 2020		R\$ 24.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 24.000,00	
IndGAF		<b>Necessidade de aprimoramento</b>	<b>Situação insatisfatória</b>	<b>Situação crítica</b>	
Dimensão organizacional		19 pontos	24 pontos	17,5 pontos	
Dimensão operacional		51,25 pontos	16 pontos	7 pontos	
Dimensão sustentabilidade		26,5 pontos	24 pontos	7 pontos	
<b>Pontuação alcançada em cada indicador que compõe o IndGAF</b>					
<b>Dados do Coordenador da AF</b>					
Código	Indicador	Pontuação máxima	Pontuação alcançada M1	Pontuação alcançada M2	Pontuação alcançada M3
IN1	Existência da Coordenação da AF na SMS	5	5	0	0
IN2	Existência formal da CFT na SMS	5	3,75	0	0
IN3	Regularidade de funcionamento da CFT no último ano	5	0	0	0
IE1	Profissão do coordenador da AF	7	7	7	7
IE2	Definição dos parâmetros de programação de medicamentos	7	3,5	0	3,5
IE3	Existência da AF no Plano Municipal de Saúde	7	7	7	7
ITO3	Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde	6	3	0	0
IP1	Participação da Coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS)	10	10	0	0

<b>Código</b>	<b>Indicador</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Pontuação alcançada M1</b>	<b>Pontuação alcançada M2</b>	<b>Pontuação alcançada M3</b>
<b>IA1</b>	Autonomia decisiva da Coordenação de AF sobre recursos financeiros	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>
<b>ITO4</b>	Existência da REMUME	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
<b>ITO8</b>	Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ITO9</b>	Dispensação de medicamentos realizada por meio de sistema informatizado	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>IN4</b>	Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>IE4</b>	Existência de investimentos em infraestrutura no último ano em serviços de AF	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>IE5</b>	US que contam com a presença de farmacêutico	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>IE8</b>	Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins.	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>IE9</b>	Vínculo trabalhista do coordenador da AF	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>IE10</b>	Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>
<b>IP2</b>	Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>

\* Nos recursos de custeio não captados devido ao não cadastramento no programa não foram considerados os valores atribuídos ao investimento de habilitação (inicial).

Legenda: AF, Assistência Farmacêutica; CFT, Comissão de Farmácia e Terapêutica; SMS, Secretaria Municipal de Saúde; POP, Procedimento Operacional Padrão; US, Unidade de Saúde.

Fonte: a autora.

Posterior a essa etapa realizou-se a análise documental a partir de documentos compartilhados publicamente pelos municípios, como: Legislações Municipais (D1), Lei Orgânica (D2), Plano Municipal de Saúde (PMS) (D3), Plano de Governo Municipal (PGM) (D4) e conteúdos disponíveis em redes sociais e site oficiais (D5).

Considera-se que a combinação de dados sob a perspectiva convergente e complementar auxilia na superação de vieses por conta de abordagens singulares, amplia a consistência dos resultados e maximiza a quantidade de informações e sua interação, fornecendo melhores possibilidades analíticas (PARANHOS *et al.*, 2016).

### **3.2.3 Organização dos dados e análise dos conteúdos**

Os dados referentes às fontes secundárias e análise documental foram tabulados e consolidados em base de dados única no software Excel®, onde ocorreu também a análise dos mesmos. Na análise do material, busca-se classifica-los em temas e categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Utilizou-se a abordagem básica dedutiva, verificatória, enumerativa e objetiva para a análise de conteúdo, em que se deu a unitarização do conteúdo em unidades de análise e posterior classificação das unidades em categorias. Nesta abordagem, as categorias são fornecidas ou estabelecidas a priori, seja a partir da teoria, dos objetivos ou das questões de pesquisa (BARDIN, 1977; MORAES, 1999; SILVA; FOSSÁ, 2015). Desse modo, as unidades de análise foram categorizadas em unidade de contexto utilizando os componentes sociais e técnicos da AF municipal, conforme modelo do SST proposto por Bernardo *et al.* (2021).

A avaliação sociotécnica fornece uma estrutura sistêmica para analisar uma variedade de sistemas complexos, problemas e eventos como uma alternativa flexível que possibilita ser aplicado em diferentes domínios. Esta metodologia fornece uma estrutura para analisar as ligações e relacionamentos entre os diferentes aspectos sociais e técnicos, possibilitando a compreensão dos sistemas existentes (DAVIS *et al.*, 2014).

Sustentou-se a análise qualitativa na teoria de sistemas sociotécnicos (TRIST; BAMFORTH, 1951; MILLER, 1953; LEAVITT, 1965; MILLER; RICE, 1967; CLEGG, 2000; DAVIS *et al.*, 2014), no sentido de promover a compreensão do contexto político-sócio-econômico e cultural; e, a sua influência no desenvolvimento da capacidade de gestão da AF, considerando a complexidade que permeia as diferentes realidades.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa atende às Diretrizes e Normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Tal Resolução reúne sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) para certificar os direitos e deveres que proferem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1998).

Ainda, o presente estudo é complementar e está amparado na pesquisa do MS, PNAUM, aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, conforme Parecer nº 633.253 sob CAAE nº 18947013.6.0000.0008 (ANEXO C).

Essa pesquisa também faz parte de um projeto denominado “Apoio à estruturação da gestão da Assistência Farmacêutica em municípios catarinenses com baixo IDHM: proposta de aplicação e avaliação de resultados”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, conforme parecer nº 4.735.457 sob CAAE 39236520.6.0000.0121 (ANEXO D). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após o recebimento de informações sobre o estudo. Os municípios não foram identificados pelo nome para evitar a identificação de participantes individuais, que foram indicados por título profissional e cargo.

## 3.4 RESUMO DA ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Quadro 13 – Resumo da estratégia metodológica.

Tema	Capacidade de gestão da AF na APS	
Objetivo geral	Avaliar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros.	
Tese inicial	A AF na APS do SUS é um sistema complexo e dinâmico que atenderá as necessidades da sociedade se apresentar como resultado a prestação de um serviço de saúde integrado, em que a gestão é um componente fundamental e influenciada por condicionantes sociais, econômicos, ambientais e culturais, oferta de força de trabalho e qualificação profissional.	
Perguntas	Existe relação entre os resultados da gestão da AF com o nível de desenvolvimento socioeconômico do município? Quais são os aspectos operacionais, organizacionais e políticos da gestão da AF que impactam no desenvolvimento socioeconômico dos municípios brasileiros? Há relação entre a força de trabalho farmacêutica e os fatores socioeconômicos dos municípios brasileiros?	A distribuição da força de trabalho exerce influência sobre a capacidade de gestão da AF na APS? A AF municipal é influenciada pelo contexto em que está inserida?
Objetivos específicos	Caracterizar os diferentes padrões de desenvolvimento da capacidade de gestão da AF; Identificar a relação da capacidade de gestão da AF na APS com indicadores sociais e econômicos nos municípios brasileiros; Analisar a força de trabalho farmacêutica na APS no Brasil;	Compreender os condicionantes técnicos, políticos, sociais e contextuais que influenciam o desenvolvimento da capacidade de gestão da AF em três municípios brasileiros.
Método	Quantitativo	Qualitativo
Desenho	Estudo exploratório, de natureza avaliativo com delineamento transversal.	Estudo de casos múltiplos, exploratório e descritivo
Contexto do estudo	APS	
Amostra e amostragem	Por conveniência	Por conveniência
Participantes do estudo	Coordenadores da AF, responsáveis pela dispensação de medicamentos, usuários, médicos e dados coletados da observação direta	Coordenadores / Gestores da AF
Variáveis / Conceitos	PNAUM e Socioeconômicos	Categorias e subcategorias emergentes das narrativas
Instrumentos de coleta	Entrevista por meio de questionário estruturado para cada população de estudo e dados secundários	Questionário estruturado <i>online</i> e entrevista semiestruturada com perguntas abertas
Processamento e análise dos dados	Estatística descritiva e inferencial	Análise dos conteúdos e categorização das narrativas
Aspectos éticos	CAAE nº 18947013.6.0000.0008 CAAE nº 39236520.6.0000.0121	

Fonte: a autora.

## 4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados dessa tese de doutorado está organizada no formato de manuscritos/artigos elaborados para submissão em revistas científicas. Foram elaborados quatro manuscritos, intitulados:

- a) Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros (*submetido*);
- b) A força de trabalho da farmácia em centros públicos de Atenção Primária à Saúde: promovendo o acesso e a informação sobre medicamentos (*artigo publicado*);
- c) Indicadores socioeconômicos e a capacidade de gestão de uma política pública de saúde (*submetido*);
- d) Capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica em três municípios catarinenses: da normatização ao desenvolvimento de um sistema (*em processo de submissão*).

O primeiro manuscrito cumpre o objetivo de identificar os diferentes padrões de desenvolvimento da capacidade de gestão da AF dos municípios brasileiros. Considerando a forte demanda por estudos sobre a força de trabalho em saúde, tema cada vez mais discutido no contexto global, optou-se por aprofundar a pesquisa sobre a força de trabalho da AF na APS no Brasil utilizando os dados da PNAUM. A partir da variável referente ao *número absoluto de farmacêuticos atuando em APS no município*, foi possível calcular a TFH e correlacionar com os fatores condicionantes: acesso e informações sobre o uso de medicamentos. Dessa forma, é apresentado versão em português do artigo publicado no subcapítulo 4.2. Ainda, consoante à metodologia e objetivos propostos, o terceiro manuscrito apresenta a comparação entre a capacidade de gestão da AF e os indicadores socioeconômicos. Já o quarto manuscrito apresenta o desfecho da pesquisa por meio de um estudo de casos múltiplos e apresenta a análise do sistema da AF como um SST.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> **Nota Explicativa:** Conforme informado na Nota de Rodapé Nº 4 (página 55), é importante destacar novamente que nos primeiros produtos dessa tese a nomenclatura referente às categorias de resultado do IndGAF seguem conforme referencial

#### 4.1 MANUSCRITO 1: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

**Manuscript – ID CADSC – 2020 - 0295 (ANEXO E)** – Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros.

**Periódico:** Cadernos de Saúde Coletiva

**Submetido em:** 26 de junho de 2020

Emília Baierle Faraco. Discente, em nível de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Farmácia / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

Marina M. M. Rover. Doutora em Farmácia pelo Programa de Pós-graduação em Farmácia / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

Silvana Nair Leite. Orientadora. Doutora em Farmácia. Professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas e Programa de Pós-graduação em Farmácia / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

**Autora correspondente:**

Emília Baierle Faraco

Programa de Pós-graduação em Farmácia (PGFAR/UFSC)

Campus Reitor João David Ferreira Lima.

Bairro Trindade, Florianópolis (SC), Brasil - CEP 88040-900

E-mail: emiliabaierle@gmail.com

---

teórico adotado (LEITE *et al.*, 2015; MANZINI; MENDES, 2015). Já no terceiro e quarto manuscrito, optou-se por alterar a nomenclatura da categoria “Necessidade de melhoria” por “Situação insatisfatória”, considerando que a nova terminologia facilita a compreensão do leitor e corrobora para a distinção dos resultados.

## RESUMO

Tem-se como objetivo avaliar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica dos municípios brasileiros na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo, transversal, com 600 municípios brasileiros representativos das regiões do Brasil, selecionados a partir de uma amostra por conveniência para uma pesquisa nacional. Aplicou-se aos dados obtidos pela pesquisa um protocolo de avaliação. A pontuação média obtida pelos municípios no Indicador da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica no Brasil foi de 79 pontos (IC95% [76,71; 82,61]) de um total de 191 pontos atribuídos no protocolo avaliativo. A pontuação máxima obtida nas dimensões do modelo avaliativo foi de 34 pontos (operacional); 28 pontos (sustentabilidade); e, 17 pontos (organizacional). Considerando as categorias do modelo utilizado, 57% dos municípios apresentam necessidade de melhoria e apenas 2% dos municípios encontram-se em situação adequada. Os municípios brasileiros demonstram melhores resultados quanto à operacionalização e sustentabilidade da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica nas regiões Sul e Sudeste, porém em todas as regiões foram observadas importantes fragilidades pertinentes aos aspectos organizacionais. Os resultados apontam para as especificidades de cada região brasileira e sugerem necessidade de melhoria na gestão, bem como maior reconhecimento da Assistência Farmacêutica na gestão municipal.

**Palavras-Chave:** Avaliação em saúde. Gestão em saúde. Assistência Farmacêutica.

## ABSTRACT

This study aims to evaluate the Pharmaceutical Service management capacity of Brazilian municipalities in Primary Health Care. This is a quantitative, cross-sectional study with 600 Brazilian municipalities representative of the regions of Brazil, selected from a sample by convenience for national research. An evaluation protocol was applied to the data obtained by the research. The average score obtained by the municipalities in the Pharmaceutical Service Management Capacity Indicator in Brazil was 79 points (95% CI [76.71; 82.61]) out of a total of 191 points attributed to the protocol. The maximum score obtained in the dimensions of the evaluation model was 34 points (operational); 28 points (sustainability); and, 17 points (organizational). Considering the categories of the model used, 57% of the municipalities need improvement, and only 2% of the municipalities are in a good situation. Brazilian municipalities demonstrate better results regarding the operationalization and sustainability of the Pharmaceutical Service management capacity in the South and Southeast regions. However, in all regions, important weaknesses regarding organizational aspects were observed. The results point to the specificities of each Brazilian region and suggest the need for improvement in management and greater recognition of the Pharmaceutical Service in municipal management.

**Keywords:** Health assessment. Health management. Pharmaceutical assistance.



## INTRODUÇÃO

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégia essencial para alcance de melhores resultados em saúde. Estudos confirmam que os sistemas de saúde baseados em APS têm maior equidade socioeconômica, custos mais baixos, melhores indicadores de saúde e maior satisfação dos pacientes (GROENEWEGEN *et al.*, 2013; EIDE *et al.*, 2017; VAN WEEL; KIDD, 2018). No entanto, apesar dos fortes investimentos em APS, na última década grande parte do financiamento que levou a transformações de sistemas de saúde está ameaçada (BAZEMORE *et al.*, 2018; BEKKER *et al.*, 2018).

No Brasil a situação não é diferente e, apesar dos avanços dos últimos 20 anos, tanto em relação à promoção e atenção à saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica (AF) (BRASIL, 2004; 2016), o estabelecimento de tetos de gastos em saúde impactará de forma significativa a garantia e ampliação do acesso (PONNET *et al.*, 2019).

No Brasil a população tem acesso aos medicamentos na maior parte dos 44.000 centros de saúde, ainda que enfrente algum desabastecimento (ÁLVARES *et al.*, 2017a;b). Segundo estudos de 2016 e 2017, havia uma alta prevalência do acesso total aos medicamentos no país: mais de 90% do acesso total (incluindo público e privado) (OLIVEIRA *et al.*, 2016; BARROS *et al.*, 2017) e cerca de metade de todos os medicamentos prescritos para doenças crônicas, em 2014, foram acessados em unidades de Atenção Básica (AB) (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Além disso, na última década o Ministério da Saúde (MS) proveu uma série de medidas de incentivo para o desenvolvimento da AF, as quais refletiram também na ampliação da contratação de farmacêuticos (CARVALHO *et al.*, 2017). Cabe destacar que entre 2010 e 2016 a AF foi responsável por cerca de 16% do orçamento do MS e contou com aproximadamente 1,4 bilhão em recursos próprios investidos pelos municípios (VIEIRA, 2018), os quais são responsáveis pela gestão dos recursos próprios somados aos recursos repassados pelos Estados e União, devido à descentralização da AF.

Entretanto, apesar dos avanços, persistem ainda no país fragilidades no

desenvolvimento da AF (ÁLVARES *et al.*, 2017), fortemente relacionadas à gestão (PAIM; TEIXEIRA, 2007; ROVER *et al.*, 2016; GERLACK *et al.*, 2017). Os problemas de gestão dos serviços públicos de saúde e as especificidades regionais do Brasil resultam em desigualdades sociais e de acesso à saúde, destacando a necessidade imperativa de “profissionalização da gestão dos sistemas de saúde” (PAIM; TEIXEIRA, 2007; WHO, 2007; BRADLEY; TAYLOR; CUELLAR, 2015).

Neste contexto, há necessidade de desenvolvimento constante da capacidade de gestão da AF visando o atendimento das prerrogativas do SUS, como a universalidade e integralidade do acesso aos medicamentos e a sustentabilidade do sistema. Capacidade de gestão é entendida como “a capacidade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão” (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

Barreto e Guimarães (2010), baseadas no referencial de Carlos Matus Romo, sustentam que gestão é um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados. A partir de tais conceitos, avaliações da capacidade de gestão da AF foram desenvolvidas no nível municipal e estadual (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; ROVER *et al.*, 2017; MARTINS, 2018) numa perspectiva abrangente, para além de sua ótica de processos técnicos e logísticos.

A pressão sofrida pelos municípios com as demandas por serviços de saúde, agravadas com a pandemia de Covid-19 e com políticas de austeridade e (des)financiamento da atenção primária, evidenciam a necessidade de avaliar a capacidade de gestão da AF na APS e priorizar as estratégias relevantes para cada realidade do país. Contudo, pesquisas com esta temática e abrangência ainda são escassas devido às dificuldades em operacionalizar estudos nacionais, principalmente em função da dimensão geográfica e estrutura organizacional (5570 municípios) (IBGE, 2016).

Estudos avaliativos são fundamentais para melhorar o desempenho da gestão pública (MARRA, 2018), e sua institucionalização torna-se uma prioridade para a melhoria da qualidade das tomadas de decisão (RUGER; REIFF, 2016) e para a compreensão das razões pelas quais alguns programas funcionam, enquanto outros não (THE LANCET, 2010). Entretanto, os custos e restrições para a realização de

avaliações do mundo real (BAMBERGER; RUGH; MABRY, 2006) e o contexto brasileiro exigem metodologias que possibilitem uma leitura comparativa e aplicável para realidades diferentes. Com a finalidade de traçar um panorama da AF no país, o MS instituiu a Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção Racional de Medicamentos (PNAUM) (BRASIL, 2012a), sendo a primeira pesquisa de abrangência nacional para avaliar a AF em diferentes aspectos.

Tendo em vista a riqueza dos dados coletados pela pesquisa e considerando a complexidade e custo das avaliações, Faraco *et al.* (2020) adaptaram um protocolo de avaliação da gestão da AF na AB (LEITE *et al.*, 2015) para aplicação dos dados da PNAUM, possibilitando uma avaliação por indicadores e parâmetros definidos, de abrangência nacional. Este estudo, que integra a PNAUM, tem por objetivo apresentar o resultado da avaliação da capacidade de gestão da AF dos municípios brasileiros na APS visando identificar os diferentes padrões de desenvolvimento, suas fragilidades e fortalezas na gestão municipal.

## **MÉTODO**

O presente estudo apresenta os resultados obtidos pela aplicação do Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF na APS (PAGAF) desenvolvido por Faraco *et al.* (2020), o qual adaptaram um protocolo de avaliação da gestão da AF na AB (GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015) para aplicação nos dados coletados pela PNAUM (Componente Serviços) (ÁLVARES *et al.*, 2017).

A PNAUM, instituída pela Portaria do MS nº 2.077 de 17 de setembro de 2012, foi um estudo transversal, exploratório, composto por um levantamento de dados primários numa amostra representativa de serviços de APS, em 600 municípios de todas regiões do Brasil (BRASIL, 2012a). A coleta de dados envolveu entrevistas presenciais com 1.800 usuários, 1.558 médicos e 1.139 responsáveis pela entrega dos medicamentos, além de observação em 1.175 unidades/instalações dos Serviços Farmacêuticos (SF) e entrevistas telefônicas com 507 responsáveis municipais pela AF. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014, como detalhado por

Álvares *et al.* (2017).

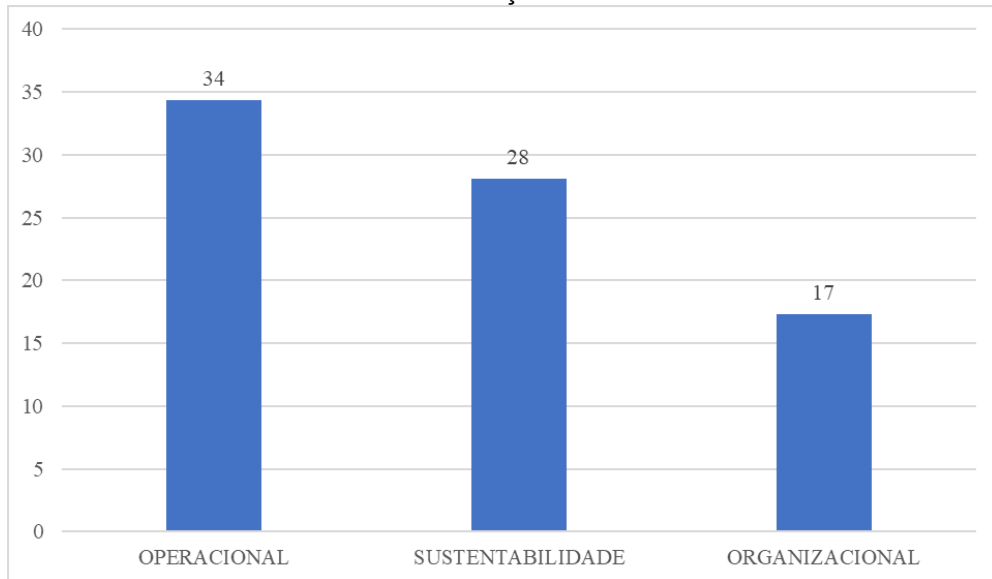
O PAGAF é composto por 30 indicadores divididos em três dimensões (organizacional, operacional e de sustentabilidade) (FARACO *et al.*, 2020). Para aplicação do PAGAF, os dados foram organizados no programa estatístico SPSS – versão 25. Os métodos estatísticos descritivos foram ponderados, seguidos pelo teste de qui-quadrado de Pearson para determinar a relação entre os resultados obtidos e as regiões do país, expressos por meio de frequências para variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas, foram aplicados testes de medida de tendência central por região geográfica do Brasil.

Após o cálculo dos indicadores, obteve-se o resultado por dimensão. A partir do somatório das três dimensões calculou-se o “Indicador da Capacidade de Gestão da AF (IndGAF)” para cada município, cujo resultado foi expresso pela média alcançada do IndGAF em cada região do país. Além disso, verificou-se a proporção de municípios que se encontravam em situação adequada, necessidade de aprimoramento, necessidade de melhoria ou situação crítica (LEITE *et al.*, 2015) no Brasil e nas suas regiões. Por fim, analisou-se cada indicador individualmente a fim de determinar aqueles em situação adequada ou em situação mais crítica em cada região do país.

## **RESULTADOS**

A Figura 1 apresenta o resultado da capacidade de gestão da AF na APS nos municípios brasileiros considerando as dimensões do PAGAF. Conforme observado, a média da pontuação obtida pelos municípios não alcançou, em nenhuma das três dimensões, resultados satisfatórios considerando os parâmetros definidos para esta avaliação.

Figura 1 – Resultado da capacidade de gestão da AF na APS por dimensão do protocolo de avaliação. <sup>a</sup>



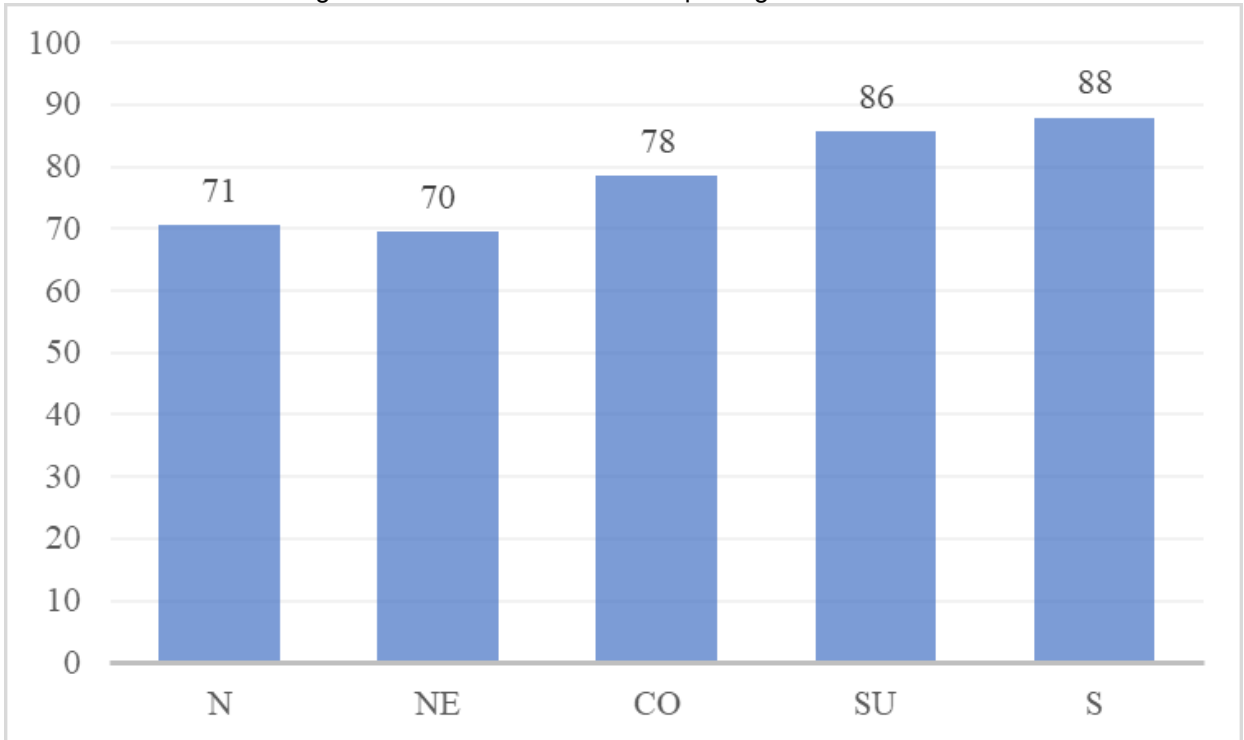
Legenda: <sup>a</sup> Protocolo de avaliação da capacidade de gestão da AF de Faraco *et al.* (2020b).

Nota: Pontuação máxima de cada Dimensão – Operacional: 63 pontos; Sustentabilidade: 54 pontos; Organizacional: 74 pontos.

Fonte: a autora.

Por meio do somatório das dimensões obteve-se o IndGAF, para o qual a pontuação média obtida no Brasil foi de 79 (IC95% [76,71; 82,61]) pontos de um total de 191 pontos. O resultado do IndGAF por região é apresentado na Figura 2. Observa-se que as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores pontuações, enquanto as regiões Sul e Sudeste revelam os melhores resultados de IndGAF.

Figura 2 – Resultado do IndGAF por região do Brasil.

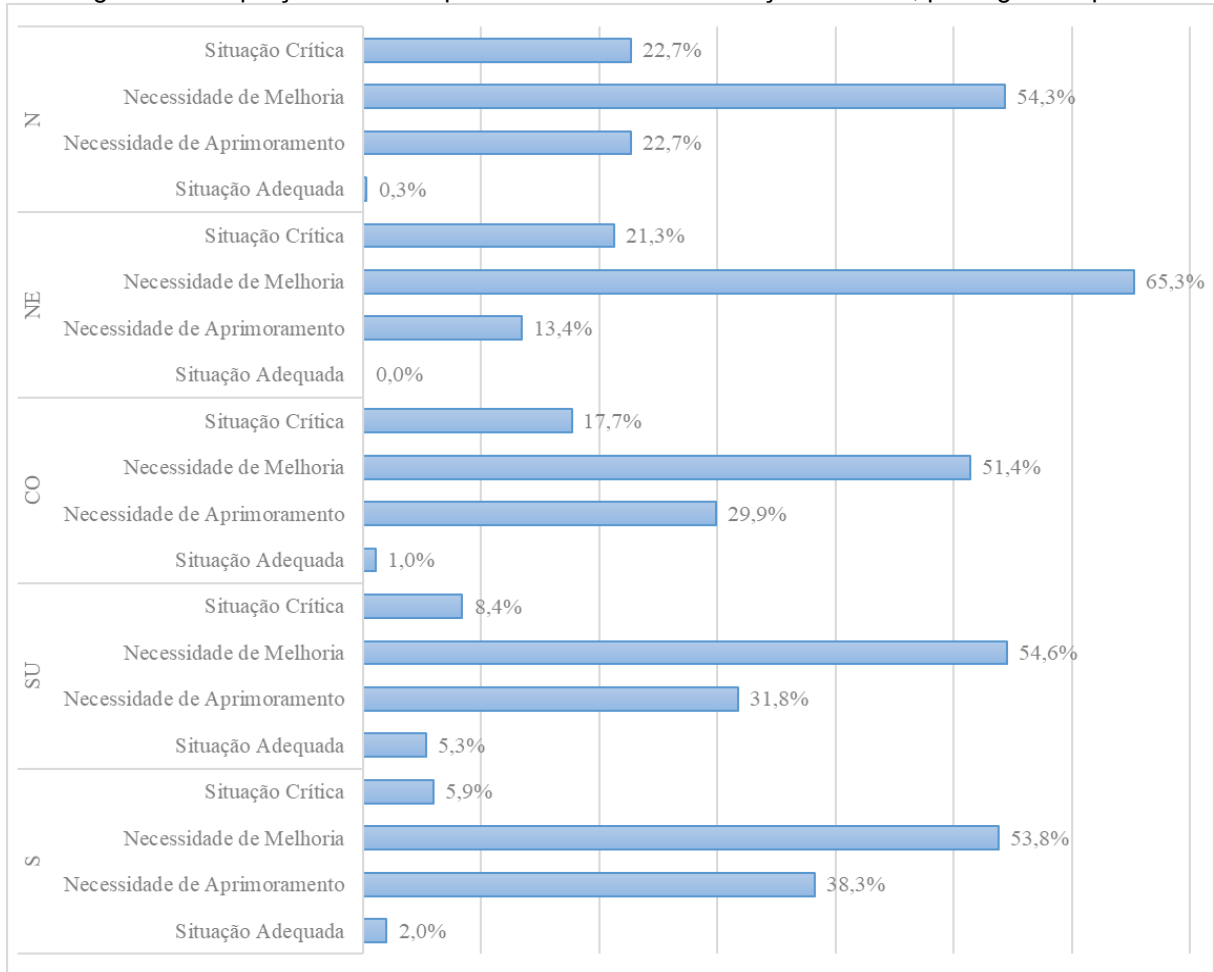


Legenda: N (IC95% [64,71;76,29]); NE (IC95% [64,00;75,14]); CO (IC95% [72,41;84,49]); SU (IC95% [79,37;92,00]); S (IC95% [82,46;93,47]).

Fonte: a autora.

Quanto ao percentual de municípios de acordo com a situação avaliada (pontuação categorizada segundo os critérios de valor utilizados) (LEITE *et al.*, 2015), evidencia-se que 57% dos municípios apresentavam-se em situação de alerta (necessidade de melhoria) e apenas 2% dos municípios em situação adequada. Ainda, com relação à proporção de municípios em diferentes situações de desenvolvimento da capacidade de gestão da AF nas regiões do Brasil, observou-se o predomínio da necessidade de melhoria em todas as regiões, destacando-se a região Norte, onde 22,7% dos municípios se encontravam em situação crítica e a região Nordeste, com nenhum município em situação adequada segundo o modelo de avaliação (Figura 3).

Figura 3 – Proporção de municípios de acordo com a situação avaliada, por região do país.



Fonte: a autora.

Considerando a relevância, os indicadores classificados na categoria “Situação Crítica” foram analisados individualmente pois comprometem a capacidade de gestão da AF e sinalizam prioridades para a gestão. O Quadro 1 apresenta os indicadores com maior proporção de municípios (%) com pontuação em situação crítica, por região do país.

Na análise por regiões do país destaca-se que 94% dos municípios não contam com Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). A formalização da CFT na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (mediante portaria ou com nomeação de membros) ocorre apenas em 3% (IC95% [1,9; 6]), sendo que em 2% (IC95% [1,3; 4,7]) há existência da CFT, porém não de forma oficial. Além disso, em mais de 50% dos municípios pesquisados nas regiões Centro-Oeste (61%), Norte (60%) e Sul (56%) não há regularidade de funcionamento da CFT.

Quadro 1 – Indicadores em *situação crítica* nas regiões do país.

Indicador	N (%)	NE (%)	CO (%)	SU (%)	S (%)	Brasil (%)
Existência formal da CFT na SMS	5,2	6,9	8,3	3,6	7	5,9
Participação da coordenação da AF nas decisões sobre programas e atividades	34,5	24,9	30,9	22,5	31,5	26,9
Lista de medicamentos padronizados atende às necessidades dos usuários, segundo os prescritores	27	12,2	15,2	34,1	33,3	25,6
Disponibilidade de medicamentos	13,2	17,9	14,6	19,6	15,6	17,2
Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde	30,8	25,6	36,9	32,6	33,9	31,2
Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins	10,4	11,60	14,8	13,5	9,5	11,9
Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	43,1	31,9	41,1	42,5	45	40,1

% = proporção de municípios com pontuação adequada no indicador

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica; CFT: Comissão de Farmácia e Terapia; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; US: Unidade de Saúde.

Fonte: a autora.

O indicador que investigou a participação da Coordenação da AF nas discussões e decisões sobre programas e atividades de saúde no município, ou seja, se o coordenador da AF participa do planejamento das ações das diferentes áreas técnicas demonstra que em todas as regiões do país os municípios obtiveram baixa pontuação, com destaque para a região Sudeste com 77% (IC95% [1,3; 4,7]) dos municípios em situação crítica nesse indicador.

Constatou-se que, em todas as regiões, os prescritores consideram que a lista de medicamentos padronizados no município não atende às necessidades dos usuários. Ainda, referente ao indicador que mede a disponibilidade de medicamentos padronizados nos municípios, observou-se a ausência de pelo menos um medicamento padronizado nas Unidades de Saúde (US) em todas as regiões, com destaque para a região Norte (87% dos municípios).

Com relação à participação e discussão da AF junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), em 69% dos municípios essas atividades não são realizadas. Ou seja, o CMS não delibera nem discute sobre as questões concernentes à AF na maioria dos municípios, principalmente na região Nordeste.

Outro indicador que apresenta baixa pontuação em todas as regiões do país



refere-se à capacitação dos profissionais farmacêuticos. Em 88% dos municípios os farmacêuticos informaram que nenhum tipo de qualificação ou capacitação em AF foi ofertada, sendo a região Sul com a maior proporção (90%) de municípios em situação crítica nesse indicador.

Também, em 60% (IC95% [54,2; 65,3]) dos municípios não existia nenhum mecanismo oficial para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos.

Quanto ao investimento na estruturação da AF, evidencia-se que as regiões Norte (66%), Centro-Oeste (54%) e Sudeste (68%) apresentavam-se em situação crítica, pois segundo os coordenadores da AF dos municípios não houve investimento no último ano.

O indicador referente a existência de medicamentos fora do prazo de validade no estoque demonstrou que em 56% (IC95% [48,1; 63,3]) dos municípios pelo menos um medicamento disponibilizado nas US para a dispensação encontrava-se vencido, com destaque para a região Nordeste (81%).

Apesar do cenário observado até aqui, notam-se resultados adequados em todas as regiões, com destaque aos indicadores apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Indicadores em *situação adequada* nas regiões do país.

<b>Indicador</b>	<b>N (%)</b>	<b>NE (%)</b>	<b>CO (%)</b>	<b>SU (%)</b>	<b>S (%)</b>	<b>Brasil (%)</b>
Profissão do Coordenador da AF	97,5	91,8	99,7	98,9	98	96,6
Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos	96,5	99,6	100	97,5	97,6	98,2
Conhecimento de mecanismos de divulgação da REMUME pelos prescritores	94,7	92,6	100	91,6	96,9	93,9
Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos	100	95,9	100	100	97,6	98,4
Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia	91,7	95,7	100	100	97,6	97,7

% = proporção de municípios com pontuação adequada no indicador

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica; REMUME: Relação Municipal de Medicamentos.

Fonte: a autora.

Mais de 90% dos municípios da amostra contam com profissional farmacêutico como coordenador da AF municipal. Destaca-se a região Centro-Oeste, onde em 99% dos municípios pesquisados o farmacêutico é responsável pela gestão da AF.

O indicador referente à programação de medicamentos também se apresenta em situação adequada, com mais de 90% dos municípios utilizando critérios técnicos para a elaboração desse planejamento.

Em quase 100% dos municípios os usuários referiram satisfação quanto ao recebimento dos medicamentos prescritos e em relação às condições físicas da farmácia.

Ainda, destacam-se com melhores resultados nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul: os indicadores referentes ao recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores; a realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF; a existência de condições físicas e ambientais para armazenamento de medicamentos; e, a dispensação de medicamentos realizada por meio de sistema informatizado.

As regiões Sul e Sudeste também tiveram resultados positivos quanto aos indicadores: existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; vínculo trabalhista do coordenador da AF (com predominância de concurso público); e, autonomia decisiva da coordenação da AF sobre recursos financeiros.

Dentre os indicadores em situação adequada em maior porcentagem de municípios, apenas nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste, destacam-se: a existência da Coordenação da AF no organograma da SMS; a regularidade de funcionamento da CFT; e, a existência formal da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, indicador este considerado basilar para possibilitar a gestão da AF municipal.

O indicador existência do capítulo da AF no Plano Municipal de Saúde (PMS) apresentou situação adequada em maior porcentagem de municípios nas regiões Nordeste (92%) e Sul (83%). Já o referente à existência de instrumentos de padronização das atividades (POP, manual) para dispensação de medicamentos se destacaram os municípios da região Sudeste, onde 82% dos municípios alegavam possuir os processos formalizados. Nas demais regiões, os municípios se encontravam abaixo da média do país (67%).

## DISCUSSÃO

A análise da capacidade de gestão da AF nos municípios brasileiros demonstra necessidade de melhoria tanto nos aspectos organizacionais quanto operacionais e de sustentabilidade. O modelo de avaliação adotado não tem como propósito concluir se a gestão é boa ou ruim, mas sim percebê-la como um processo que se encontra em diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar para o aprimoramento do processo e dos pontos que devem ser corrigidos, sob pena de comprometer os resultados esperados daquela organização (GUIMARÃES *et al.*, 2004; LEITE *et al.*, 2015; BARRETO; GUIMARÃES, 2020). No caso da AF municipal, os resultados comprometidos se referem ao acesso aos medicamentos essenciais, o correto uso dos medicamentos, o alcance da melhor condição de saúde possível pelos cidadãos e do melhor uso dos recursos públicos.

O resultado do IndGAF obtido na amostra nacional (79 pontos) indica que, apesar dos investimentos em estruturação e capacitação da força de trabalho da AF municipal na última década, algumas importantes fragilidades ainda necessitam de atenção. A gestão de serviços em organizações públicas e, em especial, na área da saúde, é um reconhecido desafio. Os achados de Pires *et al.* (2019), em revisão da literatura sobre atenção primária, indicam que a gestão encontra diversos constrangimentos como: déficit de força de trabalho em número e formação adequada; inexperiência dos gestores; problemas na própria implementação da APS; e, problemas na organização e relações de trabalho.

A análise por dimensões do modelo de avaliação evidenciou que as questões operacionais se encontram em melhor nível de desenvolvimento em todas as regiões do país. Nesta dimensão, foram avaliados indicadores relativos às principais operações técnicas que compõem o chamado “Ciclo da Assistência Farmacêutica”, descrito por Marin, Luzia e Osório-de-Castro (2003) e largamente adotado nos SF no Brasil. O “ciclo” definia um conjunto interligado e auto retroalimentado de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização de medicamentos. Este referencial foi crucial para o estabelecimento da importância e da característica técnico-científica da nova área de atuação da saúde pública na garantia do acesso

aos medicamentos (LEITE *et al.*, 2016).

O predomínio operacional/procedimental na AF, já encontrado em outros estudos (GUIMARÃES *et al.*, 2004; LEITE *et al.*, 2015; BARRETO; GUIMARÃES, 2020), demonstra o forte desenvolvimento, ao longo das últimas décadas, de aspectos da qualificação e estruturação técnica da gestão da AF ao identificar investimentos mobilizados e a capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

Mesmo sendo a dimensão com melhor avaliação, destacam-se algumas fraquezas importantes em algumas regiões brasileiras referentes aos indicadores da dimensão operacional. Dentre elas, está o indicador referente à existência de uma lista de medicamentos padronizados, que deve ser institucionalizada por meio de norma, reconhecida pela população e por toda a equipe de saúde do município, a fim de nortear as ações e políticas de saúde (MARIN; LUZIA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2003). Quando questionados, os prescritores alegaram que as listas não atendem as necessidades dos usuários nas diferentes regiões do Brasil. Somado a este resultado, mais de 80% dos municípios apresentaram pelo menos um medicamento padronizado em falta. Embora a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) oriente o deslocamento do foco das ações da AF do medicamento para o usuário, a garantia do acesso aos medicamentos necessários é condição fundamental para a resolutividade do sistema (BERMUDEZ, 1995; BRASIL, 2004; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Nesta dimensão, também é avaliado o investimento em infraestrutura que possibilita condições de manutenção e ampliação das condições para a execução e qualificação das práticas, o que soma para a capacidade de execução da gestão da AF (LEITE *et al.*, 2017). Nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste não foram realizados investimentos em infraestrutura da AF no período analisado, segundo os coordenadores da AF.

O indicador que avalia a existência de medicamentos com validade expirada revelou resultados críticos na região Nordeste, pois em mais de 80% dos municípios dessa região foram observados medicamentos vencidos disponibilizados na área de dispensação. Medicamentos vencidos devem ser inutilizados e descartados

adequadamente para evitar problemas como falta de efetividade, reações adversas, entre outros (ROCHA *et al.*, 2009; RAMOS *et al.*, 2017). A existência de medicamentos vencidos, além de risco para os usuários, também indica mau uso de recursos públicos. Os resultados relatados acima indicam, portanto, que algumas condições fundamentais para o mínimo desenvolvimento do ciclo da AF ainda encontram dificuldades em parte dos municípios brasileiros.

Na análise individual, destacam-se alguns indicadores relativos à “dimensão organizacional” em situação crítica. Dentre eles, verifica-se que fragilidades quanto a existência da CFT, qual não é realidade na grande maioria dos municípios, assim como o reconhecimento sobre a sua importância. A falta da CFT e/ou a pouca atuação da mesma pode ter como consequência uma lista de medicamentos inadequada, o comprometimento das ações de promoção do uso racional de medicamentos e a redução na qualidade do atendimento na rede municipal de saúde

A capacidade de tomar decisões sobre os serviços e medicamentos necessários também está prejudicada pela pouca participação da coordenação da AF nas discussões sobre programas e atividades do município, em todas as regiões do país. Esses resultados implicam diretamente na falta de ampliação, compartilhamento e transparência no processo decisório sobre a organização da AF nos municípios (GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE; GUIMARÃES; LANDIM, 2013). Este resultado reflete, ainda, certo isolamento do setor de AF em relação ao conjunto da gestão municipal, além de evidenciar um descompasso entre a PNAF e as normativas relacionadas à gestão do SUS, visto que a gestão participativa deve ser institucionalizada e entendida como parte da garantia do direito à saúde (BRASIL, 1990; 2011).

A “dimensão de sustentabilidade” avalia o potencial que a gestão tem de sustentar as ações da AF, o grau elevado de inter-relação da AF com outros setores da saúde e a satisfação com a qualidade dos serviços pelos usuários e trabalhadores (GUIMARÃES *et al.*, 2004). A existência de formas oficiais de intervenção dos usuários, em uma perspectiva de participação social nas ações da AF, pode ser concretizada através de mecanismos para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre a AF (LEITE; GUIMARÃES; LANDIM, 2013). Contudo, os resultados

do indicador que mede essa condição revelam que todas as regiões do Brasil apresentam fragilidades importantes relacionadas à comunicação com o usuário, destacando-se a região Nordeste, com maior prevalência de municípios em situação crítica.

Outro fator que chama atenção está relacionado ao limitado incentivo dos municípios para a formação dos farmacêuticos para competências específicas de gestão, considerando a complexidade do tema e as características do setor público e da APS. Este resultado também pode inferir que os farmacêuticos não têm compartilhado a formação e iniciativas para desenvolvimento da gestão municipal da saúde, procurando preferencialmente a formação em temas específicos das ciências farmacêuticas. Este é um desafio a ser superado para qualificação da gestão (FARIAS *et al.*, 2011), sendo essa uma condição estratégica de sustentabilidade.

Por outro lado, alguns indicadores demonstraram resultados positivos, os quais podem ser reflexo dos incentivos das políticas públicas nos últimos anos e de iniciativas da área da saúde e da educação para a formação na área da AF. Dentre eles, destaca-se que a grande maioria dos coordenadores da AF são farmacêuticos e, nas regiões Sul e Sudeste, também servidores públicos.

Evidencia-se ainda a importância de avaliar a satisfação dos usuários. Os usuários entrevistados estão satisfeitos com o recebimento dos medicamentos prescritos e com as condições físicas das farmácias (TEIXEIRA *et al.*, 2006), revelando que a satisfação é, muitas vezes, referente a problemas de disponibilidade de medicamentos. O acesso aos medicamentos na APS tem sido bastante elevado (OLIVEIRA *et al.*, 2016) e a expectativa das pessoas em relação aos SF é de obtenção do produto (medicamento) apenas. Ou seja, a satisfação está relacionada à acessibilidade alta ao medicamento (SOEIRO *et al.*, 2017). De toda forma, é um resultado relevante ao expressar importante fator para a sustentabilidade dos SF na APS e da PNAF (BRASIL, 2004).

A AF no Brasil tem avançado consideravelmente, embora este estudo tenha evidenciado diferenças significativas entre as regiões do Brasil. A região Sudeste demonstrou melhores resultados na análise global, sendo esse reflexo de diversos condicionantes. Estudos anteriores que avaliaram o desempenho do sistema de

saúde no âmbito das regiões brasileiras identificaram que as regiões que apresentam melhores desempenhos situam-se no Sudeste, Sul e Centro-Oeste (DUARTE *et al.*, 2015; UCHIMURA *et al.*, 2017).

A análise criteriosa entre os resultados da gestão da AF, a gestão da APS e indicadores socioeconômicos deve ser empreendida para identificar e explicar os condicionantes que influenciam os aspectos técnicos, políticos e sociais, considerando a gestão em seu sentido mais amplo (GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Os resultados indicam a importância de que as políticas públicas sejam integradas ao desenvolvimento regional, pois, como sustentado por Uchimura *et al.* (2017), verifica-se uma relação importante entre desenvolvimento socioeconômico, oferta de serviços e desempenho do sistema de saúde. Assim, para a garantia do desenvolvimento da capacidade de gestão da AF é fundamental que políticas de incentivos, como o QUALIFAR-SUS (BRASIL, 2012b), tenham um olhar ampliado para os condicionantes que permeiam a gestão da AF municipal e para os diferentes tipos de recursos e investimentos necessários e compatíveis com as realidades regionais.

## **CONCLUSÕES**

A partir deste estudo foi possível evidenciar as particularidades da capacidade de gestão da AF na APS em cada região do país. Os melhores resultados relacionados à operacionalização e sustentabilidade da gestão foram observados nas regiões Sul e Sudeste, as quais revelam maior capacidade em manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais e maior capacidade de sustentar os resultados de gestão.

Contudo, verifica-se que em todas as regiões prevalecem importantes fragilidades pertinentes aos aspectos organizacionais da capacidade de gestão. Ou seja, apresentam debilidades na gestão da AF para planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente. Esse resultado reflete uma visão minimalista da AF como uma área técnica isolada, sem reconhecimento e legitimidade das funções desempenhadas e atividades desenvolvidas no âmbito da APS.

Desse modo, é perceptível a necessidade de maiores investimentos em formação para a gestão dos profissionais farmacêuticos, objetivando o desenvolvimento de habilidades para tomada de decisão com autonomia, flexibilidade, transparência e sustentabilidade. Além da essencialidade de estabelecer a AF como parte integrante e fundamental da APS, é fundamental ampliar seu reconhecimento no âmbito municipal, considerando que esse setor coordena um orçamento significativo da APS e seu bom desempenho será capaz de impactar fortemente os resultados na saúde municipal.

## REFERÊNCIAS

ÁLVARES, J. *et al.* Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

ÁLVARES, J. *et al.* National survey on access, use and promotion of rational use of medicines: methods. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

BAMBERGER, M.; RUGH, J.; MABRY, L. **Realworld evaluation: working under budget, time, data and political constraints**. California: Sage Publications, 2006.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207–1220, 2010.

BARROS, R. D. *et al.* Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

BAZEMORE, A. *et al.* Advancing the science of implementation in Primary Health Care. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 31, n. 3, p. 307–11, 2018.

BEKKER, L-G. *et al.* Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society—Lancet Commission. **Lancet**, v. 392, n. 10144, p. 312–58, 2018.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**. Crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec Sobravime, 1995.

BRADLEY, E. H.; TAYLOR, L. A.; CUELLAR, C. J. Management matters: a leverage point for health systems strengthening in global health. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 4, n. 7, p. 411–5, 2015.



BRASIL. **Componente avaliação dos serviços de Assistência Farmacêutica básica**: introdução, método e instrumentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 1.214 de 13 de junho de 2012**. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012**. Institui a Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (PNAUM). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077\\_17\\_09\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

CARVALHO, M. N. *et al.* Força de trabalho na Assistência Farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, p. 1-11, 2017.

DUARTE, C. M. R. *et al.* Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1163–74, 2015.

EIDE, T. B. *et al.* Differences in medical services in Nordic general practice: a comparative survey from the QUALICOPC study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 1-10, 2017.

FARACO, E. B. *et al.* Desenvolvimento de um protocolo de indicadores para avaliação nacional da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n. 78, 2020.

FARIAS, M. R. *et al.* Conhecendo o Curso. *In*: UFSC. **Introdução ao curso de gestão da Assistência Farmacêutica**: especialização à distância. Universidade

Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.

GERLACK, L. F. *et al.* Gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

GROENEWEGEN; P. P. *et al.* Strengthening weak primary care systems: steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. **Health Policy**, v. 113, n. 1–2, p. 170–9, 2013.

GUIMARÃES, M. C. L. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1642–1650, 2004.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil, Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 01 ago. 2021.

LEITE, S. N. *et al.* **Assistência Farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica**. Florianópolis: Editora UFSC, 2016.

LEITE, S. N. *et al.* **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

LEITE, S. N. *et al.* Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: analysis of PNAUM – Services data. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

LEITE, S. N.; GUIMARÃES, M. C. L.; LANDIM, E. L. A. S. **Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo transversal 1: unidade 1: gestão da Assistência Farmacêutica - parte 1**. 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/599?mode=full>. Acesso em: 01 ago. 2021.

MARIN, N.; LUZIA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. E. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS, 2003.

MARRA, M. The ambiguities of performance-based governance reforms in Italy: Reviving the fortunes of evaluation and performance measurement. **Evaluation and Program Planning**, v. 69, p. 173–82, 2018.

MARTINS, K. O. F. **Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a

multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, sup. 2, 2016.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1819–29, 2007.

PIRES, D. E. P. *et al.* Gestão em saúde na Atenção Primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 2019.

PONNET, L. *et al.* Evaluation of the quality of Primary Health Care services for children: reflections on the feasibility of using the Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool as a routine assessment tool. **Einstein**, v. 17, n. 1, p. eAO4333, 2019.

RAMOS, H. M. P. *et al.* Descarte de medicamentos: uma reflexão sobre os possíveis riscos sanitários e ambientais. **Ambiente & Sociedade**, v. 20, n. 4, 2017.

ROCHA, B. S. *et al.* **Caracterização dos medicamentos descartados por usuários da farmácia popular do Brasil/Farmácia Escola da UFRGS**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

ROVER, M. R. M. *et al.* Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 2, p. 110–6, 2016.

ROVER, M. R. M. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2487–99, 2017.

RUGER, J. P.; REIFF, M. A checklist for the conduct, reporting, and appraisal of microcosting studies in Health Care: protocol development. **JMIR Research Protocols**, v. 5, n. 4, 2016.

SOEIRO, O. M. *et al.* Satisfação de usuários com serviços da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821–8, 2012.

TEIXEIRA, L. S. C. *et al.* Satisfação dos usuários e profissionais de saúde em um programa de saúde da família (PSF). **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 1, p. 59, 2006.

THE LANCET. Evaluation: the top priority for global health. **Lancet**, v. 375, n. 9714, p. 526, 2010.

UCHIMURA, L. Y. T. *et al.* Avaliação de desempenho das regiões de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, sup. 1, p. S259–70, 2017.

VAN WEEL, C.; KIDD, M. R. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. **Canadian Medical Association Journal**, v. 190, n. 15, p. E463–6, 2018.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para discussão. Brasília; Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018.

WHO. World Health Organization. **Strengthening management capacity**. Geneva: WHO, 2007.

## 4.2 MANUSCRITO 2: A FORÇA DE TRABALHO DA FARMÁCIA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROMOVEDO O ACESSO E A INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS <sup>5</sup>

**Artigo Publicado ID 2048** (ANEXO F) – Pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines

**DOI:** <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.4.2048>

**Periódico:** Pharmacy Practice

**Publicado em:** 12 de novembro 2020

Emília Baierle Faraco. Discente, em nível de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Farmácia / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

Luciano Guimarães. Mestre em Epidemiologia. Programa de Pós-Graduação Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/ Rio Grande do Sul – Brasil.

Claire Anderson. Doutora em Farmácia. Professor of Social Pharmacy Division of Pharmacy Practice and Policy. University of Nottingham. Nottingham/ UK.

Silvana Nair Leite. Orientadora. Doutora em Farmácia. Professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas e Programa de Pós-graduação em Farmácia / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis / Santa Catarina – Brasil.

**Autora correspondente:**

Emília Baierle Faraco

Programa de Pós-graduação em Farmácia (PGFAR/UFSC)

Campus Reitor João David Ferreira Lima.

Bairro Trindade, Florianópolis (SC), Brasil - CEP 88040-900

E-mail: emiliabaierle@gmail.com

### RESUMO

Apenas alguns estudos analisaram a força de trabalho farmacêutica nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo que a recomendação global exige um melhor entendimento das tendências que moldam o desenvolvimento e a capacidade da força de trabalho. Tem-se como objetivo analisar a distribuição da força de trabalho farmacêutica na APS no Sistema Único de Saúde no Brasil. O estudo foi realizado usando dados da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM). Os dados secundários referentes aos

---

<sup>5</sup> Versão em português do artigo publicado no periódico Pharmacy Practice, desenvolvido durante o processo de doutoramento.

indicadores socioeconômicos de cada município foram obtidos através de base de dados públicas nacionais. Considerou-se a estratificação dos dados por regiões geográfica e os dados dos trabalhadores da gestão dos serviços farmacêuticos municipais e unidades de dispensação de medicamentos foram analisados. As razões de prevalência brutas e ajustadas foram calculadas pela Regressão de Poisson no estudo que investigou os fatores associados com a baixa e alta densidade de farmacêuticos por 10.000 habitantes. A maioria dos municípios brasileiros apresenta taxa igual ou superior a 1 farmacêutico por 10.000 habitantes em estabelecimentos públicos de APS. A força de trabalho farmacêutico na APS é caracterizada por uma maior concentração desses profissionais de saúde em pequenos municípios. Mesmo nos municípios com menor capacidade econômica, no Brasil, as condições de acesso a medicamentos e informações pertinentes sobre medicamentos estavam diretamente relacionadas ao número de farmacêuticos disponíveis nas unidades de APS. O estudo mostra resultados positivos relacionados a uma maior taxa de farmacêuticos no sistema público de saúde. A maior densidade de farmacêuticos na APS esteve relacionada a informações sobre seus tratamentos e melhor desenvolvimento social municipal.

**Palavras-chave:** Força de trabalho em saúde. Força de trabalho farmacêutico. Atenção Primária à Saúde

## **ABSTRACT**

Only a few studies have analyzed the pharmaceutical workforce in primary healthcare centers, and a global recommendation calls for a better understanding of the trends shaping workforce development and capacity. We aim to analyze the distribution of the pharmaceutical workforce in primary healthcare centers in the unified health system (Sistema Único de Saúde [SUS]) in Brazil. The study was conducted using data from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines in Brazil. Secondary data referring to the socioeconomic indicators of each municipality were obtained from national public databases. Data stratification in geographic regions was considered, and data on workers in the management of the municipal pharmaceutical services and medicines dispensing centers were analyzed. Poisson Regression calculated crude and adjusted prevalence ratios in the study investigating the factors associated with low and high-density pharmacists per 10,000 inhabitants. The results showed that most Brazilian municipalities have a rate of  $\geq 1$  pharmacist per 10,000 inhabitants in primary healthcare public facilities, with a higher concentration of pharmacists in small municipalities. Even in Brazilian municipalities with lower economic capacity, the conditions of access to medicines and pertinent information on medicines were directly related to the number of pharmacists available in these centers. This study showed a high number of pharmacists in the public health system. The higher density of pharmacists in primary healthcare public facilities correlated to increased access to medicines information and better municipal social development.

**Keywords:** Health workforce. Pharmaceutical workforce. Primary Healthcare.

## INTRODUÇÃO

A força de trabalho surge como um tema de crescente interesse global para garantir a sustentabilidade dos programas e políticas de saúde pública (GREGÓRIO; CAVACO; LAPÃO, 2014). Os principais desafios e tendências que afetam o planejamento da força de trabalho incluem a situação econômica do país, o empoderamento, o equilíbrio de gênero e, especialmente, a distribuição da força de trabalho (IPF, 2012; WHO, 2013).

Em muitos países, os farmacêuticos são considerados os profissionais de saúde mais acessíveis. Considerados como o terceiro mais qualificado e, em muitos casos, o primeiro ponto de contato dentro do sistema de saúde, os farmacêuticos são um componente essencial da força de trabalho da saúde (IPF, 2006; BATES *et al.*, 2016). Eles são fundamentais para atingir a meta de acesso equitativo e uso racional de medicamentos, um objetivo fundamental da cobertura universal de saúde (EKPENYONG *et al.*, 2018). Nesse sentido, farmacêuticos vem desempenhando um papel cada vez mais importante nos centros de Atenção Primária à Saúde (APS), cumprindo uma gama cada vez maior de papéis e responsabilidades, principalmente na melhoria do acesso e do uso adequado de medicamentos (KENNIE-KAULBACH *et al.*, 2012; SMITH, 2018).

No Brasil, entre os mais de 210.000 farmacêuticos cadastrados (cerca de 10/10.000 habitantes), mais de 30.000 atuam na APS e são contratados pelo SUS. Esse número cresceu 75% de 2008 a 2013 (CARVALHO *et al.*, 2016; 2018). Os farmacêuticos brasileiros desempenham um papel fundamental na organização do sistema de saúde porque, ao contrário da maioria dos países, os medicamentos dispensados pelo sistema público são em sua maioria financiados, comprados, distribuídos e dispensados pelos estabelecimentos públicos de saúde. Em muitos dos municípios brasileiros, a gestão da cadeia de fornecimento e dos SF é realizada por farmacêuticos. Em 33% das unidades de APS, farmacêuticos trabalham na dispensação e atuam em serviços clínicos em equipes interprofissionais, embora todos as unidades de saúde forneçam medicamentos aos pacientes (CARVALHO *et al.*, 2016; 2017; 2018).

Alguns estudos questionam qual é a força de trabalho ideal do farmacêutico na APS, apontando que não existe um número mágico para a proporção de farmacêuticos (SMITH, 2018). Um relatório da Federação Farmacêutica Internacional (FIP) forneceu dados sobre a força de trabalho farmacêutica em vários países. (IPF, 2012; BATES *et al.*, 2016; 2018). No entanto, dados sobre a capacidade de trabalho e distribuição dos farmacêuticos nos serviços públicos de saúde são ainda escassos, inclusive no Brasil. A falta de dados confiáveis torna difícil planejar e desenvolver adequadamente a força de trabalho de saúde necessária para a entrega adequada de medicamentos e SF (EKPENYONG *et al.*, 2018).

A APS é uma abordagem importante para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para acesso universal à saúde por meio de cuidados de saúde acessíveis, abrangentes e apropriados (WALLEY *et al.*, 2008). Pesquisas indicam que os países e regiões com APS consolidada teriam custos mais baixos e melhores resultados de saúde (SHI, 2012; GRAY; EVANS, 2018).

Desde sua criação, em 1990, o SUS tem feito avanços consistentes no sentido de oferecer atenção universal e integral à saúde da população brasileira, contribuindo para a redução das desigualdades no acesso à saúde e a obtenção de melhores resultados. A implantação do SUS marcou uma mudança no modelo de atenção à saúde por meio da rápida expansão de unidades de APS integrais e do desenvolvimento de redes de saúde para serviços de saúde mental, hospitais, prontos-socorros e serviços ambulatoriais especializados (CASTRO *et al.*, 2019). O direito de acesso aos medicamentos é assegurado por unidades de saúde pública onipresentes (LEITE *et al.*, 2018). A compra e distribuição de medicamentos para unidades de saúde pública representam cerca de 16% das despesas do sistema de saúde (VIEIRA, 2019).

Nesse contexto, o objetivo do estudo foi analisar a força de trabalho farmacêutica na APS no Brasil com base nos fatores condicionantes, o acesso a medicamentos e informações sobre o uso de medicamentos e a distribuição de farmacêuticos em instalações relacionadas à saúde pública.



## MÉTODO

### DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

No Brasil, a APS é organizada e prestada pelos municípios. Portanto, a maior parte da força de trabalho desse nível é contratada por prefeituras municipais, com estimativa de mais de 44 mil unidades de APS em 5.570 municípios do país, dos quais dispensa medicamentos gratuitamente (SERAFIN; CORREIA; VARGAS, 2015).

Os municípios devem planejar, comprar e distribuir medicamentos essenciais, mas o financiamento é compartilhado com o governo federal e estadual. Cada município deve ter infraestrutura para reger a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF) neste nível (BRASIL, 2004), incluindo o acesso a medicamentos. Assim, a população deste estudo é composta por farmacêuticos contratados para atuar em serviços públicos de saúde municipal.

### PESQUISA NACIONAL SOBRE O ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNAUM)

A PNAUM foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº. 2077 em 17 de setembro de 2012 e realizado em 2014–2015 (BRASIL, 2012). A PNAUM teve como objetivo caracterizar a organização da AF na APS do SUS, com foco no acesso e promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM), bem como identificar e discutir fatores que afetam a consolidação da política farmacêutica na APS dos municípios. Esta foi a primeira pesquisa nacional com foco no acesso e uso de medicamentos no Brasil (BRASIL, 2012; 2016). A PNAUM pesquisou os processos de gestão em nível municipal, a infraestrutura das unidades de APS, os processos da AF, o acesso dos pacientes a medicamentos e SF, a disponibilidade de medicamentos, as opiniões dos médicos e os aspectos legais da prestação dos serviços (BRASIL, 2016), sendo conduzido por universidades públicas brasileiros.

As populações de estudo foram estratificadas por região geográfica: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, e esses estratos constituíram os domínios do

estudo. Três amostras foram selecionadas aleatoriamente, incluindo municípios (gestores), unidades de saúde (gestores municipais, farmacêuticos, médicos e dispensadores) e usuários de cada região. Os dados foram coletados a partir da observação de 1.175 farmácias localizadas em unidades de APS, 507 entrevistas presenciais e por telefone com coordenadores da AF em nível municipal e entrevistas presencial com 285 farmacêuticos e 854 profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos; 1.558 médicos e 1.800 pacientes das unidades de APS incluídos na amostra. A coleta de dados utilizou questionários estruturados (coleta realizada utilizando *tablet*), composto de perguntas fechadas, desenvolvido pela equipe de pesquisa e testado em uma amostra diferente de municípios. Os dados foram coletados por pesquisadores treinados, contratados especificamente para este projeto (BRASIL, 2016; ÁLVARES *et al.*, 2017).

Uma descrição completa da metodologia de pesquisa está disponível em Álvares *et al.* (2017), assim como o relatório publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Os projetos da PNAUM foram aprovados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, sob o parecer 398.131/ 2013 (ÁLVARES *et al.*, 2017).

Para representar a densidade da força de trabalho farmacêutica na APS, adotou-se como parâmetro a medida descrita nos relatórios da força de trabalho farmacêutica global da FIP (IPF, 2012), em que a densidade é expressa como número de farmacêuticos por 10.000 habitantes. Esta abordagem simples é a métrica mais usada para descrição e planejamento (ALMAGHASLAH *et al.*, 2018).

Foram consideradas para análise dos dados o número absoluto de farmacêuticos atuando em serviços públicos de saúde por município, a distribuição de farmacêuticos por gênero e função exercida (funções de coordenação e funções assistenciais), escolaridade, tipo de vínculo empregatício e o número de unidades de saúde dos municípios da amostra. Além disso, analisou-se o acesso aos medicamentos segundo informações dos usuários entrevistados pela PNAUM, utilizando a seguinte variável: “Nestes três últimos meses, com qual frequência você conseguiu os remédios que procurava nas Farmácias Públicas do SUS?” (BRASIL, 2016).

Com base nas respostas dos usuários, o acesso foi categorizado em “acesso

total” e “acesso parcial e/ou prejudicado”. O acesso total foi atribuído às respostas dos usuários que alegaram obter todos os medicamentos necessários nos últimos três meses. Já o acesso parcial e/ou prejudicado conferiu-se às respostas dos usuários que referiram não ter conseguido os medicamentos que buscava em nenhum momento, às vezes ou raramente, nos últimos três meses

Os pacientes também foram questionados se receberam informações ou orientações sobre o uso de medicamentos na APS: *Quando você retira remédios nas farmácias públicas do SUS, os funcionários que entregam os remédios repassam informações e/ou orientações sobre como usá-los?* (PNUD, 2013).

Não existe um formato padronizado para o fornecimento de informações e orientações sobre o uso de medicamentos nas unidades de saúde. Por este motivo, qualquer forma de fornecimento de informação foi considerada como informação prestada. Foram definidas duas categorias: “informação recebida” e “pouca ou nenhuma informação” (se o paciente respondeu que recebe informação às vezes ou nunca recebe).

O acesso aos medicamentos solicitados e o recebimento de informações e orientações sobre o seu uso são variáveis disponíveis na base de dados da PNAUM e consideradas neste estudo como resultados positivos para a assistência ao paciente. Além das variáveis da PNAUM, foram incluídos dados secundários sobre os indicadores socioeconômicos de cada município: Produto Interno Bruto (PIB), renda *per capita*, porte populacional (pequenos municípios eram aqueles com população menor que 25.000 habitantes [70,4% dos municípios brasileiros]; população de médio porte, entre 25.000 e 50.000 habitantes [24,5% dos municípios brasileiros]; e população de grande porte, superior a 100 mil habitantes [5,1% dos municípios brasileiros]) (CALVO *et al.*, 2016). O número absoluto de unidades públicas de APS em cada município das amostras classificadas por tipo de estabelecimento. Esses dados foram coletados em base de dados *online* disponível no portal do Departamento de Informática do Ministério da Saúde, acessado pelo site [www2.datasus.gov.br](http://www2.datasus.gov.br).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) agrega três importantes dimensões do desenvolvimento humano, representadas pela saúde, educação e renda, agrupados por meio da média geométrica que resulta em um valor

entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de uma unidade federativa, município, região metropolitana ou Unidade de Desenvolvimento Humano. Ou seja, IDHM menor que 0,550 é considerado de Baixo Desenvolvimento Humano; entre 0,550 e 0,699, Médio; entre 0,700 e 0,799, Alto; e Muito Alto Desenvolvimento Humano acima de 0,800 (PNUD, 2013). Os dados relativos ao IDHM foram coletados no banco de dados *online* disponível no portal do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, acessado em [www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br).

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

A organização e processamento dos dados coletados pela PNAUM foram realizados através do software SPSS (IBM) versão 25, utilizando o conjunto de comandos CSPLAN, onde comandos e pesos amostrais foram aplicados para ajustar o desenho amostral por conglomerados, conforme descrito POR Álvares *et al.* (2017).

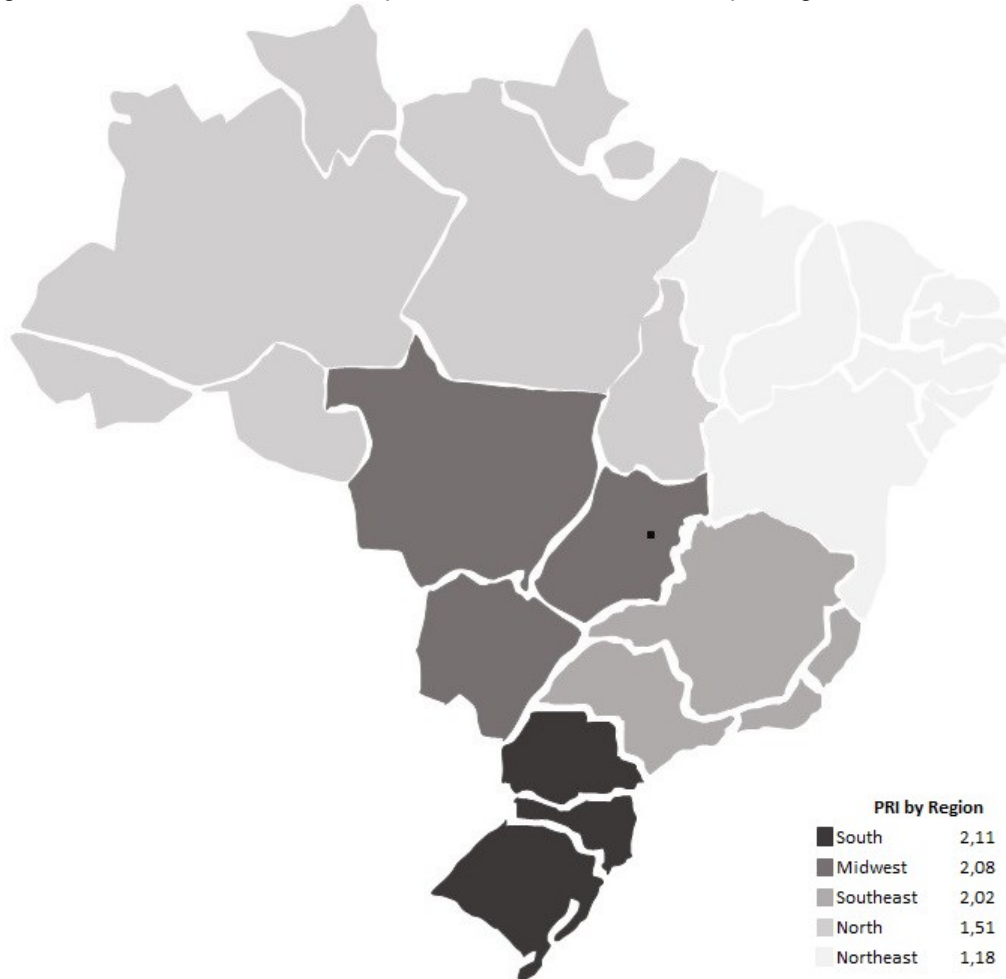
Os métodos estatísticos descritivos foram ponderados para ajustar a distribuição demográfica da amostra PNAUM à distribuição da população brasileira (ÁLVARES *et al.*, 2017), junto com testes bivariados. O teste do qui-quadrado de Pearson foi realizado para determinar a relação entre o número de farmacêuticos disponíveis, a taxa de emprego, a carga de trabalho semanal, as práticas farmacêuticas de APS e cada região do país. As egressões Poisson R (RP) foram realizadas usando o software STATA, versão 13 (Stata Corp LP, College Station, Texas, EUA) usando o conjunto de comando *svy* proprietário para análise de amostra complexa. A variável foi dicotomizada em municípios com menos que 1 farmacêutico por 10.000 habitantes e municípios com 1 ou mais farmacêuticos por 10.000 habitantes, possibilitando entender melhor a relação entre as variáveis estudadas. O nível de significância adotado foi de 5%.

## RESULTADOS

A média global de farmacêuticos para cada 10.000 habitantes em serviços públicos de APS no Brasil foi de 1,76 (IC95% [1,61; 1,90]). A diferença entre as regiões

Sul 2,11 (IC95% [1,82; 2,41]) e Nordeste 1,19 (IC95% [0,94; 1,44]) foi de quase 1 farmacêutico por 10.000 habitantes. Houve maior prevalência de municípios com mais que 1 farmacêutico por 10.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1 – Taxa de farmacêuticos para cada 10.000 habitantes por região do Brasil.



Fonte: a autora.

Não foram observadas diferenças entre a prevalência de farmacêuticos por sexo, faixa etária ou carga de trabalho semanal nos municípios com taxa de farmacêuticos por 10.000 Habitantes (TFH)  $\geq 1$ , quando comparados àqueles nos municípios com uma TFH  $< 1$ . A Tabela 1 apresenta dados referentes à caracterização da força de trabalho farmacêutica no Brasil, considerando o TFH.

Tabela 1 – Caracterização da amostra e comparação entre municípios com TFH &lt;1 e ≥1 por 10.000 habitantes.

		<1 farmacêutico	≥1 farmacêutico	p	Regressão Poisson Univariate	
		/ 10.000 hab	/ 10.000 hab		RP [IC95%]	p
		% [IC95%]	% [IC95%]			
<b>Sexo</b>	Feminino	38,6 [32,7; 44,9]	61,4 [55,1; 67,3]	0,925	1,01 [0,85; 1,20]	0,925
	Masculino	39,1 [31,2; 47,7]	60,9 [52,3; 68,8]			
<b>Faixa etária</b>	18 a 30 anos	37,0 [29,5; 45,3]	63,0 [54,7; 70,5]	0,614	1,82 [0,39; 8,45]	0,443
	31 a 49 anos	38,2 [31,6; 45,3]	61,8 [54,7; 68,4]			
	50 a 59 anos	45,9 [28,2; 64,8]	54,1 [35,2; 71,8]			
	60 ou mais	65,4 [15,4; 95,1]	34,6 [4,9; 84,6]			
<b>Vínculo trabalhista</b>	Servidor concursado	33,6 [27,4; 40,3]	66,4 [59,7; 72,6]	0,002	1,48 [1,13; 1,94]	0,004
	Comissionado	55,9 [44,9; 66,4]	44,1 [33,6; 55,1]			
	Outro	35 [25,4; 46,1]	65 [53,9; 74,6]			
<b>Carga horária semanal</b>	Até 30 horas	42,6 [34,4; 51,2]	57,4 [48,8; 65,6]	0,216	1,11 [0,93; 1,33]	0,244
	Mais de 30 horas	36,3 [30,5; 42,5]	63,7 [57,5; 69,5]			

Fonte: a autora.

Dentre os papéis desempenhados pelos profissionais farmacêuticos que atuam na APS do SUS, destacam-se as atividades de gestão dos SF e a dispensação de medicamentos. Em 95,7% dos municípios (IC95% [91,5; 97,9]), a gestão da AF na APS é de responsabilidade de um profissional farmacêutico. Somente 43,8% das unidades de APS (IC95% [36,2; 51,7]) contam com farmacêutico em todo horário de funcionamento. O percentual estratificado por região do país no Nordeste e Norte apresentam as menores proporções de farmacêuticos em horário integral em sua equipe de trabalho.

O delineamento ecológico da amostra utilizando RP demonstra diferenças significativas entre as variáveis analisadas em relação à TFH, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Desenho ecológico: comparação entre grupos de farmacêuticos e as variáveis estudadas.

		<1 farmacêutico /	≥1 farmacêutico /	p	Regressão Poisson	
		10.000 hab	10.000 hab		Univariate	
		% [IC95%]	% [IC95%]		RP [IC95%]	p
<b>Porte populacional</b>	Até 25 mil hab	24,6 [20 ;29,9]	75,4 [70,1 ;80]	<0,001	3,77 [1,49; 9,55]	0,005
	De 25 mil a 100 mil hab	83,1 [72,6 ;90,1]	16,9 [9,9 ;27,4]			
	Acima de 100 mil hab	80 [55,8 ;92,7]	20 [7,3 ;44,2]			
<b>Grupo da amostra</b>	Capitais	83,3 [62,3 ;93,8]	16,7 [6,2 ;37,7]	<0,001	1	
	0,5% maiores da região	100 [100 ;100]	0 [0 ;0]			
	Menores com até 2 UBS	5,3 [2,2 ;12,6]	94,7 [87,4 ;97,8]			
<b>IDHM</b>	0 - 0,699	42,8 [36,6 ;49,3]	57,2 [50,7 ;63,4]	0,031	1	
	0,7 - 0,800	31,8 [24,9 ;39,7]	68,2 [60,3 ;75,1]			
<b>Região</b>	Norte	51,3 [41 ;61,4]	48,7 [38,6 ;59]	<0,001	1,19 [1,02; 1,39]	<0,001
	Centro-Oeste	31,2 [22,7 ;41]	68,8 [59 ;77,3]			
	Sul	26,8 [18,9 ;36,5]	73,2 [63,5 ;81,1]			
	Sudeste	27,5 [19,7 ;36,9]	72,5 [63,1 ;80,3]			
	Nordeste	58,7 [47,7 ;69]	41,3 [31 ;52,3]			
<b>Taxa US</b>	Até 3,23	54,3 [42,5 ;65,7]	45,7 [34,3 ;57,5]	0,001	1	
	3,24 - 4,29	43,2 [33,7 ;53,4]	56,8 [46,6 ;66,3]			
	4,30 - 6,30	40,8 [31,6 ;50,6]	59,2 [49,4 ;68,4]			
	Acima de 6,30	24,2 [16,8 ;33,6]	75,8 [66,4 ;83,2]			
<b>Per capita (quartil)</b>	Até \$4200	47,4 [38,1 ;56,9]	52,6 [43,1 ;61,9]	0,086	1	
	\$4200 - \$7530	34,1 [24,8 ;44,7]	65,9 [55,3 ;75,2]			
	\$7530 - \$12597	33,4 [24,6 ;43,6]	66,6 [56,4 ;75,4]			
	Acima de \$12597	34,4 [25,2 ;45]	65,6 [55 ;74,8]			
<b>PIB (quartil)</b>	Até \$35300	16,5 [10,1 ;25,9]	83,5 [74,1 ;89,9]	<0,001	3,21 [2,13; 4,85]	<0,001
	\$35300 - \$79700	27,9 [20 ;37,5]	72,1 [62,5 ;80]			
	\$79700 - \$199000	50,7 [41,2 ;60,1]	49,3 [39,9 ;58,8]			
	Acima de \$199000	74 [62,5 ;83]	26 [17,0 ;37,5]			
<b>IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde</b>	Grupo Homogêneo 1	90,5 [66,8 ;97,8]	9,5 [2,2 ;33,2]	<0,001	1	
	Grupo Homogêneo 2	45,1 [17,7 ;75,9]	54,9 [24,1 ;82,3]			
	Grupo Homogêneo 3	71,6 [56,7 ;82,9]	28,4 [17,1 ;43,3]			
	Grupo Homogêneo 4	86,5 [68,5 ;94,9]	13,5 [5,1 ;31,5]			

	<1 farmacêutico / 10.000 hab	≥1 farmacêutico / 10.000 hab	p	Regressão Poisson Univariate	
	% [IC95%]	% [IC95%]		RP [IC95%]	p
Grupo Homogêneo 5	16,1 [11,3 ;22,4]	83,9 [77,6 ;88,7]		8,81 [2,16; 35,93]	0,002
Grupo Homogêneo 6	37,9 [30 ;46,5]	62,1 [53,5 ;70]		6,52 [1,59; 26,72]	0,009

Legenda: PIB, Produto Interno Bruto; US, unidade de saúde; IDHM, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

Fonte: a autora.



Observou-se que 75,4% dos municípios com população de até 25.000 habitantes e 94,7% dos municípios menores com até duas APS apresentaram TFH > 1, enquanto em 80% dos municípios com população superior a 100.000 habitantes (83,3% da capital e em 100% dos maiores municípios de cada região) a TFH foi <1.

Ao relacionar a TFH aos indicadores socioeconômicos, destacaram-se diferenças significativas nos municípios com PIB de até R \$ 35,3 mil, dos quais 83,5% apresentaram TFH  $\geq$ 1. Em contraste, 74% dos municípios com PIB acima de \$ 199.000 tiveram um TFH <1.

Em relação à renda *per capita*, não houveram variações entre os municípios e a TFH. Ao agrupar o IDHM em duas categorias (inferior e superior), foram observadas diferenças significativas entre os grupos estudados. Em 68,2% dos municípios com maior IDHM a TFH é  $\geq$ 1.

Quanto ao recebimento de informações ou orientações sobre o uso de medicamentos, em 78,9% dos municípios com TFH  $\geq$ 1 ( $p < 0,001$ ), os pacientes afirmaram sempre receber informações. Em 54,4% municípios, em que a TFH <1, os usuários referem receber pouca ou nenhuma informação. Na análise do acesso a medicamentos não foram observadas diferenças estatisticamente significantes, embora tenha sido constatado que 79,1% dos municípios com TFH  $\geq$ 1 tinham acesso total a eles. Entre os pacientes que indicaram acesso parcial e/ou prejudicado, o percentual de municípios com TFH  $\geq$ 1 diminuiu para 58,2% (Tabela 3).

Tabela 3 – Indicadores da força de trabalho da Atenção Primária à Saúde.

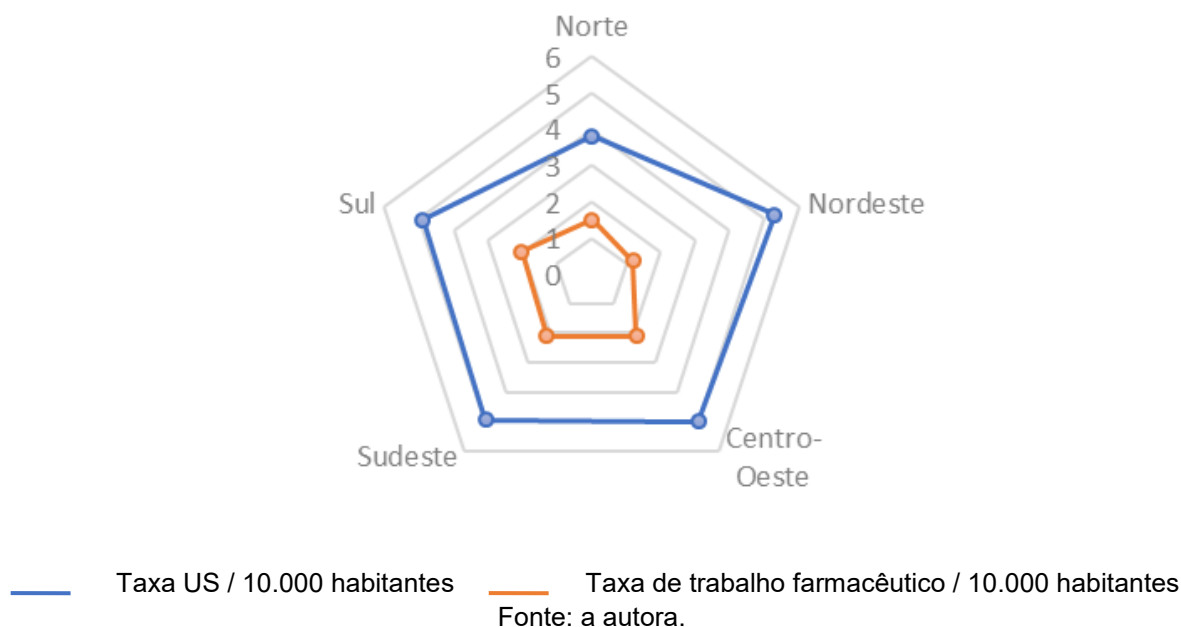
		<1 Farmacêutico / 10 000 hab	$\geq$ 1 Farmacêutico / 10 000 hab	p
		% [IC95%]	% [IC95%]	
Acesso aos Medicamentos	Acesso total	20,9 [7,8 ;45,3]	79,1 [54,7 ;92,2]	0,091
	Acesso parcial / prejudicado	41,8 [33,8 ;50,2]	58,2 [49,8 ;66,2]	
Recebimento de Informações	Recebe informação	21,1 [13,2 ;31,9]	78,9 [68,1 ;86,8]	<0,001
	Pouca ou nenhuma informação	54,4 [43,6 ;64,9]	45,6 [35,1 ;56,4]	

Fonte: a autora.

A densidade da força de trabalho farmacêutico na APS no Brasil, através da associação entre a taxa de US por 10.000 habitantes e a THF, é apresentada na Figura 2. Em todas as regiões, a taxa de US é predominantemente maior que a TFH,

sendo que na região Nordeste foi de 1,18 (95% IC [0,94; 1,43]) e no Norte 1,51 (IC 95% [1]).

Figura 2 – Densidade da força de trabalho farmacêutico e US por região do Brasil.



## DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a maioria dos municípios brasileiros possui uma taxa de  $\geq 1$  farmacêutico por 10.000 habitantes que atuam na rede pública de saúde. No entanto, também é observada uma distribuição desigual da força de trabalho farmacêutica na APS. O sistema público de saúde brasileiro ajudou a reduzir as desigualdades em saúde, com melhorias na cobertura e no acesso à saúde em todo o país, mas grandes variações permaneceram entre os municípios em relação à infraestrutura, recursos humanos, capacidade de gestão e acesso a serviços de saúde eficazes (CARVALHO *et al.*, 2018; CASTRO *et al.*, 2019). As diferenças na força de trabalho farmacêutica podem ser observadas neste estudo entre as diferentes regiões geográficas, os diferentes tamanhos populacionais e as diferentes condições socioeconômicas dos municípios.

Ao contrário do padrão de concentração de farmacêuticos e outros profissionais de saúde em serviços privados, nos centros de APS públicos a maior

densidade de farmacêuticos é encontrada nos pequenos municípios. Percebe-se que os municípios maiores também apresentam menor índice de US e atendem populações maiores, enquanto os municípios pequenos possuem mais US atendendo populações menores e maior concentração de farmacêuticos. Este cenário resulta em uma maior taxa de farmacêuticos em pequenos municípios que têm também uma maior taxa de US por população. Portanto, no Brasil, a população residente em municípios menores tem maior probabilidade de ter melhor acesso aos farmacêuticos nos serviços de APS do que a população residente em cidades maiores. Os pequenos municípios representam 45% de todos os municípios brasileiros, onde vivem 208.494.900 de habitantes (IBGE, 2011). Portanto, esses resultados têm grande relevância para o planejamento e avaliação da Assistência Farmacêutica no país.

Além de serem menores em população, os municípios com maior prevalência (TFH  $\geq 1$ ) também apresentam maior IDHM. Ressalta-se que 3.110 (72%) municípios com até 25.000 habitantes estão na faixa entre médio a muito alto desenvolvimento humano. Além disso, fica evidente que os municípios com TFH  $\geq 1$  apresentam PIB inferior. Nos municípios maiores, o PIB aumenta devido aos grandes negócios concentrados nas grandes cidades, uma vez que o PIB brasileiro é calculado pela parcela com a qual cada município contribui. Nos municípios com TFH  $\geq 1$  o PIB foi menor, apresentando um IDHM com melhores resultados. Esses, sustentam o entendimento de que o IDHM indica um desenvolvimento fruto de políticas sociais, não limitado ao crescimento econômico (PNUD, 2013). Nesse cenário, o investimento na contratação de farmacêuticos compõe o arcabouço para o desenvolvimento de políticas públicas locais nesses municípios.

A densidade da força de trabalho farmacêutica *per capita* varia consideravelmente entre os países e regiões e geralmente se correlaciona com o tamanho da população e indicadores econômicos. A situação econômica de um país está diretamente relacionada ao gasto *per capita* com saúde e à densidade farmacêutica (BATES *et al.*, 2016). Os resultados aqui apresentados mostram que nos serviços públicos da APS a TFH está relacionada aos investimentos em políticas sociais e desenvolvimento econômico, e não somente ao índice econômico.

O estudo também revelou uma diferença importante na densidade de

farmacêuticos entre as regiões geográficas, com os municípios com menor TFH concentrados nas regiões Norte e Nordeste do país. Essas regiões têm sido historicamente as que apresentam os maiores problemas sociais e econômicos, que se refletem nos piores indicadores de saúde e nas maiores fragilidades na organização de seus serviços públicos. Neles se concentram os municípios com menor IDHM. Importante ressaltar, essas também são as regiões que receberam maior atenção das políticas públicas na última década e, por isso, apresentaram crescimento significativo de unidades de APS e de profissionais de saúde (CARVALHO *et al.*, 2018).

Entre 2008 e 2013 a população do país cresceu a uma taxa de 6%, as US expandiram 12% e o número de profissionais credenciados cadastrados em unidades de APS cresceu 24%. Esses dados revelam uma expansão significativa da capacidade da APS, um aumento no número de empregos e a possibilidade de desenvolver a colaboração interprofissional. O número de enfermeiros e médicos cresceu 42% e 17% no mesmo período, enquanto outros profissionais credenciados apresentaram crescimento bem superior, com taxas acima de 70%, como no caso de farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física e terapeutas ocupacionais (CARVALHO *et al.*, 2018). Nesse cenário, os farmacêuticos têm desenvolvido atividades colaborativas nas unidades de APS: 39,8% afirmam participar das reuniões da equipe da APS e mais de 30% afirmam exercer atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017). Embora apenas 29% afirmem que realizam serviços clínicos, sua participação efetiva nos serviços de APS tem o potencial de gerar resultados positivos em saúde, conforme demonstrado em diversos estudos (MOORE *et al.*, 2018).

A alta prevalência de acesso total a medicamentos no Brasil foi demonstrada pela PNAUM em publicação anterior. As taxas de acesso foram de 94,3%, 5,2% e 0,5% para acesso total, parcial e nulo, respectivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Entende-se que esse resultado positivo é fruto dos incentivos às políticas públicas de saúde, investimentos e recursos financeiros, padronização e aquisição de medicamentos nos últimos anos (LEITE *et al.*, 2018). Os resultados demonstram também que o pleno acesso aos medicamentos é mais frequentemente relatado entre

usuários das unidades de APS em municípios com uma TFH  $\geq 1$ . O acesso total ocorreu em 79,1% dos municípios com  $\geq 1$  farmacêutico por 10.000 habitantes. Entre os pacientes que indicaram acesso parcial e acesso prejudicado o percentual de municípios com TFH  $\geq 1$  diminuiu para 58,2%. Embora não represente uma diferença estatisticamente significativa, a maior proporção pode levantar hipóteses para investigações futuras. Além disso, o indicador de informações recebidas sobre o uso dos medicamentos pelos usuários revelou que em 78,9% dos municípios com TFH  $\geq 1$  os usuários sempre receberam informações; e, 45,6% dos municípios com TFH  $\geq 1$  os usuários recebem pouco ou nenhuma informação.

Globalmente, os países com menor número de farmacêuticos *per capita* tendem a ter menos acesso a medicamentos, bem como à prestação de serviços e aconselhamento farmacêuticos (BATES *et al.*, 2016). Em consonância, argumenta-se que o aumento da TFH ou a maior densidade de farmacêuticos nas unidades de APS torna-se um fator importante relacionado à melhoria do acesso das pessoas a medicamentos e informações sobre seu tratamento. Os resultados também sugerem que a contratação de farmacêuticos na APS no Brasil é uma tendência bem estabelecida na política municipal de gestão da saúde. Na maioria dos municípios com TFH  $\geq 1$  os farmacêuticos são contratados por meio de concurso público e possuem estabilidade na função. Considerando que o número de farmacêuticos contratados para trabalhar em centros públicos de APS no Brasil cresceu 75% em 5 anos (CARVALHO *et al.*, 2016; 2018), pode-se inferir que o bom desempenho do SUS no acesso a medicamentos essenciais na última década (OLIVEIRA *et al.*, 2016) e o aumento da densidade de farmacêuticos na APS são condições que caminham juntas. O maior número de farmacêuticos empregados em um município também pode representar uma evidência de maior investimento do município em sua política farmacêutica local.

## CONCLUSÃO

O estudo mostra que há resultados positivos relacionados ao maior índice de farmacêuticos no SUS. Em municípios com TFH  $\geq 1$  os pacientes de centros públicos

de APS têm maior probabilidade de receber informações sobre os medicamentos, com possível tendência ao maior acesso a medicamentos nesses municípios. O cenário da força de trabalho farmacêutica da APS no Brasil é caracterizado por uma maior concentração de farmacêuticos em pequenos municípios com maior IDHM, principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país. É essencial que o sistema de saúde invista no crescimento contínuo da força de trabalho farmacêutica para atender às demandas desse nível de atenção à saúde e alcançar melhores resultados de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMAGHASLAH, D. *et al.* Pharmacy workforce in Saudi Arabia: challenges and opportunities: a cross-sectional study. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 34, n. 1, p. e583-e593, 2018.

ÁLVARES, J. *et al.* National survey on access, use and promotion of rational use of medicines: methods. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

ARAÚJO, P. S. *et al.* Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, p. 6s, 2017.

BATES, I. *et al.* An analysis of the global pharmacy workforce capacity trends from 2006 to 2012. **Human Resources for Health**, v. 16, n. 3, p. 1-9, 2018.

BATES, I. *et al.* An analysis of the global pharmacy workforce capacity. **Human Resources for Health**, v. 14, n. 61, p. 1-7, 2016.

BRASIL. **Componente avaliação dos serviços de Assistência Farmacêutica básica**: introdução, método e instrumentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012**. Institui a Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (PNAUM). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077\\_17\\_09\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

CARVALHO, M. N. *et al.* Expansion and diversification of the higher-level workforce in Basic Health Units in Brazil, 2008 - 2013. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 154-

162, 2016.

CARVALHO, M. N. *et al.* Need and dynamics of the workforce in Primary Health Care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 295–302, 2018.

CARVALHO, M. N. *et al.* Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, p. 16s, 2017.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019.

EKPENYONG, A. *et al.* An analysis of pharmacy workforce capacity in Nigeria. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 11, n. 20, p. 1-9, 2018.

GRAY, S. F.; EVANS, D. Developing the public health workforce: training and recognizing specialists in public health from backgrounds other than medicine: experience in the UK. **Public Health Reviews**, v. 39, n. 14, p. 1-9, 2018.

GREGÓRIO, J.; CAVACO, A.; LAPÃO, L. V. A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal. **Human Resources for Health**, v. 12, n. 58, p. 1-13, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IPF. International Pharmaceutical Federation. **Global pharmacy workforce and migration report: a call for action**. The Hague: IPF, 2006. Disponível em: <http://www.fip.org/files/fip/HR/FIP%20Global%20Pharmacy%20and%20Migration%20report%2007042006.PDF>. Acesso em: 01 ago. 2021.

IPF. International Pharmaceutical Federation. **Global pharmacy: workforce report, 2012**. The Hague: IPF, 2012.

KENNIE-KAULBACH, N. *et al.* Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. **BMC Family Practice**, v. 13, n. 27, p. 1-9, 2012.

LEITE, S. N. *et al.* Science, technology and pharmaceutical policy on the agenda: contributions from the society to the 16th National Conference on Health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4259–4268, 2018.

MOORE, G. D. *et al.* Expansion of clinical pharmacist positions through sustainable funding. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 75, n. 13, p. 978–981, 2018.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a

multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, sup. 2, 2016.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro**. Brasília: PNUD/IPEA/FJP, 2013. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729\\_AtlasPNUD\\_2013.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf). Acesso em: 01 ago. 2021.

SERAFIN, C.; CORREIA JR, D.; VARGAS, M. **Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

SHI, L. The Impact of Primary Care: a focused review. **Scientifica**, v. 2012, n. 432892, p. 1–22, 2012.

SMITH, M. A. Primary Care teams and pharmacist staffing ratios: is there a magic number? **Annals of Pharmacotherapy**, v. 52, n. 3, p. 290–4, 2018.

VIEIRA, F. S. TD 2500 - Desafios do Estado quanto à incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34970](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34970). Acesso em: 01 ago. 2021.

WALLEY, J. *et al.* Primary health care: making Alma-Ata a reality. **The Lancet**, v. 372, n. 9642, p. 1001–7, 2008.

WHO. World Health Organization. **A universal truth: no health without a workforce**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: [https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a\\_universal\\_truth\\_report.pdf?ua=1](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1). Acesso em: 01 ago. 2021.



#### 4.3 MANUSCRITO 3: CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E CENÁRIO SOCIOECONÔMICO MUNICIPAL: EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

**Manuscript – ID 117086 (ANEXO G) - Capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica e cenário socioeconômico municipal: evidências para políticas públicas**

**Periódico: Revista Eletrônica de Administração - REAd**

**Submetido em: 25 de julho de 2021**

Emília Baierle Faraco  
Discente, em nível de Doutorado  
Programa de Pós-graduação em Farmácia  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis, SC, Brasil

Marina Raijche Mattozo Rover  
Doutora em Farmácia  
Professora do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis, SC, Brasil

Marselle Nobre Carvalho  
Departamento de Saúde Coletiva  
Universidade Estadual de Londrina  
Londrina, PR, Brasil

Silvana Nair Leite.  
Orientadora.  
Doutora em Farmácia.  
Professora do Departamento de Farmácia e Programa de Pós-graduação em Farmácia  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis, SC, Brasil

**Autor correspondente:**

Emília Baierle Faraco

Programa de Pós-graduação em Farmácia (PGFAR/UFSC)

Campus Reitor João David Ferreira Lima.

Bairro Trindade, Florianópolis (SC), Brasil - CEP 88040-900

E-mail: emiliabaierle@gmail.com

#### **RESUMO**

O estudo tem por objetivo investigar a relação entre a capacidade de gestão da

Assistência Farmacêutica (AF) e índices socioeconômicos em municípios brasileiros. Referente à gestão da AF, foram utilizados os dados obtidos da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) entre 2014 e 2015 e indicadores desenvolvidos por Faraco *et al* (2020). Os índices socioeconômicos empregados foram coletados em plataformas de bancos públicos (e.g., IDHM, IDSUS, porte populacional). Dados foram analisados através do teste de qui-quadrado de Pearson e análise multivariável. Os resultados demonstram relações significativas entre os indicadores de gestão e socioeconômicos, sugerindo que os municípios com melhor desempenho socioeconômico apresentam melhores resultados de capacidade de gestão da AF, ou seja, sofrem influência do ambiente onde estão inseridos.

**Palavras-chave:** Gestão da Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Indicadores socioeconômicos. PNAUM.

## **PHARMACEUTICAL ASSISTANCE MANAGEMENT CAPACITY AND THE MUNICIPAL SOCIO-ECONOMIC SCENARIO: EVIDENCE FOR PUBLIC POLICIES**

### **ABSTRACT**

The study investigates the relationship between the management capacity of Pharmaceutical Assistance (PA) and socio-economic indices in Brazilian municipalities. Regarding PA management, data obtained from a national survey between 2014 and 2015 (PNAUM) and indicators developed by Faraco *et al.* (2020) were used. The socio-economic indices were collected from public database platforms (e.g., IDHM, IDSUS, population size). Pearson's Chi-Square and multivariate analysis were performed. The results demonstrate significant relationships between management and socio-economic indicators, suggesting that municipalities with better socio-economic performance have better results in terms of PA management capacity; that is, it is influenced by the environment in which it operates.

**Keywords:** Pharmaceutical service management. Primary Health Care. Socio-economic indicators. PNAUM.

## **CAPACIDAD DE GESTIÓN DE LA ASISTENCIA FARMACÉUTICA Y ESCENARIO SOCIOECONÓMICO MUNICIPAL: PRUEBAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

### **RESUMEN**

El estudio tiene como objetivo investigar la relación entre la capacidad de gestión de la Asistencia Farmacéutica (AF) y los índices socioeconómicos en los municipios brasileños. En cuanto al manejo de AF, se utilizaron datos obtenidos de una encuesta nacional para el período 2014 y 2015 (PNAUM) e indicadores desarrollados por Faraco *et al* (2020). Los índices socioeconómicos se obtuvieron de plataformas de

bases de datos públicas (e.g., IDHM, IDSUS, tamaño de la población). Se realizaron análisis de chi-cuadrado y multivariante de Pearson. Los resultados demuestran relaciones significativas entre la gestión y los indicadores socioeconómicos, indicando que los municipios con mejor desempeño socioeconómico tienen mejores resultados en cuanto a capacidad de gestión de AF, es decir, está influenciado por el entorno en el que se desenvuelve.

**Palabras clave:** Gestión de la atención farmacéutica. Atención Primaria de Salud. Indicadores socioeconómicos. PNAUM.

## INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) é elemento fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS) e para os resultados em saúde, pois tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos essenciais e seu uso racional (BRASIL, 2004). Desde a década de 90, estudos mostravam as dificuldades enfrentadas pelos municípios para consolidar a AF na Atenção Básica (AB) (TASCA; SOARES; CUMAN, 1999; GUERRA JR *et al.*, 2004; NAVES; SILVER, 2005). A partir dos anos 2000, tanto as políticas públicas de saúde quanto o cenário econômico do país vivenciaram um período de evolução (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011), marcado pela redução da desigualdade de renda e da pobreza (DEDECCA; TROVÃO; SOUZA, 2014) e aprimoramento substancial dos serviços públicos de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017). Neste período, a AF teve também grande desenvolvimento no país.

Desde sua publicação em 2004, a aplicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) evoluiu com avanços na gestão da política na prática, aumentando o número de farmacêuticos contratados para atuar na APS (CARVALHO *et al.*, 2017) e maiores investimentos econômicos em infraestrutura e educação (MANZINI *et al.*, 2020; LORENZONI *et al.*, 2021).

Barreto e Guimarães (2010) ampliaram o conceito de gestão da AF, compreendendo-a não apenas como um conjunto de operações técnicas, mas como um processo político, técnico e social. A AF no sistema municipal de saúde compõe um subsistema aberto e caracterizado por complexidades relacionadas à cultura organizacional, a estrutura dos serviços, dos procedimentos e força de trabalho e, ainda, ao contexto político e econômico em que se insere (BERNARDO; SOARES;

LEITE, 2021).

Uma sucessão de normativas caracterizam a gestão da AF em um processo de descentralização tutelada e regulada, o que tem colaborado para a sua implementação nos municípios e gestão dos processos de trabalho (LEITE *et al.*, 2015). A gestão deste setor ganha cada vez mais importância, pois os investimentos em medicamentos para atenção primária representam importante impacto no orçamento da saúde dos municípios, o que tem se agravado com a crescente demanda por medicamentos não padronizados, por via judicial (FERREIRA *et al.*, 2019).

Muitos investimentos foram destinados para a gestão AF em todos os níveis hierárquicos nos últimos anos (FALEIROS *et al.*, 2017; MENDES; LEITE; CARNUT, 2020). Os resultados da AF municipal têm sido expressivos, com elevado nível de acesso aos medicamentos considerados essenciais para as doenças crônicas mais prevalentes (OLIVEIRA *et al.*, 2016a).

No entanto, apesar do histórico evolutivo, persistem fragilidades significativas que impactam a capacidade de gestão da AF em muitos municípios brasileiros. Importantes lacunas técnicas e sociais ainda são observadas, como na institucionalização da AF na gestão municipal, pouca atuação das comissões de farmácia e terapêutica, deficiências estruturais para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos nas unidades de saúde (como sistemas informatizados e espaços físicos), limitações na atuação interprofissional, baixa governança intersetorial e pouca participação do controle social da saúde (LEITE *et al.*, 2015; AKERMAN; FREITAS, 2017; BARROS *et al.*, 2017; GERLACK *et al.*, 2017; BRASIL, 2018; LEITE *et al.*, 2018; VIEIRA, 2018).

Sendo a AF parte desse arranjo complexo da gestão municipal da saúde, entende-se que é necessário investigar quais os fatores contextuais envolvidos na sua capacidade de desenvolvimento e que podem colaborar para que os investimentos na AF possam atender necessidades locais, considerando a AF dentro do ambiente socioeconômico em que ela está inserida. Nesse contexto, cabe questionar qual é a relação entre a capacidade de gestão da AF – entendida como capacidade de governar e desenvolver suas operações de forma sustentável (BARRETO;

GUIMARÃES, 2010) – com o sistema socioeconômico local, medido a partir de indicadores socioeconômicos.

## **MÉTODO**

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo de natureza avaliativa. O procedimento metodológico adotado foi dividido em duas etapas: I) Cálculo do Indicador da Capacidade de Gestão da AF (IndGAF) na APS dos municípios brasileiros (FARACO; ROVER; LEITE, 2021) em uma amostra de 507 municípios selecionados pela Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). A PNAUM consistiu em um estudo transversal, exploratório, composto pelo levantamento de dados primários numa amostra representativa de serviços de APS em 600 municípios de todas regiões do Brasil (BRASIL, 2012; ÁLVARES *et al.*, 2017). As variáveis que compuseram o indicador (IndGAF) foram selecionadas conforme descrito por Faraco *et al.* (2020); II) Associação do IndGAF com a densidade de farmacêuticos para cada 10.000 habitantes, conforme descrito por Faraco *et al.* (2020a) e com índices socioeconômicos de cada município, os quais foram coletados em bancos de dados públicos (2014 e 2015).

## **VARIÁVEIS DO ESTUDO**

As seguintes variáveis foram empregadas neste estudo: “indicadores da AF” – IndGAF e a Taxa de Farmacêuticos por 10.000 habitantes (TFH); e, “índices socioeconômicos” – Porte Populacional, Produto Interno Bruto (PIB), PIB *per capita*, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

### **Indicadores da AF**

IndGAF é um indicador síntese da capacidade de gestão da AF na APS, ou

seja, mede a capacidade do município em gerir a sua política de AF norteado pelas premissas da PNAF. Na definição do IndGAF, a “gestão” é entendida como um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados; e, a “capacidade de gestão” é definida como “a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão” (GUIMARÃES *et al.*, 2004). É composto por 30 indicadores organizados em três dimensões: operacional, organizacional e de sustentabilidade. Cada dimensão é composta por indicadores, os quais detêm natureza distinta (existência, de conhecimento, de participação, de autonomia e de satisfação), uma vez que mensuram fenômenos diversos e, por essa razão, também detêm poder de definição diferenciado sobre a capacidade de gestão. A descrição completa do método utilizado para o cálculo do IndGAF bem como os indicadores e parâmetros que o compõem são apresentados nos manuscritos de Faraco *et al.* (2020a) e Faraco, Rover e Leite (2021).

A TFH representa a densidade da força de trabalho farmacêutica na APS no Brasil, adotando como parâmetro a medida descrita nos relatórios da força de trabalho farmacêutica global da FIP (FIP, 2012), em que a densidade é expressa como número de farmacêuticos para cada 10.000 habitantes (FARACO *et al.*, 2020b). A TFH é dicotomizada em municípios que possuem menos de um farmacêutico por 10.000 habitantes e municípios com um ou mais farmacêuticos por 10.000 habitantes.

### **Índices socioeconômicos**

O porte populacional é frequentemente utilizado para estratificação de municípios brasileiros em estudos da área da saúde (WILLEMANN *et al.*, 2019). Foram considerados municípios de pequeno porte: população inferior a 20 mil habitantes (70,4% dos municípios brasileiros); médio porte, entre 20 mil e 50 mil habitantes (24,5%); e, grande porte, com população superior a 100 mil habitantes (5,1%) (IBGE, 2011).

O PIB é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano (IBGE, 2021). Já o PIB *per capita* é um

indicador que auxilia o conhecimento sobre o grau de desenvolvimento de um país, estado ou município e consiste na divisão do coeficiente da renda nacional (produto nacional bruto subtraído dos gastos de depreciação do capital e os impostos indiretos) pela sua população (ROCHA, 1998).

O IDHM brasileiro considera as mesmas três dimensões do IDH Global: longevidade, educação e renda. A metodologia global foi adequada ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Ao sintetizar uma realidade complexa em um único número, o IDHM e seus três componentes viabilizam a comparação entre os municípios brasileiros ao longo do tempo (ATLAS BR, 2021).

O IDSUS é um conjunto de indicadores que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes (IDSUS, 2021). É um indicador de síntese composto pelo conjunto de 24 indicadores que medem o acesso aos serviços de saúde e a eficácia desse sistema. O índice divide os municípios de acordo com características semelhantes (aspectos sociais, econômicos e de saúde), gerando como resultado seis grupos com características homogêneas (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012; FORTE; NOBRE, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016b; IDSUS, 2021).

### **Análise dos dados**

Para testar a hipótese da pesquisa, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson para medir a relação entre as variáveis: IndGAF; TFH; porte populacional; PIB; PIB *per capita*; IDSUS; e, IDHM.

As proporções totais foram calculadas comparando as categorias do IndGAF (situação crítica, situação insatisfatória, necessidade de aprimoramento e situação adequada) com os demais indicadores. Utilizou-se o software SPSS (IBM) versão 25 empregando o conjunto de comandos CSPLAN. Comandos e pesos amostrais foram aplicados para ajustar o desenho amostral por conglomerados (ÁLVARES *et al.*, 2017).

Para verificar a existência de associação linear entre as variáveis, foram realizadas as regressões de Poisson através do software STATA versão 12 (StataCorp LP, College Station, Texas, EUA) utilizando o conjunto de comandos svy, próprio para análises de amostras complexas, com nível de significância de 5%.

A pesquisa obteve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por meio do parecer número 398.131, de 16/set/2013.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização da amostra**

A Tabela 1 caracteriza a amostra de acordo com os resultados obtidos para cada um dos indicadores analisados:



Tabela 1 – Caracterização e distribuição da amostra de acordo com os resultados obtidos.

Indicadores	Categoria	Faixa de valores	Tamanho da população estimada <sup>a</sup>	Contagem não ponderada <sup>b</sup>	Porcentagem (%)
IndGAF	Situação crítica	0–47,99	631,37	69	13,50
	Situação insatisfatória	48–95,00	2680,29	268	57,30
	Necessidade de aprimoramento	95,01–142,99	1260,94	160	27,00
	Situação adequada	>143,00	103,94	10	2,20
TFH	Taxa de farmacêuticos por 10.000 habitantes	<1 farmacêutico	1808,51	217	38,70
		≥1 farmacêutico	2868,03	290	61,30
Porte Populacional	Porte 1	Até 25 mil hab	3539,84	353	75,70
	Porte 2	25 mil a 100 mil hab	909,99	88	19,50
	Porte 3	Acima de 100 mil hab	226,71	66	4,80
PIB	PIB 1	Até \$69.020	1338,35	126	28,60
	PIB 2	\$69.020–\$167.389	1292,35	127	27,60
	PIB 3	\$167.389–\$520.056	1231,80	127	26,30
	PIB 4	Acima de \$520.056	814,04	127	17,40
PIB per capita	PIB per capita 1	Até \$9.100	1639,30	126	35,10
	PIB per capita 2	\$9.101-\$15.553	994,72	127	21,30
	PIB per capita 3	\$15.554-\$23.033	1095,86	127	23,40
	PIB per capita 4	Acima de \$23.033	946,66	127	20,20
IDHM	1 Muito Baixo / Baixo	De 0 a menor que 0,550	1122,00	95	24,00
	2 Médio	Entre 0,550 e 0,699	1786,67	199	38,20
	3 Alto / Muito alto	Entre 0,700 e acima de 0,80	1767,87	213	37,80

Indicadores	Categoria	Faixa de valores	Tamanho da população estimada <sup>a</sup>	Contagem não ponderada <sup>b</sup>	Porcentagem (%)
IDSUS	Grupo homogêneo 1	Alto IDSE Médio ICS Muita estrutura MAC no IESSM	21,00	21	0,40
	Grupo homogêneo 2	Alto IDSE Médio ICS Média estrutura MAC no IESSM	50,95	27	1,10
	Grupo homogêneo 3	Médio IDSE Médio ICS Pouca estrutura MAC no IESSM	583,12	54	12,50
	Grupo homogêneo 4	Baixo IDSE Baixo ICS Pouca estrutura MAC no IESSM	428,81	42	9,20
	Grupo homogêneo 5	Médio IDSE Médio ICS Sem estrutura MAC no IESSM	1754,82	197	37,50
	Grupo homogêneo 6	Baixo IDSE Baixo ICS Sem estrutura MAC no IESSM	1837,84	166	39,30

<sup>a</sup> Tamanho da população estimada conforme cálculo amostral da PNAUM (Álvares *et al.*, 2017).

<sup>b</sup> N° amostra: 507 municípios

Legendas: IDSE: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico; ICS: Índice de Condições de Saúde; MAC: Média e Alta Complexidade; IESSM: Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município.

Fonte: a autora.

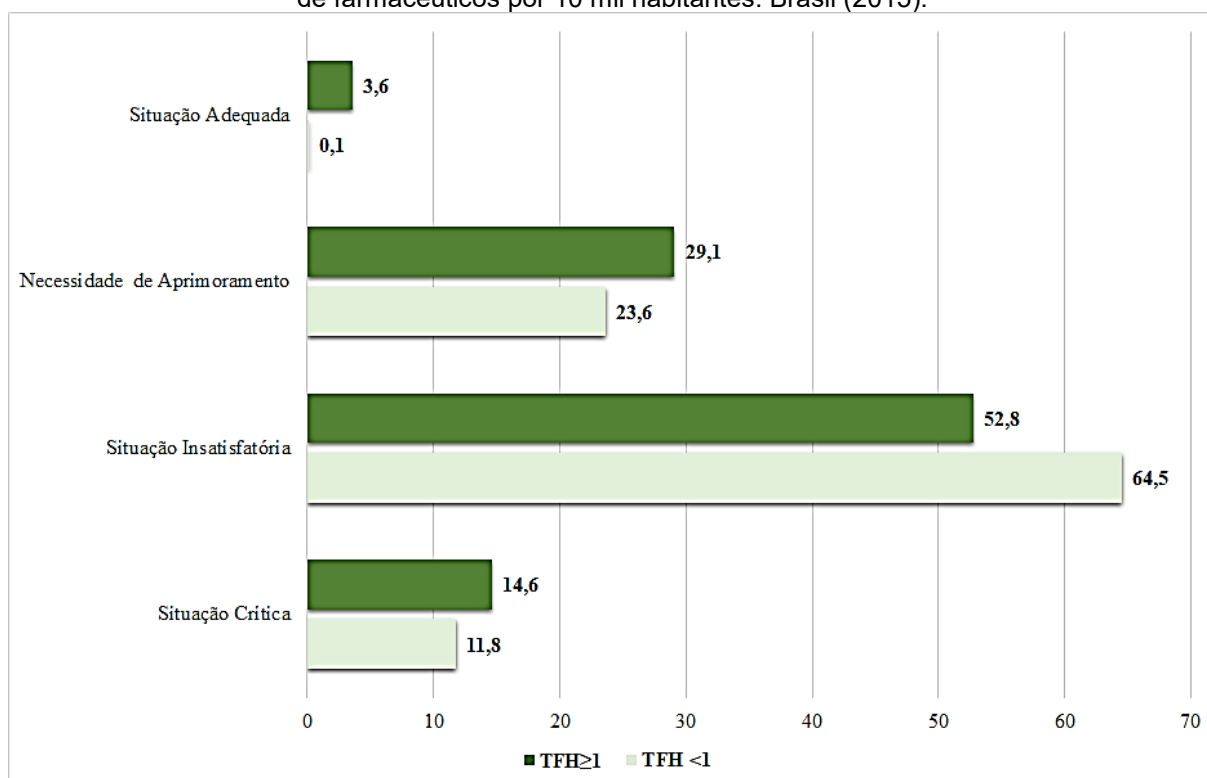
## Estudo dos indicadores

Por meio do Teste de Qui-quadrado de Pearson, determinou-se a associação entre as variáveis, comparando os indicadores da AF com índices socioeconômicos.

### Indicadores da Assistência Farmacêutica

Observa-se associação estatisticamente significativa entre a capacidade de gestão da AF (IndGAF) e a densidade de farmacêuticos por 10 mil habitantes (Figura 1).

Figura 1 – Associação entre os indicadores de capacidade de gestão da AF (IndGAF) e a densidade de farmacêuticos por 10 mil habitantes. Brasil (2015).



$p$ -valor = 0,018; Teste de Qui-quadrado.

Fonte: a autora.

Dentre os municípios que apresentam  $TFH \geq 1$ , observa-se que 14% (IC95% [10,5; 19,8]) apresentam-se em situação crítica. Por outro lado, municípios com melhores condições de capacidade de gestão apresentam  $TFH \geq 1$ , indicando

associação entre a capacidade de gestão da AF com a maior densidade de farmacêuticos na APS.

### Índices socioeconômicos

Identifica-se, também, associação estatisticamente significativa entre os índices socioeconômicos estudados (porte populacional, PIB, PIB *per capita*, IDHM e IDSUS) e a capacidade de gestão da AF.

Dentre as diferenças encontradas na comparação de proporções entre os portes populacionais, destaca-se que a maior proporção de municípios em situação adequada encontrava-se na categoria do porte acima de 100 mil habitantes (7,6% IC95% [1,3; 33,6]). Em situação crítica, verifica-se maior prevalência de municípios de porte populacional com até 25 mil habitantes (15,7% IC95% [11,8; 20,5]). As demais diferenças são demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 – Comparação entre o IndGAF e o porte populacional.

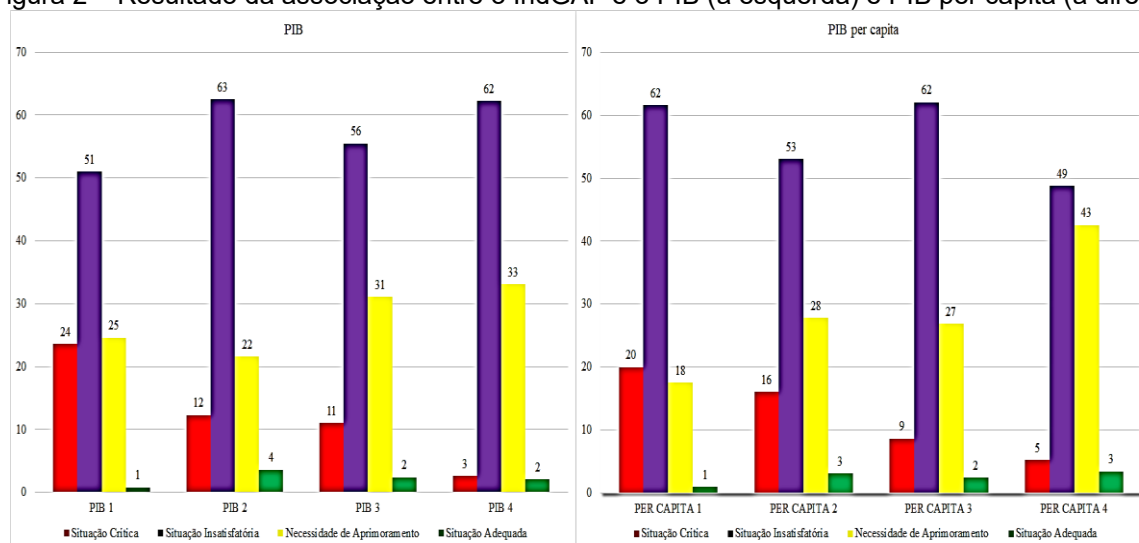
	IndGAF				p*
	Situação crítica	Situação insatisfatória	Necessidade de aprimoramento	Situação adequada	
Porte Populacional	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	
Até 25 mil	15,7 [11,8; 20,5]	54,8 [48,9; 60,6]	27,1 [22,3; 32,5]	2,4 [1,1; 5,2]	0,048
25 a 100 mil	7,9 [3,4; 17,4]	68,6 [56,7; 78,5]	23,4 [15; 34,7]	0 [0; 0]	
Acima 100 mil	2,2 [0,4; 10,7]	50,9 [30,4; 71,2]	39,2 [21,6; 60,2]	7,6 [1,3; 33,6]	

\*Teste de qui-quadrado.

Fonte: a autora.

Na comparação entre o IndGAF com o PIB e PIB *per capita* observa-se uma diminuição linear da proporção de municípios em situação crítica conforme aumenta a faixa dos dois indicadores (Figura 2).

Figura 2 – Resultado da associação entre o IndGAF e o PIB (à esquerda) e PIB per capita (à direita).



p-valor PIB= 0,011

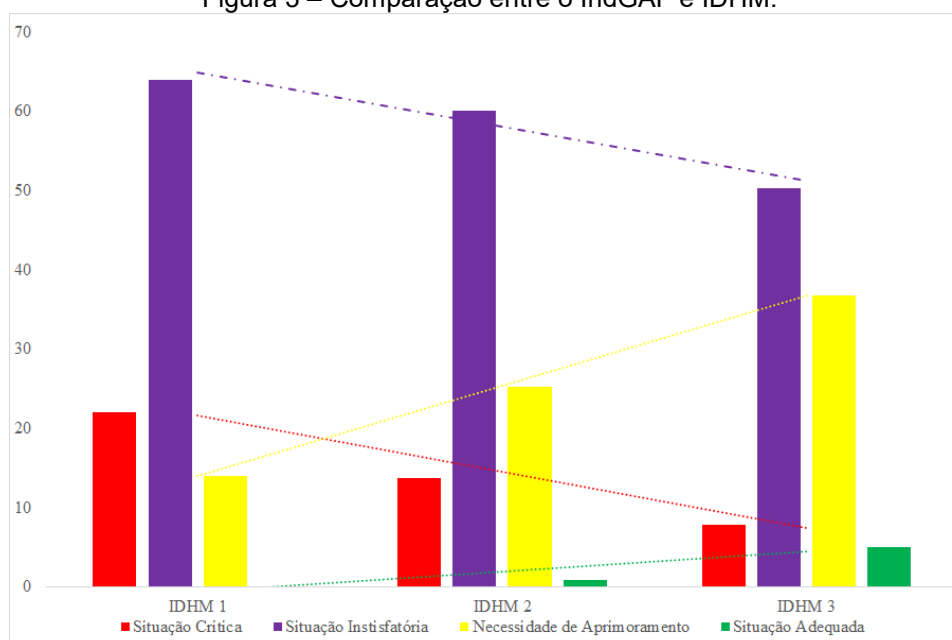
Teste de qui-quadrado.

p-valor PIB per capita = 0,003

Fonte: a autora.

Quanto à comparação entre IndGAF e IDHM, à medida que aumenta o IDHM, aumenta a proporção de municípios com melhor capacidade de gestão (necessidade de aprimoramento e situação adequada) e diminui a proporção de municípios com IndGAF em situação crítica ou insatisfatória (Figura 3).

Figura 3 – Comparação entre o IndGAF e IDHM.

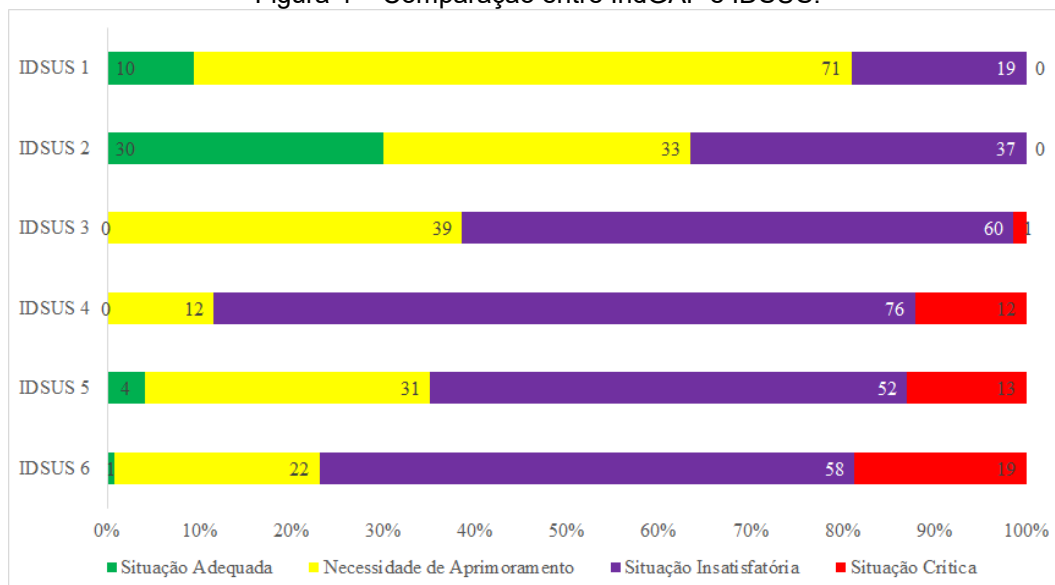


p-valor <0,001; Teste de qui-quadrado.

Fonte: a autora.

Constata-se, também, que uma maior proporção de municípios (PIB, renda *per capita*, IDHM) e indicadores de saúde satisfatórios (IDSUS) tendem a apresentar capacidade de gestão da AF em situação adequada. Os resultados da comparação entre o IndGAF e o IDSUS são detalhados na Figura 4.

Figura 4 – Comparação entre IndGAF e IDSUS.



p-valor = 0,000; Teste de qui-quadrado.

Fonte: a autora.

O grupo 4, composto por municípios que possuem pouca estrutura de média e alta complexidade e indicadores econômicos e de saúde insatisfatórios, apresenta 12% dos municípios (IC95% [4,5; 28,4]) em situação crítica no IndGAF e nenhum município com capacidade de gestão da AF em situação adequada. No grupo 5, 4% dos municípios (IC95% [1,8; 9,1]) apresentam capacidade de gestão da AF em situação adequada, apesar de contar com pouca estrutura em média e alta complexidade e possuir média condição socioeconômica e de saúde. Já o grupo 6, composto por municípios com baixos índices de condições de saúde e socioeconômicos apresenta maior proporção de municípios em situação crítica (18,7%, IC95% [12,7; 26,6]).

Na análise de regressão de Poisson univariável não são observadas diferenças estatisticamente significativas entre o IndGAF e a TFH. Contudo, no

cenário prático, trata-se de uma diferença importante que merece investigação mais aprofundada, considerando as limitações do presente estudo. A Figura 5 ilustra os resultados das análises univariáveis do modelo de regressão de Poisson.

Figura 5 – Análises univariáveis.

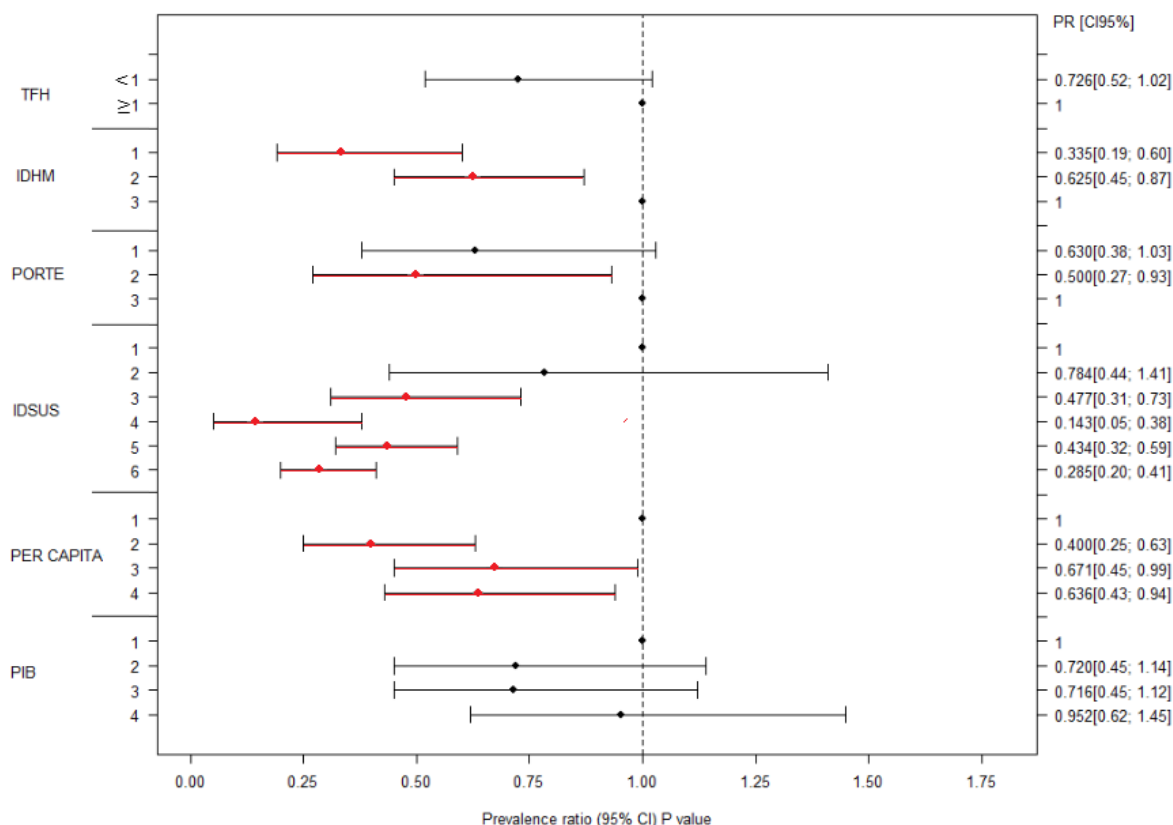


Ilustração gráfica dos resultados sobre a capacidade de gestão da AF e sua relação com indicadores socioeconômicos; IC = intervalo de confiança de 95%; linha preta= não significativo; linha vermelha= significativo a 0,05%. p-valor < 0,001.

Fonte: a autora.

Verifica-se que a categoria “Alto IDHM” possuía maior prevalência (66,5%) de municípios com IndGAF em situação adequada ou com necessidade de aprimoramento do que a categoria “Baixo IDHM”. Já, a categoria “Alto em relação a Médio IDHM” apresenta maior prevalência (37,5%) de municípios com indicador da AF em situação adequada.

Quanto a comparação do InGAF com o IDSUS, observa-se que o grupo 5 e 6, formados por municípios mais pobres e com serviços de saúde menos densos tecnologicamente (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015), possuem menor prevalência

(56,6% e 71,5%, respectivamente) do IndGAF em situação adequada, quando comparado aos municípios do grupo 1. Os municípios referentes aos grupos 3 e 4, demonstram também menor prevalência (52,3% e 85,7%, respectivamente) de capacidade de gestão da AF adequada, porém na comparação com os municípios do grupo 5.

Evidencia-se também que municípios com PIB *Per capita* mais elevado apresentaram menor prevalência de um IndGAF em boas condições quando comparados com aqueles municípios com menor renda (até \$9100). Quanto ao PIB, não foram encontradas diferenças na associação com o IndGAF.

A associação do IndGAF com o indicador referente ao porte populacional demonstra que municípios com 25 mil a 100 mil habitantes possuem prevalência 50% maior de ter melhores condições da capacidade de gestão da AF quando comparados aos municípios maiores (acima de 100 mil habitantes).

A Figura 6 apresenta o resultado das análises multivariáveis da Regressão de Poisson, as quais reforçam as diferenças estatísticas da associação do IndGAF com o IDHM e o IDSUS.

Quando ajustada a regressão por IDSUS, observa-se que municípios com baixo IDHM possuíam menor prevalência (69,4%) de um IndGAF em condições adequadas, quando comparada com municípios com alto IDHM. No entanto, municípios com médio IDHM diminuem essa prevalência para 38,7%. Quando ajustada por IDHM, verifica-se menor prevalência (50,2%) da capacidade de gestão da AF em boas condições em municípios do grupo 3 quando comparados ao grupo 1. Da mesma forma, os municípios dos grupos 4 e 5 possuem menor prevalência (72,4% e 49,4%, respectivamente) de apresentar um IndGAF em boas condições comparadas aos municípios do grupo 1.



Figura 6 – Análises multivariável.

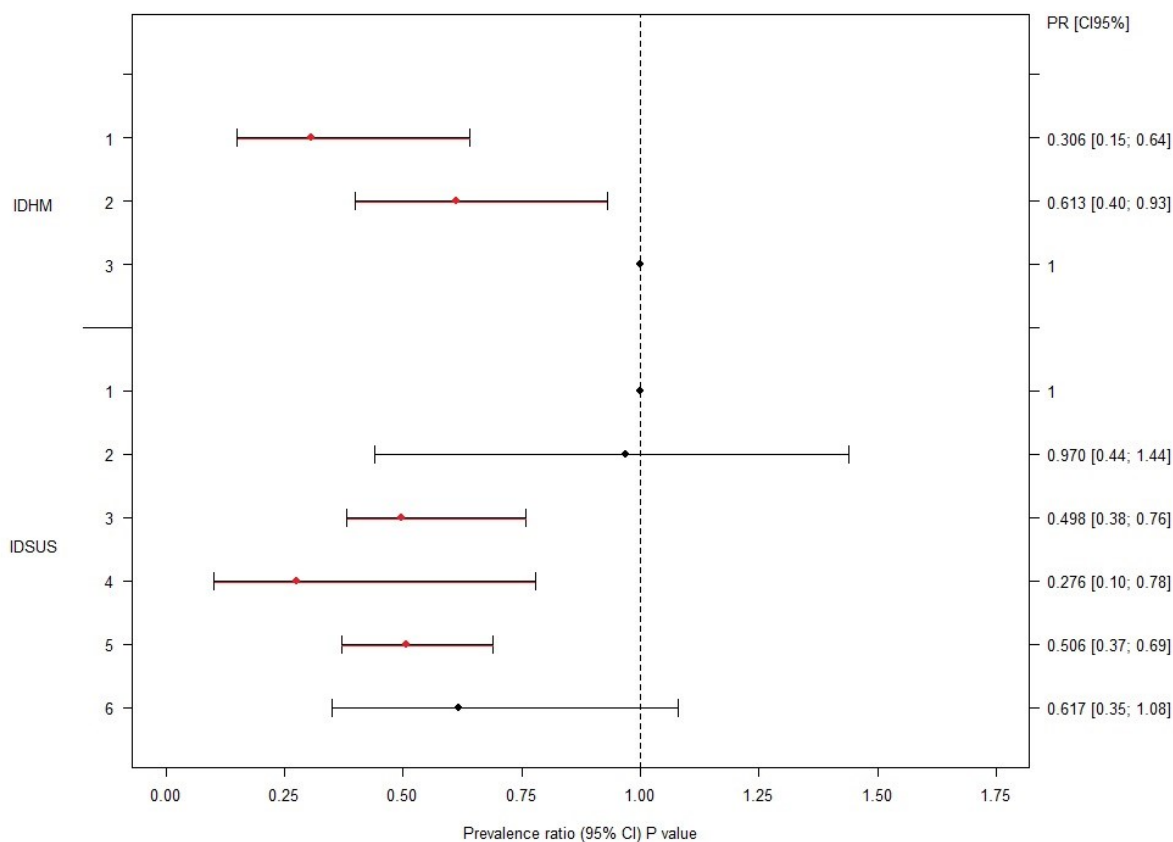


Ilustração gráfica dos resultados sobre a capacidade de gestão da AF e sua relação com indicadores socioeconômicos; IC = intervalo de confiança de 95%; **linha preta**= não significativo; **linha vermelha**= significativo a 0,05%. p-valor < 0,001.

Fonte: a autora.

## DISCUSSÃO

Os resultados sobre a capacidade de gerir a PNAF e sua relação com indicadores socioeconômicos revelam a complementaridade da AF e o sistema de saúde municipal. Evidencia-se que a capacidade de gestão sofre influência do ambiente onde está inserida, pois a partir das hipóteses formuladas identifica-se associação entre o IndGAF e os índices socioeconômicos.

Importante ressaltar, a relação entre os municípios em situação adequada no IndGAF que contam com no mínimo um farmacêutico ( $TFH \geq 1$ ) e aqueles em situação insatisfatória ( $TFH < 1$ ), indicando impacto positivo relativo à capacidade de gestão e a densidade de farmacêuticos nos municípios. A presença do farmacêutico é regulamentada por lei e todas as farmácias devem contar com, pelo menos, um

profissional farmacêutico durante seu horário de funcionamento (BRASIL, 1981; 2004; 2014; CFM, 2001).

A atuação do farmacêutico apresenta resultados estatisticamente significativos na redução da falta de medicamentos, na melhora da qualidade da prescrição e na redução do número de medicamentos prescritos entre os pacientes em seguimento farmacoterapêutico em unidades de saúde da APS, em que assume um papel relevante na redução dos problemas e na melhoria da qualidade dos serviços prestados (MELO *et al.*, 2017).

De acordo com os dados obtidos pela PNAUM, há, pelo menos, um farmacêutico contratado pelas prefeituras para atuar na APS em cada município da amostra (CARVALHO *et al.*, 2017). Além disso, a amostra é composta por um número maior de municípios de pequeno porte, elevando assim a densidade de farmacêuticos para cada 10.000 habitantes (FARACO *et al.*, 2020b).

Outros aspectos influenciam a capacidade de gestão da AF na APS. A relação entre a capacidade de gestão e a TFH não é um fator definidor, ou seja, a presença do farmacêutico é uma condição importante para o desenvolvimento da capacidade de gestão nos municípios brasileiros, porém não é um fator isolado. Os resultados obtidos na comparação entre o IndGAF e os índices socioeconômicos indicam que os municípios com piores índices socioeconômicos são também aqueles com IndGAF em situação deficiente.

Apesar da presença do farmacêutico em muitos municípios, o IndGAF demonstra que a capacidade de gestão não é adequada em muitos deles, sugerindo a existência de interferentes relacionados às características sociais e econômicas que impactam a capacidade de gestão. A associação entre o IndGAF e o IDSUS reforçam esse indicativo, demonstrando que municípios com melhores resultados de capacidade de gestão são aqueles que apresentam melhor desenvolvimento socioeconômico, melhores condições e estrutura do sistema de saúde. Da mesma forma, a comparação entre IndGAF e IDHM demonstra que quanto maior o IDHM, maior a proporção de municípios com boa capacidade de gestão da AF, considerando que esses municípios possuem os melhores indicadores socioeconômicos, refletindo um maior número de profissionais, maior participação do controle social e, assim, na

melhor capacidade em gerir e empregar os recursos públicos.

Por outro lado, quanto menor o IDHM, maior a proporção de municípios com capacidade de gestão da AF em situação crítica e/ou insatisfatória. Esse resultado reforça a premissa que apesar da disponibilidade de recursos ser relevante para o desenvolvimento humano, deve-se levar em consideração a necessidade da boa aplicabilidade deles, ou seja, o desenvolvimento humano depende de disponibilidade de recursos e do bom desempenho da gestão pública (MENDES *et al.* 2018).

No Brasil, um estudo realizado com gestores do setor público e privado destaca as fragilidades na gestão relacionada à inexperiência profissional, o atraso na inclusão de novas tecnologias que contribuam nos processos de gestão e organização do trabalho saúde (LORENZETTI *et al.*, 2014).

É consenso na literatura que as competências profissionais atualmente disponíveis não correspondem ao perfil esperado para o trabalho no SUS, principalmente no que se refere às competências de gestão e liderança (VIEIRA, 2008; MONTEGUTI; DIEHL, 2016; GERLACK *et al.*, 2017; VIEIRA, 2017). Identifica-se a necessidade de formação dos profissionais farmacêuticos responsáveis pela gestão e implementação da política farmacêutica e desenvolvimento de serviços municipais (VIEIRA, 2008; MONTEGUTI; DIEHL, 2016; GERLACK *et al.*, 2017), priorizando os municípios pobres, mas também os de renda média (MANZINI *et al.*, 2020).

Contudo, entende-se que são inúmeras as limitações relacionadas à capacitação dos profissionais farmacêuticos no Brasil, dentre elas, destacam-se as restrições importantes relacionadas ao acesso geográfico (PÁLSDÓTTIR *et al.*, 2016), por ser o maior país da América do Sul, com 5.570 municípios, e apresentar enormes desigualdades regionais e sociais (MANZINI *et al.*, 2020). Além disso, as condições de trabalho também estão associadas às diferenças regionais na infraestrutura das unidades de saúde que influenciam a capacidade dos farmacêuticos de implementar inovações e um escopo mais amplo de prática (VIEIRA, 2008; CARVALHO *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2018; MANZINI *et al.*, 2020).

A fim de minimizar essas barreiras e no intuito de fortalecer as competências do profissional para a gestão dos serviços de saúde, foram realizadas mudanças nas

diretrizes curriculares na graduação em Farmácia, privilegiando a formação do farmacêutico pautada em cenários de práticas inseridas na comunidade e contemplando as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

Porém, diante do contexto estudado, os resultados aqui alcançados coadunam-se com os achados de Manzini *et al.* (2020), no qual ressaltam que a formação profissional não deve ser uma atividade isolada, mas um investimento dentro de um projeto de serviço de desenvolvimento e acompanhada de investimentos em infraestrutura e equipes multiprofissionais, uma vez que as boas condições locais de trabalho são fundamentais para oportunizar o fomento de práticas avançadas e o alcance de melhores resultados.

Ainda, apesar das diversas estratégias para aprimorar o financiamento da APS e investimento em capacitação (MANZINI *et al.*, 2020), sabe-se que os municípios brasileiros convivem com diversos tipos de dificuldades, especialmente os de pequeno porte, porque não contam com recursos próprios suficientes para financiar as despesas não cobertas pelo governo federal (MENDES; MARQUES, 2014; MENDES; LEITE; CARNUT, 2020). Por outro lado, no estudo sobre a eficiência e disparidades da APS nos municípios brasileiros, David *et al.* (2015) apontam que há dificuldades de estruturação da APS também nas grandes cidades, cujo orçamento e a força de trabalho são direcionados às ações de assistência de média e alta complexidade, mantendo-se precária a oferta da APS.

Os achados do presente estudo indicam que municípios com menor porte populacional e com menor IDHM apresentam menor capacidade de gestão da AF, revelando possíveis iniquidades, necessitando de maior suporte dos estados e união para aprimorar a gestão pública. Além disso, a rede de serviços de saúde é insuficiente e há dificuldade de fixação de recursos humanos nos municípios de pequeno porte (VIANA *et al.*, 2007; 2015; OLIVEIRA, 2008; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015).

Ademais, quanto melhor os indicadores de renda, menor é a proporção de municípios com capacidade de gestão da AF em situação crítica, ou seja, municípios com maior PIB e PIB *per capita* tem mais recursos para a estruturação dos serviços,

o que pode impactar positivamente na capacidade de gestão da AF. Apesar disso, autores sugerem que não há uma relação direta entre a maior riqueza de um país e maior nível de saúde da sua população (MENDONÇA *et al.*, 2016). Ainda, a partir de certo limiar, os aumentos na riqueza não se traduzem em mais saúde para a população (BARATA, 2009).

Considerando que problemas relacionados ao uso de medicamentos têm impactos na saúde, mas também sociais e econômicos não só para o paciente mas para a sociedade como um todo (MINAEI *et al.*, 2019), e entendendo a AF como parte da gestão do sistema de saúde do município (COSTA *et al.*, 2017a), destaca-se que as políticas farmacêuticas são ferramentas importantes para lidar com as desigualdades socioeconômicas. Assim, poderiam ser usadas de forma mais eficaz como uma ferramenta importante para melhorar o acesso aos medicamentos (VOGLER; ÖSTERLE; MAYER, 2015). Diante disso, percebe-se que a implementação e gestão da PNAF nos municípios necessita de estratégias conjuntas e articuladas entre o sistema de saúde e o planejamento político, apontando para o direcionamento essencial dos esforços para compreensão das potencialidades e fraquezas municipais, e quais os indicadores influenciam a capacidade de gestão da AF na APS.

Embora o cenário político e econômico atual seja desfavorável para a gestão pública e seu aperfeiçoamento, devido à redução do financiamento para saúde em razão da adoção de medidas de austeridade (CASTRO *et al.*, 2019), esforços não poderão ser medidos pelos gestores da AF a fim de aprimorar a capacidade de gestão, otimizando os recursos e garantindo o acesso da população aos medicamentos e serviços farmacêuticos de qualidade.

Frente ao momento atual em que o mundo enfrenta uma pandemia por Covid-19, considerando o desconhecimento da doença e suas características e fatos aliados a especulações sobre potenciais tratamentos, iniciou-se uma corrida por medicamentos quando anunciados e propostos como possível tratamento (WHO SOLIDARITY TRIAL CONSORTIUM *et al.*, 2021). Essa circunstância, bem como a falta de alternativa terapêutica, tem favorecido o uso de diversos medicamentos em todos os níveis de atenção em saúde em caráter *off-label*, mesmo sem evidências de sua eficácia e controle dos riscos que possam gerar à saúde dos indivíduos, podendo

configurar práticas de saúde iatrogênicas (TRITANY; TRITANY, 2020).

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de serviços farmacêuticos (planejamento, aquisição, logística, atendimento e informação ao paciente) disponíveis equitativamente e de qualidade na APS (porta de entrada para casos leves e intermediários de COVID-19), com intuito de garantir a segurança, o acesso e o uso racional de medicamentos. Isso somente será assegurado se houver capacidade de gestão em todos os níveis hierárquicos do sistema de saúde, pautados na autonomia, flexibilidade e transparência para mobilizar recursos e construir a sustentabilidade dos resultados de gestão (BARRETO; GUIMARÃES, 2010). Assim, será possível mitigar os impactos na sociedade e minimizar os impactos negativos na economia (IPEA, 2020) e no bem estar da população.

Consequente à grande mudança nas políticas públicas no Brasil, em conjunto com a pandemia que assola o mundo, é provável um empobrecimento da população e dos países, resultando na piora dos indicadores socioeconômicos (CEPAL, 2021) e da qualidade dos serviços prestados, principalmente em um país com tamanha desigualdade, impactando dessa forma a população mais pobre.

Diante do contexto e da evidente associação dos indicadores socioeconômicos com a capacidade de gestão da AF, recomenda-se o direcionamento dos investimentos em melhorias na infraestrutura e coordenação da AF e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais. A falta de medicamentos, por exemplo, é uma realidade em todo mundo nesse momento, mas saber contornar essa realidade por meio de articulação com as demais esferas, colaboração interprofissional e racionalização dos recursos escassos são atributos e habilidades indispensáveis aos gestores da AF. No entanto, essas medidas necessitam incentivos e tecnologias disponíveis.

Por outro lado, a existência de medicamentos com prazo de validade expirados demonstra que a AF se encontra em situação crítica, o que pode acarretar danos à saúde da população, além do desperdício e má gestão dos recursos. Essa evidência chama atenção não só para necessidade de capacitação profissional de toda a equipe envolvida, mas em muitos casos, à necessidade de recursos humanos disponíveis, falta de articulação política para remanejar esses medicamentos,

colaboração interprofissional para padronizar e planejar aquisições, dentre outros. Esses fatores compreendem alguns exemplos de práticas que interferem na capacidade de gestão da AF, as quais envolvem um sistema amplo e complexo e estão associados aos melhores ou piores índices socioeconômicos. Nesse caso específico, o porte do município e um baixo PIB podem influenciar a contratação de profissionais que estejam dispostos a trabalhar em regiões remotas, muitas vezes longe de seus familiares, por baixos salários.

Algumas limitações do estudo devem ser observadas. O período histórico da coleta dos dados pela PNAUM (entre 2014 e 2015) pode ser entendido como um cenário político favorável à expansão e aprimoramento da política de saúde. O financiamento público federal para acesso a medicamentos e serviços farmacêuticos aumentou de cerca de R\$ 2 bilhões em 2003 para aproximadamente R\$ 15 bilhões em 2015. Nesse período, a PNAF proporcionou a expansão da AF com a contratação de mais profissionais, inclusive farmacêuticos, para as equipes de saúde (COSTA *et al.*, 2017b). Contudo, o cenário atual é de crise econômica e processo de (des)financiamento do SUS, o que restringe a comparação dos resultados obtidos com a situação vigente.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo apresenta os resultados referentes à comparação entre um indicador que mensura a capacidade de gestão da AF na APS no Brasil e indicadores socioeconômicos municipais. O IndGAF apresentou associação com indicadores de renda (PIB e PIB *per capita*) apontando para uma tendência linear. Também, é possível observar essa tendência entre o IDUS, o IDHM e a TFH, sugerindo que os municípios com melhores indicadores socioeconômicos apresentam melhores resultados de capacidade de gestão da AF.

Conclui-se que existem diversos fatores que impactam a capacidade de gestão da AF e, conseqüentemente, a gestão da saúde pública municipal. É fundamental a existência de uma estrutura mínima adequada, assim como força de trabalho qualificada, organização dos serviços, oportunidades de articulação política

e condições para que esses municípios possam desenvolver e aprimorar sua capacidade de gestão e que o financiamento baseado em indicadores socioeconômicos se converta em efetivo acesso e adequado uso de medicamentos para a população.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FREITAS, O. D. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, p. 1s-5s, 2017.

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055–1064, 2017.

ÁLVARES, J. *et al.* National survey on access, use and promotion of rational use of medicines: methods. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

ATLAS BR. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. 2021. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 18 set. 2021.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2009.

BARROS, R. D. *et al.* Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207–1220, 2010.

BERNARDO, N. L. M.; SOARES, L.; LEITE, S. N. A sociotechnical approach to analyze pharmaceutical policy and services management in Primary Health Care in a Brazilian municipality. **Pharmacy**, v. 9, n. 1, p. 39, 2021.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_farmaceutica\\_sus\\_relatorio\\_recomendacoes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf). Acesso em: 22 jul. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 85.878 de 07 de abril de 1981**. Estabelece normas para execução da lei 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão



de farmacêutico, e dá outras providências. Brasília: Ministério do Trabalho, 1981. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/antigos/d85878.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d85878.htm). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.** Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília: Casa Civil, 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012.** Institui a Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (PNAUM). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077\\_17\\_09\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2017. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19363913/do1-2017-10-20-resolucao-n-6-de-19-de-outubro-de-2017-19363904](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19363913/do1-2017-10-20-resolucao-n-6-de-19-de-outubro-de-2017-19363904). Acesso em: 21 jul. 2021.

CARVALHO, M. N. *et al.* Força de trabalho na Assistência Farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, p. 1-11, 2017.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019.

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. **Panorama social da América Latina 2020.** Resumo executivo. 2021. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/46784-panorama-social-america-latina-2020-resumo-executivo>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CFM. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001.** Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2001.

COSTA, E. A. *et al.* Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017a.

COSTA, K. S. *et al.* Pharmaceutical services in primary health care: interfederative agreement in the development of pharmaceutical policies in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, p. 2s, 2017b.

DAVID, G. C. *et al.* Primary Health Care in Brazilian municipalities: efficiency and disparities. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 232–245, 2015.

DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, E. N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 232–245, 2015.

DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M.; SOUZA, L. F. Desenvolvimento e equidade: desafios do crescimento brasileiro. **Novos estudos CEBRAP**, n. 98, p. 23–41, 2014.

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, sup. 2, p. 14s, 2017.

FARACO, E. B. *et al.* Desenvolvimento de um protocolo de indicadores para avaliação nacional da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n. 78, 2020a.

FARACO, E. B. *et al.* The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. **Pharmacy Practice**, v. 18, n. 4, p. 2048, 2020b.

FARACO, E. B.; ROVER, M. M. M.; LEITE, S. N. Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros. **Cadernos Saúde Coletiva**, submetido em revisão, 2021.

FERREIRA, T. J. N. *et al.* Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para medicamentos judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 668–684, 2019.

FIP. Fédération Internationale Pharmaceutique. **2012 FIP Global Pharmacy: Workforce Report**. The Hague: FIP, 2012.

FORTE, L. M.; NOBRE, F. C. Avaliação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) nos municípios do RN com vistas à definição de estratégias de gestão. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 1, p. 82–93, 2014.

GERLACK, L. F. *et al.* Gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

GUERRA JR, A. A. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, n.

3, p. 168–175, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2004.v15n3/168-175/#ModalArticles>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GUIMARÃES, M. C. L. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1642–1650, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto - PIB**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>. Acesso em: 8 abr. 2021.

IDSUS. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. 2021. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br>. Acesso em: 7 abr. 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Centro de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade. **Ciência e tecnologia frente à pandemia**. 2020. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/182-corona>. Acesso em: 9 abr. 2021.

LEITE, S. N. *et al.* **Gestão da Assistência Farmacêutica**: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

LEITE, S. N. *et al.* Science, technology and pharmaceutical policy on the agenda: contributions from the society to the 16th National Conference on Health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4259–4268, 2018.

LORENZETTI, J. *et al.* Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417–425, 2014.

LORENZONI, A. *et al.* Attending a blended in-service management training in a Public Health System: constraints and opportunities for pharmacists and health services. **Pharmacy**, v. 9, n. 1, 2021.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 521–532, 2011.

MANZINI, F. *et al.* Analysis of a blended, in-service, continuing education course in a Public Health System: lessons for education providers and healthcare managers. **Frontiers in Public Health**, v. 8, 2020.

MELO, D. O. *et al.* A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 235–244, 2017. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-contribuicao-do-farmacutico-para-a-promocao-do-acesso-e-uso-racional-de-medicamentos-essenciais-no-sus/15351?id=15351>. Acesso em: 23 jul. 2021.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; CARNUT, L. Uma metodologia para rateio dos recursos federais do SUS: o índice de necessidades de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014.

MENDES, W. A. *et al.* A influência da capacidade econômica e da formação de receitas públicas no desenvolvimento humano. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 5, p. 918–934, 2018.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Strengthening Primary Health Care in the municipalities in the Metropolitan Region of Porto Alegre, Brazil, after the introduction of the Mais Médicos (More Doctors) Program: an inter-municipal comparison. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2871–2878, 2016.

MINAEI, H. *et al.* Country pharmaceutical situation on access, quality, and rational use of medicines: an evidence from a middle-income country. **Iranian Journal of Pharmaceutical Research**, v. 18, n. 4, p. 2191–2203, 2019.

MONTEGUTI, B. R.; DIEHL, E. E. Pharmacy education in Southern Brazil: preparing pharmacists for the unified health system? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 77–95, 2016.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223–230, 2005.

OLIVEIRA, L. R. *et al.* The Brazilian Unified National Health System: proposal of a cost-effectiveness evaluation model. **Brazilian Administration Review**, v. 13, n. 2, 2016b.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, sup. 2, 2016a.

OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade regional e o território da saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

- PÁLSDÓTTIR, B. *et al.* Training for impact: the socio-economic impact of a fit for purpose health workforce on communities. **Human Resources for Health**, v. 14, n. 1, p. 49, 2016.
- REIS, A. T.; OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.
- ROCHA, S. Renda e pobreza - medidas per capita versus adulto-equivalente. 1998. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2487/1/td\\_0609.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2487/1/td_0609.pdf). Acesso em: 18 jul. 2021.
- TASCA, R. S.; SOARES, D. A.; CUMAN, R. K. N. Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em unidade básica de saúde em Maringá - Paraná. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 3, n. 2, p. 117–124, 1999. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/957/838>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- TRITANY, R. F.; TRITANY, É. F. Uso racional de medicamentos para COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, 2020.
- VIANA, A. L. A. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, sup. 2, p. S117–S131, 2007.
- VIANA, A. L. A. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 413–422, 2015.
- VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, 2010.
- VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para discussão. Brasília; Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018.
- VIEIRA, F. S. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1–6, 2017.
- VIEIRA, F. S. Providing quality pharmaceutical services in Brazil: items pending the unified health on the Unified Health System's agenda. **Pan American Journal of Public Health**, v. 24, n. 2, p. 91–100, 2008.
- VOGLER, S.; ÖSTERLE, A.; MAYER, S. Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socio-economic determinants in eight countries. **International Journal for Equity in Health**, v. 14, n. 1, p. 124, 2015.

WHO SOLIDARITY TRIAL CONSORTIUM *et al.* Repurposed antiviral drugs for Covid-19 - Interim WHO SOLIDARITY trial results. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 6, p. 497–511, 2021.

WILLEMANN, M. C. A. *et al.* Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 3, 2019.

#### 4.4 MANUSCRITO 4: CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM 3 MUNICÍPIOS CATARINENSES: DA NORMATIZAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA

**Manuscript – ID:** *em processo de submissão.*

**Periódico:** *a definir.*

Emília Baierle Faraco  
Discente, em nível de Doutorado  
Programa de Pós-graduação em Farmácia  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis, SC, Brasil

Silvana Nair Leite  
Orientadora.  
Doutora em Farmácia.  
Programa de Pós-graduação em Farmácia  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis, SC, Brasil

**Autora correspondente:**

Emília Baierle Faraco

Programa de Pós-graduação em Farmácia (PGFAR/UFSC)  
Campus Reitor João David Ferreira Lima.  
Bairro Trindade, Florianópolis (SC), Brasil - CEP 88040-900  
E-mail: emiliabaierle@gmail.com

#### **RESUMO**

Analisar a capacidade da gestão da Assistência Farmacêutica (AF) municipal em três municípios de Santa Catarina, Brasil. Trata-se de um estudo de casos múltiplos com objetivo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Foram selecionados três municípios considerando critérios referentes à localização, desempenho na execução das ações básicas da AF utilizando repasse dos recursos financeiros previstos por sua inserção no programa QUALIFAR-SUS e ao nível de capacidade de gestão da AF na Atenção Primária à Saúde. Foram empregados indicadores pré-definidos no estudo da amostra nacional e a coleta de dados realizada por intermédio de questionário *online*, testado e validado, por meio de uma plataforma virtual com o envio de link para o endereço de e-mail do respondente. Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin e sob a perspectiva dos referenciais teóricos do Sistema Sociotécnico (SST). Na análise, emergiram quatro categorias que expressaram os elementos críticos da AF no SST: AF como sistema municipal; a informalidade; a normatização; e, o isolamento. Esta pesquisa sinaliza a importância da articulação do gestor farmacêutico, da sua integração à equipe de APS e da efetiva inserção do sistema da AF na gestão municipal como instrumentos de melhoria da

capacidade de gestão e consequente Uso Racional de Medicamentos.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica. Capacidade de gestão. Sistema sociotécnico. Atenção Primária à Saúde. Gestão municipal.

## **ABSTRACT**

To analyze the capacity of municipal Pharmaceutical Assistance (PA) management in three municipalities in Santa Catarina, Brazil. This is a multiple case study with an exploratory and descriptive objective with a qualitative approach. Three municipalities were selected considering criteria related to location; the performance in the execution of the basic actions of the PA using the transfer of the financial resources foreseen by its insertion in the QUALIFAR-SUS program, and the level of the management capacity of the PA in the Primary Health Care. Predefined indicators were used in the national sample study. Data was collected through an *online* questionnaire, tested and validated through a virtual platform with a link sent to the respondent's e-mail address. Data were analyzed using Bardin's Content Analysis technique and under the perspective of the theoretical frameworks of the Sociotechnical System (SST). In the analysis, four categories emerged, which expressed the critical elements of PA in the SST: PA as a municipal system, informality, standardization and isolation. This research highlights the importance of articulating the pharmaceutical manager, integrating it with the PHC team and effectively inserting the PA system in municipal management as instruments for improving management capacity and the consequent Rational Use of Medicines.

**Keywords:** Pharmaceutical assistance. Management capacity. Sociotechnical system. Primary Health Care. Municipal management.

## **INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento de políticas nacionais que sejam totalmente adequadas à diversidade da realidade brasileira representa um grande desafio (CONASEMS, 2018). A institucionalização da gestão da Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Primária à Saúde (APS) no país ainda enfrenta obstáculos importantes (AKERMAN; FREITAS, 2017; GERLACK *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

Desde o início da pandemia por COVID-19 as sucessivas fragilidades relacionadas ao Uso Racional de Medicamentos (URM) tem sido identificadas no contexto mundial, considerando-se o ciclo do medicamento, desde o desenvolvimento e produção inicial até a iniquidade do acesso, exacerbando muitas limitações preexistentes (VERMA *et al.*, 2021).



Além das incertezas conferidas pelo vírus, a falta de terapias medicamentosas formalmente aprovadas, o aumento da demanda por medicamentos combinado ao fenômeno chamado “infodemia” (GARCIA; DUARTE, 2020) e a automedicação provocam preocupantes impactos sociais, econômicos e graves consequências para os sistemas de saúde (PENNYCOOK; RAND, 2019; GUIMARÃES; CARVALHO, 2020).

No contexto atual, seja por conta das sequelas (sociais, comportamentais, econômicas) resultantes da pandemia ou devido à crise financeira e medidas de austeridade fiscal implantadas no Brasil desde a deflagração da crise econômica em 2014 (VIEIRA, 2018), os gestores de saúde vêm enfrentando constrangimentos econômicos e sociais (CEPAL, 2021), principalmente àqueles pertinentes à garantia do acesso equitativo e ao URM (OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA, 2020; MELO *et al.*, 2021).

A APS é de responsabilidade dos municípios brasileiros e está presente em todos os territórios do país. Atualmente, os municípios gastam em média R\$ 20,00 por habitante/ano e o percentual de cobertura em Atenção Básica (AB) no Brasil é em torno de 60%, só não sendo maior porque os gestores municipais estão engessados na alocação de recurso (CONASEMS, 2018).

Tem-se observado a necessidade emergente de aprimorar ainda mais a gestão dos recursos financeiros e Serviços Farmacêuticos (SF) prestados, considerando a importância que a AF exerce na APS na busca pela garantia do acesso e a promoção, tornando imperativo promover ações mais sistêmicas e integradas, visando a melhoria da prestação dos serviços de AF e as práticas de cuidado na equipe de saúde (CONASEMS, 2018).

Na perspectiva de concretizar e executar políticas farmacêuticas e com o escopo de promover o acesso a medicamentos essenciais e o uso racional de medicamentos, desde 2012 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), tornando-se uma estratégia de cooperação para o processo de aprimoramento e integração das atividades da AF nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

No QUALIFAR-SUS são repassados recursos financeiros aos municípios que atendem os critérios de habilitação do programa (BRASIL, 2012a). No entanto, há evidências de que os municípios apresentam, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório nas atividades de qualificação da gestão (CONASEMS, 2018). Observa-se influência do contexto organizacional no grau de implantação e dificuldades na realização do diagnóstico para identificação das necessidades de estruturação da AF e pouco envolvimento das gestões estaduais com os municípios habilitados (RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

Neste momento crítico para a gestão do SUS, é fundamental investir na estruturação da gestão de ações fundamentais e de alto impacto, como a AF. Contudo, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) (ÁLVARES *et al.*, 2017), apesar das muitas normatizações e esforços desenvolvidos, persiste ainda no país atrasos no desenvolvimento da AF, fortemente relacionados à gestão (GERLAK *et al.*, 2017; ROVER *et al.*, 2017; BERMUDEZ *et al.*, 2018; LEITE *et al.*, 2018).

Diante disso, evidencia-se a necessidade de avaliar a gestão de forma mais aprofundada. A descentralização da gestão da AF para os municípios passou a ocorrer apenas no fim dos anos 1990, sendo por muito tempo definida como ações de logística desvinculadas do processo de atenção à saúde. No entanto, o grande impacto financeiro e de resultados de saúde diretamente vinculados ao acesso e URM impulsionaram fortemente o seu reconhecimento como área estratégica do SUS (LEITE *et al.*, 2015; BERMUDEZ *et al.*, 2018).

A redefinição da gestão da AF proposta por Barreto e Guimarães (2010) se baseia no conceito de gestão como processo técnico, político e social capaz de produzir resultados. Com base nesta premissa, protocolos de avaliação da capacidade de gestão da AF nos níveis municipal e estadual foram desenvolvidos e aplicados na realidade catarinense (LEITE *et al.*, 2015; ROVER *et al.*, 2017; FARACO *et al.*, 2020a).

Mais recentemente, a experimentação de intervenções para a estruturação da AF em uma pequena amostra de municípios catarinenses revelou a necessidade de compreensão da AF na perspectiva dos sistemas sociotécnicos. Esta perspectiva

evidenciou que intervenções na AF municipal exigem ações complexas que vão além de treinamento e intervenção técnica: componentes como cultura organizacional, pessoas envolvidas, infraestrutura, processos e controle social são fundamentais para obter resultados sustentáveis na direção do melhor uso dos recursos e dos medicamentos (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021).

Corroborando esses achados, evidenciou-se na avaliação da capacidade de gestão da AF, realizada a partir dos dados obtidos da PNAUM, que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o porte populacional são fatores que interferem na gestão da AF municipal (FARACO *et al.*, 2021a). Também, identificou-se diferenças significativas na capacidade de gestão entre as regiões do Brasil, reforçando que o contexto é preponderante e decisivo na gestão da AF (FARACO *et al.*, 2021b).

Estas premissas e evidências são a base para o desenvolvimento desse estudo, que diante disso, busca compreender a capacidade de gestão da AF em três municípios de Santa Catarina, considerando os resultados obtidos pelo Indicador da Capacidade de Gestão da AF (IndGAF) (FARACO *et al.*, 2021a; b) referente ao período 2014/2015 em comparação à situação atual, com um olhar sistêmico e integrado ao contexto.

## **MÉTODO**

Essa pesquisa se caracteriza como estudo de casos múltiplos com objetivo exploratório, descritivo e interpretativo (STAKE, 2005). Para a seleção dos casos foram considerados os resultados obtidos nos estudos de Faraco *et al.* (2021a; b), utilizando o IndGAF para avaliar a AF em uma amostra de 507 municípios brasileiros selecionados pela PNAUM (ÁLVARES *et al.*, 2017). Os casos selecionados versam sobre o desempenho da capacidade de gestão da AF na APS.

Participaram do estudo os gestores/coordenadores da AF da APS de três municípios do estado de Santa Catarina (SC). A seleção dos casos foi intencional e considerou os seguintes critérios:

- a) Desempenho no IndGAF: no intuito de explorar a análise comparativa,

considerou-se necessário inserir pelo menos um município com resultados obtidos em cada uma das categorias do IndGAF (“necessidade de aprimoramento”; “situação insatisfatória” e “situação crítica”). Julgou-se a categoria “situação adequada” como não substancial para esse estudo, sendo que municípios com esse resultado foram desconsiderados;

b) Município habilitado ou não no programa QUALIFAR-SUS<sup>6</sup>: entende-se que municípios habilitados no programa que não receberam as parcelas de custeio subsequentes aos recursos de investimentos iniciais para estruturação da AF na AB não executaram as atividades previstas e/ou deixaram de informá-las ao MS, apontando para possíveis falhas na gestão. Dentre os 159 municípios catarinenses cadastrados, 59 se caracterizam atualmente por irregularidades no recebimento dos repasses financeiros esperados nos anos 2012 a 2019. Essa evidencia tornou pertinente o critério de seleção que elegeu municípios habilitados no programa que **não receberam** as parcelas referentes ao custeio; e/ou municípios que **não se cadastraram** no programa, mesmo estando aptos para tal (BRASIL, 2012a; 2013a; 2014a; 2017, 2018a).

A adoção desses elementos para a seleção dos casos pauta-se na necessidade de discutir e entender os condicionantes que influenciam contextos semelhantes entre si, porém, com particularidades distintas que interferem na capacidade de gestão da AF desses municípios e conseqüentemente no acesso ao URM. Essa etapa do estudo permitiu aprofundar a investigação proposta por essa tese, considerando os achados das etapas anteriores.

Além disso, a escolha de mais de um caso não visou a replicação, mas a possibilidade comparativa, considerando que estudar os três casos e trabalhar os discursos possibilitou criar linhas de convergência e divergência sobre o material, sem

---

<sup>6</sup> Os critérios para habilitação nos anos de 2012, 2013 e 2014 eram: municípios com até 100.000 habitantes, com população em situação de extrema pobreza e que constassem no Programa Brasil sem Miséria (BRASIL, 2012a; 2013a; 2014a). A partir de 2017, os critérios foram: municípios com até 500.000 habitantes e priorização daqueles com menor IDHM nas regiões e nos seis portes populacionais (BRASIL, 2017; 2018a).

a pretensão de avaliar a incidência dos fenômenos, mas justamente lançar luz sobre o contexto no qual ele se produziu (CARNEIRO, 2018).

Para a caracterização dos casos, dados secundários foram coletados em bases nacionais: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e obtidos de fontes primárias, quais são apresentados no Quadro 1. Optou-se por identificar os municípios com nomenclaturas específicas (M1, M2 e M3), a fim de garantir sigilo quanto à identidade dos participantes, assim como a confidencialidade das informações.

Quadro 1 – Caracterização dos casos.

Indicadores / Casos	M1	M2	M3	Fonte
Região	Norte-Nordeste catarinense	Região Serrana de SC	Alto Vale do Itajaí	IBGE (2016)
Porte populacional	Médio [25 a 100]	Médio [25 a 100]	Pequeno [Até 25 mil habitantes]	
Atividade econômica predominante	Atividades portuária, pesca e turismo	Produção de hortifrutigranjeiros e turismo	Produção agrícola / Agricultura familiar	
IndGAF	Necessidade de aprimoramento	Situação insatisfatória	Situação crítica	Faraco et. al. (2020a)
QUALIFAR	Habilitado Não recebeu custeio em 2019/2020	Habilitado Não recebeu custeio em 2019 e recebeu a 2ª parcela 2020	Não cadastrado / Não habilitado	Dados fornecidos pelo DAF/MS
TFH	0,235	0,904	2,528	Faraco et al. (2020b)
IDHM	Alto	Médio	Alto	PNUD (2016)
IDSUS	3	5	5	IDSUS (2021)

Legenda: IndGAF, Indicador de Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica; IDHM, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; IDSUS, Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde; TFH, Taxa de Farmacêuticos para 10.000 habitantes.

Fonte: a autora.

Para acessar os municípios participantes, inicialmente apresentou-se a proposta de trabalho por meio de uma conferência *online* ao grupo de farmacêuticos representantes das Regionais de Saúde do Estado de SC. Em seguida, foram contatados os coordenadores da AF dos municípios participantes por telefone, encaminhando-lhes uma carta convite via e-mail. Os participantes receberam um link

com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura. A coleta de dados ocorreu por meio do questionário estruturado que permitiu a caracterização do perfil do coordenador da AF.

Em seguida, foram conduzidas as entrevistas semiestruturadas individuais entre os meses de junho e julho de 2021, em única sessão, com duração aproximada de 45 minutos. Utilizou-se um roteiro para guiar a ordem das questões e realizadas por meio de videoconferência entre o pesquisador e os participantes do estudo. As entrevistas foram gravadas com posterior transcrição dos áudios para análise e categorização das narrativas.

Posterior a essa etapa, realizou-se a análise documental a partir de documentos compartilhados publicamente pelos municípios, como: Legislações municipais (D1), Lei Orgânica (D2), Plano Municipal de Saúde (PMS) (D3), Plano de Governo Municipal (PGM) (D4) e conteúdos disponíveis em redes sociais e site oficiais (D5).

Considera-se que a combinação de dados, sob a perspectiva convergente e complementar, auxilia na superação de vieses por conta de abordagens singulares, amplia a consistência dos resultados e maximiza a quantidade de informações e sua interação, fornecendo melhores possibilidades analíticas (PARANHOS *et al.*, 2016).

Os dados referentes às fontes secundárias e análise documental foram tabulados e consolidados em base de dados única no software Excel®, seguido pela análise dos mesmos. Na análise do material, os dados foram classificados em temas e categorias que auxiliam na compreensão do conteúdo dos discursos (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Utilizou-se a abordagem básica dedutiva, verificatória, enumerativa e objetiva para a análise de conteúdo, em que se deu a unitarização do conteúdo em unidades de análise e posterior classificação das unidades em categorias. Nesta abordagem, as categorias foram fornecidas ou estabelecidas a priori, a partir da teoria, objetivos ou questões de pesquisa (BARDIN, 1977; MORAES, 1999; SILVA; FOSSÁ, 2015). Desse modo, as unidades de análise foram categorizadas em unidade de contexto no software Excel®, utilizando os componentes sociais e técnicos da AF municipal, conforme proposto por Bernardo, Soares e Leite (2021).

A avaliação sociotécnica fornece uma estrutura sistêmica para analisar uma variedade de sistemas complexos, problemas e eventos como uma alternativa flexível que possibilita ser aplicado em diferentes domínios. Esta metodologia fornece uma estrutura para analisar as ligações e relacionamentos entre os diferentes aspectos sociais e técnicos, possibilitando a compreensão dos sistemas existentes (DAVIS *et al.*, 2014). Esta opção justifica-se ao promover a compreensão do contexto sócio-político-econômico e cultural; e, a sua influência no desenvolvimento da capacidade de gestão da AF, considerando a complexidade que permeia as diferentes realidades.

Aprofundando a análise para os conteúdos latentes dos resultados categorizados pelo SST, permitiu-se uma segunda fase de análise, indutiva, (GRANEHEIM; LINDGREN; LUNDMAN, 2017), com a emergência de quatro categorias analíticas interpretativas.

O presente estudo é complementar e está amparado na pesquisa do MS, PNAUM, aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, conforme parecer nº 633.253 sob CAAE nº 18947013.6.0000.0008.

A presente etapa do estudo está aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, conforme parecer nº 4.735.457 sob CAAE: 39236520.6.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após o recebimento de informações acerca do estudo. Os municípios não foram identificados pelo nome para evitar a identificação de participantes individuais, que foram indicados por título profissional e cargo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados serão apresentados em dois aspectos: caracterização dos profissionais e municípios participantes e análise interpretativa com base nos elementos do SST da AF na APS.

Quanto à caracterização dos participantes, predominou o sexo feminino entre os 3 profissionais entrevistados (100%). Com relação à categoria profissional, as três

possuem formação acadêmica, graduadas em Farmácia. O tempo de atuação na função variou de 5 meses a 13 anos. Quanto à formação complementar, duas profissionais farmacêuticas referem ter cursado pós-graduação em nível de Especialização e, referente ao vínculo profissional, as participantes declaram hegemonicamente serem servidoras públicas.

Dentre as participantes, a farmacêutica do M1 refere não exercer a função de coordenadora/gestora da AF, porém é a referência na função tanto para a gestão municipal quanto para a Regional de Saúde do Estado de SC. Todas alegam não ter recebido nenhum tipo de capacitação para a gestão da AF e apenas a participante do M2 recorda-se da PNAUM, porém não foi quem respondeu a pesquisa na época.

Relativo ao número de farmacêuticos, o M1 conta com três profissionais na APS municipal e os demais dispõem apenas de um profissional farmacêutico. Já em relação à equipe disponível para AF, o M1 possui um auxiliar administrativo, embora afastado no momento, um técnico em enfermagem e um estagiário. O M2 e M3 possuem um técnico de enfermagem na equipe.

Quanto ao QUALIFAR SUS, a participante do M1 informa não conhecer e as demais desconhecem a situação atual do município no programa. Destaca-se que, juntos, os três municípios participantes desse estudo deixaram de receber R\$ 163.329,31 somente nos anos 2019 e 2020, conforme detalhado no Quadro 2.

Quadro 2 – Recursos QUALIFAR SUS.

	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>Fonte</b>
Valores recebidos (desde a habilitação no programa QUALIFAR-SUS até 2020)	R\$ 60.816,00 <sup>a</sup>	R\$ 65.083,13 <sup>b</sup>	R\$ 0,00	Dados fornecidos pelo DAF/MS
Valor que o município deixou de captar no QUALIFAR-SUS em 2019 e 2020	R\$ 48.000,00	R\$ 42.000,00	R\$ 73.329,3 <sup>c</sup>	

<sup>a</sup> Recurso de investimento 2019: R\$ 60.816,00; <sup>b</sup> Composição do valor total: R\$ 35.083,13 referente ao recurso de investimento 2018; R\$ 24.000,00 de custeio 2018 e R\$ 6.000,00 referente à parcela 2 de custeio de 2020; <sup>c</sup> Valores referente ao recurso de investimento inicial e as parcelas destinadas ao custeio nos meses subsequentes, se tivesse sido habilitado em 2019.

Legenda: DAF, Departamento de AF; MS, Ministério da Saúde.

Fonte: a autora.

Desde 2012 o MS instituiu o programa QUALIFAR-SUS a fim de fortalecer a capacidade de gestão da AF municipal, em que são repassados recursos financeiros



para municípios que atendem os critérios pré-estabelecidos. Há evidências de que os municípios apresentam, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório das atividades de qualificação da gestão (RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017). Os achados expressam ineficiência da gestão no que diz respeito à captação de recursos, legitimando as irregularidades alusivas ao Programa QUALIFAR-SUS.

### **Análise do SST**

A partir das entrevistas realizadas e da análise documental, reconheceu-se diferentes informações que se traduzem em elementos sociais e técnicos da AF municipal, de acordo com a estrutura sociotécnica proposta por Bernardo, Soares e Leite (2021) (Quadro 3).

Quadro 3 – Categorização das narrativas conforme SST.

Unidade de contexto	Unidade de análise	Unidade de registro
<b>Financiamento</b>	Captação de recursos / Reconhecimento de fontes de financiamento e incentivo financeiro	<p><b>P1:</b> A equipe da farmácia só recebeu a informação que havia uma verba e levantou as necessidades de equipamentos, materiais, mobiliário. Porém, nunca recebemos nada e nem ficamos sabendo de onde era essa verba, somente que ela existia. Recebemos a informação que os itens foram pra licitação, mas até hoje não chegou nada. Quem nos informou foi alguém da SMS. Não sei como funciona o recebimento dos recursos do município.</p> <p><b>P2:</b> Quando foi implantado o QUALIFAR-SUS eu já estava na farmácia, mas não estava na coordenação. Então, quanto aos trâmites eu não sei, estou por fora. Eu não sei qual a situação do nosso município em relação ao QUALIFAR-SUS. Quem fez a solicitação foi outra farmacêutica. Não tive acesso, inclusive já se passaram sete meses desde o último recebimento, eu acho, mas eu vim pra cá em abril, então é algo que ainda preciso ver se estamos recebendo alguma verba ou não. E ver pra onde essa verba pode ser destinada, porque se não ficar em cima acaba não sendo utilizada. Não lembro se recebemos e se foi destinado, mas, no caso, quem fez essa inscrição, a habilitação do município foi um farmacêutico mesmo.</p> <p><b>P3:</b> O município possui uma empresa que presta assessoria e alimenta todos os sistemas/programas de captação de recursos para o município. Quanto à inscrição no Programa QUALIFAR-SUS, fizemos duas vezes, mas não deu certo. Quem faz o processo de inscrição foi a empresa terceirizada. Questionei eles (assessoria) porque não fomos contemplados, mas não souberam responder e disseram não ter entendido. Compartilhei no grupo de farmacêuticos da região, mas ninguém soube assim explicar.</p>
<b>Regulamentação</b>	Obrigatoriedade de regulamentação	<p><b>P2:</b> A farmácia foi centralizada porque tínhamos uma unidade que foi a primeira unidade de saúde do município... tinha uma farmacêutica que era do estado cedida pro município que se aposentou. Na transição de governo, na gestão passada, estavam sem farmacêutico responsável. Então, o CRF caiu em cima... E aí a gestão resolveu, então, centralizar a farmácia.</p>
<b>Meio ambiente</b>	Influência da pandemia nos serviços	<p><b>P1:</b> ...o serviço ficou sobrecarregado.</p> <p><b>P2:</b> Com a pandemia reduzimos as atividades do NASF e ficamos somente com pacientes da saúde mental.</p> <p><b>P3:</b> Devido à pandemia tivemos muita falta de medicação nesse último ano. Existiam capacitações e treinamentos no município, porém com a pandemia tiveram que ser interrompidas.</p>
	Ambiente do sistema municipal de saúde	<p><b>P1:</b> Farmácia AB e CEAF centralizada.</p> <p><b>P2:</b> Farmácia centralizada que dispensa todos os materiais e medicamentos.</p> <p><b>P3:</b> Farmácia situada na US, sendo a sala do secretário ao lado da farmácia.</p>
<b>Objetivo da AF</b>	Objetivo dos serviços prestados	<p><b>P1:</b> A AF não é vista como uma política. No município não há um objetivo da AF... aqui é meio complicado trabalhar com AF.</p> <p><b>P2:</b> Atender as necessidades dos pacientes. Tentamos sempre resolver o problema do paciente. Não o deixamos sair sem uma resposta, se a resposta for não, a gente explica o porquê. Mas tentamos orientar da melhor forma possível para que ele seja atendido.</p> <p><b>P3:</b> Tudo é sempre pra ter uma melhoria na qualidade de vida do paciente. Pra ele receber o melhor atendimento..., mas eu vejo que tudo aqui é voltado pro melhor atendimento à população.</p> <p><b>D2M3:</b> Lei Orgânica destaca que compete ao município a implantação e manutenção de farmácia básica para o atendimento da população carente (1990).</p> <p><b>D3M1:</b> PMS indica a composição das equipes do NASF e CAPS que contam com um farmacêutico e o valor orçamentário para a manutenção do serviço AF Básica.</p> <p><b>D3M2:</b> PMS refere a centralização da dispensação de medicamentos, informatização da farmácia, atribuições e estrutura física. Lista os medicamentos disponíveis nos componentes da AF Básica, Especializado e cita o "Programa Judicial". Informa ainda sobre programa de dispensação de medicamentos a domicílio.</p>

Unidade de contexto	Unidade de análise	Unidade de registro
		<p><b>D3M3:</b> PMS descreve a estrutura física e de recursos humanos para a AF básica e composição da CFT. Informa o valor orçamentário para manutenção do serviço de AF.</p> <p><b>D4M1:</b> PGM faz referência somente a medicamentos veterinários.</p> <p><b>D4M2:</b> PGM menciona ampliação do fornecimento de medicamentos atendendo as necessidades da população.</p> <p><b>D4M3:</b> PGM refere manter a quantidade e a qualidade dos medicamentos fornecidos pela Farmácia Básica do município; garantir e acompanhar a entrega da documentação ao Estado para o recebimento de medicamentos de processos judiciais.</p>
<b>Gestão</b>	Autonomia decisória com relação aos recursos financeiros	<p><b>P1:</b> <i>Aqui a gente nem fica sabendo quanto de dinheiro tem para ser gasto. Na verdade, ano passado foi nos informado sobre um valor que a gente poderia gastar com móveis e outras coisas. Fizemos um orçamento e até hoje não veio nenhum móvel... queríamos equipar a farmácia, comprar computadores, geladeira nova, pois temos bastante medicamentos termolábeis...</i></p> <p><b>P2:</b> <i>Em relação aos recursos financeiros eu não tenho muito acesso.</i></p> <p><b>P3:</b> <i>A parte financeira é de competência do secretário. Eu nunca me envolvo. Percebo que meus colegas estão sempre interessados em saber se existe qualquer tipo de financiamento, recursos, etc., mas no meu caso não fico sabendo. Porém, sempre que preciso tem dinheiro disponível para a aquisição dos medicamentos. Teve um ano que precisei escolher quais medicamentos comprar, mas depois não ocorreu mais, tudo passou a ficar mais organizado.</i></p>
	Conhecimento dos mecanismos legais	<p><b>P1:</b> <i>Desconhece.</i></p> <p><b>P2:</b> <i>Sobre o PMS, entrei em contato com alguns colegas, mas ninguém sabe me dizer onde conseguimos.</i></p> <p><b>P3:</b> <i>Enviou por e-mail antes da entrevista.</i></p>
	Organograma hierárquico	<p><b>P1:</b> <i>Temos o secretário e uma gerente que a princípio é a nossa superior. Ela não é farmacêutica e não tem formação na área da saúde. Mas somos bem carentes aqui no município, quanto à gestão do serviço... ficamos por conta. A gerente faz a gestão dos serviços como um todo, mas na farmácia acabamos nos virando por conta própria.</i></p> <p><b>P2:</b> <i>Prefeito, secretário, o coordenador da AB. Na gestão passada tinha um diretor de saúde entre o secretário e o coordenador da AB. Nessa gestão já não tem coordenador da AB. Tem só o diretor de saúde. E aí depois vem o coordenador da farmácia.</i></p> <p><b>P3:</b> <i>Existe um gerente da US, mas respondo direto pro secretário...a sala dele fica do lado da farmácia, então tenho acesso facilitado.</i></p>
	Apoio à gestão da AF	<p><b>P1:</b> <i>Não somos convidados para participar de reuniões na secretaria de saúde. O profissional farmacêutico nunca é chamado, nunca está envolvido em nenhuma questão. A gerência nunca nos procura pra perguntar o que que tá faltando ou o que pode melhorar.</i></p> <p><b>P2:</b> <i>Normalmente tenho respaldo e apoio da gestão municipal. É que aí entra um pouco da política, né? Participo de reuniões com a gestão municipal somente quando é pertinente à farmácia. Tenho bastante autonomia quanto aos processos e conseguimos fazer um trabalho bem legal, por enquanto...</i></p> <p><b>P3:</b> <i>O nosso secretário, ele é muito parceiro, tem muita coisa que ele mesmo toma iniciativa, ele fez bastante coisa. A saúde no nosso município é referência aqui na região... Além disso, a gente tem a nossa câmara técnica na região, uma associação dos municípios da região.</i></p>
	Participação do gestor no controle social	<p><b>P1:</b> <i>Não participo e acho que nenhum outro farmacêutico do município participa das reuniões do CMS.</i></p> <p><b>P2:</b> <i>Não participamos, ninguém da farmácia, do CMS. Nessa gestão acho que o conselho está um pouco mais atuante, precisávamos fazer uma compra de computadores e só conseguimos porque o secretário pediu um parecer do CMS. Parece que agora eles tão começando a andar um pouquinho...</i></p> <p><b>P3:</b> <i>Faço parte das reuniões do conselho municipal de saúde. Nessa gestão, eu não sou membro, mas sempre participo das reuniões. A REMUME foi colocada em discussão e foi aprovada no conselho. Apresentei quais as alterações necessárias que foram feitos, se os medicamentos que estavam eram apropriados...teve alguns medicamentos que eu tirei e mostrei pra quem estava ali, o porquê de estar sendo descontinuando, se por questão de custo, se por questão de não ser do SUS, se porque</i></p>

Unidade de contexto	Unidade de análise	Unidade de registro
		<p><i>tem outro... Quando eu comecei, o presidente do conselho era secretário e isso é uma coisa proibida, não sei se já era na época, mas foi uma coisa que eu fui barrada. E até no começo as reuniões eram mais sigilosas, não secreta, mas não era que nem hoje, não eram divulgavas, eram pessoas escolhidas a dedo pra apoiar a situação. Importante a gente tentar se dedicar sim pra tá participando dos conselhos. Aquela história, quem não é visto, não é lembrado.</i></p>
<b>Força de trabalho</b>	Escassez de profissionais farmacêuticos	<p><b>P1:</b> <i>Aqui somos em duas farmacêuticas e atendemos a AB e o CEAf, não temos muito tempo pra fazer outras atividades, além das burocráticas. Há apenas dois meses que tem um farmacêutico no almoxarifado, antes o responsável era um assistente administrativo. Fazemos a entrega e orientação de tira de HGT. Fórmula infantil, fralda geriátrica, toda a parte burocrática de material de enfermagem, que aqui a gente que disponibiliza para as unidades de saúde, a parte odontológica...fica tudo aqui.</i></p> <p><b>P3:</b> <i>Na minha realidade sozinha, é muito difícil ver por exemplo interação medicamentosa, etc. Se tivesse um farmacêutico pra fazer toda essa parte mais técnica, eu teria mais tempo pra fazer essas outras coisas. Fui a primeira farmacêutica aqui do município, entrei há 8 anos. Sou apenas eu de farmacêutico, eu faço tudo. Faz um ano e dois meses que consegui uma técnica de enfermagem que fica só na farmácia e também foi uma luta, uma conquista. Meu sonho ainda era poder ter mais um farmacêutico, para fazer um acompanhamento mais de perto, por mais que faça um bom trabalho, para conseguir mesmo me dedicar para essa parte do cuidado, análise das prescrições dos pacientes poli medicamentosos, só com mais um profissional.</i></p>
	Identidade do farmacêutico no Sistema Municipal de Saúde	<p><b>P1:</b> <i>Aqui pensam que o farmacêutico é só pra fornecer medicamento, mais nada. É só alcançar o medicamento na mão, não somos um profissional valorizado no município. Não somos reconhecidos como profissional da saúde. Eles não olham para a farmácia, na verdade eles não sabem o que nós fazemos na farmácia.</i></p> <p><b>P2:</b> <i>A AF está cada vez criando mais asas... Porque antes, o farmacêutico não era visto como um profissional de saúde. Ainda tenho um pouquinho disso, que nos vem apenas como um dispensador, para entregar no balcão, ainda tem alguns mitos assim, mas eu acredito que já tenha melhorado.</i></p> <p><b>P3:</b> <i>Reconhecida de verdade, sim! Eles sabem que 20 de janeiro é dia do farmacêutico, muitas vezes passa em branco o dia. Mas eu sou muito reconhecida, daí sempre quando fazem a semana da enfermagem em maio, me incluem junto... eu ganhei um presentinho junto. Antes ninguém nem sabia direito o que era a farmácia aqui. Muita gente me chama de enfermeira... aqui o pessoal é muito humilde e nem sabem o que é a profissão "farmacêutico". Por eu estar aqui, acham que eu sou enfermeira, que farmacêutico é somente da farmácia comercial.</i></p>
	Reconhecimento profissional	<p><b>P1:</b> <i>Somente os pacientes reconhecem, às vezes agradecem. Já da gestão municipal isso não acontece (reconhecimento).</i></p> <p><b>P2:</b> <i>Tenho reconhecimento com relação aos pacientes. Eles chegam aqui e já direcionam com quem querem o atendimento. Temos esse reconhecimento deles. Pelo menos isso!</i></p> <p><b>P3:</b> <i>Realmente eu sou importante, assim, eu vejo isso de todos. Eu sou muito feliz, sou muito realizada de verdade. Eu vejo que faço a diferença na vida das pessoas.</i></p>
	Identificação do gestor municipal da AF	<p><b>P1:</b> <i>Todos podem me indicar como profissional de referência da AF (coordenador da AF), mas eu não me acho, acho que eu não sou reconhecida pelo meu serviço.</i></p> <p><b>P2:</b> <i>Me considero reconhecida como farmacêutica, como profissional de saúde, mas não como gestora.</i></p> <p><b>P3:</b> <i>Sou a referência para o serviço e vejo que agora tenho mais importância do que antes.</i></p>

Unidade de contexto	Unidade de análise	Unidade de registro
	Sobrecarga de trabalho	<p><b>P1:</b> Temos uma sobrecarga de trabalho, é muito serviço. Tem dias que não conseguimos nem ir no banheiro. Porque só no componente especializado eu devo atender da metade do mês em diante que é quando chega a medicação, uns 50 a 60 pacientes por dia. E somos só nós e fazemos oito horas por dia.</p> <p><b>P2:</b> Parece que estamos todos os dias apagando incêndio, muita demanda para pouca gente.</p> <p><b>P3:</b> A gente não consegue dar a devida atenção e orientação em relação ao medicamento. Estou direto fazendo atendimento e dispensação e fazendo todas as outras coisas.</p>
	Força de trabalho / AF municipal isolada	<p><b>P1:</b> Foi iniciado a composição de uma comissão, porém atualmente, está inativo. Mas quem participava era o outro farmacêutico que atualmente está no laboratório. Começamos a montar a REMUME, mas parou e nunca mais retomou.</p> <p><b>P2:</b> Não temos CFT. Nem temos contato com médicos e enfermeiros... não tem muito. Atualmente temos um pouquinho mais acesso aos médicos, porque entrou bastante médicos novos na nossa cidade. Porque, diziam que os antigos achavam que sabiam tudo. Agora tem uma relação maior.</p> <p><b>P3:</b> Não temos no município CFT formalizada, mas todo mundo se ajuda.</p>
	Deslocamento de força de trabalho / Regulamentação externa / Informalidade	<p><b>P1:</b> Existe uma certa rotatividade aqui. Dificilmente um farmacêutico fica no mesmo setor por muito tempo. Acho que quem está a mais tempo na mesma função é o bioquímico no laboratório. Eu mesma já fui pro laboratório, já voltei, já fui pra outro setor, percorri vários setores desde que entrei em 2008, é um tipo de rodízio.</p> <p><b>P2:</b> Toda gestão muda alguma coisa. Tínhamos outra farmacêutica que está de férias, mas acho que vai voltar pra vigilância sanitária, pois já tinha uma função lá, na gestão passada.</p> <p><b>P3:</b> Sou contratada como NASF, mas eu nunca fiz nenhum trabalho de NASF.</p>
	Capacitação para gestão	<p><b>P1:</b> Qualquer capacitação é por nossa conta. Nós mesmos que temos que procurar e fazer. Não há estímulo nenhum nesse sentido. Todos os cursos que fazemos é por conta própria. O município nunca oferece nenhuma capacitação, bem difícil.</p> <p><b>P2:</b> Tenho pós-graduação em Saúde da Família e fiz por minha conta.</p> <p><b>P3:</b> Da parte do município vejo que há interesse, mas por falta de tempo e oportunidade não acontece. Mas tem vontade sim. Antes da pandemia tínhamos capacitações de tempos em tempos e a intenção era fazer sempre, pelo menos uma vez por mês. Já tivemos palestra motivacional. Quanto a treinamentos, eu sempre fui ensinada pela enfermeira e fui ensinada por uma pessoa da área administrativa.</p>
Estrutura	Estruturação e organização do acesso ao serviço	<p><b>P1:</b> Temos a farmácia central, onde somos em duas farmacêuticas e atendemos a AB e o componente especializado. Eu fico mais com o CEAF e auxílio na AB. Temos aproximadamente 13 unidades de saúde, eu acho, onde tem uma farmacinha, mas não tem um farmacêutico. Quem cuida da medicação nas unidades é a enfermeira e os técnicos de enfermagem. Eu não atendo muitos pacientes da AB mas vejo que tem muita reclamação, porque as medicações que eram para ser fornecidas nas unidades, como não existe um farmacêutico, sempre acabam faltando. Os pacientes têm que vir na farmácia central, que às vezes fica bem longe da casa. Isso era pra ter acesso na própria unidade que seria o local mais próximo de casa. Entendo que isso ocorre devido à falta de profissional farmacêutico no município.</p> <p><b>P2:</b> Tínhamos medicamentos nas US, mas aí na gestão passada eles centralizaram tudo. Só tem uma única exclusiva farmácia no município, que fica num local separado e temos quatro US. Essa organização é recente, tem uns quatro anos. Tivemos bastante rejeição com essa mudança, pois antes era muito mais prático para os pacientes que iam na unidade para consultar e já saíam com a medicação. Só que pra fazermos um controle maior foi muito melhor centralizar. A proposta dessa gestão é voltar a dispensação de medicamentos para as US, mas acho que será ruim retornar para as US. Hoje não tenho nada de medicamento nas US. Eles têm alguns medicamentos de urgência e emergência bem reduzido e fica sob controle da enfermeira. Se enviarmos a medicação para as US, não vamos enviar controlado e antibiótico, porque isso fica sob controle do farmacêutico. Então até onde é viável, não sei?! Estou com dúvida quanto a isso, pois daqui a pouco sofremos alguma penalização.</p>

Unidade de contexto	Unidade de análise	Unidade de registro
		<p><b>P3:</b> Temos a farmácia da unidade central, que fica no centro. A nossa farmácia é uma das mais completas da região, temos muita coisa mesmo. Aqui é um município muito organizado, tem bastante dinheiro. Temos mais outras duas US, no interior e num bairro que é bem distante que tem uma farmácia com os medicamentos básicos, sem controlados e sem antibiótico.</p>
	Infraestrutura disponível	<p><b>P1:</b> ...fazemos o que podemos com os recursos que temos.</p> <p><b>P2:</b> Temos dois computadores e uma impressora. Duas geladeiras e não temos gerador. Aquisição de equipamentos e materiais é uma "gestação", porque vai para licitação no SIS Catarina e demora, por exemplo, a compra de computadores tá desde o início do ano e ainda não recebemos.</p> <p><b>P3:</b> Agora eu tenho uma geladeira de sala de vacina, toda programada que tem um gerador próprio. A nossa unidade também ganhou um gerador... Ganhei também um depósito/almoxarifado. Tenho escâner na minha sala, o que ajuda muito o trabalho a parte do judiciário que temos que escanear todos os recibos. Tenho uma impressora completa na farmácia que facilita bastante.</p> <p><b>D1M1:</b> Lei de 2018 dispõe sobre a estrutura e modernização administrativa do município e destaca competências. Refere as competências do "Departamento de Farmácia", o qual deverá "coordenar e assessorar o superior hierárquico imediato na gestão de equipe e insumos; exercer outras atividades a critério do superior hierárquico imediato, dentre outras".</p>
	Envolvimento multidisciplinar na APS e programas de promoção à saúde	<p><b>P1:</b> Onde estamos localizados fica somente a farmácia (básica e especializada), às vezes vem um ou outro profissional pedir orientação, mas quase não temos contato com outros profissionais. Sobre envolvimento multiprofissional, eu não sei se eu seria a melhor profissional pra lhe responder, tem uma outra farmacêutica que atua nas unidades de ESF. Fico praticamente trancada no meu mundo, no componente especializado, e não tenho muito contato com o público em geral.</p> <p><b>P2:</b> Temos uma equipe de trabalho multidisciplinar. Participo do programa de tabagismo, saúde da mulher e trabalhava com a parte de orientação, palestras. Fazíamos um trabalho de orientação nas escolas também.</p> <p><b>P3:</b> Participo de todas as palestras de promoção a saúde... Antes do Covid, eram realizadas palestras uma vez por semana em cada comunidade. Eram levados os medicamentos de uso contínuo, para hipertensão, diabetes. E ia um profissional para dar a palestra referente a algum tema de interesse (dentista, fisioterapeuta, equipe da Vigilância Epidemiológica, médicos, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga) e no final faziam a entrega dos medicamentos. Temos um livrinho de controle, onde colocamos a receita e anotamos a entrega dos medicamentos, bem bacana. Isso já tinha quando eu comecei aqui e foi cada vez crescendo mais, foi uma enfermeira que criou. Eu não acompanhava todas, pelo menos uma vez por ano eu ia.</p>
<b>Processo</b>	Práticas de atenção e orientação farmacêutica	<p><b>P1:</b> Não tem atenção farmacêutica no município. Eu não sei como funciona o programa de dispensação de medicamentos controlados nas localidades mais distantes do município, isso é com a farmacêutica do NASF.</p> <p><b>P2:</b> Não conseguimos dar muita atenção, acabamos marcando na caixinha, entregando e pronto. Não temos profissional suficiente para dar uma atenção melhor. Penso que não deve ser somente uma entrega de medicamentos, precisa ter uma orientação em relação ao medicamento. Na saúde mental organizamos as caixinhas semanais pros pacientes que consideramos não tomar direitinho. Identificamos corretamente os horários, etc., para aqueles com maior dificuldade, é onde conseguimos direcionar melhor. Quanto ao programa de dispensação de medicamentos à domicílio, nunca saiu do papel.</p> <p><b>P3:</b> Procuro orientar e escrevo também naqueles pacotinhos de papel pardo... Sempre escrevo em cima e mesmo assim falo e vejo que as pessoas realmente gostam. Já teve paciente que comprou um remédio na farmácia comercial e veio aqui tirar dúvida comigo. O rapaz que me substituiu na farmácia quando eu estava de licença maternidade, no começo não gostava de escrever no pacote, então só enfiava tudo na sacola e mandava embora. Daí muita gente reclamou e veio questionar, pois eles gostam e esperam isso da gente.</p> <p><b>D5M1:</b> Numa rede social do município consta um cronograma do programa de dispensação de medicamentos controlados em localidades distantes do município.</p>

Unidade de contexto	Unidade de análise	Unidade de registro
	Processos de planejamento e aquisição de medicamentos	<p><b>D3M2:</b> No PMS consta a descrição completa do programa de dispensação de medicamentos à domicílio, citando o nome da farmacêutica como responsável, porém a mesma desconhece o plano e alega que o programa nunca tenha saído do papel.</p> <p><b>P1:</b> Nosso maior problema é o setor de compras. Não sei qual o critério que eles utilizam, porque quase nunca somos chamados para saber o que será comprado ou a quantidade que deve ser comprada. Existe um sistema informatizado, mas eu acho que eles (compras) não têm acesso, eles não têm ideia de consumo, apenas avisamos quando está em falta ou com estoque baixo. Mas não sabemos como é feita a programação e compra ou com base em que eles compram. Não tem farmacêutico no setor de compras e não é um farmacêutico que faz a licitação nem a seleção de medicamentos. Não somos envolvidos em quase nada nessa parte. Cuido do CEAf e auxílio a AB. Não existe uma Assistência Farmacêutica no município, porque o farmacêutico não participa nem da compra da medicação, nem da seleção, nem da programação, dentre outras atividades.</p> <p><b>P2:</b> Aqui apenas solicitamos e fazemos o levantamento do que precisa e repassamos para o financeiro da secretaria. Eles que fazem a compra, mas definição do que é necessário comprar parte da gente.</p> <p><b>P3:</b> Aqui é apenas eu de farmacêutico e faço tudo, inclusive a compra/licitação de medicação.</p>
	Percepção de melhorias nos processos de trabalho na AF	<p><b>P1:</b> Em outras gestões, acho que no primeiro ano (2008) foi uma boa gestão. Teve uma gestão que foi a melhor que achei. A gestora era mais exigente, cobrava do profissional, mas também dava mais apoio, dava subsídio. Agora estamos órfãos de gestão. Não tem ninguém para direcionar. O atual secretário é dentista e está lá desde a gestão anterior. Ponto positivo, sinceramente nenhum.</p> <p><b>P2:</b> Antes havia muito desperdício. Hoje é muito melhor e é nisso que ficamos pensando se for pro descentralizado novamente, pois pacientes já estão adaptados. Eles já estão acostumados com esse fluxo.</p> <p><b>P3:</b> Antes da implementação da AF, quando fui contratada, tinha muito medicamento vencido. Existia muito desperdício, gastos desnecessários antes da AF. Outra melhoria foi o Programa da Saúde da Mulher, que é a entrega dos anticoncepcionais. Não lembro como era antes, mas agora preenchemos um único formulário online trimestral bem básico e didático, onde colocamos as informações de saída, quantidade que você precisa e a cada três meses vem. Às vezes falta, uma vez que faltou o ciclo 21, outra vez faltou o injetável trimestral... algumas faltas acontecem, mas funciona. Os pedidos das insulinas que também está mudando para um sistema de formulário online, já gostei bastante!</p>
Tecnologia	Desenvolvimento de instrumentos de apoio a gestão da AF	<p><b>P1:</b> A gente até teve uma CFT, mas não foi pra frente. Aí era pra fazer, montar a REMUME, mas não deu certo.</p> <p><b>P2:</b> Temos o básico, mas não foi definido num grupo multidisciplinar, no caso numa comissão. Já tinha uma lista, isso tá parado. Não é inserido mais nada, na verdade inserimos por conta própria quando achamos necessário. Consultamos também os médicos. Qual é o perfil epidemiológico do nosso município. Por exemplo, não tínhamos vitamina D, aí em contato com eles decidimos disponibilizar pelo menos um tipo, de um miligrama e adicionamos na nossa farmácia, pois aqui não tem muito sol e o índice de depressão é enorme... inverno muito maior.</p> <p><b>P3:</b> Não tinha nada, não tinha REMUME. Quem cuidava disso tudo era uma enfermeira. Quando entrei elaboramos a REMUME e temos tudo que tem na RENAME, ou quase tudo.</p> <p><b>D1M1:</b> Decreto de 2014 institui a CFT; em 2016 e posteriormente em 2021, são nomeados os membros para essa comissão; Lei de 2017 cria o programa de dispensação de medicamentos baseado na REMUME.</p>
	Sistema informatizado	<p><b>P1:</b> Existe um sistema informatizado, mas não sei se é integrado com o setor de compras. Temos um sistema próprio do município. Ele não é integrado com o Hórus. Ia ser integrado, mas até hoje também não aconteceu desde que foi implantado o sistema no ano passado. Não temos muita assistência de TI, eles não têm aqui, ficaram de integrar o sistema, mas não foi nem testado. Acho que o responsável pelo setor de informática pegou Covid e ficou internado muito tempo, ele que ia fazer a integração. Aí não foi pra frente.</p>

Unidade de contexto	Unidade de análise	Unidade de registro
		<p><b>P2:</b> Antes não tínhamos nenhum sistema adequado. Atualmente, temos um sistema informatizado próprio do município que compactua com o Hórus.</p> <p><b>P3:</b> Quando entrei não tinha sistema, ou melhor, tinha um sistema bem precário em que eram feitos os lançamentos, mas era tudo bem precário! Tínhamos uma fichinha manual do paciente onde anotávamos tudo. Foi implantado um sistema realmente bem completo que melhorou muito a questão de estoque, pois controla vencimento, quantidade, a parte de compras, para comprar realmente a quantidade necessária. Desde quando começou esse Criador (sistema), as coisas começaram a mudar, podemos tirar relatórios... E foi uma evolução conjunta. Ele integra o Hórus, só que acho que falta alguns ajustes para eu fazer na parte do cadastro dos medicamentos para transmitir as informações. Só que falta um pouquinho de tempo pra fazer esses ajustes finais. Faço o planejamento de compras utilizando o CISAMAVI dos medicamentos que fazem parte da nossa região dos 28 municípios e o CINCATARINA, que é um consórcio estadual. Outra evolução foi na parte do judiciais, que não era nada eletrônico e ficava tudo com a regional. Aos poucos passaram para o SESMED, que não era muito eficaz e agora tem o Conecta. Os sistemas do Ministério da Saúde também foram evoluindo.</p>
Cultura	Remédio politicalizado	<p><b>P1:</b> Em determinadas situações oriento o paciente, quando o medicamento não faz parte da RENAME, que aquele medicamento deve ser via judicial. Mas aqui, conforme você tem algum conhecido na política, é comprado o medicamento, seja qual for.</p> <p><b>P2:</b> Eu não passei por nenhuma campanha ainda, mas o secretário anterior se elegeu vereador na última eleição. Não sabemos o que, e se ele prometeu alguma coisa e não sei também o que pode ter acontecido.</p> <p><b>P3:</b> Chamam de medicamento de gabinete: falam direto com o secretário que compra e às vezes nem sabe se tem ou não na farmácia. Às vezes é medicamento de marca, mas só temos genérico ou similar e não podemos comprar. Como o secretário não tem conhecimento acaba comprando, pois não sabe o que tem e não podemos comprar por fora o que está na licitação. Por mais que não seja aquele nome, por exemplo. Então agora, ele sempre me consulta e pergunta. É muito difícil fazerem qualquer coisa sobre medicação sem me perguntar.</p>
	Rotatividade de cargos ou interferência política?	<p><b>P1:</b> Nossas fragilidades estão relacionadas com questões políticas, com certeza. A política partidária aqui no município é a base de tudo. Não é uma questão de ser um bom profissional ou melhorar o serviço. Aqui a pessoa que é indicada que vai coordenar. É tudo indicação política, e conforme a indicação sempre acaba ficando com os melhores cargos. E é sempre um problema essa questão, sai gerência, entra prefeitos, muda tudo. Nunca fica a mesma pessoa, quando começa o serviço a andar aí entra outra gestão e muda todo mundo. É bem complicado de trabalhar com essa rotatividade.</p> <p><b>P2:</b> Toda gestão é assim, né muda alguma coisa...de acordo com quem entra.</p> <p><b>P3:</b> Não faz menção</p>
	Percepção da AF como política	<p><b>P1:</b> Olha, aqui eu não sei se tem essa percepção, aqui o negócio é muito político.</p> <p><b>P2:</b> Acho que no município não tem essa percepção que a AF é uma política que precisa de um gestor. Isso ainda não existe.</p> <p><b>P3:</b> Eles sabem que a AF é importante.</p>
	AF como perspectiva de campanha	<p><b>P1:</b> Quando não tem uma medicação, já correm pro vereador, aí o vereador faz pressão no secretário que acaba mandando comprar a medicação específica para aquele único paciente.</p> <p><b>P2:</b> Nessa gestão, no plano de governo tinha a abertura das farmácias nas US. Esse é um projeto deles, mas para isso teriam que contratar farmacêutico para abertura das farmácias. Mas eles lançam algo sem conhecimento de causa e eu, como farmacêutica, vejo que não tem necessidade de todos as US terem farmacêutico 40 horas.</p> <p><b>P3:</b> A farmácia sempre é citada, porque são números. Apresentam relatórios do que foi gasto em medicamentos durante o ano, a quantidade de comprimidos que foram dispensados pra população.</p>
	Parcerias	<p><b>P1:</b> Não temos. Estou lutando pra ter um estagiário da área, pois os que sempre vêm não têm experiência nenhuma na área, geralmente são de administração e não entendem nada de medicamento. Então, estou lutando para isso e agora, parece que</p>



Unidade de contexto	Unidade de análise	Unidade de registro
		<p>vai abrir um convênio com a Univille para estágio obrigatório. Mas é bem difícil aqui no município, por questões burocráticas. Teve um aluno que tentou fazer o estágio obrigatório aqui e não conseguiu, não sei exatamente qual a dificuldade entre a prefeitura e a universidade, só que deu um problema e ele não conseguiu.</p> <p><b>P2:</b> Não temos parcerias com judiciário. Na verdade, o judiciário só cobra. Inclusive, estamos tendo bastante dificuldade, eu acredito que por causa da pandemia, quando não temos o medicamento na FB ou não faz parte do componente especializado, orientamos os pacientes pedir via judicial. Emitimos a negativa do município, solicitamos a negativa do estado...só que na porta do fórum tem uma "fotinho" com o número dos advogados que fazem justiça gratuita. Só os pacientes relatam que ligam pra estes números, mas nenhum faz justiça gratuita. Eles ficam sem orientação, pois existe a justiça gratuita, mas tem alguns critérios se encaixar. Fazemos nosso papel de orientar, mas não conseguimos ser advogado também. E os pacientes não entendem e acabam voltando sem saber o que fazer e jogam pra cima da gente. Não há parceria com outros órgãos do município, nem com a universidade. O nosso estagiário faz segundo grau.</p> <p><b>P3:</b> Nessa semana uma assessora da promotora ligou pro secretário pra tirar algumas dúvidas. Uma promotora também foi numa reunião da nossa câmara técnica pra discutir sobre a judicialização e para tirar dúvidas dela e nossas. Não dou aula em nenhum lugar, mas tem bastante cursos técnicos na região e os enfermeiros dão aulas, aí sempre vem pessoas fazer estágio e conhecer a unidade e acabam passando pela farmácia também. Normalmente temos uma estagiária que fica sempre com a enfermeira e acompanha o funcionamento do posto.</p>
	Comunicação	<p><b>P1:</b> Nossos problemas nunca foram levados para os gestores municipais. Não existe reuniões periódicas. Quando o assunto é urgente, temos que sair e resolver na hora... chamar o secretário, que às vezes "foge". Aqui não temos reunião mensal, não fazemos reuniões, não existe isso. Às vezes quando é urgente eles (secretário e gerente) falam que não estão. Já aconteceu de paciente irem lá bater na porta e eles dizerem que não estão.</p> <p><b>P2:</b> Quando precisamos pedimos ajuda pra todo mundo, vamos atrás do secretário, por exemplo, temos um paciente que precisa de uma dieta e a família já entrou judicial e não tem condições de comprar, mas até receber demora. Então, vamos atrás da fonoaudióloga e da nutricionista pra elas fazerem um parecer pra fazermos uma compra direta.</p> <p><b>P3:</b> Nós nos ajudamos muito, a nossa equipe é muito unida e muito boa, temos um bom entendimento.</p>

Legenda: AB, Atenção Básica; AF, Assistência Farmacêutica; CAPS, Centros de Atenção Psicossocial; CEAF, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; CMS, Conselho Municipal de Saúde; CRF, Conselho Regional de Farmácia; CFT, Comissão de Farmácia e Terapêutica; ESF, Equipe de Saúde da Família; NASF, Núcleo Ampliado de Saúde da Família; PMS, Plano Municipal de Saúde; QUALIFAR-SUS, Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS; REMUME, Relação Municipal de Medicamentos; RENAME, Relação Nacional de Medicamentos; SMS, Secretaria Municipal de Saúde; TI, Tecnologia da Informação; US, Unidade de Saúde.

**P1:** participante do M1; **P2:** participante do M2; **P3:** participante do M3; **D1:** Legislações municipais do município específico (M1, M2 ou M3); **D2:** Lei Orgânica do município específico (M1, M2 ou M3); **D3:** Plano Municipal de Saúde do município específico (M1, M2 ou M3); **D4:** Plano de Governo Municipal (2021-2024) do município específico (M1, M2 ou M3); **D5:** Conteúdos disponíveis em redes sociais e site oficiais do município específico (M1, M2 ou M3).

Fonte: a autora.

Os elementos sociais e técnicos identificados nos discursos e documentos são discutidos considerando a AF municipal como um SST inserido no sistema municipal de saúde. Na lógica do SST a AF deve atender à necessidade da sociedade e ter como foco o resultado produzido em saúde, sendo o produto final a entrega de um serviço integrado (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021). Considerando os elementos do sistema da AF na APS proposto por Bernardo, Soares e Leite (2021), esse ponto dedica-se à análise das inter-relações que permeiam a AF na APS.

### **AF como sistema municipal**

O sistema da AF incorporado no sistema municipal de saúde é complexo e interconectado com diversos componentes que sofrem influências entre si (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021). Os resultados da análise da AF municipal na perspectiva do SST, permitem identificar de forma clara a presença dos elementos que legitimam a AF como um sistema aberto e integrado em um dos municípios estudados. Já nos dois outros municípios, os componentes do SST não estão explícitos e definidos, e muitas vezes há ausência desses elementos, distanciando-os da lógica de um sistema.

Dentre os municípios estudados, percebe-se que em M3 há um SST na organização da AF ao observar os componentes conformados e influentes, segundo proposto por Bernardo, Soares e Leite (2021). Observa-se a existência de objetivos definidos, documentados de legitimação e em concordância com o discurso da coordenação da AF, de relações pessoais com a gestão municipal e equipe multidisciplinar, da estruturação da AF inserida na Secretaria Municipal de Saúde e na US e com acesso direto à estrutura organizacional da gestão municipal. Apesar de M3 ser um município de pequeno porte, com estrutura mínima e equipe reduzida, ainda assim revela-se a lógica de sistema que tem permeabilidade, onde um componente influencia o outro, ou seja, se relaciona com o ambiente interno e externo. Nos outros dois municípios verifica-se a ausência desses componentes, ou seja, não há evidências dos objetivos da AF nos documentos analisados, assim como não são mencionados nos discursos, como explícito na narrativa a seguir:

[...] a AF não é vista como uma política, aqui no município não há um objetivo da AF [...] aqui é meio complicado trabalhar com AF. (P1M1).

Segundo Matus Romo (1993), um princípio de governo é dispor de um objetivo, um propósito claro, estabelecido e compartilhado com os indivíduos que participam da gestão. Essa mesma premissa, caracteriza o sistema como SST. Além da ausência de objetivo, outras fragilidades são percebidas na inserção da AF na gestão municipal como um SST nesses municípios. Não há reconhecimento do farmacêutico como gestor do serviço na hierarquia de fato; os farmacêuticos não são reconhecidos como gestores de uma política, mas como técnicos executores de tarefas pontuais; e, a estrutura do serviço desfavorece a integração entre equipes multidisciplinares e usuários, além da falta de acesso à gestão municipal. Os discursos a seguir reforçam essas evidências:

[...] aqui pensam que o farmacêutico é só pra fornecer medicamento, mais nada...não somos valorizados no município...não somos reconhecidos como profissional da saúde. Eles não olham para a farmácia, na verdade eles não sabem o que nós fazemos na farmácia. (P1M1).

[...] me considero reconhecida como farmacêutica, como profissional de saúde, mas não como gestora... Acho que no município não tem a percepção que a AF é uma política que precisa de um gestor. Isso ainda não existe. (P2M2).

Entretanto, mesmo diante das características identificadas em M3, as evidências indicam para a redução conceitual do objetivo da AF no sistema público de saúde, pois constata-se no PGM apenas referência à manutenção da quantidade e a qualidade dos medicamentos fornecidos (D4M3). O sistema da AF é mais complexo do que a mera disponibilidade de medicamentos e, quando a AF escolhe a disponibilidade de medicamentos como um objetivo central, seu compromisso é reduzido para a entrega de medicamentos (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; ROVER; LEITE, 2015; BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021).

Para Matus Romo (1993), o jogo social requer um tipo de planejamento que articule técnica com política, que estabeleça coerentemente as ações face aos objetivos e aos meios para alcançá-los e formule estratégias para o encontro com

outros atores. Nesse sentido, na lógica de sistema de saúde municipal em que a AF se caracteriza como um SST (apenas observado em M3), ou seja, como uma política municipal e parte importante do processo de gestão, percebe-se como resultado um profissional farmacêutico que identifica sua importância entre os demais atores envolvidos, os quais reconhecem a importância da AF; o engajamento desse profissional junto ao controle social; a AF municipal permeável estabelecendo relações com o gestor municipal, com os usuários e equipe multidisciplinar. Essas evidências são ilustradas nas narrativas que seguem:

[...] aqui nós nos ajudamos muito, a nossa equipe é muito unida e muito boa, temos um bom entendimento... Realmente eu sou importante... percebo isso de todos... Eu vejo que faço a diferença na vida das pessoas. (P3M3).

Ainda no âmbito da organização da AF como um sistema, infere-se aos gestores dessa política a responsabilidade de fazer constar todos os recursos financeiros relacionados à AF no PMS, na Programação Anual e no Relatório Anual de Gestão, assim como promover o monitoramento destes recursos, assegurar o equilíbrio da responsabilidade e da participação no financiamento e promover análises mediante informações sobre preços praticados, quantidades adquiridas e número de pacientes atendidos (BRASIL, 2013b).

No entanto, não se identifica dentre os municípios autonomia decisiva com relação aos recursos financeiros, por parte dos gestores da AF, e destaca-se o desconhecimento quanto as ferramentas de gestão. Em situações de redução do grau de autonomia dos serviços pela gestão municipal, também ocorre a diminuição do envolvimento direto dos profissionais na organização do trabalho, aumentando o distanciamento entre as práticas e os princípios previstos na integralidade do cuidado e as necessidades em saúde da população (SANINE *et al.*, 2021).

Compartilha-se da afirmação que o planejamento da AF parece ser elaborado, na maioria das vezes de forma cartorial, para atender a requisitos legais e destaca-se que a falta de planejamento participativo se agrava inversamente à necessidade de que sua elaboração deva ser feita por quem conhece detalhadamente a realidade do setor, considerando a pontualidade de ações e programas que fazem parte do planejamento anual da saúde (NORA *et al.*, 2019).

Essa fragilidade reflete-se também na falta de conhecimento sobre fontes de financiamento e incentivo financeiro impactando na captação de recursos. Conforme apresentado anteriormente, os três municípios participantes desse estudo deixaram de receber investimentos importantes que poderiam ser destinados para qualificação da gestão da AF, corroborando com evidências de que municípios apresentam, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório das atividades de qualificação da gestão (RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

É importante ressaltar que os participantes dos três municípios alegam necessidade de recursos financeiros para melhoria da qualidade dos serviços e contratação de pessoal. Contudo, os mesmos municípios não receberam os repasses do QUALIFAR-SUS por diversas razões: desconhecimento sobre o programa; terceirização dos assuntos regulatórios (empresa contratada para realizar e monitorar todos os processos burocráticos da Secretaria Municipal de Saúde); falha na comunicação entre o gestor municipal e o coordenador da AF; falta de autonomia; e, falta de envolvimento do coordenador da AF com assuntos orçamentários. As narrativas a seguir explicitam essas evidências:

[...] a equipe da farmácia só recebeu a informação que havia uma verba, daí levantamos as necessidades de equipamentos, materiais, mobiliário... Porém nunca recebemos nada. Não ficamos sabendo de onde era essa verba... Recebemos a informação que os itens foram pra licitação, mas até hoje não chegou nada. Quem nos informou foi alguém da SMS. Não sei como funciona o recebimento desses recursos do município. (P1M1).

[...] quanto aos trâmites eu não sei, estou por fora. Eu não sei qual a situação do nosso município em relação ao QUALIFAR-SUS. Quem fez a solicitação foi outra farmacêutica. Não tive acesso, inclusive já se passaram sete meses desde o último recebimento, eu acho, mas eu vim pra cá em abril, então é algo que ainda preciso ver se estamos recebendo alguma verba ou não. E ver pra onde essa verba pode ser destinada, porque se não ficar em cima acaba não sendo utilizada. Não lembro se recebemos e se foi destinado, mas, no caso, quem fez essa inscrição, a habilitação do município foi um farmacêutico mesmo. (P2M2).

[...] o município possui uma empresa que presta assessoria e alimenta todos os sistemas e programas de captação de recursos para o município. Quanto a inscrição no Programa QUALIFAR, fizemos duas vezes, mas não deu certo. Quem fez o processo de inscrição foi a empresa terceirizada. Questionei eles porque não fomos contemplados, mas não souberam responder e disseram não ter entendido. (P3M3).

A ineficiência na aplicação dos recursos financeiros acarreta prejuízo ao acesso adequado aos medicamentos e serviços de saúde (RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017). Ressalta-se que experiências exitosas a partir da estruturação da AF utilizando recursos do QUALIFAR-SUS e implantação do sistema Hórus resultam em uma economia estimada de 15% em gastos em medicamentos, além da contribuição na transformação da realidade da saúde (AZEVEDO *et al.*, 2018).

Ainda em relação à institucionalização e estruturação organizacional da AF, são identificadas fragilidades como, por exemplo, a falta de uma coordenação central em M1 refletindo na insatisfação do profissional farmacêutico e no não reconhecimento da sua identidade como gestor, embora tido como referência na coordenação do serviço para o município:

Podem me indicar como profissional de referência da AF (coordenador da AF), mas eu não me acho, acho que eu não sou reconhecida pelo meu serviço. (P1M1).

Da mesma forma, M2 salienta que não há essa organização hierárquica no sistema da AF e que reflete no distanciamento com a gestão municipal. Aliado a demais fatores, a não percepção desses profissionais como parte da equipe e a pouca clareza sobre suas atribuições contribuem para a falta de reconhecimento desse profissional nesse campo de atuação.

Estudos destacam o trabalho em equipe como fundamental para a resolução de problemas ligados a medicamentos e como consequência para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, corroborando com estudos na APS que evidenciam a importância da equipe e da interdisciplinaridade para a efetivação do princípio da integralidade (FORTUNA *et al.*, 2005; ARAÚJO; ROCHA, 2007; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013; NAKAMURA; LEITE, 2016; SANTOS *et al.*, 2017). A presença do farmacêutico na equipe pode contribuir para o trabalho integrado na assistência à saúde para o vínculo com os usuários e também para otimizar a adesão ao tratamento (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Além disso, nos municípios M1 e M2 a organização fragmentada dificulta o planejamento integrado com outros setores, acarretando em falhas nos processos de programação e aquisição de medicamentos, integração entre áreas (não há

comunicação com setor de compras, não se tem conhecimento sobre as atividades desenvolvidas pelo farmacêutico do NASF, falta de comunicação direta com o gestor municipal, dentre outros) e insatisfação dos pacientes devido à falta de acesso à AF. Essas evidências são identificadas nas falas das participantes:

Nosso maior problema é o setor de compras. Não sei qual o critério que eles utilizam, porque quase nunca somos chamados para saber o que será comprado ou a quantidade que deve ser comprada. (P1M1).

Não temos CFT e nem temos contato com médicos e enfermeiros... (P2M2).

Eu não sei como funciona o programa de dispensação de medicamentos controlados nas localidades mais distantes, isso é com a farmacêutica do NASF. (P1M1).

...estamos órfãos de gestão. Não tem ninguém para nos direcionar. (P1M1).

Nesse sentido, observa-se que em M3 mesmo com uma equipe reduzida, é possível planejar e programar a aquisição de medicamentos (para todos os componentes da AF), participar do controle social, integrar a AF nas equipes multidisciplinares, reconhecer as ferramentas de planejamento de gestão, implementar instrumentos de apoio à gestão da AF e prestar atendimento aos pacientes que reconhecem o profissional farmacêutico como um profissional da saúde.

Há necessidade de um amplo questionamento a respeito do papel que os farmacêuticos da gestão municipal vêm exercendo e das possibilidades de mudança de tal quadro, além do papel que a gestão municipal vem exercendo no Brasil, influenciando a gestão da AF e precisando ser revista a fim de contribuir para a melhoria dos serviços e da gestão (FERREIRA *et al.*, 2019). Desenvolver a integração entre os aspectos técnicos e sociais é essencial para obtenção de resultados da AF, uma vez que o uso de medicamentos é determinado pelos comportamentos combinados de muitos atores nos sistemas de saúde locais e nacionais, o qual depende do comportamento de distintas partes interessadas (WIRTZ *et al.*, 2017). É por meio da integração dos aspectos técnicos e sociais que será possível promover a articulação entre a AF e os demais profissionais de saúde, gestores municipais,

órgãos e entidades no município, cujas competências estão relacionadas ao acesso e à promoção do URM.

### **“A gente fica por conta”: informalidade e falta de continuidade da AF**

Diante de todos os fatores que prejudicam a gestão da AF na APS, descritos anteriormente, a informalidade pode ser o principal agravante pois observa-se que não há clareza quanto às responsabilidades e papéis desempenhados (M1 e M2). A PNAF não integra o PMS, e como consequência, o PGM faz menção apenas a medicamentos veterinários (D4M1).

Salienta-se que esses documentos reconhecidos como instrumentos de gestão existem para formalizar os processos e as atividades na gestão em saúde, além de guiar o monitoramento interno e externo sobre a gestão pública. Portanto, não podem ser apenas documentos a serem burocraticamente preenchidos, sem conexão com a realidade. É necessário institucionalizar a sua construção e seu uso efetivo no planejamento e na execução das ações em saúde, orientando a alocação de recursos orçamentários e identificando as fragilidades e necessidades de ajustes de acordo com a realidade da população (FUGINAMI; COLUSSI; ORTIGA, 2020).

Percebe-se também que, mesmo em M3, em que o SST da AF mais bem caracterizado, a informalidade é muito comum. Em um município com uma cultura organizacional que integra a AF e que conta com um profissional farmacêutico proativo, participativo, com relações bem estabelecidas e municiado de conhecimentos adequados em relação a função exercida, ainda persistem traços de informalidade. A exemplo disso, tem-se a terceirização de processos de gestão (captação de recursos – QUALIFAR SUS) sem o devido monitoramento, com lacunas na prestação de contas e sem o conhecimento de seus resultados para a gestão.

Destaca-se que a terceirização da gestão pública distancia-se dos princípios do SUS e a participação da comunidade no controle social é limitada, com impacto negativo no desempenho organizacional e na produção dos serviços (REZENDE, 2008; BARBOSA; ELIAS, 2010; LORENZETTI *et al.*, 2014). O exemplo aqui encontrado é bastante significativo: uma empresa ficou responsável por inscrever o



município no QUALIFAR-SUS; o processo não foi aceito; ninguém na gestão municipal verificou as razões para tal e nem tampouco a empresa foi responsabilizada pela perda financeira que o município está tendo por não ter aderido ao programa.

A informalidade se traduz em problema de responsabilização. A exemplo disso, o desconhecimento sobre o primeiro inquérito de abrangência nacional em que os três municípios integram a amostra da PNAUM, e participaram respondendo os questionários distintos. Na PNAUM, a organização da AF foi objeto de investigação e o farmacêutico responsável pela gestão da AF municipal (ÁLVARES *et al.*, 2017).

Dentre as participantes, nenhuma das farmacêuticas recorda-se da pesquisa, mesmo fazendo parte dos quadros de servidores municipais à época. Em M3, o questionário correspondente ao gestor da AF foi respondido sem conhecimento da farmacêutica e a coordenadora da AF não foi informada sobre a pesquisa, repercutindo negativamente no resultado obtido pelo município, conforme relato a seguir:

[...] não fiquei sabendo e não respondi o questionário, mesmo meu município sendo participante e eu a única farmacêutica. Acho que o Secretário da época ou algum outro servidor administrativo que respondeu, pois quando aconteceu a PNAUM eu estava no início das minhas atividades aqui no município e enfrentava muita dificuldade para sair da farmácia, pois trabalhava sozinha. (P3M3).

Já nos outros dois municípios (M1 e M2), devido à informalidade nos processos, não há registros sobre a pesquisa, assim como não há registros sobre a habilitação e continuidade no QUALIFAR-SUS, o que resulta em perdas de recursos para o município. Percebe-se o quanto a informalidade da gestão impacta no processo de monitoramento, para que as políticas em vigor possam ser avaliadas e continuadas, sendo essas fundamentais para a correção da trajetória de políticas de medicamentos, nas quais muitos esforços e recursos foram investidos (BARROS, 2016).

Quando a informalidade na gestão está estabelecida na estrutura organizacional as narrativas podem impressionar:

Temos o secretário e uma gerente que a princípio é a nossa superior. Ela não

é farmacêutica e não tem formação na área da saúde. Somos bem carentes aqui no município, quanto à gestão do serviço... ficamos por conta... mas na farmácia acabamos nos virando por conta própria. (P1M1).

Também são evidenciados relatos em M1 consoantes à falta de formalização de um planejamento adequado para programação e aquisição de medicamentos, bem como a ausência de critérios definidos para seleção dos mesmos, resultando em falta de medicamentos:

[...] não sabemos como é feita a programação e compra (dos medicamentos) ou com base em que eles compram. Não tem farmacêutico no setor de compras e não é um farmacêutico que faz a licitação nem a seleção de medicamentos. Não somos envolvidos nessa parte... Não existe uma AF no município, porque o farmacêutico não participa nem da compra da medicação, nem da seleção, nem da programação... (P1M1).

Ademais, a constatação de que em M2 o PMS divulga as listas de medicamentos relativos a todos os componentes da AF, porém não é de conhecimento da farmacêutica que alega não ter CFT constituída no município, fortalecem a narrativa de que processos informais não tem continuidade e prejudicam a sustentabilidade do sistema.

Diante da informalidade, percebe-se as ações ofertadas constantemente descontinuadas e a longitudinalidade não se constitui como realidade, fazendo diminuir drasticamente a capacidade resolutiva e convertendo-se em custo para o sistema. É urgente e necessário o enfrentamento da cultura da responsabilidade focal (“só me responsabilizo pelo procedimento que eu mesmo realizei”) na gestão pública, e fomentar a responsabilidade institucionalizada, registrada e monitorada (CONASEMS *et al.*, 2019).

### **“Consta no plano, mas nunca saiu do papel”: o atendimento aparente às normas**

A APS no Brasil é norteada por um arcabouço legal composto por normas jurídicas relacionadas a ações, programas e estratégias que objetivam induzir mudanças na AB. Apesar de sua relevância, o grande quantitativo de normas não

significa a execução de todas as ações previstas (DOMINGOS *et al.*, 2016). Apesar de ser necessária a regulamentação de ações e programas, nem sempre a prescrição uniforme favorece a implantação de tais políticas em realidades tão díspares, pois contextos e processos locais específicos influenciam o resultado de uma determinada intervenção (BODSTEIN, 2002; FEUERWERKER, 2005).

Em muitos casos, no intuito de atender às exigências legais, verifica-se que os processos de trabalho são conduzidos a fim de cumprir ou parecer cumprir as normativas e, em alguns casos, ocasionam a reorganização do serviço sem considerar as necessidades específicas de uma determinada população. Isso é percebido em M2 devido à centralização da farmácia municipal, mesmo diante da insatisfação dos pacientes, pois os medicamentos foram retirados das US para atender a obrigatoriedade da presença do farmacêutico para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza (BRASIL, 2014b), conforme observado a seguir:

A farmácia foi centralizada porque tínhamos uma unidade... e a farmacêutica... se aposentou... estavam sem farmacêutico responsável. Então, o CRF caiu em cima... Foi aí que a gestão resolveu, então, centralizar a farmácia... Tivemos bastante rejeição com essa mudança, pois antes era muito mais prático para os pacientes que iam na unidade para consultar e já saiam com a medicação. (P2M2).

Do mesmo modo que estudos apontam para a burocratização, traduzida em horários restritos como um problema de acesso à APS brasileira (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018), a centralização dos serviços também pode ser entendida como um desafio para o acesso aos medicamentos na APS. Considerando que todo o atendimento é realizado no bairro e quase todas as consultas resultam em prescrição de medicamentos, a centralização das farmácias públicas significam total irracionalidade para a operacionalização da AB. Para os pacientes, resta adquirir os medicamentos prescritos nas farmácias comerciais ou depender de tempo e recursos para ir ao centro da cidade para acessá-los. Reflexo do que tem acontecido no Brasil com a chamada “descentralização tutelada”, expressão cunhada ainda no início dos anos 1990 por Viana (1992), consolidada desde os primeiros momentos da implantação do SUS. Também, evidencia-se a institucionalização por meio de norma, dos instrumentos de apoio à gestão da AF nos municípios estudados.

Em M1 e M2 a existência da REMUME é formalizada mediante decretos que determinam a dispensação de medicamentos obedecendo a relação municipal definida pela CFT, que por sua vez está amparada por decretos municipais que definem membros e atribuições. Situações semelhantes são encontradas nos estudos de Gerlack *et al.* (2017), Karnikowski *et al.* (2017), Bittencourt *et al.* (2017) e Costa *et al.* (2017), havendo uma lista de medicamentos publicada. No entanto, de fato não há CFT em funcionamento e a suposta seleção ocorre conforme a demanda, de acordo com os relatos do gestor da AF:

Temos os (medicamentos) básicos, mas não foi definido num grupo multidisciplinar, no caso numa comissão. Já tinha uma lista, isso tá parado. Não é inserido mais nada, na verdade inserimos os medicamentos por conta própria quando achamos necessário. (P2M2).

Em M1 é identificado a instituição da CFT mediante decreto e posterior nomeação dos membros em dois decretos distintos (2016 e 2021, respectivamente), além de uma lei que regulamenta a dispensação de medicamentos baseado na REMUME. Contudo, a participante alega que a lista nunca foi elaborada e que os processos relacionados à programação, aquisição e dispensação de medicamentos não estão pautados em nenhuma padronização, transcorrendo por meio de deliberações isoladas. A não existência de uma CFT formalizada abre espaço para que a inserção de medicamentos na REMUME seja feita sem os critérios de qualidade, segurança e efetividade, estabelecidos pela OMS (WHO, 2013; KARNIKOWSKI *et al.*, 2017).

Observa-se também que o repasse e incentivo financeiro muitas vezes estão condicionados ao atendimento de exigências legais, para sobre a contratação de profissionais farmacêuticos para o NASF, qual deve ser definida com base nas necessidades do território no intuito de qualificar o acesso da população à farmacoterapia, contribuir para o URM e proporcionar cuidado farmacêutico aos usuários e à comunidade (BRASIL, 2008; 2012b; 2018b). Identifica-se no M3 evidências quanto a interpretação sobre a relevância dada às exigências legais, normativas e/ou regulamentações, na declaração do coordenador da AF quanto sua contratação:

Sou contratada como NASF, mas eu nunca fiz nenhum trabalho de NASF. (P3M3).

As contribuições da legislação e das normatizações para a organização e o financiamento da AF na APS são indiscutíveis, pois tudo que é normatizado é minimamente operacionalizado, na maioria dos casos. No entanto, existe um grande distanciamento entre a AF básica legalmente estabelecida e a AF básica real dos municípios brasileiros (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; COSTA *et al.*, 2017). Contudo, percebe-se que os processos da AF não são formalizados nesses municípios, desenvolvidos com improviso de acordo com a demanda, conforme pode ser observado:

Fazemos aquilo que vai aparecendo... Vamos fazendo conforme a urgência, deixamos de fazer uma coisa se tiver outra mais urgente pra tratar. (P1M1).

[...] Quanto ao programa de dispensação de medicamentos à domicílio (constante no PMS do município), nunca saiu do papel. (P2M2).

Salientam-se, assim, falhas na institucionalização dos mecanismos e estruturas formais da AF, sendo esses passos iniciais do processo de institucionalização de uma política (SOUZA *et al.*, 2017). Desta forma, as evidências levam para um cenário de preocupação com as normas estabelecidas (que definem o recebimento das contrapartidas e funcionamento geral da AF no município), mas com alto teor de informalidade na prática cotidiana.

### **“Trancada no meu mundo”: o isolamento da AF municipal**

Entende-se a AF isolada quando não organizada como um sistema, possuindo como principal característica ser um setor à parte, com processos desconectados da gestão municipal, ou seja, a AF se resume a um setor de apoio logístico fragmentado.

Em um sistema isolado, elementos fundamentais inexistem, a começar pelo objetivo da AF no sistema municipal, pois ações restritas à provisão do acesso aos

medicamentos não dão conta de responder às necessidades reais da atenção integral à saúde e minimizar os riscos causados pelo uso inadequado de medicamentos (BRASIL, 2019a).

Algumas evidências indicam que em M3 a AF não é isolada da gestão municipal, pois percebe-se a AF alinhada aos setores que compõem o sistema de saúde municipal, inserida e articulada estabelecendo diálogo permanente com os demais coordenadores de AF dos municípios da região, além de evidências quanto à tomada de decisão participativa junto ao controle social:

Faço parte das reuniões do CMS... A REMUME foi colocada em discussão e foi aprovada no conselho. Apresentei as alterações que foram feitas... alguns medicamentos que eu tirei e mostrei o porquê de estar sendo descontinuado, se por questão de custo... Importante a gente tentar se dedicar sim pra tá participando dos conselhos. (P3M3).

Aqui no nosso município a AF sempre é citada (como política), porque são números, apresentam relatórios do que foi gasto em medicamentos durante o ano, a quantidade de comprimidos que foram dispensados pra população. (P3M3).

Em M1 a programação e aquisição de medicamentos apresenta-se como um problema para o gestor da AF, considerando que não há definição de critérios para seleção de medicamentos, não são identificados processos integrados entre setor de compras e os setores que dispensam medicamentos, nem mesmo a existência de um sistema informatizado entre as áreas da AF. Não há diálogo entre os setores que compõem a AF municipal (compras, almoxarifado central, US, NASF e equipes multidisciplinares), ou seja, a AF desse município não se caracteriza como um SST e mostra-se extremamente isolada. Narrativas importantes são evidenciadas:

Onde estamos localizados fica apenas a farmácia, às vezes vem um ou outro profissional pedir orientação, mas quase não temos contato com outros profissionais... Fico praticamente trancada no meu mundo, no componente especializado, e não tenho muito contato com o público em geral. (P1M1).

Só tem uma única exclusiva farmácia na APS do município, centralizada, que fica num local separado das quatro US. (P2M2).

Não somos convidados para participar de reuniões na SMS. O farmacêutico nunca é chamado, nunca está envolvido em nenhuma questão. A gerência

nunca nos procura pra perguntar o que que tá faltando ou o que pode melhorar. Nossos problemas nunca foram levados para os gestores municipais. Não existe reuniões periódicas... não temos reunião mensal, não fazemos reuniões, não existe isso. Inclusive, às vezes quando é urgente eles (secretário e gerente) falam que não estão. (P1M1).

Normalmente tenho respaldo e apoio da gestão municipal... participo de reuniões com a gestão municipal, mas somente quando é pertinente à farmácia". (P2M2).

Embora desenvolva atividades de promoção da saúde junto a uma equipe multidisciplinar e reconheça a baixa interação com a gestão municipal, a AF em M2, também apresenta elementos associados ao isolamento. Faltam evidências quanto à participação da AF no controle social, mesmo com entendimento da importância do CMS para aquisição de equipamentos, por exemplo, conforme a narrativa que segue:

Não participo do CMS, inclusive, acho que o conselho está um pouco mais atuante, porque precisávamos fazer uma compra de computadores e só conseguimos porque o secretário pediu um parecer do CMS, pois adquirir equipamentos e materiais aqui é uma "gestação". (P2M2).

Identifica-se que não há envolvimento com a equipe multiprofissional nos processos de tomadas de decisão e elaboração dos instrumentos de gestão:

Aqui apenas solicitamos e fazemos o levantamento do que precisa e repassamos para o financeiro da secretaria. Eles que fazem a compra, mas definição do que é necessário comprar parte da gente. (P2M2).

Sobre o PMS, entrei em contato com alguns colegas, mas ninguém sabe me dizer onde conseguimos. (P2M2).

Esses elementos refletem no estabelecimento da cultura organizacional do isolamento: "Cada um faz o seu". A PNAF defende a AF com uma abordagem abrangente para o processo saúde-doença (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; 2018; GERLACK *et al.*, 2017; BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021). À medida que o farmacêutico, como legítimo representante da política da AF municipal, se integra à equipe de saúde, mostra resultados e a importância do seu trabalho que gradativamente obtém reconhecimento. Nesse sentido, a formação merece atenção pois tem potencial de ajudar a romper com o isolamento profissional. Há necessidade

de formação geral com capacitação para trabalhar em equipe (IVAMA-BRUMMELL; LYRA JUNIOR; SAKAI, 2014).

A inserção da AF no planejamento (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019), aliada a incentivos e reconhecimento do valor do profissional farmacêutico para o processo de cuidado em saúde tem potencial na organização dos serviços (PINHEIRO, 2010). Os achados em M3 consolidam essa fundamentação, pois identifica-se a existência da relação entre os sujeitos sociais que integram a gestão, a proatividade do farmacêutico e o interesse pelo sistema municipal que facilitam e ampliam a capacidade de gestão da AF.

Esses indicativos corroboram com o estudo sobre a força de trabalho farmacêutico na APS (FARACO *et al.*, 2020a), pois além do número de profissionais farmacêuticos na APS ou maior densidade disponível, percebe-se a importância do fator “pessoas” na gestão municipal. As características pessoais, a formação profissional e as relações pessoais no sistema municipal (AMARAL *et al.*, 2021) impactam sobre a capacidade de gestão e produzem resultados, sejam eles positivos ou negativos.

Posto esse entendimento, é essencial problematizar que além do fator “pessoas”, a cultura organizacional também influencia fortemente para o isolamento da AF municipal. Quando não há no município uma cultura organizacional estabelecida, que objetiva a profissionalização da gestão pública, a definição de papéis, de uma estrutura hierárquica e da responsabilização para tomada de decisão participativa, conforme encontra-se em M1, entende-se que não há produção de resultados positivos, considerando que a cultura organizacional pode ser um fator relevante no desempenho de organizações na saúde (LEONE; DUSSAULT; LAPÃO, 2014).

Diante disso, percebe-se que a inserção da AF na gestão municipal não depende apenas do farmacêutico, mesmo este sendo um profissional proativo, com formação adequada e conhecimentos pertinentes aos processos de trabalho da APS. Julga-se necessário e crucial o apoio da gestão municipal para construção de uma cultura organizacional favorável para a capacidade de gestão, incluindo a AF. Ou seja, esses dois fatores se inter-relacionam e não devem ser analisados separadamente



quando a temática refere-se ao isolamento da AF na gestão municipal.

Com base na análise das quatro categorias que emergem dos discursos, o estudo de casos múltiplos possibilita inferir quanto à capacidade de gestão da AF que: em M1, não há um sistema da AF devidamente instituído como um SST; a AF é extremamente normatizada, porém informal; e, atua isoladamente dos demais setores da gestão municipal. Em M2, existe uma certa aproximação da gestão municipal, embora haja evidências de isolamento e informalidade. Observa-se que não há o entendimento da AF como um SST nesse município, a qual também é extremamente normatizada. Já, em M3 é visível a aproximação da AF como um SST, os processos são normatizados, porém a informalidade é menos preponderante. O sistema da AF não parece estar isolado dos demais e percebe-se uma capacidade de gestão mais desenvolvida e que produz resultados quanto ao URM e melhoria do acesso a AF.

Sugere-se aos municípios estudados que em M1 e M2 seja realizado um diagnóstico aprofundado sobre os fatores que levam ao isolamento e a informalidade. Importante ressaltar, esse diagnóstico deve ser realizado em conjunto com o gestor da AF e o gestor municipal. A partir daí, julga-se necessário definir os papéis e competências, mesmo que o serviço de farmácia esteja centralizado por necessidades estruturais, é preciso identificar o gestor da AF perante o sistema, envolvendo-o em todas as tomadas de decisões, capacitando-o para a gestão pública afim de desenvolver habilidades específicas. Em conjunto com o controle social, é necessário definir objetivos e traçar metas para AF e participar da elaboração dos instrumentos de gestão municipal.

O sistema da AF deverá articular-se com as demais esferas para identificar recursos disponíveis para melhoria da estrutura, capacitação da equipe e contratação de força de trabalho. Os resultados da gestão da AF devem ser compartilhados com o controle social e gestão municipal afim de angariar recursos e visibilidade para o serviço. Fortalecer alianças no ambiente municipal também auxiliará na construção de uma cultura organizacional, envolvendo a sociedade, usuários e equipe multidisciplinar nessa transição.

Em M3, mesmo com uma cultura organizacional em desenvolvimento, com articulação estabelecida e integração com equipe e gestão municipal, percebe-se a

necessidade do gestor da AF se responsabilizar pelos processos relacionados a captação de recursos, afim de desenvolver autonomia quanto às decisões sobre recursos financeiros. Dessa forma, poderá aumentar a força de trabalho da AF e produzir resultados significativos para a saúde da população, palpáveis para a gestão e visível para sociedade.

## **CONCLUSÃO**

Os processos desenvolvidos na AF na APS são resultados da organização do sistema da AF e caracteriza-se como um SST, da formalização ou não desse sistema e dos papéis desempenhados, da influência normativa e o quão importante esse fenômeno é para o encadeamento do sistema e da inserção (ou isolamento) da AF na gestão municipal.

É notável a importância da AF ter sido tutelada, pois o cenário atual demonstra que tudo que não é tutelado não acontece facultativamente e/ou depende de inúmeras variáveis (cultura organizacional, característica dos sujeitos envolvidos). Além disso, a normatização reflete na estruturação física e institucional da AF em que se identifica uma estrutura física e organizacional minimamente instituída.

As categorias discutidas nesse estudo não são totalmente excludentes uma das outras e refletem lacunas que – por 20 anos de vigência da PNM e da Portaria nº 176/1999, que descentralizou a AF para os municípios, e aos 14 anos da PNAF, que balizou as práticas de serviço pautadas na qualidade – foram negligenciadas devido à necessidade emergente em lutar pela inserção do profissional farmacêutico na APS, obtendo gradativamente resultados positivos.

Sugere-se um olhar mais cuidadoso sobre a responsabilidade da gestão municipal e sobre a efetividade de serviços. É emergente a efetiva inserção do sistema da AF na gestão municipal, não apenas em termos formais para atender exigências legais. Além disso, percebe-se a necessidade de fomentar o profissional farmacêutico como gestor, devidamente capacitado, integrado à APS, articulado de forma participativa e social e dispondo do apoio transponível do gestor municipal, sendo esses instrumentos de melhoria da capacidade de gestão e consequente URM.

## REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; FREITAS, O. D. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, p. 1s-5s, 2017.
- ÁLVARES, J. *et al.* National survey on access, use and promotion of rational use of medicines: methods. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.
- AMARAL, V. S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310106, 2021.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- AZEVEDO, E. S. *et al.* Experiência de estruturação da Assistência Farmacêutica na atenção básica municipal. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 19, p. 39-44, 2018.
- BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, 2019.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2483–2495, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207–1220, 2010.
- BARROS, A. J. D. National health surveys are too important to depend on the mood of politics. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.
- 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, 2018.
- BERNARDO, N. L. M.; SOARES, L.; LEITE, S. N. A sociotechnical approach to analyze pharmaceutical policy and services management in Primary Health Care in a Brazilian municipality. **Pharmacy**, v. 9, n. 1, p. 39, 2021.

BITTENCOURT, R. A. *et al.* Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 310–323, 2017.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 401–412, 2002.

BRASIL. Gestão do cuidado farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. **Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.** Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília: Casa Civil, 2014b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.215, de 13 de junho de 2012.** Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Portaria nº 1.217, de 3 de junho de 2014.** Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012b.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 3.364, de 8 de dezembro de 2017.** Dispõe sobre o Processo de Fortalecimento Institucional Progressivo e sobre o incentivo financeiro de investimento do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS, para o ano de 2017. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 3.749, de 23 de novembro de 2018.** Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2018. Brasília: Diário Oficial da União, 2018a.

BRASIL. **Portaria nº 980, de 27 de maio de 2013.** Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0980\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0980_27_05_2013.html). Acesso em: 07 ago. 2021.

BRASIL. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

CARNEIRO, C. O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. **Psicologia USP**, v. 29, n. 2, p. 314–321, 2018.

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. **Panorama social da América Latina 2020.** Resumo executivo. 2021. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/46784-panorama-social-america-latina-2020-resumo-executivo>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 35º Congresso Conasems. **Revista Conasems**, v. 72, 2018. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Conasems\\_Revista\\_72\\_Web\\_F01.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Conasems_Revista_72_Web_F01.pdf). Acesso em: 15 jun. 2021.

CONASEMS *et al.* **Manual do(a) gestor(a) municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”.** 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019.

COSTA, E. A. *et al.* Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

DAVIS, M. C. *et al.* Advancing socio-technical systems thinking: a call for bravery. **Applied Ergonomics**, part A, p. 171–180, 2014.

DOMINGOS, C. M. *et al.* A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00181314, 2016.

FARACO, E. B. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros. **Cadernos Saúde Coletiva**, submetido, 2021b.

FARACO, E. B. *et al.* Capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica e cenário socioeconômico municipal: evidências para políticas públicas. **Revista Eletrônica de Administração – REAd**, submetido 2021a.

FARACO, E. B. *et al.* Desenvolvimento de um protocolo de indicadores para avaliação nacional da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n. 78, 2020a.

FARACO, E. B. *et al.* The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. **Pharmacy Practice**, v. 18, n. 4, p. 2048, 2020b.

FERREIRA, T. J. N. *et al.* Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para medicamentos judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 668–684, 2019.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 489–506, 2005.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FUGINAMI, C. N.; COLUSSI, C. F.; ORTIGA, A. M. B. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 857–870, 2020.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

GERLACK, L. F. *et al.* Gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

GRANEHEIM, U. H.; LINDGREN, B. M.; LUNDMAN, B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. **Nurse Education Today**, v. 56, p. 29–34, 2017.

GUIMARÃES, Á. S; CARVALHO, W. R. G. Desinformação, negacionismo e automedicação: a relação da população com as drogas “milagrosas” em meio à pandemia da COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, 2020.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil, Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e->

estados.html?view=municipio. Acesso em: 01 ago. 2021.

IDSUS. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. 2021. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br>. Acesso em: 7 abr. 2021.

IVAMA-BRUMMELL, A. M.; LYRA JUNIOR, D.; SAKAI, M. H. Recursos humanos para Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *In*: IVAMA-BRUMMELL, A. M. *et al.* **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

KARNIKOWSKI, M. G. O. *et al.* Characterization of the selection of medicines for the Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

LEITE, S. N. *et al.* **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

LEITE, S. N. *et al.* Science, technology and pharmaceutical policy on the agenda: contributions from the society to the 16th National Conference on Health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4259–4268, 2018.

LEONE, C.; DUSSAULT, G.; LAPÃO, L. V. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 149–160, 2014.

LORENZETTI, J. *et al.* Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417–425, 2014.

MATUS ROMO, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MELO, J. R. R. *et al.* Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2021.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1565-1572, 2016.

NASCIMENTO, D.; OLIVEIRA, M. A. D. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NORA, L. C. D. *et al.* Análise da Assistência Farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 278–286, 2019.

OLIVEIRA, L. C. F.; 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**, v. 15, p. 3561–3567, 2010.

OLIVEIRA, L. C. F.; NASCIMENTO, M. A. A.; LIMA, I. M. S. O. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 286–298, 2020.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos em ciência política. **Sociologias**, v. 18, n. 42, 2016.

PENNYCOOK, G.; RAND, D. G. Lazy, not biased: Susceptibility to partisan fake news is better explained by lack of reasoning than by motivated reasoning. **Cognition**, v. 188, p. 39–50, 2019.

PINHEIRO, R. M. Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Tempus - Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, p. 15-22, 2010.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**. Brasília: PNUD/IPEA/FJP, 2016.

REZENDE, C. A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* **A política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Adufrj, 2008.

RODRIGUES, P. S.; CRUZ, M. S.; TAVARES, N. U. L. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 192–208, 2017.

ROVER, M.; LEITE, S. N. Gestão em saúde e gestão da Assistência Farmacêutica. In: LEITE, S. N. *et al.* **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experience em Santa Catarina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

ROVER, M. R. M. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2487–99, 2017.

SANINE, P. R. *et al.* Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00242219, 2021.

SANTOS, R. R. *et al.* A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2017.



SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, 2015.

SOUZA, G. S. *et al.* Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

STAKE, R. E. Qualitative case studies. *In: The Sage handbook of qualitative research*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd, 2005.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361–378, 2018.

VERMA, A. A. *et al.* Managing drug shortages during a pandemic: tocilizumab and COVID-19. **Canadian Medical Association Journal**, v. 193, n. 21, p. E771–E776, 2021.

VIANA, S. M. A descentralização tutelada. **Saúde em Debate**, v. 35, p. 35-38, 1992.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para discussão. Brasília; Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018.

WHO. World Health Organization. **WHO model list of essential medicines: 18th list** (April 2013). Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>. Acesso em: 26 maio 2015.

WIRTZ, V. J. *et al.* Essential medicines for universal health coverage. **The Lancet**, v. 389, n. 10067, p. 403–476, 2017.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início da construção dessa tese até o presente momento grandes foram os desafios impostos para a gestão dos serviços de saúde no contexto global. Contudo, diante do corte orçamentário e das medidas de austeridade implantadas pelo Governo Federal brasileiro, seguidas da pandemia que tem aumentado consideravelmente a crise sanitária e econômica no país e no mundo, revelaram-se inúmeros reveses que ameaçam o URM e o acesso aos SF.

É indiscutível a mudança no cenário da AF na APS e ainda não é possível mensurar este impacto na capacidade de gestão. Nesse contexto, são identificados fatores condicionantes que geram potencialidades e fragilidades no sistema da AF na gestão municipal. No estudo individual dos indicadores são observadas características específicas que influenciam esses fatores, dentre elas as diferenças regionais e particularidades que permeiam a diversidade dos municípios do Brasil.

A avaliação da capacidade de gestão da AF na APS em municípios brasileiros evidenciou melhores resultados nas regiões Sul e Sudeste. Esses resultados referem-se à operacionalização da gestão, revelando maior capacidade em gerir os recursos logísticos e gerenciais. Fragilidades importantes relacionadas aos aspectos organizacionais da capacidade de gestão são identificadas em todas as regiões brasileiras.

No que tange os aspectos normativos, a AF encontra-se regulamentada na maioria das vezes. Porém, no cenário prático, há debilidades explícitas quanto à ausência de planejamento participativo, a autonomia nas decisões e transparência das ações. Além disso, são evidenciados diversos fatores que impactam a capacidade de gestão da AF, como: ausência de estrutura mínima adequada; escassez da força de trabalho qualificada; necessidade de reorientação e organização dos serviços; a não institucionalização da PNAF; falta de oportunidade para articulação política; e, condições limitadas para que esses municípios possam desenvolver e aprimorar sua capacidade de gestão.

O profissional responsável pela AF municipal, aquele considerado o gestor da PNAF (ou do serviço), não participa do planejamento na maioria dos casos. Esse

mesmo “gestor” não está inserido na gestão municipal, não é reconhecido como gestor de uma política pública que movimenta grande parte do orçamento público, refletindo uma visão minimalista da AF como uma área técnica isolada, sem reconhecimento e legitimidade das funções desempenhadas e atividades desenvolvidas no âmbito da APS.

Por outro lado, são identificados resultados positivos relacionados a maior densidade da força de trabalho farmacêutico na APS, aumentando o acesso aos medicamentos e às informações prestadas. Diferenças entre as regiões do país são observadas a partir da associação da TFH com indicadores socioeconômicos e corroboram com os pressupostos de que a capacidade de gestão da AF está diretamente associada a indicadores socioeconômicos e a fatores como a oferta e qualificação profissional.

Infere-se, ainda, que municípios com maior TFH apresentam maior capacidade de gestão da AF, visto que o cenário da força de trabalho farmacêutica na APS no Brasil se caracteriza pela maior concentração desses profissionais em municípios pequenos, principalmente no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, regiões que apresentam melhores resultados da gestão da AF.

A comparação entre IndGAF e índices socioeconômicos municipais apresentou associação significativas com esses indicadores, sugerindo que os municípios com melhores índices socioeconômicos apresentam melhores resultados de capacidade de gestão da AF.

Entende-se que o financiamento baseado em indicadores socioeconômicos se converta em efetivo acesso e adequado uso de medicamentos para a população, sendo perceptível a necessidade de maiores investimentos na capacitação para a gestão dos profissionais farmacêuticos, afim de desenvolver habilidades para tomada de decisão com autonomia, flexibilidade, transparência e sustentabilidade.

Ademais, é essencial estabelecer a AF como parte integrante e fundamental da APS, ampliar seu reconhecimento no âmbito municipal, considerando que esse setor coordena um orçamento significativo da APS e seu bom desempenho será capaz de impactar fortemente os resultados em saúde municipal.

O estudo dos indicadores da AF e a comparação com índices

socioeconômicos fundamentam a tese de que a capacidade de gestão da AF está diretamente associada ao desempenho socioeconômico municipal, conforme demonstrado pelos resultados obtidos. Também foram elucidados os fatores que estão associados aos melhores e piores resultados, bem como a influência da densidade de farmacêuticos no acesso aos medicamentos e às informações prestadas, ressaltando-se que os municípios com melhores IDHM, IDSUS e maior PIB tendem para melhores resultados da capacidade de gestão da AF, ou seja, apresentam o IndGAF em situação adequada.

A resposta ao questionamento se a AF municipal é influenciada pelo contexto em que está inserida é alcançada no estudo de casos múltiplos, que corroboram com a presente tese. A análise dos casos permitiu a aproximação ao cenário real, permitindo visualizar o resultado de cada indicador e entender o porquê dos resultados obtidos pelos municípios. Também, foram identificadas as fragilidades nos componentes do SST que permeiam o sistema da AF e os elementos contextuais que influenciam a capacidade de gestão.

Além disso, evidenciou-se que os resultados de indicadores baseados em requisitos normativos não necessariamente são bons indicadores para avaliar a capacidade de gestão da AF, pois muitas vezes não são totalmente fidedignos, considerando que quando há obrigatoriedade em atender uma normatização os participantes tendem às respostas positivas, porém nem sempre as normativas são executadas na prática cotidiana.

Esse indicativo surge na comparação do IndGAF com o estudo de casos múltiplos, em que um município com baixa capacidade de gestão apresentando IndGAF em situação crítica, demonstra dispor de um sistema da AF melhor desenvolvido. Dentre os indicadores que apresentavam-se em situação crítica na etapa inicial da pesquisa, indicou-se a falta de coordenação da AF na SMS, ausência de parâmetros para programação de medicamentos, inexistência de um sistema informatizado, a não participação da coordenação nas discussões/decisões sobre outros programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS), falta de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos, ausência de farmacêutico na US, dentre outros. Contudo, na segunda

etapa da pesquisa constatou-se a presença desses elementos.

Da análise dos discursos emergiram quatro categorias que caracterizam os elementos contextuais, os quais fragilizam o sistema da AF, instituída no Brasil há 20 anos (desde a publicação da PNM em 1998), e que têm avançado conforme as políticas públicas são regulamentadas e institucionalizadas no país. Contudo, essas categorias (AF como sistema municipal, informalidade, normatização e isolamento), as quais não são totalmente excludentes uma das outras, refletem lacunas que foram negligenciadas devido à necessidade emergente em lutar pela inserção do profissional farmacêutico na APS, produzindo resultados positivos.

Reconhece-se que para o desenvolvimento da capacidade de gestão da AF municipal é necessário, antes de mais nada, a efetiva inserção do sistema da AF na gestão municipal, e não apenas nos termos formais da lei. Não basta atender a legislação vigente contratando um profissional farmacêutico se não houver o entendimento municipal (gestor municipal, controle social, equipe multidisciplinar, usuários) que a AF compreende um sistema complexo, aberto e que necessita articular todas as suas ações com os demais sujeitos envolvidos.

Nesse sentido, são identificados resultados positivos quanto a maior densidade de farmacêuticos no município (maior acesso e mais informações prestadas). Contudo, as dimensões organizacional e de sustentabilidade da capacidade de gestão da AF demonstram resultados inferiores quando comparadas à dimensão operacional. Entende-se, dessa forma, que a maior densidade da força de trabalho farmacêutica gera melhores resultados para capacidade de gestão da AF, porém os resultados relativos às dimensões organizacionais e de sustentabilidades da gestão da AF ainda são insatisfatórios.

Quanto à sustentabilidade da gestão, destaca-se a baixa participação da comunidade na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde verificados na análise dos indicadores da AF e no estudo de casos. No município em que o farmacêutico participa do controle social, há uma REMUME estabelecida e não são mencionadas faltas de medicamentos (exceto a falta referida ao fator externo - pandemia) e reclamações por parte dos usuários. Já nos municípios em que os farmacêuticos informam não atuarem no controle social, os mesmos

mencionam faltas de medicamentos e insatisfação dos usuários.

Também evidencia-se falta de capacitação para gestão referida por alguns participantes, sendo que a participação dos farmacêuticos em capacitações é uma condição estratégica de sustentabilidade. Os farmacêuticos dos municípios estudados, demonstram insatisfação própria e mencionam insatisfação dos usuários com o sistema, assim como observado na análise dos indicadores da AF nas regiões brasileiras, sendo um dos indicadores em situação crítica em todas as regiões do país.

A existência de formas oficiais de intervenção dos usuários, em uma perspectiva de participação social da AF, condição estratégica para o alcance dos objetivos organizacionais, é identificado como um indicador em situação crítica nas regiões do Brasil e nos municípios estudados evidencia-se a insatisfação dos usuários, em um dos municípios, em relação à organização centralizada dos serviços da AF. Diante disso, a gestão municipal elaborou e formalizou um projeto de dispensação de medicamento à domicílio, qual nunca foi desenvolvido na prática, forçando assim a adaptação do usuário a realidade imposta. Em outro município, além de insatisfeitos os usuários não são ouvidos, na maioria das vezes, quando buscam soluções para seus problemas, pois os gestores municipais se recusam a recebê-los.

Já, no município em que a farmacêutica é atuante no CMS e apresenta os resultados da gestão da AF para a comunidade, mesmo com força de trabalho reduzida, os usuários estão satisfeitos a ponto de presenteá-la e reconhecê-la pelo serviço prestado, buscando a AF municipal, muitas vezes, para sanar dúvidas quanto a medicamentos disponíveis apenas na rede privada.

Em relação aos aspectos organizacionais da capacidade de gestão da AF, ressalta-se que a coordenação da AF no Brasil possui baixa participação nas decisões sobre programas e atividades realizadas no município, assim como observado em dois municípios estudados. Considerando os múltiplos interesses e concepções sobre o sistema de saúde, entende-se que a participação nas discussões pode ser uma ferramenta para evidenciar os resultados da AF, bem como propor demandas que possam ampliar o reconhecimento sobre os serviços prestados. Conforme observado em um dos municípios em que existe participação ativa do farmacêutico nos programas de promoção a saúde e toda a equipe multidisciplinar atua na promoção

do URM e na melhoria do acesso.

O indicador relacionado a existência formal da CFT na SMS apresentou o pior resultado dentre as dimensões em todas as regiões do Brasil. Dentre os municípios do estudo de caso, nenhum apresenta uma CFT formalizada. Contudo, no município em que há uma REMUME definida e discutida no CMS, não foram mencionados problemas com medicamentos não padronizados ou aquisição de medicamentos sem o consentimento da coordenação da AF, qual refere analisar cada situação nova separadamente.

Já, nos outros dois municípios evidenciou-se a existência de diferentes vias de aquisição (seja por meio de contato com vereadores, Secretário Municipal de Saúde ou "medicamento de gabinete" como mencionado por uma participante antes do estabelecimento da REMUME), além da falta de critérios ou definição dos critérios isoladamente para aquisição de medicamentos sem uma decisão colegiada. A CFT pode ser considerada um ponto de contribuição para todas as áreas como meio de educação continuada.

Percebe-se que no município em que não há diálogo entre coordenação da AF, setor de compras, farmacêutico do NASF, farmacêutico responsável pelo CAF, demais áreas e a gestão pública, a implantação de uma comissão poderia sanar problemas de comunicação com a participação de todos os atores municipais envolvidos na APS, resultando em melhorias e aprimoramento da capacidade de gestão da AF.

Entende-se que o sistema da AF não pode ser isolado, precisa conectar-se com todos os componentes sociais, técnicos, econômicos e contextuais que envolvem a gestão municipal. O Triângulo de Matus Romo se amplia e emerge para uma estrutura macro totalmente interligada. Ou seja, dentro do sistema municipal de saúde é necessário que o sistema da AF esteja explícito e perceptível aos olhos de todos.

Aliado a isso, está a necessidade de fomentar o profissional farmacêutico como gestor, devidamente capacitado, integrado à APS, articulado de forma participativa e social e dispendo do apoio transponível do gestor municipal, sendo esses instrumentos de melhoria da capacidade de gestão e consequente URM.

Ainda, é importante destacar que o entendimento da AF reduzido a um

sistema de logística não corresponde ao sistema amplo e complexo da AF, que vai além dos processos de aquisição e dispensação de medicamentos. Para manter o direito e garantia do acesso aos medicamentos eficazes, seguros e gratuitos para a população brasileira, qual conta com um sistema público, integral, equitativo e universal de saúde, é necessário a compreensão de que alguns aspectos que permeiam a PNAF são condicionantes para garantia da acessibilidade.

Como exemplo, tem-se a necessidade de: identificar e selecionar os medicamentos de acordo com a realidade de cada comunidade; possuir estratégias nacionais para investimento em pesquisas para atendimento dessas demandas; investir na produção pública de medicamentos para diminuir a dependência externa, à exemplo do que aconteceu na pandemia; prover estratégias de planejamento e aquisição para negociar e dialogar com o mercado, como a quebra de patentes; desenvolver e aprimorar a gestão do serviço em que a população irá acessar o medicamentos, sendo esse dispensado com segurança, qualidade e orientação para retroalimentar a seleção dos medicamentos realmente necessários para aquela realidade; interligar todos os níveis da gestão da saúde (municípios, estados e união).

Em outras palavras, conclui-se que é emergente e necessário o entendimento da AF como um sistema robusto, o qual objetiva a execução e institucionalização da política de forma integrada e reconhecida, com acesso sustentável e qualificado aos medicamentos como direito a saúde, sendo essencial desenvolver em todos os níveis da gestão pública de saúde, a concepção sistêmica de que a AF é um sistema complexo que produzirá como resultado o acesso e o URM, e não como um mero processo logístico de compra e entrega de medicamentos.



## REFERÊNCIAS

- ALUTTIS, C. *et al.* **Public health capacity in the EU**: Supplement to the final report. 2013. Disponível em: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social\\_determinants/docs/report\\_ph\\_capacity\\_2013\\_suppl\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/report_ph_capacity_2013_suppl_en.pdf). Acesso em: 01 ago. 2021
- ÁLVARES, J. *et al.* National survey on access, use and promotion of rational use of medicines: methods. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.
- ALVES, C. K. *et al.* Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. *In*: SALMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
- APPELBAUM, S. Socio-technical systems theory: an intervention strategy for organizational development. **Management Decision**, v. 35, p. 452–463, 1997.
- ARAKAWA, T. *et al.* Programa de controle da tuberculose no contexto municipal: avaliação de desempenho. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017.
- BABAR, Z-U-D. *et al.* Randomized controlled trials covering pharmaceutical care and medicines management: A systematic review of literature. **Research in Social & Administrative Pharmacy**, v. 14, n. 6, p. 521–539, 2018.
- BAMBERGER, J. M.; RUGH, J.; MABRY, L. S. **Real world evaluation**: working under budget, time, data, and political constraints. 2. ed. Sage Publications, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207–1220, 2010.
- BARROS, R. D. *et al.* Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.
- BASU, S.; MEGHANI, A.; SIDDIQI, A. Evaluating the health impact of large-scale public policy changes: classical and novel approaches. **Annual Review of Public Health**, v. 38, p. 351–370, 2017.
- BATES, I. *et al.* An analysis of the global pharmacy workforce capacity. **Human Resources for Health**, v. 14, n. 61, p. 1-7, 2016.
- BERNARDO, N. L. M. C. **A abordagem sociotécnica aplicada para a reorientação da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde**. Tese (Doutorado em

Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

BERNARDO, N. L. M.; SOARES, L.; LEITE, S. N. A sociotechnical approach to analyze pharmaceutical policy and services management in Primary Health Care in a Brazilian municipality. **Pharmacy**, v. 9, n. 1, p. 39, 2021.

BLOLAND, P. *et al.* The role of public health institutions in global health system strengthening efforts: the US CDC's perspective. **PLoS Medicine**, v. 9, n. 4, 2012.

BODENHEIMER, T. *et al.* The 10 building blocks of high-performing primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 2, p. 166–171, 2014.

BOERMA, W. G.; VAN DER ZEE, J.; FLEMING, D. M. Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. **The British Journal of General Practice**, v. 47, n. 421, p. 481–486, 1997.

BOTLA, L.; KARACA, H. Socio technical systems of a company: the dimensionality of socio technical systems. **Purushartha**, v. 11, n. 1, p. 24–38, 2018.

BOUERI, R.; COSTA, M. A. **Brasil em desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas**. Volume 1. 2013. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20729](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20729). Acesso em: 10 ago. 2021.

BRADLEY, E. H.; TAYLOR, L. A.; CUELLAR, C. J. Management matters: a leverage point for health systems strengthening in global health. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 4, n. 7, p. 411–5, 2015.

BRASIL. **Componente avaliação dos serviços de Assistência Farmacêutica básica**: introdução, método e instrumentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 1.215, de 13 de junho de 2012**. Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da

Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Portaria nº 1.217, de 3 de junho de 2014.** Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012.** Institui a Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (PNAUM). Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077\\_17\\_09\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 22, de 15 de agosto 2012.** Habilita os municípios a receber recursos destinados ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), Eixo Estrutura. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 3.364, de 8 de dezembro de 2017.** Dispõe sobre o Processo de Fortalecimento Institucional Progressivo e sobre o incentivo financeiro de investimento do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS, para o ano de 2017. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 3.749, de 23 de novembro de 2018.** Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2018. Brasília: Diário Oficial da União, 2018.

BRASIL. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html). Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 980, de 27 de maio de 2013.** Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0980\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0980_27_05_2013.html). Acesso em: 07 ago. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html).

Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME**, 2010. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME**, 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRESICK, G. *et al.* Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 8, n. 1, 2016.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções sobre o tema. *In*: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. A odontologia e a Estratégia de Saúde da Família. Tubarão: Editora Unisul, 2006.

CARAYON, P. *et al.* Socio-technical systems analysis in Health Care: a research agenda. **IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering**, v. 1, n. 1, p. 145–160, 2011.

CARNEIRO, C. O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. **Psicologia USP**, v. 29, n. 2, p. 314–321, 2018.

CARVALHO, M. N. *et al.* Força de trabalho na Assistência Farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, p. 1-11, 2017.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.

CHALLENGER, R.; CLEGG, C. W. Crowd disasters: a socio-technical systems perspective. **Contemporary Social Science**, v. 6, n. 3, p. 343–360, 2011.

CLEGG, C.; WALSH, S. Change management: time for a change! **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 13, n. 2, p. 217–239, 2004.

CLEGG, S. Teorias do poder. **Theory, Culture & Society**, v. 17, n. 6, p. 139–147, 2000.

- CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 35º Congresso Conasems. **Revista Conasems**, v. 72, 2018. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Conasems\\_Revista\\_72\\_Web\\_F01.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Conasems_Revista_72_Web_F01.pdf). Acesso em: 15 jun. 2021.
- COSTA, E. J. M. Políticas públicas e o desenvolvimento de arranjos produtivos locais em regiões periféricas. **Inclusão Social**, v. 7, n. 2, p. 30-47, 2014.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- CRUZ, M. M.; REIS, A. C. Monitoramento e avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). *In*: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011.
- CUNHA, C. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. *In*: **The theory and operation of a modern national economy**. Washington: George Washington University, 2006.
- CUNHA, C. G. S. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. **Revista Estudos de Planejamento**, n. 12, 2018.
- DAVIS, M. C. *et al.* Advancing socio-technical systems thinking: a call for bravery. **Applied Ergonomics**, part A, p. 171–180, 2014.
- DE BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 73–83, 2006.
- DONABEDIAN, A. **Exploration in quality assessment and monitoring**, v 1. Michigan: Heath Administration Press, 1980.
- DRUMMOND, E. D.; SIMÕES, T. C.; ANDRADE, F. B. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2018.
- EHMA. European Health Management Association. **Capacitação em gestão da saúde**. 2012.
- EIDE, T. B. *et al.* Differences in medical services in Nordic general practice: a comparative survey from the QUALICOPC study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 1-10, 2017.

EKPENYONG, A. *et al.* An analysis of pharmacy workforce capacity in Nigeria. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 11, n. 20, p. 1-9, 2018.

EMMERICK, I. C. M. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

FARACO, E. B. **Desenvolvimento de protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde.** Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

FARACO, E. B. *et al.* Desenvolvimento de um protocolo de indicadores para avaliação nacional da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n. 78, 2020a.

FARACO, E. B. *et al.* The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. **Pharmacy Practice**, v. 18, n. 4, p. 2048, 2020b.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1667–1677, 2011.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869–1878, 2015.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para as práticas nas instituições. *In*: SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: Editora Medbook, 2010.

GADELHA, C. A. G. *et al.* PNAUM: integrated approach to pharmaceutical services, science, technology and innovation. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, sup. 2, 2016.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

GERLACK, L. F. *et al.* Gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, sup. 2, 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543–2556, 2021.

GOEREE, R. *et al.* Transferability of health technology assessments and economic evaluations: a systematic review of approaches for assessment and application. **ClinicoEconomics and Outcomes Research**, v. 3, p. 89–104, 2011.

GOMES, C. A. P. *et al.* **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte: Editora Fundação Ezequiel Dias, 2007.

GOMES, C. A. P. *et al.* **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte: Editora Fundação Ezequiel Dias, 2010.

GREGÓRIO, J.; CAVACO, A.; LAPÃO, L. V. A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal. **Human Resources for Health**, v. 12, n. 58, p. 1-13, 2014.

GROENEWEGEN; P. P. *et al.* Strengthening weak primary care systems: steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. **Health Policy**, v. 113, n. 1–2, p. 170–9, 2013.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GUIMARÃES, Á. S.; CARVALHO, W. R. G. Desinformação, negacionismo e automedicação: a relação da população com as drogas “milagrosas” em meio à pandemia da COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, 2020.

GUIMARÃES, M. C. L. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1642–1650, 2004.

GUIMARÃES, M. C. L. **Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: um modelo em construção. Salvador: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal da Bahia; 2007.

HAGE, J.; VALADEZ, J. J. Institutionalizing and sustaining social change in health systems: the case of Uganda. **Health Policy and Planning**, v. 32, n. 9, p. 1248–1255, 2017.

HALCOMB, E.; HICKMAN, L. **Mixed methods research**. 2014. Disponível em: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/mixed-methods-research-ns.29.32.41.e8858>. Acesso em: 01 ago. 2021.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. *In*: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação de saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. *In*: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro; Salvador: Editora FIOCRUZ; EDUFBA, 2005.

HOGERZEIL, H. V.; MIRZA, Z. Access to essential medicines as part of the right to health. **The World Medicines Situation 2011**. 3. ed, Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://digicollection.org/hss/documents/s18772en/s18772en.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IDSUS. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. 2021. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br>. Acesso em: 7 abr. 2021.

IPF. International Pharmaceutical Federation. **The 2012 Pharmacy Workforce Report**. The Hague: IPF, 2012.

KENNIE-KAULBACH, N. *et al.* Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. **BMC Family Practice**, v. 13, n. 27, p. 1-9, 2012.

KIRIGIA, J. M.; KIRIGIA, D. G. The essence of governance in health development. **International Archives of Medicine**, v. 4, p. 11, 2011.

KOHLER, J. C.; MACKEY, T. K.; OVTCHARENKO, N. Why the MDGs need good governance in pharmaceutical systems to promote global health. **BMC Public Health**, v. 14, p. 63, 2014.

KRUK, M. E.; FREEDMAN, L. P. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. **Health Policy**, v. 85, n. 3, p. 263–276, 2008.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867–874, 2011.

LEAVITT, H. J. Applied organizational change in industry: structural, technological, and humanistic approaches. *In*: MARCH, J. G. **Handbook of organizations**. Chicago: Rand McNally & Co, 1965.



LEITE, S. N. *et al.* **Gestão da Assistência Farmacêutica**: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Services Research**, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MANZINI, F. *et al.* Impact of a management course for pharmacists on their behaviors and the health system's capacity. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 85, n. 6, p. 8506, 2021.

MANZINI, F.; MENDES, S. J. Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica em âmbito municipal. *In*: LEITE, S. N. *et al.* **Gestão da Assistência Farmacêutica**: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARIN, N.; LUZIA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. E. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS, 2003.

MARRA, M. The ambiguities of performance-based governance reforms in Italy: Reviving the fortunes of evaluation and performance measurement. **Evaluation and Program Planning**, v. 69, p. 173–82, 2018.

MATUS ROMO, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MEI, J. *et al.* The development and validation of a rapid assessment tool of Primary Care in China. **BioMed Research International**, v. 2016, 2016. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2016/6019603/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MILLER, E. J.; RICE, A. K. Systems of organization: the control of task and sentient boundaries. **The Economic Journal**, v. 78, n. 312, p. 937-939, 1968.

MILLER, E. J. Socio-technical systems in weaving, 1953-1970: a follow-up study: **Human Relations**, v. 28, n. 4, 1953.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORATELLI, A. M. B.; INÁCIO, D. B. **Gestão da assistência farmacêutica**. Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Farmácia) - Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

MSH. Management Sciences for Health. Center for Pharmaceutical Management. **Access to essential medicines**: State of Minas Gerais, Brazil. Arlington: MSH, 2001. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19577en/s19577en.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, 2016.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. *et al.*; Avanços e perspectivas da RENAME após novos marcos legais: o desafio de contribuir para um SUS único e integral. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 4, p. 3354-3371, 2015.

NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde**: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Fundamentos de avaliação, nº 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. Disponível em: [http://www.abiaids.org.br/\\_img/media/colecao%20fundamentos%20avaliacao%20N1.pdf](http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20fundamentos%20avaliacao%20N1.pdf). Acesso em: 02 ago. 2021.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547–549, 2000.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, sup. 2, 2016.

ONU. Nações Unidas. **Indicadores SDG**. Lista revisada de indicadores de metas de desenvolvimento sustentável global. 2017. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>. Acesso em: 26 ago. 2017.

ONU. Nações Unidas. **Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio 2015**. Nova Iorque: ONU, 2015. Disponível em: <http://abm.org.br/ods/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-sobre-os-Objetivos-do-Milenio-2015.pdf>. Acesso em: 25 maio. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção primária à saúde**. Brasília: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 22 jun. 2021.

PAHO. Pan American Health Organization. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

PAIM, J. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011. Disponível em: [http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20sa%C3%BAde\\_Celia%20Almeida\\_2011.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf). Acesso em: 10 ago. 2021.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1819–1829, 2007.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos em ciência política. **Sociologias**, v. 18, n. 42, 2016.

PASTANA, C. F. **Práticas de avaliação na gestão descentralizada de saúde: a experiência de Vitória da Conquista 1998-2001.** Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

PENNYCOOK, G.; RAND, D. G. Lazy, not biased: Susceptibility to partisan fake news is better explained by lack of reasoning than by motivated reasoning. **Cognition**, v. 188, p. 39–50, 2019.

PERRY, H. B. *et al.* Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 1. rationale, methods and database description. **Journal of Global Health**, v. 7, n. 1, 2017.

PONNET, L. *et al.* Evaluation of the quality of Primary Health Care services for children: reflections on the feasibility of using the Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool as a routine assessment tool. **Einstein**, v. 17, n. 1, p. eAO4333, 2019.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras.** Brasília: PNUD/IPEA/FJP, 2016.

REIBLING, N.; ARIAANS, M.; WENDT, C. Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. **Health Policy**, v. 123, n. 7, p. 611-620, 2019.

ROCHA, S. Renda e pobreza - medidas per capita versus adulto-equivalente. 1998. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2487/1/td\\_0609.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2487/1/td_0609.pdf). Acesso em: 18 jul. 2021.

ROCKERS, P. C.; LAING, R. O.; WIRTZ, V. J. Equity in access to non-communicable disease medicines: a cross-sectional study in Kenya. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 3, p. e000828, 2018.

- RODRIGUES, P. S.; CRUZ, M. S.; TAVARES, N. U. L. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 192–208, 2017.
- ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora, 2017.
- ROVER, M. R. M. *et al.* Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 2, p. 110–6, 2016.
- RUGER, J. P.; REIFF, M. A checklist for the conduct, reporting, and appraisal of microcosting studies in Health Care: protocol development. **JMIR Research Protocols**, v. 5, n. 4, 2016.
- SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, p. 47–61, 2018.
- SANTOS, R. I. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. Tese (Doutorado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- SCHREYÖGG, J. *et al.* Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries. **Eur J Health Econ**, v. 6, sup. 1, p. 2–10, 2005.
- SELLERA, P. E. G. *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1401–1412, 2020.
- SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, 2015.
- SOARES, L. *et al.* A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 49, n. 1, p. 107–116, 2013.
- STAKE, R. E. Qualitative case studies. *In: The Sage handbook of qualitative research*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd, 2005.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EdUSP, 2004.
- THE LANCET. Evaluation: the top priority for global health. **Lancet**, v. 375, n. 9714, p. 526, 2010.
- TIWARI, R.; NEGANDHI, H.; ZODPEY, S. P. Health management workforce for India in 2030. **Frontiers in Public Health**, v. 6, 2018.

TOLOI, G. G.; MANZINI, E. J. Etapas da estruturação de um roteiro de entrevista e considerações encontradas durante a coleta dos dados. **VIII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial**, 2013.

TRIST, E. L. **A evolução do sistema sócio-técnico**. Toronto: Ministério do Trabalho, 1981.

TRIST, E. L.; BAMFORTH, K. W. Some social and psychological consequences of the longwall method of coal-getting: an examination of the psychological situation and defences of a work group in relation to the social structure and technological content of the work system. **Human Relations**, 1951.

UNGA. United Nation General Assembly. **United Nations Millennium Declaration**. A/55/L.2. Nova York: UN, 2000.

UN. United Nations. **Resolution adopted by the General Assembly**. United Nations Millennium Declaration. Nova York: UN, 2000. Disponível em: [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A\\_RES\\_55\\_2.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_55_2.pdf). Acesso em: 01 ago. 2021.

UN. United Nations. **Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development**. 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acesso em: 01 ago. 2021.

VARGAS-PELÁEZ, C. M. *et al.* Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines - a scoping study. **Social Science & Medicine**, v. 121, p. 48–55, 2014.

VARGHESE, C. *et al.* Better health and wellbeing for billion more people: integrating non-communicable diseases in primary care. **BMJ**, v. 364, 2019.

VERMA, A. A. *et al.* Managing drug shortages during a pandemic: tocilizumab and COVID-19. **Canadian Medical Association Journal**, v. 193, n. 21, p. E771–E776, 2021.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, p. 149–156, 2010.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para discussão. Brasília; Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018.

VIEIRA, F. S. Providing quality pharmaceutical services in Brazil: items pending the unified health on the Unified Health System's agenda. **Pan American Journal of Public Health**, v. 24, n. 2, p. 91–100, 2008.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, p. 91–100, 2008.

WANNMACHER, L. Seleção de medicamentos. *In*: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. *et al.* **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

WHO. World Health Organization. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication**. The Hague: WHO, 1998. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65860/WHO\\_DAP\\_98.13.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65860/WHO_DAP_98.13.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 20 jun. 2021.

WHO. World Health Organization. **Towards better leadership and management in health**: report on an international consultation on strengthening leadership and management in low-income countries. Geneva: WHO, 2007.

WHO. World Health Organization. **WHO medicines strategy**: expanding access to essential drugs. Fifty-fifth World Health Assembly. Geneva: WHO, 2002.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. Social determinants of health: the solid facts. 2. ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.

WILLACY, E.; BRATTON, S. On management matters: why we must improve public health management through action. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 5, n. 1, p. 63–65, 2015.

WIRTZ, V. J. *et al.* Essential medicines for universal health coverage – authors' reply. **The Lancet**, v. 389, n. 10082, p. 1881–1882, 2017.

WIRTZ, V. J. *et al.* Essential medicines for universal health coverage. **The Lancet**, v. 389, n. 10067, p. 403–476, 2017.

**ANEXOS**

## ANEXO A – CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA



Emília Balerle <emiliabalerle@gmail.com>

### Pesquisa Avaliação da Capacidade de Gestão AF na APS - Convite para participação

1 mensagem

Emília Balerle <emiliabalerle@gmail.com>  
Para: Emília Balerle <emiliabalerle@gmail.com>

9 de julho de 2021 13:53

Prezados,

Conforme contato telefônico venho por meio deste convidar-lhe para participar da minha pesquisa de tese.

Me chamo Emília Balerle Faraco, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Profª Drª Silvana Nair Leite, e estou realizando a coleta de dados para finalização da minha tese de doutorado.

Gostaria de contar com a sua participação que será de grande importância para o estudo intitulado "Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros". Os dados iniciais foram obtidos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) do Ministério da Saúde (MS), instituída pela Portaria Nº 2.077 de 2012 e coletados no período de 2014/2015.

A presente coleta de dados integra um projeto piloto para a pesquisa aprovada pela no Edital n. 16/2020 PPSUS/UFSC "Apoio à estruturação da gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses com baixo IDHM: proposta de aplicação e avaliação de resultados", coordenado pela Prof.ª Drª Silvana Nair Leite da UFSC em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde/SC e municípios catarinenses.

#### O que é a pesquisa?

*Ir avaliar a capacidade de gestão da AF na APS dos municípios brasileiros, buscando conhecer os fatores que comprometem ou facilitam a gestão e propor estratégias de avanços, visando à melhoria do acesso e o uso de medicamentos.*

#### Informações importantes:

- O tempo médio da entrevista será de 45 minutos aproximadamente.
- Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa conforme Parecer nº 633.253 sob CAAE nº 18947013.6.0000.0008; e, aprovada pelo CONEP da UFSC sob o nº CAAE: 28471320.2.0000.0120.
- As eventuais dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas por mim, pesquisadora responsável, via e-mail: [emiliabalerle@gmail.com](mailto:emiliabalerle@gmail.com) ou via whatsApp (48) 9 88510404.

**Você fará a diferença nessa pesquisa!**

**Se tiveres interesse em participar da pesquisa, peço que responda esse email com seu aceite!**

Em caso positivo, enviarei-lhe um novo email para combinarmos data e horário para realização da entrevista. Fique à vontade para me contatar por email ou whatsapp.

Aguardo seu retorno e agradeço-lhe desde já pela sua atenção.

---

Farm Adm Emília Balerle Faraco, Esp. Me.  
Doutoranda em Farmácia  
Programa de Pós-Graduação em Farmácia - PGFAR  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
CRF/SC 6090  
<http://www.crefsc.org.br/6070740951955168>

*Ao participar deste estudo você permitirá que o pesquisador utilize as informações para finalidades estritamente acadêmicas. Não precisa se identificar (caráter anônimo) e tem liberdade de se recusar a participar ou a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. A sua participação está relacionada a participar de uma entrevista composta de perguntas abertas. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados. Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar a gestão da Assistência Farmacêutica municipal.*

---

Farm Adm Emília Balerle Faraco, Esp. Me.  
Doutoranda em Farmácia  
Programa de Pós-Graduação em Farmácia - PGFAR  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
CRF/SC 6090  
<http://www.crefsc.org.br/6070740951955168>



## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E QUESTIONÁRIO DE PESQUISA



Anexo B\_TCLE E QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Perguntas Respostas

Seção 1 de 6

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo respeitosamente convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: "Apoio à estruturação da gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses com baixo IDHM: proposta de aplicação e avaliação de resultados".

A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob coordenação da Profª Drª Silvana Nair Leite Contezini. Será realizada no âmbito do município pelo qual foi indicado.

O(A) Sr(a) está sendo convidado por que atende aos critérios de inclusão da pesquisa, ou seja, você pertence a uma dessas categorias: ser gestor ou profissional de saúde envolvido com a assistência farmacêutica municipal, ou ser representante do Conselho Municipal de Saúde.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de penalização. Caso aceite participar, sua participação é voluntária e se dará por meio de preenchimento de um questionário de perguntas breves, a serem respondidas via internet, com duração prevista de 60 minutos, assim como a coleta de dados sobre o município e participação em atividades propostas pelo projeto. Suas respostas pessoais serão mantidas confidenciais, e utilizadas somente para dados estatísticos. As informações ficarão armazenadas em uma plataforma online, estando disponíveis apenas para os pesquisadores.

Os pesquisadores assumem o compromisso de que o acesso ao questionário e entrevista online só será liberado aos participantes após os pesquisadores receberem um e-mail concordando com os termos do TCLE, previamente enviado através do e-mail dos pesquisadores.

O resultado deste trabalho será apresentado na forma de um relatório final, e poderão ser apresentados em encontros regionais ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos



O estudo apresenta risco mínimo, pois não será realizada nenhuma intervenção fisiológica, psicológica e social dos indivíduos, sendo preservada a intimidade dos mesmos, restando apenas a possibilidade de mobilizar sentimentos e percepções. Os procedimentos da pesquisa seguirão os critérios éticos de sigilo e confidencialidade dos dados. E caso deseje, poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificativa e sem qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento.

A participação não acarretará custos e é totalmente voluntária. Os benefícios esperados para o participante são indiretos, pois os resultados da pesquisa poderão subsidiar políticas públicas e institucionais, e assim beneficiar toda a categoria a qual você pertence. E você, ainda, poderá receber informações sobre o desfecho da pesquisa (informações sobre publicações, defesa do TCC/dissertação/tese), para isso deverá manifestar seu interesse.

Garantimos ao (à) Sr(a) o ressarcimento das despesas decorrentes de sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Também estão assegurados ao (à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano, comprovadamente, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-UFSC, sob número CAAE: 39236520.6.0000.0121

Os pesquisadores afirmam que cumprirão, em todo o transcorrer do projeto de pesquisa, a Resolução CNS nº 466/12.

Caso tenha dúvidas, estaremos à disposição para esclarecimentos adicionais, a partir do contato com os pesquisadores responsáveis [Silvana Nair Leite Contezini [Silvana.nair.leite@ufsc.br], professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina e Farmª Emilia Baierle Faraco [emiliabaierle@gmail.com] ou Fone/WhatsApp (48) 9 8851-0404.

CEPSH-UFSC - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
Prédio Reitoria II  
Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade,  
Florianópolis/SC, CEP 88.040-400  
Contato: (48) 3721-6094 ou cep.propesq@contato.ufsc.br.

Pesquisadora principal: Profa Silvana Nair Leite Contezini  
Rua Delfino Conti – Prédio da Farmácia Escola da UFSC.  
Florianópolis-SC.  
Telefone: (48) 37214049 ou e-mail Silvana.nair.leite@ufsc.br.

Doutoranda: Farmª Emilia Baierle Faraco  
Avenida Luiz Boiteux Piazza, nº3330, Cachoeira do Bom Jesus,  
Florianópolis, SC, Brasil. Cep 88056-000.  
Telefone/WhatsApp (48) 9 8851-0404 ou e-mail emiliabaierle@gmail.com.

E-mail \*

E-mail válido



Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 6

## PARA PREENCHIMENTO PELO PARTICIPANTE



Descrição (opcional)

A partir do exposto, eu aceito participar da pesquisa intitulada: "Apoio à estruturação da gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses com baixo IDHM: proposta de aplicação e avaliação de resultados".

Descrição (opcional)

Pergunta \*

- Fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada, bem como sobre a...
- Recebi uma cópia deste termo de consentimento em formato eletrônico e me foi dada a oportunida...
- Autorizo o uso dos dados fornecidos por meio dos questionários, de forma anônima, para fins de p...

Eu \*

Texto de resposta curta

RG \*

Texto de resposta curta



obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Clicando em "aceito participar", confirmo meu desejo em participar da pesquisa.

Descrição (opcional)

Município: \*

Texto de resposta curta

Pergunta \*

Mês, dia, ano



Pergunta \*

- Aceito participar
- Desejo receber informes sobre a pesquisa
- Não aceito participar

#### APRESENTAÇÃO DA PESQUISA DE TESE DE DOUTORADO



Após a seção 2 Continuar para a próxima seção



Seção 3 de 6



## GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NOS

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de tese de doutorado intitulada "Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios brasileiros", a qual é complementar e amparada na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) do Ministério da Saúde (MS), instituída pela Portaria N° 2.077 de 2012; e, integra o projeto de pesquisa denominado "Apoio à estruturação da gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses com baixo IDHM: proposta de aplicação e avaliação de resultados", coordenado pela Prof.ª Dr.ª Silvana Nair Leite da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) aprovado no Edital n. 16/2020 PPSUS/FAPESC.

A sua participação na pesquisa se dará por meio de uma entrevista online agendada previamente e preenchimento de questionário online. Essa etapa da pesquisa tem por finalidade conhecer os fatores que comprometem ou facilitam a gestão da AF na APS e propor estratégias de avanços, visando à melhoria do acesso e o uso de medicamentos.

Na primeira fase da tese (etapa quantitativa), foram utilizados os dados coletados pela PNAUM em uma amostra de 600 municípios brasileiros das cinco regiões do país, entre os anos de 2014 e 2015. Dentre os municípios da amostra, o seu município integrou a pesquisa do MS e o presente estudo.

Na segunda fase, foram selecionados três municípios do estado de Santa Catarina, integrantes da amostra da PNAUM, para participar da pesquisa qualitativa, em que serão realizadas entrevistas por meio de formulário eletrônico semiestruturado. A sua participação está relacionada a entrevista online composta por perguntas abertas e fechadas com tempo estimado de aproximadamente 45 minutos.

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção

Seção 4 de 6

Para otimização do tempo da entrevista, gostaria convidá-lo a preencher um questionário curto sobre seu perfil profissional e a Assistência Farmacêutica no seu município.



Descrição (opcional)



Tr



## Seção 5 de 6

Para finalizar solicitamos que preencha o    
questionário abaixo, são apenas 10  
perguntas:

Descrição (opcional)

1. Qual seu nível de escolaridade: \*

- SUPERIOR INCOMPLETO
- SUPERIOR COMPLETO
- PÓS-GRADUAÇÃO À NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO
- MESTRADO (finalizado ou em andamento)
- DOUTORADO (finalizado ou em andamento)

2. Qual a sua formação acadêmica: \*

Texto de resposta curta  
.....

3. Qual seu vínculo empregatício com o município? \*

- Servidor público
- Contratado
- Cargo comissionado
- Outro



4. Há quanto tempo você atua na função de Gestor/ Coordenador da Assistência Farmacêutica nesse município? \*

Texto de resposta curta

.....

5. Você recebeu algum tipo de capacitação para exercer esta função de gestão? \*

Sim

Não

6. Quantos profissionais FARMACÊUTICOS atuam na Atenção Primária a Saúde no seu município, além de você? \*

Texto de resposta curta

.....

7. A sua equipe conta com auxiliar administrativo, auxiliar ou técnico de farmácia? \*

Texto de resposta curta

.....

8. Você conhecia ou teve contato com a PNAUM? \*

Sim

Não

9. Você participou da PNAUM como respondente do seu município? \*

Sim

Não





10. Sobre o QUALIFAR-SUS, você conhecia o programa? \*

Sim

Não

Após a seção 5 Continuar para a próxima seção

Seção 6 de 6

Agradecemos a sua atenção e nos encontramos na entrevista!



Pesquisadores:  
Farmª Emilia Baierle Faraco  
Orientadora: Profa. Drª Silvana Nair Leite

Qualquer dúvida pode me chamar no WhatsApp (48) 988510404.





## ANEXO C – PARECER N° 633.253 SOB CAAE N° 18947013.6.0000.0008

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL - PNAUM

**Pesquisador:** Sotero S Mengue

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 18947013.6.0000.0008

**Instituição Proponente:** Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

**Patrocinador Principal:** Ministério da Saúde

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 633.253

**Data da Relatoria:** 23/04/2014

#### Apresentação do Projeto:

A Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (PNAUM) foi instituída pela PORTARIA N° 2.077, DE 17 DE SETEMBRO DE 2012 do Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde levando em consideração a necessidade de conhecer aspectos relacionados ao acesso, utilização e uso racional de medicamentos no Brasil; e os objetivos estratégicos números 11 e 12 estabelecidos no documento "Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS/2011)", do Ministério da Saúde, quais

sejam: "Garantir a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)" e "Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e a assistência farmacêutica no âmbito do SUS". A execução deste projeto está a cargo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e conta com a participação de pesquisadores do Ministério da Saúde e das instituições listadas a seguir: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Universidade de Brasília, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal do Ceará. Trata-se de um

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3315-6878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 633.253

estudo transversal clássico. Estes estudos podem ser caracterizados como aqueles que incluem como sujeitos todas as pessoas na população, ao tempo da averiguação, ou uma amostra representativa de todas essas pessoas, selecionadas sem levar em consideração o estado de exposição ou de doença. Serão entrevistados indivíduos residentes nos domicílios selecionados, nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do país. O tamanho da amostra deverá ser estimado com maior precisão no decorrer do detalhamento do plano amostral. A estimativa inicial é de que a amostra seja composta por 38.400 indivíduos, de modo a possibilitar, com grau de confiança estabelecido em parâmetros estatísticos, a generalização dos dados amostrais para o conjunto da população. Os questionários serão aplicados por entrevistadores treinados e com o uso de equipamentos eletrônicos. O instrumento de coleta de dados será constituído pelos seguintes blocos: informações sobre o domicílio, bens domésticos e renda, informações sobre a pessoa de referência da família, informações do entrevistado, plano de saúde e estilo de vida. Serão coletadas informações mais detalhadas sobre as doenças crônicas de alta prevalência e seus cuidados com especial interesse no acesso e uso racional dos medicamentos. Também serão investigadas a utilização dos serviços de farmácia do SUS e do Programa Farmácia Popular do Brasil e as características de adesão ao tratamento apresentadas pelos entrevistados. SERVIÇOS: O delineamento da avaliação dos serviços seguirá o mesmo modelo utilizado no inquérito domiciliar com as inclusões, alterações e adaptações necessárias para a dar conta adequadamente das diferenças entre os dois modelos de estudo. A amostra será composta de 75 municípios dos 300 selecionados para o inquérito. Isso corresponde a uma proporção de 1 para 4. Esses 75 municípios serão distribuídos em frações iguais de 15 municípios para cada região do Brasil e, em cada região, serão organizados em três grupos de acordo com o tamanho da população do município sendo, então, cinco municípios de pequenos porte, tercil inferior; cinco municípios de médio porte, tercil médio da distribuição e cinco municípios de grande porte que deverão corresponder ao tercil superior da distribuição da população em cada uma das regiões. Em cada um dos municípios selecionados serão identificadas duas unidades de saúde mais próximas de cada um dos dois setores censitários sorteados para o inquérito domiciliar. Essa estratégia tem como meta avaliar o serviço o mais próximo possível da amostra domiciliar investigada de forma a permitir algum grau de relacionamento entre os serviços, os usuários e os moradores de cada região. O tamanho da amostra estimado para os serviços é de 30 usuários por unidade. Considerando-se 15 municípios por região e duas unidades de saúde por município somam-se 900 entrevistas que é um número aproximado àquele estimado para cada um dos domínios da amostra do inquérito domiciliar. Os usuários serão arrolados de forma consecutiva em pelo menos dois dias e turnos de

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 633.253

trabalho em que a unidade de saúde estiver em funcionamento para atendimento de qualquer natureza. Caso esse número não seja atingido nesse tempo deverão ser feitas tantas quantas visitas necessárias para atingir a meta amostral. Nos casos de unidades volantes ou que tenham seu funcionamento em período menor ao tempo de permanência da equipe de campo do inquérito domiciliar serão aceitas entrevistas realizadas em um único turno ou dia. Nos casos dos profissionais das unidades será selecionado aquele que estiver presente em um dos turnos das entrevistas com os usuários ou aquele que o tempo gasto para a entrevista tenha o menor impacto no atendimento dos pacientes da unidade. Em cada uma das unidades será avaliada a infraestrutura disponível e os medicamentos armazenados em estoque e para distribuição. Desses medicamentos será selecionada uma amostra ao acaso para a verificação da data de validade do produto. Os gestores e demais responsáveis pela assistência farmacêutica do município serão entrevistados em seu local de trabalho em dia e hora por eles definido. Os dados resultantes do trabalho de campo serão tratados em aplicativos de estatística disponíveis na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para cada modelagem específica poderão ser utilizados os softwares IBM SPSS, SAS ou Stata. A interpretação dos resultados será desenvolvida com suporte da teoria das probabilidades e da inferência estatística do método quantitativo de pesquisa.

### Objetivo da Pesquisa:

#### Objetivo Primário:

O objetivo geral consiste em avaliar o acesso e o uso racional de medicamentos pela população brasileira.

#### Objetivo Secundário:

Caracterizar a utilização de medicamentos para as doenças mais prevalentes;

Caracterizar os medicamentos segundo os componentes da assistência farmacêutica: medicamentos da atenção básica, medicamentos estratégicos e medicamentos do componente especializado;

Identificar as formas e locais de obtenção de medicamentos incluído o SUS, as farmácias provadas e o programa Farmácia Popular;

Avaliar os indicadores de racionalidade do uso de medicamentos e do grau de seguimento das prescrições em relação à adesão e persistência com o tratamento medicamentoso;

Avaliar o acesso a medicamentos segundo variáveis demográficas, sociais e econômicas. Avaliação a presença de cuidados com as doenças crônicas associadas ao uso de serviços de saúde a ao

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 633.253

estilo de vida;

Avaliar a organização dos serviços de Atenção Básica na a garantia do acesso e o uso racional de medicamentos da população;

Avaliar possíveis efeitos das políticas públicas de acesso a medicamentos na redução dos gastos individuais com medicamentos e no combate a iniquidade;

Avaliar a Política de Saúde no Brasil referente à Assistência Farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica de Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o pesquisador:

Riscos:

Por se tratar apenas de entrevista, o risco pode ser considerado muito baixo, apenas o eventual transtorno de responder à entrevista.

Benefícios:

A avaliação do acesso e do uso racional de medicamentos pode fornecer subsídios para tornar a assistência farmacêutica mais efetiva dentro do SUS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se da análise da emenda ao projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A presente emenda ao projeto tem como objetivo:

- 1- Informar que ingressaram na equipe do presente estudo 3 pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG: Juliana Alvares, Francisco de Assis Acurcio e Augusto Afonso Guerra Junior;
- 2 - Apresentar os instrumentos de campo que foram revisados e atualizados.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

**COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA**

Continuação do Parecer: 633.253

**Considerações Finais a critério da CONEP:**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda ao projeto proposta.

Situação: Emenda aprovada.

BRASILIA, 04 de Maio de 2014

---

**Assinador por:**  
**Jorge Alves de Almeida Venancio**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br



## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP 4735457

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Apoio à estruturação da gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses com baixo IDHM: proposta de aplicação e avaliação de resultados

**Pesquisador:** Silvana Nair Leite Contezini

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39236520.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA E INOVAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.735.457

#### Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_...pdf, de 13/05/2021, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

A descentralização da gestão da AF exigiu dos municípios a estruturação de coordenações e serviços capacitados para desenvolver um conjunto de ações técnicas e de gestão capazes garantir o acesso e uso racional de medicamentos nos municípios. No entanto, grandes iniquidades atingem a estruturação da AF entre os municípios. Reconhecendo a necessidade fundamental da capacidade de gestão da AF nos municípios, desde 2012 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS. Neste último, são repassados recursos financeiros para municípios que foram do Brasil Sem Miséria, ou de baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No entanto, há evidências de que os municípios apresentam, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório atividades de qualificação da gestão. Observa-se influência do contexto organizacional no grau de implantação e dificuldades na realização do diagnóstico para identificação das necessidades de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.735.457

estruturação da AF e pouco envolvimento das gestões estaduais com os municípios habilitados. Em Santa Catarina, 159 municípios foram cadastrados no programa entre os anos de 2012 e 2018. Dentre eles, 59 municípios se caracterizam atualmente por irregularidades no recebimento dos repasses financeiros esperados nos anos 2012 à 2019, por não executaram as atividades previstas e/ou deixaram de informá-las ao Ministério da Saúde. Neste momento crítico para a gestão do SUS, é fundamental investir na estruturação da gestão de ações fundamentais e de alto impacto, como a assistência farmacêutica. O presente projeto se propõe a ofertar suporte amplo para tal fim aos municípios catarinenses, incluindo o diagnóstico, o engajamento Inter setorial e do controle social, o fortalecimento da capacidade de gestão, além de investigar a efetividade das ações de suporte sob o

referencial dos sistemas sociotécnicos e os fatores que interferem na gestão municipal. Serão aplicados instrumentos e estratégias anteriormente desenvolvidas como o Protocolo de estudo de capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica Municipal e Análise do Sistema Sociotécnicos e seus componentes. Com base neste diagnóstico participativo, serão definidas as estratégias de suporte para cada agrupamento de municípios, envolvendo a SES, o Cosems e do Conselho Estadual de Saúde. Em seguida, a implementação do suporte e acompanhamento dos grupos categorizados e, ao final, avaliação dos resultados e publicação. Os resultados esperados são de dois âmbitos: desenvolvimento e capacitação da gestão da assistência

farmacêutica municipal com impactos reais para a população; e desenvolvimento científico teórico metodológico para este campo.

#### Metodologia Proposta:

Público-alvo: gestores da assistência farmacêutica e/ou da atenção básica; membros do Conselho Municipal de Saúde e profissionais de saúde de 59 municípios catarinenses cadastrados no Qualifar-SUS. Análise histórico-situacional dos municípios: coleta de dados cadastrais dos municípios no Qualifar-SUS e dados de saúde e sócio-econômicos: SIOPS, DATASUS, RAG e IBGE. Em seguida, os participantes dos municípios que aceitarem participar do projeto serão contatados para iniciar a fase de diagnóstico situacional. Aos participantes será solicitada a coleta de dados locais (referentes à produção em saúde do município, dados de gestão). Todos também serão entrevistados (online ou presencialmente) para completar a coleta dados qualitativos necessários para a identificação e compreensão dos componentes técnicos, políticos e sociais que

caracterizam o subsistema sociotécnicos da assistência farmacêutica. Serão aplicadas duas estratégias complementares para esta etapa de análise histórica situacional, ambas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.735.457

desenvolvidas, testadas, validadas e publicadas anteriormente em estudos em amostra de municípios catarinenses: a) Protocolo de estudo de capacidade de gestão da

Assistência Farmacêutica nos municípios (Leite et al 2016; Faraco et al 2020). b) Análise do SST: abordagem qualitativa, sob a perspectiva teórico-metodológica dos sistemas sociotécnicos (Bernardo et al 2020) com objetivo de compreender os componentes interdependentes: força de trabalho, a cultural organizacional, a infraestrutura, processos de trabalho, o envolvimento do Controle Social local, a regulamentação e contexto socio-econômico. Estudo do diagnóstico: Com posse destas análises, os municípios com características semelhantes serão agrupados. Definição das estratégias de suporte: Uma oficina deverá envolver a equipe do projeto, da SES, do Cosems e do Conselho Estadual de Saúde e outras instituições que poderão colaborar na definição e validação das ações de suporte específico que deverão ser implementados nos municípios. O referencial teórico-metodológico proposto para o projeto se baseia no Planejamento Estratégico Situacional aplicado à AF municipal (Leite et al 2016) e nos sistemas sociotécnicos. Implementação do Suporte e Acompanhamento dos grupos categorizados: Cada grupo de municípios passará a integrar um grupo tutorial, baseado em uma plataforma digital, para o desenvolvimento e monitoramento das atividades

individualizadas para os municípios e atividade coletivas entre os municípios. Fase presencial: em, no mínimo, dois momentos do projeto, serão programados encontros presenciais dos sub-grupos de municípios etapas específicas de formação e engajamento. Avaliação dos resultados: após o período de intervenção, serão novamente aplicados o protocolo de avaliação da capacidade de gestão e a análise qualitativa do SST para verificação de mudanças na situação da gestão da assistência farmacêutica municipal, na perspectiva da avaliação em saúde (Barreto e Calvo, 2016).

**Critério de Inclusão:**

Municípios cadastrados no QUALIFAR SUS em Santa Catarina.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Desenvolver, implantar e avaliar um projeto de apoio à estruturação da gestão da assistência farmacêutica para municípios catarinenses de baixa IDHM cadastrados no Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.735.457

**Objetivo Secundário:**

- Realizar diagnóstico situacional, quantitativo e qualitativo, dos 59 municípios inadimplentes no Qualifar SUS em 2020;
- Agrupar os municípios por categoria de necessidades identificadas e disponibilidade para engajamento no projeto;- Desenvolver propostas de ações de apoio e suporte sociotécnico, adequadas a cada grupo de municípios identificado;- Aplicar as ações de apoio aos municípios;
- Avaliar os resultados do projeto para o avanço da estruturação da gestão da assistência farmacêutica municipal e os fatores que interferem na capacidade de gestão municipal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Riscos baixos para os participantes, relativos a alguma forma de pressão dos gestores públicos dos municípios participantes.

**Benefícios:**

Melhorias da qualidade da gestão da Assistência farmacêutica nos municípios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Projeto de pesquisa submetido ao edital 12/2020 PPSUS FAPESC, coordenado pela Profa. Dra. Silvane Nair Leite, docente do PPG em Farmácia da UFSC. Estudo nacional unicêntrico e prospectivo. TCLE atende a todas as exigências da Resolução CNS 466/12.

Financiamento: PPSUS FAPESC.

Pais de origem: Brasil.

Número de participantes no Brasil: [ 118 ].

Previsão de início do estudo: [ 01/07/2021 no formulário PB ].

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.735.457

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa sem pendências ou inadequações, pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1643324.pdf	13/05/2021 19:20:03		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta_CEP.docx	13/05/2021 19:18:34	Silvana Nair Leite Contezini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.docx	13/05/2021 19:16:00	Silvana Nair Leite Contezini	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado.pdf	13/05/2021 19:13:34	Silvana Nair Leite Contezini	Aceito
Outros	doc_fapesc.pdf	13/05/2021 15:07:48	Silvana Nair Leite Contezini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_ppsus.pdf	13/05/2021 15:03:32	Silvana Nair Leite Contezini	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 26 de Maio de 2021

Assinado por:  
Nelson Canzian da Silva  
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.735.457

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

## ANEXO E – SUBMISSÃO MANUSCRITO 1 ID CADSC 2020 – 0295

☰ Cadernos Saúde Coletiva

🏠 Home

✍ Author

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts** ➤
- [Start New Submission](#) ➤
- [Legacy Instructions](#) ➤
- [5 Most Recent E-mails](#) ➤

### Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Moreira, Jessica	CADSC-2020-0295	Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros <a href="#">View Submission</a>	26-Jun-2020	26-Jun-2020
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Awaiting EIC Decision</li> <li>● Awaiting Reviewer Selection</li> </ul>				

[✉ Contact Journal](#)

Cadernos Saúde Coletiva

# Cadernos Saúde Coletiva

## **Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros**

Journal:	<i>Cadernos Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CADSC-2020-0295
Manuscript Type:	Original articles
Keyword – Go to <a href="http://decs.bvs.br/" target="_blank">DeCS</a> to find your keywords.:	Avaliação em Saúde, Gestão em Saúde, Assistência Farmacêutica

SCHOLARONE™  
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/cadsc-scielo>

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

**TÍTULO:** Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros

**TÍTULO ABREVIADO:** Avaliação da gestão da Assistência Farmacêutica

#### RESUMO

Objetivo: Avaliar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica dos municípios brasileiros na Atenção Primária à Saúde. Métodos: Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo, transversal, com 600 municípios brasileiros representativos das regiões do Brasil, selecionados a partir de uma amostra por conveniência para uma pesquisa nacional. Aplicou-se aos dados obtidos pela pesquisa um protocolo de avaliação. Resultados: A pontuação média obtida pelos municípios no Indicador da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica no Brasil foi de 79 pontos (IC95% [76,71; 82,61]) de um total de 191 pontos atribuídos no protocolo avaliativo. A pontuação máxima obtida nas dimensões do modelo avaliativo foi de 34 pontos (operacional); 28 pontos (sustentabilidade); e, 17 pontos (organizacional). Considerando as categorias do modelo utilizado, 57% dos municípios apresentam necessidade de melhoria e apenas 2% dos municípios encontram-se em situação adequada. Conclusões: Os municípios brasileiros demonstram melhores resultados quanto a operacionalização e sustentabilidade da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica nas regiões Sul e Sudeste, porém em todas as regiões foram observados importantes fragilidades pertinentes aos aspectos organizacionais. Os resultados apontam para as especificidades de cada região brasileira e sugerem necessidade de melhoria na gestão, bem como maior reconhecimento da Assistência Farmacêutica na gestão municipal.

**Palavras-Chave:** Avaliação em Saúde, Gestão em Saúde, Assistência Farmacêutica

**TITLE:** Evaluation of the Pharmaceutical Service management capacity in Primary Health Care in Brazilian municipalities

**SHORT TITLE:** Evaluation of Pharmaceutical Service management

#### ABSTRACT

Purpose: To evaluate the Pharmaceutical Service management capacity of Brazilian municipalities in Primary Health Care. Methods: This is a quantitative, cross-sectional study with 600 Brazilian municipalities representative of the regions of Brazil, selected from a sample by convenience for national research. An evaluation protocol was applied to the data obtained by the research. Results: The average score obtained by the municipalities in the Pharmaceutical Service Management Capacity Indicator in Brazil was 79 points (95% CI [76.71; 82.61]) out of a total of 191 points attributed in the protocol. The maximum score obtained in the dimensions of the evaluation model was 34 points (operational); 28 points (sustainability); and, 17 points (organizational). Considering the categories of the model used, 57% of the municipalities are in need of improvement and only 2% of the municipalities are in an adequate situation. Conclusions: Brazilian municipalities demonstrate better results regarding the operationalization and sustainability of the Pharmaceutical Service management capacity in the South and Southeast regions, however, in all regions, important weaknesses regarding organizational aspects were observed. The results point to the specificities of each Brazilian region and suggest the need for improvement in management, as well as greater recognition of Pharmaceutical Service in municipal management.

**Keywords:** Health Assessment, Health Management, Pharmaceutical Assistance



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

## INTRODUÇÃO

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégia essencial para alcance de melhores resultados em saúde. Estudos <sup>1,2,3</sup> confirmam que os sistemas de saúde baseados em APS têm maior equidade socioeconômica, custos mais baixos, melhores indicadores de saúde e maior satisfação dos pacientes.

No entanto, apesar dos fortes investimentos em APS, na última década, grande parte do financiamento que levou a transformações de sistemas de saúde está ameaçada <sup>4,5</sup>.

No Brasil a situação não é diferente e, apesar dos avanços dos últimos 20 anos, tanto em relação à promoção e atenção à saúde, incluído a Assistência Farmacêutica (AF) <sup>6,7</sup>, o estabelecimento de tetos de gastos em saúde impactará de forma significativa na garantia e ampliação do acesso <sup>8</sup>.

Em relação ao acesso aos medicamentos, no Brasil a população tem acesso gratuito na maior parte dos 44.000 centros de saúde, ainda que enfrente algum desabastecimento <sup>9</sup>. Segundo estudos de 2016 e 2017 havia uma alta prevalência do acesso total aos medicamentos no país: mais de 90% do acesso total (incluindo público e privado) <sup>10,11</sup>; e cerca de metade de todos os medicamentos prescritos para doenças crônicas, em 2014, foram acessados em unidades de Atenção Básica (AB) <sup>10</sup>.

Além disso, na última década, o Ministério da Saúde (MS) proveu uma série de medidas de incentivo para o desenvolvimento da AF, as quais refletiram, também, na ampliação da contratação de farmacêuticos <sup>12</sup>. Cabe destacar que, entre 2010 e 2016 a AF foi responsável por cerca de 16% do orçamento do MS e contou com o aproximadamente 1,4 bilhões em recursos próprios investidos pelos municípios <sup>13</sup>, os quais são responsáveis pela gestão dos recursos próprios somados aos recursos repassados pelos Estados e União, devido a descentralização da AF.

Entretanto, apesar dos avanços, persiste ainda no país <sup>9</sup> fragilidades no desenvolvimento da AF, fortemente relacionadas à gestão <sup>14,15,16</sup>. Os problemas de gestão dos serviços públicos de saúde e as especificidades regionais do Brasil resultam em desigualdades sociais e de acesso à saúde, destacando a necessidade imperativa de “profissionalização da gestão dos sistemas de saúde” <sup>14,17,18</sup>.

Neste contexto, há a necessidade de desenvolvimento constante da capacidade de gestão da AF visando o atendimento das prerrogativas do SUS, como a universalidade e integralidade do acesso aos medicamentos e a sustentabilidade do sistema. Capacidade de gestão é entendida como “a capacidade de uma organização em decidir com

1  
2  
3 autonomia, flexibilidade e transparência mobilizando recursos e construindo a  
4 sustentabilidade dos resultados de gestão”<sup>19</sup>.

6 Barreto e Guimarães<sup>20</sup>, baseadas no referencial de Carlos Matus, sustentam que  
8 gestão é um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados. A partir de  
9 tais conceitos, avaliações da capacidade de gestão da AF foram desenvolvidas no nível  
10 municipal e estadual<sup>20,21,22,23</sup> numa perspectiva abrangente, para além de sua ótica de  
11 processos técnicos e logísticos.

15 A pressão que sofrida pelos municípios com as demandas por serviços de saúde,  
16 agravadas com a pandemia de Covid-19 e com políticas de austeridade e  
17 *desfinanciamento* da atenção primária evidenciam a necessidade de avaliar a capacidade  
18 de gestão da AF na APS e priorizar as estratégias relevantes para cada realidade do país.  
19 Contudo, as dificuldades em operacionalizar estudos nacionais, devido sua dimensão  
20 geográfica e estrutura organizacional (5570 municípios)<sup>24</sup>, pesquisas com esta temática  
21 e abrangência ainda são escassas.

27 Estudos avaliativos, são fundamentais para melhorar o desempenho da gestão  
28 pública<sup>25</sup>, e sua institucionalização torna-se uma prioridade para a melhoria da qualidade  
29 das tomadas de decisão<sup>26</sup> e para a compreensão das razões pelas quais alguns programas  
30 funcionam, enquanto outros não<sup>27</sup>.

34 Entretanto, os custos e restrições para a realização de avaliações do mundo real<sup>28</sup>  
35 e o contexto brasileiro exigem metodologias que possibilitem uma leitura comparativa e  
36 aplicável para realidades diferentes. Com a finalidade de traçar um panorama da AF no  
37 país o MS instituiu a Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção Racional de  
38 Medicamentos (PNAUM)<sup>29</sup>, sendo a primeira pesquisa de abrangência nacional para  
39 avaliar a AF em diferentes aspectos.

44 Tendo em vista a riqueza dos dados coletados pela pesquisa e considerando a  
45 complexidade e custo das avaliações – Faraco et al.<sup>30</sup> adaptaram um protocolo de  
46 avaliação da gestão da AF na AB<sup>23</sup> para aplicação dos dados da PNAUM, possibilitando  
47 uma avaliação por indicadores e parâmetros definidos, de abrangência nacional.

51 Este estudo, que integra a PNAUM – Serviços, tem por objetivo apresentar o  
52 resultado da avaliação da capacidade de gestão da AF dos municípios brasileiros na APS  
53 visando identificar os diferentes padrões de desenvolvimento, suas fragilidades e  
54 fortalezas na gestão municipal.



## MÉTODO

O presente estudo apresenta os resultados obtidos pela aplicação do Protocolo de Avaliação da Capacidade de Gestão da AF na APS (PAGAF) desenvolvido por Faraco et al.<sup>30</sup>, o qual adaptou um protocolo de avaliação da gestão da AF na AB<sup>19,20,23</sup> para aplicação nos dados coletados pela PNAUM (Componente Serviços)<sup>31</sup>.

A PNAUM, instituída pela Portaria do MS nº 2.077, de 17 de setembro de 2012, foi um estudo transversal, exploratório, composto por um levantamento de dados primários numa amostra representativa de serviços de APS, em 600 municípios de todas as regiões do Brasil<sup>29</sup>. A coleta de dados envolveu entrevistas presenciais com 1800 usuários, 1.558 médicos e 1.139 responsáveis pela entrega dos medicamentos, além de observação em 1.175 unidades/instalações dos Serviços Farmacêuticos (SF) e entrevistas telefônicas com 507 responsáveis municipais pela AF. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014, como detalhado por Álvares et al.<sup>31</sup>.

O PAGAF é composto de 30 indicadores divididos em três dimensões (organizacional, operacional e de sustentabilidade)<sup>30</sup>. Para aplicação do PAGAF os dados foram organizados no programa estatístico SPSS – Versão 25. Os métodos estatísticos descritivos foram ponderados e realizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para determinar a relação entre os resultados obtidos e as regiões do país, expressos por meio de frequências para variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas foram aplicados testes de medida de tendência central por região geográfica do Brasil.

Após o cálculo dos indicadores obteve-se o resultado por dimensão. A partir do somatório das três dimensões calculou-se o Indicador da Capacidade de Gestão da AF (IndGAF) para cada município, cujo resultado foi expresso pela média alcançada do IndGAF em cada região do país.

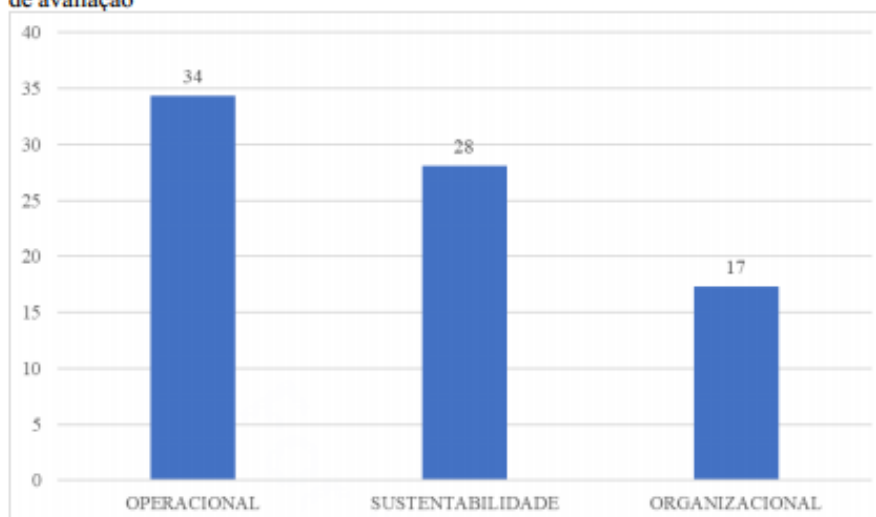
Além disso, verificou-se a proporção de municípios que se encontravam em situação adequada, necessidade de aprimoramento, necessidade de melhoria ou situação crítica<sup>23</sup> no Brasil e nas suas regiões. Por fim, analisou-se cada indicador individualmente a fim de determinar aqueles em situação adequada ou em situação mais crítica em cada região do país.

## RESULTADOS

Considerando as dimensões do PAGAF, o resultado da capacidade de gestão da AF na APS nos municípios brasileiros é apresentado na Figura 1.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Figura 1 - Resultado da capacidade de gestão da AF na APS, por dimensão do protocolo de avaliação <sup>1</sup>



Legenda:

<sup>1</sup>Protocolo de avaliação da Capacidade de Gestão da AF de Faraco et al.<sup>1</sup>

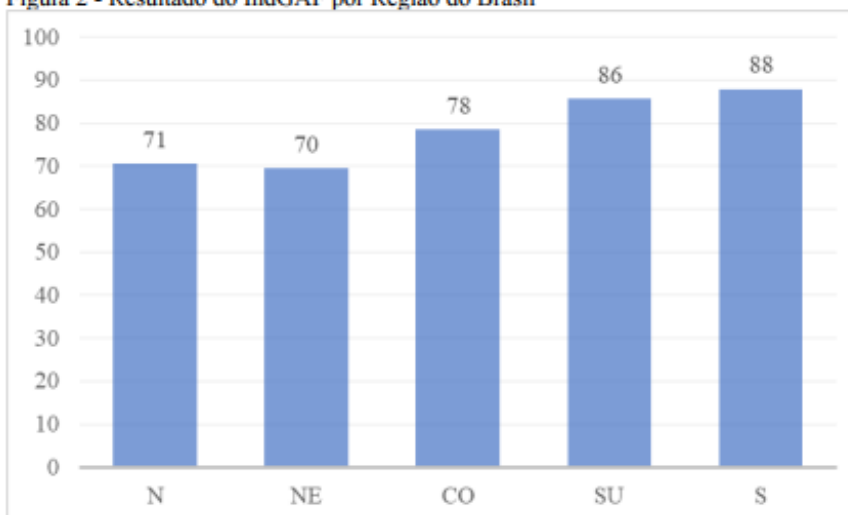
Nota: Pontuação máxima de cada Dimensão – Operacional: 63 pontos; Sustentabilidade: 54 pontos; Organizacional: 74 pontos.

Fonte: elaborado pelo autor.

Como é possível observar na Figura 1, a média da pontuação obtida pelos municípios não alcançou, em nenhuma das três dimensões, resultados satisfatórios considerando os parâmetros definidos para esta avaliação.

Por meio do somatório das dimensões obteve-se o IndGAF, para o qual a pontuação média obtida no Brasil foi de 79 (IC95% [76,71; 82,61]) pontos de um total de 191 pontos. O resultado do IndGAF por região é apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Resultado do IndGAF por Região do Brasil



Legenda:

N (IC95% [64,71;76,29]); N (IC95% [64,00;75,14]); CO (IC95% [72,41;84,49]); SU (IC95% [79,37;92,00]); S (IC95% [82,46;93,47]).

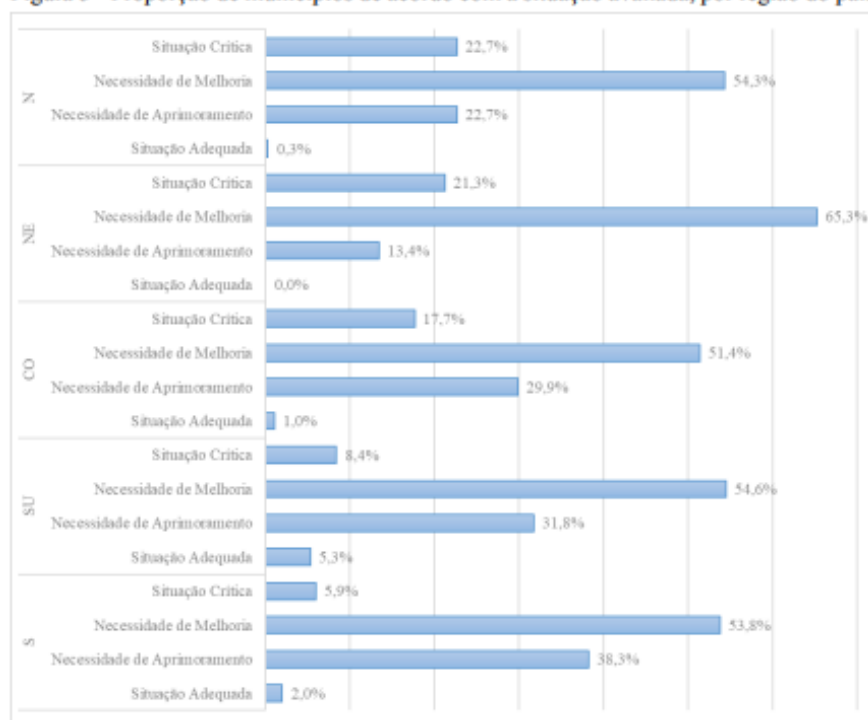
Fonte: elaborado pelo autor.

Dentre as regiões do país observa-se que as Regiões Norte e Nordeste apresentam as menores pontuações, e as Regiões Sul e Sudeste revelam os melhores resultados de IndGAF.

Quanto ao percentual de municípios de acordo com a situação avaliada (pontuação categorizada segundo os critérios de valor utilizados)<sup>23</sup>, evidencia-se que 57% dos municípios apresentavam-se em situação de alerta (necessidade de melhoria) e apenas 2% dos municípios em situação adequada.

Com relação a proporção de municípios em diferentes situação de desenvolvimento da capacidade de gestão da AF nas regiões do Brasil, observou-se o predomínio da necessidade de melhoria em todas as regiões, destacando-se a região Norte, onde 22,7% dos municípios se encontravam em situação crítica e a região Nordeste com nenhum município em situação adequada, segundo o modelo de avaliação (Figura 3).

Figura 3 - Proporção de municípios de acordo com a situação avaliada, por região do país



Fonte: elaborado pelo autor.

Considerando a relevância, os indicadores classificados na categoria Situação Crítica foram analisados individualmente, pois comprometem a capacidade de gestão da AF e sinalizam prioridades para a gestão. O Quadro 1 apresenta os indicadores com maior (%) proporção de municípios, com pontuação em situação crítica, por região do país.

Quadro 1 - Indicadores em *situação crítica* nas regiões do país

Indicador	N	NE	CO	SU	S	Brasil
Existência formal da CFT na SMS	5,2%	6,9%	8,3%	3,6%	7%	5,9%
Participação da coordenação da AF nas decisões sobre programas e atividades	34,5%	24,9%	30,9%	22,5%	31,5%	26,9%
Lista de medicamentos padronizados atende as necessidades dos usuários, segundo os prescritores	27%	12,2%	15,2%	34,1%	33,3%	25,6%
Disponibilidade de medicamentos	13,2%	17,9%	14,6%	19,6%	15,6%	17,2%
Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde	30,8%	25,6%	36,9%	32,6%	33,9%	31,2%
Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva/ saúde pública ou áreas afins	10,4%	11,60%	14,8%	13,5%	9,5%	11,9%

Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	43,1%	31,9%	41,1%	42,5%	45%	40,1%
--	-------	-------	-------	-------	-----	-------

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica; CFT: Comissão de Farmácia e Terapia; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; US: Unidade de Saúde.  
Fonte: elaborado pela autora.

Na análise por regiões do país destaca-se que 94% dos municípios não contam com Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). A formalização da CFT na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (mediante portaria ou com nomeação de membros) ocorre apenas em 3% (IC95% [1,9; 6]), e em 2% (IC95% [1,3; 4,7]) há existência da CFT, porém não de forma oficial. Além disso, em mais de 50% dos municípios pesquisados nas regiões Centro-Oeste (61%), Norte (60%) e Sul (56%) não há regularidade de funcionamento da CFT.

O indicador que investigou a participação da Coordenação da AF nas discussões e decisões sobre programas e atividades de saúde no município, ou seja, se o coordenador da AF participa do planejamento das ações das diferentes áreas técnicas demonstra que, em todas as regiões do país, os municípios obtiveram baixa pontuação, com destaque para a Região Sudeste (77% IC95% [1,3; 4,7]).

Constatou-se que, em todas as regiões, os prescritores consideram que a lista de medicamentos padronizados no município não atende as necessidades dos usuários. Ainda, referente ao indicador que mede a disponibilidade de medicamentos padronizados nos municípios, observou-se a ausência de pelo menos um medicamento padronizado nas Unidades de Saúde (US) em todas as regiões, com destaque para a região Norte (87% dos municípios).

Com relação a participação e discussão da AF junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), em 69% dos municípios essas atividades não são realizadas, ou seja, o CMS não delibera nem discute sobre as questões concernentes à AF na maioria dos municípios, principalmente na região Nordeste.

Outro indicador que apresenta baixa pontuação em todas as regiões do país refere-se à capacitação dos profissionais farmacêuticos. Em 88% dos municípios os farmacêuticos informaram que nenhum tipo de qualificação ou capacitação em AF foi ofertada pelo município. A região Sul apresentou o maior número de municípios (90%) nessa situação.

Em 60% (IC95% [54,2; 65,3]) dos municípios não existia de nenhum mecanismo oficial para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Quanto ao investimento na estruturação da AF, evidencia-se que as regiões Norte (66%), Centro-Oeste (54%) e Sudeste (68%) apresentavam-se em situação crítica, pois segundo os coordenadores da AF dos municípios não houve investimento no último ano.

O indicador referente a existência de medicamentos fora do prazo de validade no estoque demonstrou que, em 56% (IC95% [48,1; 63,3]) dos municípios, pelo menos um medicamento disponibilizado nas unidades de saúde para a dispensação encontrava-se vencido, com destaque para a região Nordeste (81%).

Apesar do cenário apresentado até aqui, observam-se resultados adequados em todas as regiões, com destaque aos indicadores apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Indicadores em *situação adequada* nas regiões do país

Indicador	N	NE	CO	SU	S	Brasil
Profissão do Coordenador da AF	97,5%	91,8%	99,7%	98,9%	98%	96,6%
Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos	96,5%	99,6%	100%	97,5%	97,6%	98,2%
Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume pelos prescritores	94,7%	92,6%	100%	91,6%	96,9%	93,9%
Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos	100%	95,9%	100%	100%	97,6%	98,4%
Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia	91,7%	95,7%	100%	100%	97,6%	97,7%

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica; REMUME: Relação Municipal de Medicamentos.

Fonte: elaborado pela autora.

Mais de 90% dos municípios da amostra contam com profissional farmacêutico como coordenador da AF municipal. Destaca-se a região Centro-Oeste, onde em 99% dos municípios pesquisados o farmacêutico é responsável pela gestão da AF.

O indicador referente a programação de medicamentos também se apresenta em situação adequada, com mais de 90% dos municípios utilizando critérios técnicos para a elaboração desse planejamento.

Em quase 100% dos municípios os usuários referiram satisfação quanto ao recebimento dos medicamentos prescritos e em relação às condições físicas da farmácia.

Os indicadores referente ao recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores; a realização de programação para aquisição de medicamentos Componente Básico da AF; a existência de condições físicas e ambientais para armazenamento de medicamentos; e a dispensação

1  
2  
3 de medicamentos realizada por meio de sistema informatizado destacam-se com melhores  
4 resultados nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul.  
5

6 As regiões Sul e Sudeste também tiveram resultados positivos quanto aos  
7 indicadores: existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;  
8 vínculo trabalhista do coordenador da AF (com predominância de concurso público); e,  
9 autonomia decisiva da coordenação da AF sobre recursos financeiros.  
10

11 Dentre os indicadores em situação adequada em maior porcentagem de municípios  
12 apenas nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste, destacam-se: a existência da Coordenação da  
13 AF no organograma da SMS; a Regularidade de funcionamento da CFT; e, Existência  
14 formal da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, indicador este considerado  
15 basilar para possibilitar a gestão da AF municipal. .  
16

17 O indicador existência do capítulo da AF no Plano Municipal de Saúde (PMS)  
18 apresentou situação adequada em maior porcentagem de municípios nas regiões Nordeste  
19 (92%) e Sul (83%). Já o referente à existência de instrumentos de padronização das  
20 atividades (POP, manual) para dispensação de medicamentos, se destacaram os  
21 municípios da região Sudeste, onde 82% dos municípios alegavam possuir os processos  
22 formalizados. Nas demais regiões, os municípios se encontravam abaixo da média do país  
23 (67%).  
24

## 25 DISCUSSÃO

26 A análise da capacidade de gestão da AF nos municípios brasileiros demonstra  
27 necessidade de melhoria tanto nos aspectos organizacionais, quanto operacionais e de  
28 sustentabilidade. O modelo de avaliação adotado não tem como propósito concluir se a  
29 gestão é boa ou ruim, mas sim percebê-la como um processo que se encontra em  
30 diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar para o aprimoramento do  
31 processo e dos pontos que devem ser corrigidos, sob pena de comprometer os resultados  
32 esperados daquela organização <sup>19,20,23</sup>. No caso da AF municipal, os resultados  
33 comprometidos se referem ao acesso aos medicamentos essenciais, o correto uso dos  
34 medicamentos, o alcance da melhor condição de saúde possível pelos cidadãos e do  
35 melhor uso dos recursos públicos.  
36

37 O resultado do IndGAF (79 pontos) obtido na amostra nacional indica que,  
38 apesar dos investimentos em estruturação e capacitação da força de trabalho da AF  
39 municipal na última década, algumas importantes fragilidades ainda necessitam de  
40 atenção. A gestão de serviços em organizações públicas e, em especial, na área da saúde,  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 é um reconhecido desafio. Os achados de Pires et al.<sup>33</sup>, em revisão da literatura sobre  
4 atenção primária, indicam que a gestão encontra diversos constrangimentos, como déficit  
5 de força de trabalho em número e formação adequada, inexperiência dos gestores,  
6 problemas na própria implementação da APS e problemas na organização e relações de  
7 trabalho.  
8  
9

10  
11 A análise por dimensões do modelo de avaliação evidenciou que as questões  
12 operacionais se encontram em melhor nível de desenvolvimento em todas as regiões do  
13 país. Nesta dimensão foram avaliados indicadores relativos as principais operações  
14 técnicas que compõem o chamado “Ciclo da Assistência Farmacêutica” descrito por  
15 Marin et al.<sup>34</sup> e largamente adotado nos SF no Brasil. O “ciclo” definia um conjunto  
16 interligado e auto retroalimentado de seleção, programação, aquisição, armazenamento,  
17 distribuição, utilização de medicamentos. Este referencial foi crucial para o  
18 estabelecimento da importância e da característica técnico-científica da nova área de  
19 atuação da saúde pública na garantia do acesso aos medicamentos<sup>35</sup>.  
20  
21

22 O predomínio operacional/procedimental na AF, já encontrado em outros estudos  
23 <sup>20,19,23</sup>, demonstra o forte desenvolvimento, ao longo das últimas décadas, de aspectos da  
24 qualificação e estruturação técnica da gestão da AF ao identificar investimentos  
25 mobilizados e a capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais<sup>19</sup>.  
26  
27

28 Mesmo sendo a dimensão com melhor avaliação, destacam-se algumas fraquezas  
29 importantes em algumas regiões brasileiras, referentes aos indicadores da dimensão  
30 operacional. Dentre elas, está o indicador referente a existência de uma lista de  
31 medicamentos padronizados, que deve ser institucionalizada por meio de norma,  
32 reconhecida pela população e por toda a equipe de saúde do município a fim de nortear  
33 as ações e políticas de saúde<sup>34</sup>. Quando questionados, os prescritores alegaram que as  
34 listas não atendem as necessidades dos usuários nas diferentes regiões do Brasil. Somado  
35 a este resultado, mais de 80% dos municípios apresentaram pelo menos um medicamento  
36 padronizado em falta. Embora a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)  
37 oriente o deslocamento do foco das ações da AF do medicamento para o usuário, a  
38 garantia do acesso aos medicamentos necessários é condição fundamental para a  
39 resolutividade do sistema<sup>6,36,37</sup>.  
40  
41

42 Nesta dimensão também é avaliado o investimento em infraestrutura que  
43 possibilita condições de manutenção e ampliação das condições para a execução e  
44 qualificação das práticas, o que soma para a capacidade de executar da gestão da AF<sup>38</sup>.  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60



1  
2  
3 Nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste não foram realizados investimentos em  
4 infraestrutura da AF no período analisado, segundo os coordenados da AF.  
5

6 O indicador que avalia a existência de medicamentos com validade expirada  
7 revelou resultados críticos na região Nordeste, pois em mais de 80% dos municípios dessa  
8 região foram observados medicamentos vencidos disponibilizados na área de  
9 dispensação. Medicamentos vencidos devem ser inutilizados e descartados  
10 adequadamente para evitar problemas como falta de efetividade, reações adversas, entre  
11 outros <sup>39,40</sup>. A existência de medicamentos vencidos, além de risco para os usuários,  
12 também indica mau uso de recursos públicos. Os resultados relatados acima indicam,  
13 portanto, que algumas condições fundamentais para o mínimo desenvolvimento do Ciclo  
14 da AF ainda encontram dificuldades em parte dos municípios brasileiros.  
15

16 Na análise individual destacam-se alguns indicadores relativos à Dimensão  
17 Organizacional em situação crítica. Dentre eles, verifica-se que a seleção de  
18 medicamentos ainda não é um serviço bem estruturado nos municípios, pois a existência  
19 da CFT não é realidade na grande maioria deles, assim como o reconhecimento sobre a  
20 sua importância. O fato de não existir uma CFT municipal formalizada e com  
21 regularidade de funcionamento, prejudica a capacidade de tomar decisões sobre os  
22 investimentos financeiros e os recursos terapêuticos necessários para atender as  
23 necessidades reais da população daquele município <sup>34</sup>.  
24

25 A capacidade de tomar decisões sobre os serviços e medicamentos necessários  
26 também está prejudicada pela pouca participação da coordenação da AF nas discussões  
27 sobre programas e atividades do município, em todas as regiões do país. Esses resultados  
28 implicam diretamente na falta de ampliação, compartilhamento e transparência no  
29 processo decisório sobre a organização da AF nos municípios <sup>19,20,41</sup>. Este resultado  
30 reflete, ainda, certo isolamento do setor de AF em relação ao conjunto da gestão  
31 municipal, além de evidenciar um descompasso entre a PNAF e as normativas  
32 relacionadas a gestão do SUS, visto que a gestão participativa deve ser institucionalizada  
33 e entendida como parte da garantia do direito à saúde <sup>42,43</sup>.  
34

35 A Dimensão de Sustentabilidade avalia o potencial que a gestão tem de sustentar  
36 as ações da AF, o grau elevado de inter-relação da AF com outros setores da saúde e a  
37 satisfação com a qualidade dos serviços pelos usuários e trabalhadores <sup>19</sup>. A existência de  
38 formas oficiais de intervenção dos usuários, em uma perspectiva de participação social  
39 nas ações da AF, pode ser concretizada através de mecanismos para recebimento de  
40 críticas e sugestões dos usuários sobre a AF <sup>41</sup>. Contudo, os resultados do indicador que  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 mede essa condição revelam que todas as regiões do Brasil apresentam fragilidades  
4 importantes relacionadas a comunicação com o usuário, destacando-se a região Nordeste  
5 com maior prevalência de municípios em situação crítica.  
6  
7

8 Outro fator que chama atenção está relacionado ao limitado incentivo dos  
9 municípios para a formação dos farmacêuticos para competências específicas de gestão,  
10 considerando a complexidade do tema e as características do setor público e da APS. Este  
11 resultado também pode inferir que os farmacêuticos não têm compartilhado a formação e  
12 iniciativas para desenvolvimento da gestão municipal da saúde, procurando  
13 preferencialmente a formação em temas específicos das ciências farmacêuticas. Este é  
14 um desafio a ser superado para qualificação da gestão <sup>45</sup> sendo essa uma condição  
15 estratégica de sustentabilidade.  
16  
17

18 Por outro lado, alguns indicadores demonstraram resultados positivos, os quais  
19 podem ser reflexo dos incentivos das políticas públicas nos últimos anos e de iniciativas  
20 da área da saúde e da educação para a formação na área da AF. Dentre eles, destaca-se  
21 que a grande maioria dos coordenadores da AF são farmacêuticos e nas regiões Sul e  
22 Sudeste também servidores públicos.  
23  
24

25 Evidencia-se ainda, a importância de avaliar a satisfação dos usuários. Os  
26 usuários entrevistados estão satisfeitos com o recebimento dos medicamentos prescritos  
27 e com as condições físicas das farmácias <sup>46</sup> revelaram que a satisfação é, muitas vezes,  
28 referente a problemas de disponibilidade de medicamentos. O acesso aos medicamentos  
29 na APS tem sido bastante elevado <sup>10</sup> e a expectativa das pessoas em relação aos SF é de  
30 obtenção do produto (medicamento) apenas, ou seja, a satisfação está relacionada com a  
31 acessibilidade alta ao medicamento <sup>47</sup>. De toda forma, é um resultado relevante ao  
32 expressar importante fator para a sustentabilidade dos SF na APS e da PNAF <sup>6</sup>.  
33  
34

35 A AF no Brasil tem avançado consideravelmente, porém este estudo evidenciou  
36 diferenças significativas entre as regiões do Brasil. A região Sudeste demonstrou  
37 melhores resultados na análise global sendo esse reflexo de diversos condicionantes.  
38 Estudos anteriores que avaliaram o desempenho do sistema de saúde no âmbito das  
39 regiões brasileiras identificaram que as regiões que apresentam melhores desempenhos  
40 situam-se no Sudeste, Sul e Centro-Oeste <sup>48,49</sup>.  
41  
42

43 A análise criteriosa entre os resultados da gestão da AF, a gestão da APS e  
44 indicadores socioeconômicos deve ser empreendida para identificar e explicar os  
45 condicionantes que influenciam os aspectos técnicos, políticos e sociais, considerando a  
46 gestão em seu sentido mais amplo <sup>19,20</sup>.  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 Os resultados indicam a importância de que as políticas públicas sejam integradas  
4 ao desenvolvimento regional, pois, como sustentado por Uchimura et al.<sup>49</sup> se verifica  
5 uma relação entre desenvolvimento socioeconômico, oferta de serviços e desempenho do  
6 sistema de saúde. Assim, para a garantia do desenvolvimento da capacidade de gestão da  
7 AF é fundamental que políticas de incentivos, como o QualifarSUS<sup>50</sup>, tenham um olhar  
8 ampliado para os condicionantes que permeiam a gestão da AF municipal e para os  
9 diferentes tipos de recursos e investimentos necessários e compatíveis com as realidades  
10 regionais.  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17

### 18 **CONCLUSÕES**

19 A partir deste estudo foi possível evidenciar as particularidades da capacidade de  
20 gestão da AF na APS em cada região do país. Os melhores resultados quanto a  
21 operacionalização e sustentabilidade da gestão foram observados nas regiões Sul e  
22 Sudeste, as quais revelam maior capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e  
23 gerenciais e maior capacidade de sustentar os resultados de gestão.  
24  
25  
26  
27  
28

29 Contudo, verifica-se que em todas as regiões prevalecem importantes fragilidades  
30 pertinentes aos aspectos organizacionais da capacidade de gestão, ou seja, apresentam  
31 debilidades na gestão da AF para planejar e decidir de forma participativa, autônoma e  
32 transparente. Esse resultado reflete uma visão minimalista da AF como uma área técnica  
33 isolada, sem reconhecimento e legitimidade das funções desempenhadas e atividades  
34 desenvolvidas no âmbito da APS.  
35  
36  
37  
38

39 Desse modo, é perceptível a necessidade de maiores investimentos em formação  
40 para a gestão dos profissionais farmacêuticos, afim do desenvolvimento de habilidades  
41 para tomada de decisão com autonomia, flexibilidade, transparência e sustentabilidade.  
42 Além da essencialidade de estabelecer a AF como parte integrante e fundamental da APS,  
43 ampliar seu reconhecimento no âmbito municipal, considerando que esse setor coordena  
44 um orçamento significativo da APS e seu bom desempenho será capaz de impactar  
45 fortemente sobre os resultados em saúde municipal.  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

## REFERÊNCIAS

1. Groenewegen PP, Dourgnon P, Greß S, Jurgutis A, Willems S. Strengthening weak primary care systems: steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy Amst Neth*. novembro de 2013;113(1-2):170-9.
2. Eide TB, Straand J, Björkelund C, Kosunen E, Thorgeirsson O, Vedsted P, et al. Differences in medical services in Nordic general practice: a comparative survey from the QUALICOPC study. *Scand J Prim Health Care*. 3 de agosto de 2017;0(0):1-10.
3. Weel C van, Kidd MR. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ*. 16 de abril de 2018;190(15): E463-6.
4. Bazemore A, Neale AV, Lupo P, Seehusen D. Advancing the Science of Implementation in Primary Health Care. *J Am Board Fam Med*. 1o de maio de 2018;31(3):307-11.
5. Bekker L-G, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society—Lancet Commission. *Lancet Lond Engl*. 2018;392(10144):312-58.
6. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. [Internet]. 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)
7. Portaria n. 957, de 10 de maio de 2016. [Internet]. 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0957\\_10\\_05\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0957_10_05_2016.html)
8. Ponnet L, Willems S, Vyncke V, Bousquat AEM, Viana AL d'Ávila, Mello GA, et al. Evaluation of the quality of Primary Health Care services for children: reflections on the feasibility of using the Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool as a routine assessment tool. *Einstein São Paulo*. 1o de fevereiro de 2019;17(1):eAO4333.
9. Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE de, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BDO, et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 22 de setembro de 2017 [citado 9 de março de 2020];51(suppl.2). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139773>
10. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 21 de abril de 2020];50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
11. Barros RD de, Costa EA, Santos DB dos, Souza GS, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 22 de setembro de 2017 [citado 21 de abril de 2020];51(suppl.2). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139772>

12. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, Guerra Junior AA, Acurcio F de A, Costa EA, et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 21 de março de 2019];51. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102017000300310&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102017000300310&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
13. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016. *Inst Pesqui Econômica Apl – IPEA*. janeiro de 2018;46.
14. Paim JS, Teixeira CF. Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. novembro de 2007; 12:1819–29.
15. Rover MRM, Vargas-Pelaez CM, Rocha Farias M, Nair Leite S. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacêuticos y usuarios. *Gac Sanit*. 1o de março de 2016;30(2):110–6.
16. Gerlack LF, Karnikowski MG de O, Areda CA, Galato D, Oliveira AG de, Álvares J, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 19 de maio de 2020];51. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102017000300304&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102017000300304&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
17. World Health Organization [Internet]. Strengthening management capacity. Geneva, Switzerland. 2007 [citado 21 de abril de 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/management/strengthen/en/>
18. Bradley EH, Taylor LA, Cuellar CJ. Management Matters: A Leverage Point for Health Systems Strengthening in Global Health. *Int J Health Policy Manag*. 20 de maio de 2015;4(7):411–5.
19. Guimarães M do CL, Santos SMC dos, Melo C, Sanches Filho A. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cad Saúde Pública*. dezembro de 2004;20(6):1642–50.
20. Barreto JL, Guimarães M do CL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saúde Pública*. junho de 2010;26(6):1207–20.
21. Rover MRM, Peláez CMV, Faraco EB, Farias MR, Leite SN. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. *Ciênc Saúde Coletiva*. agosto de 2017; 22:2487–99.
22. Martins K de OF. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo [Internet] [text]. Universidade de São Paulo; 2018 [citado 19 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9139/tde-03102018-162240/>
23. Leite SN, Farias MR, Manzini F, Mendes SJ, Rover MRM, organizadores. *Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal, a experiência em Santa Catarina*. Florianópolis, SC: Editora UFSC; 2015. 167 p.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. Brasil, Cidades e Estados. 2016 [citado 21 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>
25. Marra M. The ambiguities of performance-based governance reforms in Italy: Reviving the fortunes of evaluation and performance measurement. *Eval Program Plann* [Internet]. agosto de 2018 [citado 30 de maio de 2019]; 69:173–82. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/28343729>
26. Ruger JP, Reiff M. A Checklist for the Conduct, Reporting, and Appraisal of Microcosting Studies in Health Care: Protocol Development. *JMIR Res Protoc* [Internet]. 5 de outubro de 2016 [citado 3 de maio de 2019];5(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5071616/>
27. Lancet T. Evaluation: the top priority for global health. *The Lancet*. 13 de fevereiro de 2010;375(9714):526.
28. Bamberger M. Bamberger, M., Rugh, J., and Mabry, L., 2006, "Real World Evaluation: Working under Budget, Time, Data and Political Constraints", Sage Publications, California. 2006;21.
29. Portaria n. 2.077, de 17 de setembro de 2012. [Internet]. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvvs/saudelegis/gm/2012/prt2077\\_17\\_09\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html)
30. Faraco EB, Rover MM, Farias MR, Leite SN. Desenvolvimento de um protocolo de indicadores para avaliação nacional da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. *Rev Adm Em Saúde* [Internet]. 18 de janeiro de 2020 [citado 21 de abril de 2020];20(78). Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/204>
31. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines: methods. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 22 de setembro de 2017 [citado 19 de maio de 2020];51(suppl.2). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139733>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: introdução, método e instrumentos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 140 p.: il. – (Série Pnaum – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil; Caderno 2). :142.
33. Pires DEP de, Vandresen L, Machado F, Machado RR, Amadigi FR, Pires DEP de, et al. Gestão em Saúde na Atenção Primária: o que é tratado na literatura. *Texto Amp Contexto - Enferm* [Internet]. 2019 [citado 19 de maio de 2020];28. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072019000100501&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072019000100501&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
34. Marin N, Luzia VL, Osório-de-Castro CGE, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS; 2003. 336 p.



- 1  
2  
3 35. Leite SN, Soares L, Mendes SJ, Vilvert A, Schneider L, organizadores. Assistência farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica. Florianópolis, SC: Editora UFSC; 2016. 5 p.
- 4  
5  
6  
7  
8 36. Bermudez JAZ. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. Crítica da Política de Medicamentos no Brasil. [Internet]. São Paulo: Hucitec Sobravime; 1995 [citado 10 de março de 2020]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000107&pid=S0034-8910200400030001400002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000107&pid=S0034-8910200400030001400002&lng=pt)
- 9  
10  
11  
12  
13  
14 37. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciênc Amp Saúde Coletiva. abril de 2012;17(4):821–8.
- 15  
16  
17  
18 38. Leite SN, Manzini F, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. Rev Saúde Pública [Internet]. 22 de setembro de 2017 [citado 21 de abril de 2020];51(suppl.2). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139755>
- 19  
20  
21  
22  
23  
24 39. Rocha BS da, Heineck I, Amador T, Seixas LMJ. Caracterização dos medicamentos descartados por usuários da farmácia popular do Brasil/farmácia escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). In Porto Alegre; 2009. p. 25.
- 25  
26  
27  
28  
29 40. Ramos HMP, Cruvinel VRN. Descarte de medicamentos: uma reflexão sobre os possíveis riscos sanitários e ambientais. 2017;(4):26.
- 30  
31  
32 41. Leite SN, Guimarães M do CL, Landim ELAS. Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo transversal 1: unidade 1: gestão da assistência farmacêutica - parte 1 [Internet]. 2012 [citado 21 de abril de 2020]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/599?mode=full>
- 33  
34  
35  
36  
37 42. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. [Internet]. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)
- 38  
39  
40  
41 43. Decreto n. 7.508, de 28 de junho 2011. [Internet]. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)
- 42  
43  
44 44. Serafin C, Correia Jr D, Vargas M, organizadores. Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia; 2015. 42 p.
- 45  
46  
47 45. Farias, M. R, Reibnitz, K. S., Vieira, E. M. F., Moraes, M. De., Guimarães, M. C. L. & Leite, S. N. (2011). Conhecendo o Curso. In: Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização à Distância. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do Sus. Florianópolis, SC: UFSC.
- 48  
49  
50  
51  
52 46. Teixeira LSC, Guimarães ALC, Nogueira FM, Cardoso GL, Costa IC da, Freitas JAP de, et al. Satisfação dos usuários e profissionais de saúde em um programa de saúde da família (PSF). Rev Para Med. março de 2006;20(1):59–59.
- 53  
54  
55  
56  
57 47. Soeiro OM, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM do, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, et al. Satisfação de usuários com serviços da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 19 de maio de
- 58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

- 2020];51. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102017000300320&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102017000300320&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
48. Duarte CMR, Pedroso M de M, Bellido JG, Moreira R da S, Viacava F, Duarte CMR, et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. junho de 2015;31(6):1163–74.
49. Uchimura LYT, Felisberto E, Fusaro ER, Ferreira MP, Viana AL d' Á, Uchimura LYT, et al. Avaliação de desempenho das regiões de saúde no Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2017;17:S259–70.
50. Portaria n. 1.214 de 13 de junho de 2012. [Internet]. 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html)



## ANEXO F – ARTIGO PUBLICADO ID 2048

Faraco EB, Guimarães L, Anderson C, Leite SN. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. *Pharmacy Practice* 2020 Oct-Dec;18(4):2048.

<https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.4.2048>

## Original Research

## The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines

Emília B. FARACO<sup>1</sup>, Luciano GUIMARÃES<sup>2</sup>, Claire ANDERSON<sup>3</sup>, Silvana N. LEITE<sup>4</sup>

Received (first version): 24-Jun-2020

Accepted: 25-Oct-2020

Published online: 12-Nov-2020

### Abstract

**Background:** Only few studies have analyzed the pharmaceutical workforce in primary healthcare centers, and a global recommendation calls for better understanding of the trends that shape workforce development and capacity.

**Objective:** To analyze the distribution of the pharmaceutical workforce in primary healthcare centers in the national health system (Sistema Único de Saúde (SUS)) in Brazil.

**Methods:** The study was conducted using data from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines in Brazil. Secondary data referring to the socioeconomic indicators of each municipality were obtained from national public databases. Data stratification in geographic regions was considered, and data on workers in the management of the municipal pharmaceutical services and medicines dispensing centers were analyzed. Crude and adjusted prevalence ratios were calculated by Poisson regression in the study investigating the factors associated with low and high-density pharmacists per 10,000 inhabitants.

**Results:** The results showed that most Brazilian municipalities have a rate of 1 or more pharmacist per 10,000 inhabitants in primary healthcare public facilities, with a higher concentration of pharmacists in small municipalities. Even in Brazilian municipalities with lower economic capacity, the conditions of access to medicines and pertinent information on medicines were directly related to the number of pharmacists available in these centers.

**Conclusions:** This study showed a high number of pharmacists in the public health system. The higher density of pharmacists in primary healthcare public facilities correlated to increased access to medicines information and better municipal social development.

### Keywords

Pharmacists; Workforce; Health Services Accessibility; Public Health; Public Facilities; Pharmaceutical Services; Socioeconomic Factors; Surveys and Questionnaires; Brazil

### INTRODUCTION

Strengthening the workforce emerges as a topic of growing global interest to ensure the sustainability of public health programs and policies.<sup>1</sup> Main challenges and trends affecting workforce planning include the country's economic status, empowerment, gender balance, and especially the distribution of the workforce.<sup>2,3</sup>

In many countries, pharmacists are considered to be the most accessible healthcare professionals. As the third most skilled, and in many cases the first point of contact within the healthcare system, pharmacists are an essential component of the healthcare workforce.<sup>4,5</sup> They are fundamental to achieve the goal of equitable access and rational drug use, a key objective of universal health coverage.<sup>6</sup> Pharmacists are playing an increasing role in primary healthcare centers (PHC), fulfilling a growing range of roles and responsibilities, especially for improving access and the appropriate use of medicines.<sup>7-10</sup>

In Brazil, among the more than 210,000 registered pharmacists (around 10/10,000 inhabitants), more than

30,000 pharmacists work in PHC and are employed by the SUS. This number grew by 75% from 2008 to 2013.<sup>11,12</sup> Pharmacists in Brazil play a key role in the organization of the healthcare system because, unlike most countries, medicines dispensed by the public system are mostly financed, purchased, distributed, and dispensed by public health facilities. In many of the Brazilian municipalities, the management of the supply chain and of the pharmaceutical services is performed by pharmacists. In 33% of PHC, pharmacists work in dispensing and clinical services in interprofessional teams, although all health centers provide medicines to patients.<sup>11-13</sup> Some studies have questioned what is the ideal pharmacist workforce in PHC, pointing out that there is no magic number for the proportion of pharmacists.<sup>10</sup> A report from the International Pharmaceutical Federation (FIP) provided data on the pharmaceutical workforce in a number of countries.<sup>4,14,15</sup> However, data on the workforce capacity and distribution of pharmacists in public health services are lacking for many countries including Brazil. This lack of reliable data makes it difficult to adequately plan and develop the healthcare workforce needed for the adequately delivery of medicines and pharmaceutical services.<sup>6</sup>

PHC is an important approach to achieve the Sustainable Development Goals for universal access to health through affordable, comprehensive, and appropriate healthcare.<sup>16</sup> Research indicates that PHC-consolidated countries and regions would have lower costs and better health outcomes.<sup>8,17</sup>

Since its creation in 1990, the SUS has made consistent progress towards delivering universal and comprehensive

Emília Baierle FARACO. Postgraduate Program in Pharmacy, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, SC (Brazil). [emilibaierle@gmail.com](mailto:emilibaierle@gmail.com)

Luciano GUIMARÃES. Postgraduate Program in Epidemiology, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS (Brazil). [guima98@gmail.com](mailto:guima98@gmail.com)

Claire ANDERSON. Professor of Social Pharmacy, Division of Pharmacy Practice and Policy, University of Nottingham, Nottingham (United Kingdom). [claire.anderson@nottingham.ac.uk](mailto:claire.anderson@nottingham.ac.uk)

Silvana Nair LEITE. Professor, Postgraduate Program in Pharmacy, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, SC (Brazil). [silvana.nair@hotmail.com](mailto:silvana.nair@hotmail.com)



health care to the Brazilian population, helping to reduce inequalities in health-care access and the achievement of better outcomes. The implementation of the SUS marked a shift in the model of health care through the rapid expansion of comprehensive PHC and the development of health networks for mental health services, hospitals, emergency care, and specialized outpatient services.<sup>18</sup> The right of access to medicines is ensured by ubiquitous public health care centers.<sup>19</sup> Purchase and distribution of medicines in public health centers represent about 16% of the expenditure of the health system.<sup>20</sup>

The objective of the study was to analyze the pharmaceutical workforce in PHC in Brazil based on the conditioning factors, access to medicines and information on the use of medicines, and the distribution of pharmacists in public health facilities.

## METHODS

### Description of study population

In Brazil, PHC is organized and provided by the municipalities. Therefore, most of the workforce at this level is hired by municipal governments, with an estimate of over 44,000 PHC in 5,570 municipalities in the country, most of which dispense medicines free of charge.<sup>21</sup>

Municipalities must plan, purchase and distribute essential medicines but funding is shared with federal and state government. Each municipality must have the infrastructure to govern the National Pharmaceutical Policy at this level, including access to medicines.<sup>22</sup> The population of this study is formed by pharmacists hired to work in municipal public health services.

### National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM)

PNAUM was established by the Ordinance of the Brazilian Ministry of Health no. 2077 on 17 September 2012 and performed in 2014–2015. 23 PNAUM aimed to characterize the organization of pharmaceutical services in the PHC of SUS, focusing on the access and promotion of the rational use of medicines, as well as to identify and discuss factors that affect the consolidation of pharmaceutical policy in the PHC in the municipalities. This was the first nationwide research focused on access and use of medicines in Brazil. 23, 24 PNAUM researched the management processes at municipal level, the PHC infrastructure, processes of the pharmaceutical services, the patients access to medicines and pharmaceutical services, availability of medicines, physicians' opinions and legal aspects of the services provision. 24 It was conducted by a pool of Brazilian public funded universities.

The study populations were stratified by geographic region: North, Northeast, South, Southeast, and Midwest, and these strata constituted the study fields. Three samples were randomly selected including municipalities (managers), healthcare facilities (local managers, pharmacists, physician and technicians), and patients in each region. Data were collected from the observation of 1,175 pharmacies located into PHC, 507 face-to-face and telephone interviews with managers of pharmaceutical services of the municipal level, and face-to-face interviews

with 285 pharmacists and 854 technicians in charge of medicines dispensing; 1,558 physician and 1,800 patients of the PHC included in the sample. The data collection used pre-coded questionnaires (collected on tablet computers) composed of closed-ended questions, developed by the research team and piloted in a different sample of municipalities. The data were collected by trained researchers, specifically hired for this project.<sup>24,25</sup>

A full description of the research methodology is available in Álvares et al. and the report published by the Ministry of Health.<sup>24,25</sup> The PNAUM project were approved by the National Research Ethics Committee (Opinion 398.131/2013).<sup>25</sup>

To represent the density of the pharmaceutical workforce in PHC, the measurement described in the FIP global pharmaceutical workforce reports was adopted as a parameter, where density was expressed as the number of pharmacists per 10,000 inhabitants.<sup>26</sup> This simple approach was the most commonly used metric for description and planning.<sup>27</sup>

The absolute number of pharmacists working in public healthcare services by municipalities, the distribution of pharmacists by gender and function performed (coordinating and assisting functions), education, type of employment, and the number of healthcare units in the sample municipalities were collected.

In addition, access to medicines was obtained according to information from patients interviewed by PNAUM, using the following variable: In these last three months, how often did you get the medicines you were looking for at SUS public pharmacies?<sup>24</sup>

Based on the patient's responses, access was categorized as full access, partial access, or impaired access. Full access was attributed to responses from patients who claimed to obtain all necessary medications in the last three months. Partial or impaired access was answered by patients who were not able to obtain the medicines they sought at any time, sometimes, or rarely, in the last three months.

Patients were also asked if they had received information or guidance on the use of medicines at the PHC: When you pick up medicines at SUS public pharmacies, do the employees who deliver the medicines provide information or guidance on how to use them?<sup>24</sup> There is no standardized format for providing information and guidance for the use of medicines in health centers. For this reason, any form of information provision was considered as information provided. Two categories were defined: received information, and little or no information (if the patient answered that receive information only sometimes or never receive).

Access to the requested medicines and receiving information and guidance on their use were the variables available in the PNAUM database and which were considered in this study as positive results for patient care. In addition to the PNAUM variables, secondary data on the socioeconomic indicators of each municipality were included: Gross Domestic Product (GDP), per capita income, population size (small municipalities were those with a population <20,000 inhabitants [70.4% of the Brazilian municipalities]; medium size-population, between





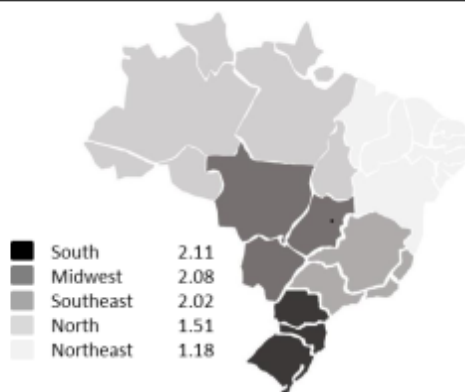


Figure 1. Pharmacists rate per 10,000 inhabitants by region of Brazil

>20,000 and <50,000 inhabitants [24.5% of the Brazilian municipalities]; and large size-population, >100 thousand inhabitants [5.1% of the Brazilian municipalities]; and the absolute number of public PHC units in each municipality of the sample classified by establishment type.<sup>28</sup> These data were collected in the online database available at the Department of Informatics portal of the Ministry of Health, accessed by the website [www2.datasus.gov.br](http://www2.datasus.gov.br).

The Municipal Human Development Index (MHDI) was also included. The MHDI aggregates three important dimensions of human development represented by health, education, and income, which were grouped by the geometric mean, resulting in a number ranging from 0 to 1. The closer the number was to 1, the greater the human development of a healthcare unit: federal, municipal, metropolitan region or human development unit, i.e. a HDI of <0.550 is considered low human development; medium human development was between 0.550-0.699; high human development, between 0.700-0.799; and very high human development, >0.800.<sup>29</sup>

The data related to the MHDI were collected in the online database available at the United Nations Development Program portal, accessed at [www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br).

### Statistical analysis

The analyses of the data collected by PNAUM were performed using SPSS (IBM Corp, Armonk, USA) version 25, using the CSPLAN command set, where commands and sample weights were applied to adjust the cluster design, as described in *Álvares et al.*<sup>25</sup>

Descriptive statistical methods were weighted to adjust the demographic distribution of the PNAUM sample to the distribution of the Brazilian population, along with bivariate tests.<sup>25</sup> Pearson's chi-square test was performed to determine the relationship between the number of available pharmacists, the employment ratio, the weekly workload, PHC pharmaceutical practices, and each region of the country. Poisson regressions were performed using STATA software version 13 (Stata Corp LP, College Station, Texas, USA) using the proprietary svy command set for complex sample analysis. The variable was dichotomized in municipalities with <1 pharmacist per 10,000 inhabitants and municipalities with 1 or more pharmacist per 10,000 inhabitants. This made it possible to better understand the relationship between the variables studied. The adopted significance level was 5%.

### RESULTS

The global average of pharmacists for every 10,000 inhabitants in public services offered at PHC in Brazil was 1.76 (95%CI 1.61: 1.90). The difference between the regions, South, 2.11 (95%CI 1.82: 2.41) and Northeast, 1.19 (95%CI 0.94: 1.44) was almost 1 pharmacist per 10,000 population. There was a higher prevalence of municipalities with  $\geq 1$  pharmacist per 10,000 inhabitants (Figure 1).

No differences were observed between the prevalence of pharmacists by sex, age group, or weekly workload in municipalities with a pharmacist rate per 10,000 inhabitants (PRI) of 1 or over when compared to those in municipalities with a PRI of <1. Table 1 presents data regarding the characterization of the pharmaceutical workforce in Brazil considering PRI.

Two roles played by pharmacist in PHC were highlighted: the management activities of the pharmaceutical services, the supply chain and the dispensing of medicines. In 95.7% (95%CI 91.5: 97.9) of the municipalities, the management of pharmaceutical services in the healthcare department

	Pharmacists /10000 inhabitants			Poisson regressions Univariate		
	Less than 1 % (CI95%)	1 or more % (CI95%)	p-value	RP (CI 95%)	p-value	
Sex	Female	38.6 [32,7- 44,9]	61.4 [55.1- 67.3]	0.925	1.01 [0.85 - 1.20] 1	0.925
	Male	39.1 [31,2- 47,7]	60.9 [52.3- 68.8]			
Age Range	Up to 30 years	37.0 [29,5- 45,3]	6.0 [54.7- 70.5]	0.614	1.82 [0.39 - 8.45] 1.79 [0.39 - 8.28] 1.56 [0.33 - 7.51] 1	0.443 0.458 0.576
	31 to 49 years	38.2 [31,6- 45,3]	61.8 [54.7- 68.4]			
	50 to 59 years	45.9 [28,2- 64,8]	54.1 [35.2- 71.8]			
	60 or more	65.4 [15,4- 95,1]	34,6 [4,9- 84,6]			
Employment	Server Competed	33.6 [27,4- 40,3]	66.4 [59.7- 72.6]	0.002	1.48 [1.13 - 1.94] 1	0.004
	Commissioned	55.9 [44,9- 66,4]	44.1 [33.6- 55.1]			
	Other	35.0 [25,4- 46,1]	65.0 [53.9- 74.6]			
Weekly workload	Up to 30 hours	42.6 [34,4- 51,2]	57.4 [48.8- 65.6]	0.216	1.11 [0.93 - 1.33] 1	0.244
	more than 30 hours	36.3 [30,5- 42,5]	63.7 [57.5- 69.5]			



Faraco EB, Guimarães L, Anderson C, Leite SN. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. *Pharmacy Practice* 2020 Oct-Dec;18(4):2048.

<https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.4.2048>

	Pharmacists /10000 inhabitants		p-value	Poisson Regression Univariate	
	Less than 1 % [CI95%]	1 or more % [CI95%]		RP [CI95%]	p-value
Population Size	Up to 25,000 inhabitants	24.6 [20.0 - 29.9]	75.4 [70.1 - 80]	<0.001	3.77 [1.49- 9.55] 0.85 [0.29- 2.45] 1
	25,000 to 100,000 inhabitants	83.1 [72.6 - 90.1]	16.9 [9.9 - 27.4]		
	Over 100,000 inhabitants	80.0 [55.8 - 92.7]	20.0 [7.3 - 44.2]		
Group to which the municipality belongs (sample)	Capitals	83.3 [62.3 - 93.8]	16.7 [6.2 - 37.7]	<0.001	1
	0.5% higher in the region	100.0 [100.0 - 100.0]	0 [0 - 0]		
	Smaller municipalities	5.3 [2.2 - 12.6]	94.7 [87.4 - 97.8]		
MHDI	0-0.699	42.8 [36.6 - 49.3]	57.2 [50.7 - 63.4]	0.031	1
	0.7-0.800	31.8 [24.9 - 39.7]	68.2 [60.3 - 75.1]		
Region	North	51.3 [41 - 61.4]	48.7 [38.6 - 59]	<0.001	1.18 [0.84- 1.66] 1.67 [1.24- 2.24] 1.76 [1.33- 2.37] 1.76 [1.32- 2.34] 1
	Midwest	31.2 [22.7 - 41.0]	68.8 [59.0 - 77.3]		
	South	26.8 [18.9 - 36.5]	73.2 [63.5 - 81.1]		
	Southeast	27.5 [19.7 - 36.9]	72.5 [63.1 - 80.3]		
	Northeast	58.7 [47.7 - 69.0]	41.3 [31 - 52.3]		
HC tax	up to 3.23	54.3 [42.5 - 65.7]	45.7 [34.3 - 57.5]	0.001	1
	3.24 - 4.29	43.2 [33.7 - 53.4]	56.8 [46.6 - 66.3]		
	4.30 - 6.30	40.8 [31.6 - 50.6]	59.2 [49.4 - 68.4]		
	over 6.30	24.2 [16.8 - 33.6]	75.8 [66.4 - 83.2]		
Per capita income (quartile)	up to USD 4200	47.4 [38.1 - 56.9]	52.6 [43.1 - 61.9]	0.086	1
	USD 4200 - USD 7530	34.1 [24.8 - 44.7]	65.9 [55.3 - 75.2]		
	USD 7530 - USD 12597	33.4 [24.6 - 43.6]	66.6 [56.4 - 75.4]		
	over USD 12597	34.4 [25.2 - 45]	65.6 [55 - 74.8]		
GDP (quartile)	up to USD 35300	16.5 [10.1 - 25.9]	83.5 [74.1 - 89.9]	<0.001	3.21 [2.13 - 4.85] 2.77 [1.83 - 4.22] 1.90 [1.21 - 2.98] 1.0
	USD 35300 - USD 79700	27.9 [20 - 37.5]	72.1 [62.5 - 80]		
	USD 79700 - USD 199000	50.7 [41.2 - 60.1]	49.3 [39.9 - 58.8]		
	over USD 199,000	74.0 [62.5 - 83]	26 [17.0 - 37.5]		

GDP=Gross Domestic Product; HC=healthcare unit; MHDI=Municipal Human Development Index.

was the responsibility of a pharmacist. Only 43.8% (95%CI 36.2: 51.7) of PHC units had a pharmacist during all hours of operation. When this percentage was stratified by the region of the country, the Northeast and North, had the lower proportions of full-time pharmacists on their work team. The ecological design of the sample using Poisson regressions demonstrated significant differences between the analyzed variables related to PRI, as shown in Table 2.

It was observed that 75.4% of the municipalities with a population size up to 25,000 inhabitants and 94.7% of the smaller municipalities with up to two PHC had a PRI of >1, while in 80% of municipalities with population over 100,000 inhabitants (83.3% of the capital city, and in 100% of the largest municipalities in each region) the PRI was <1.

When relating PRI to socioeconomic indicators, significant differences were highlighted in the municipalities with GDP up to USD 35,300, of which 83.5% had a PRI of 1 or over. In contrast, 74% of municipalities with GDP over USD 199,000 had a PRI of <1.

Regarding per capita income, there were no significant variations between municipalities and PRI. When grouping the MHDI into two categories (namely, lower and higher), significant differences were observed between the studied groups. In 68.2% of the municipalities within the highest MHDI, the PRI is 1 or over.

Regarding the receipt of information or guidance on medicines use, in 78.9% (p<0.001) of municipalities with a PRI of 1 or over, patients claimed to always receive information. On the other hand, users in 54.4% of the municipalities claimed to receive little or no information, PRI was <1. In the analysis of access to medicines, no statistically significant differences were observed, although it was found that 79.1% of municipalities with a PRI of 1 or over had full access to medicines. Among patients who indicated partial or impaired access, the percentage of municipalities with a PRI of 1 or over decreased to 58.2% (Table 3).

The density of the pharmaceutical workforce in PHC in

	Pharmacists /10000 inhabitants		p-value
	Less than 1; % [CI95%]	1 or more; % [CI95%]	
Access to medicines	Full access	20.9 [7.8 - 45.3]	0.091
	Partial / Impaired access	41.8 [33.8 - 50.2]	
Receiving information	Received information	21.1 [13.2 - 31.9]	<0.001
	Little or no information	54.4 [43.6 - 64.9]	



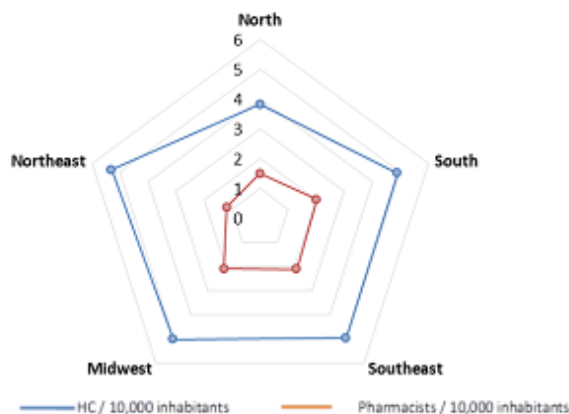


Figure 2. Pharmacists workforce density and healthcare units by region of Brazil

Brazil through the association between the healthcare unit rate per 10,000 populations and the PRI is shown in Figure 2. In all regions, the healthcare unit rate was predominantly higher than the PRI, the Northeast was 1.18 (95%CI 0.94: 1.43) and North was 1.51 (95%CI 1.18: 1.84).

#### DISCUSSION

The results show that the most of the Brazilian municipalities have a rate of 1 or higher pharmacist per 10,000 inhabitants working in public system PHC. However, they also show an uneven distribution of the pharmaceutical workforce in public PHC in Brazil. The Brazilian public health system helped to achieve a narrowing of health inequalities with improvements in coverage and access to healthcare across the country, but large variations remain between municipalities regarding the infrastructure, human resources, management capacity, and access to effective healthcare services.<sup>12,18</sup> The differences in pharmaceutical workforce can be observed, in this study, between the different geographical regions, the different population sizes, and the different socioeconomic conditions of the municipalities.

Unlike the pattern of concentration of pharmacists and other healthcare professionals in private services, in public PHC the highest density of pharmacists is found in small municipalities. It is evident that the larger municipalities also have a lower rate of healthcare units and serve larger populations, while the small municipalities have more healthcare units serving smaller populations and higher concentration of pharmacists. This scenario results in a higher rate of pharmacists in small municipalities, that have an also a higher rate of healthcare units per population. Therefore, in Brazil, the population living in smaller municipalities is more likely to have better access to pharmacists in PHC services than those living in larger cities. Small municipalities represent 45% of all Brazilian municipalities, where 208,494,900 inhabitants live.<sup>24</sup> So these results have great relevance for the planning and evaluation of pharmaceutical services in the country.

In addition to being smaller in population, municipalities with a higher prevalence of a PRI of 1 or over, also have a higher MHD. It is noteworthy that 3,110 (72%) municipalities with up to 25,000 inhabitants are in the range between medium to very high human development. Moreover, it is evident that the municipalities with a PRI of 1 or over have a lower GDP. In larger municipalities, GDP rises due to the big business concentrated in large cities, since GDP in Brazil is calculated through the share with which each municipality contributes. In the municipalities with a PRI 1 or over, GDP was lower and the MHD showed better results. This results support the understanding that the MHD indicates the development resulted from social policies and is not limited to economic growth.<sup>29</sup> In this scenario, the investment in hiring of pharmacists makes up the framework for the development of local public policies in these municipalities.

The density of the pharmacy workforce per capita varies considerably across countries and regions and generally correlates with population size and country-level economic indicators. The economic situation of a country is directly related to the per capita health expenditure and pharmaceutical density.<sup>4</sup> The results here show that, in PHC public funded services, PRI is related to investments in social policies and economic development and not necessarily pure economic index.

The study also revealed an important difference in the density of pharmacists between the geographic regions, with the municipalities with lower PRI being concentrated in the North and Northeast regions of the country. These regions have historically been the ones with the greatest social and economic problems, which are reflected in the worst health indicators and greatest weaknesses in the organization of their public services. In them are concentrated the municipalities with the lowest MHD. But these are also the regions that received attention from public policies in the last decade and, for this reason, showed significant growth in PHC and health professionals.<sup>12</sup>





Between 2008 and 2013, the population of the country grew at a rate of 6%; healthcare units grew 12%; and the number of accredited professionals registered in PHC grew 24%. This data reveals a significant expansion of the PHC capacity, an increase in the number of jobs, and the possibility of developing interprofessional collaboration. Nurses and physician grew 42% and 17% in the same period, while other accredited professionals presented much higher growth, with rates above 70%, as in the case of pharmacists, physiotherapists, nutritionists, physical education professionals, and occupational therapists.<sup>12</sup> In this scenario, pharmacists have been engaged in collaborative activities in the PHC: 39.8% claim they participate in PHC team meetings, and more than 30% claim they are engaged in prevention of diseases and health promotion activities.<sup>20</sup> Although only 29% claim that they perform clinical services, their effective participation in primary health care services has the potential to generate positive health results, as has been shown in several studies.<sup>21</sup>

The high prevalence of total access to medicines in Brazil was demonstrated by PNAUM in a previous publication. Access rates were 94.3%, 5.2%, and 0.5% for total, partial and null access, respectively.<sup>22</sup> This positive outcome is understood to be as a result of incentives to public health policies, investments and financial resources, standardization, and procurement of medicines in recent years.<sup>23</sup> The results of this study also show that full access to medicines is more often reported among PHC patients in municipalities with a PRI of 1 or over. Total access occurred in 79.1% of municipalities with 1 or more pharmacists per 10,000 inhabitants. Among patients who indicated partial and impaired access, the percentage of municipalities with a PRI of 1 or over decreased to 58.2%. Although not representing a statistically significant difference, the higher proportion may raise hypotheses for further investigation. In addition, the indicator on information about the use of the medicines received by the patients revealed that in 78.9% of municipalities with a PRI of 1 or over, patients always received information compared to 45.6% of municipalities with a PRI of 1 or over receiving little or no information.

Globally, countries with the lowest number of pharmacists per capita are likely to have less access to medicines, as well as the provision of pharmaceutical services and advice.<sup>4</sup> In agreement, it is argued that the increase in PRI or the higher density of pharmacists in PHC becomes an

important factor related to improving people access to medicines and information about their treatment. The results also suggest that the employment of pharmacists in PHC in Brazil is a well-established trend in municipal health management policy. In most municipalities with PRI 1 or over, pharmacists are hired by public tender and have stability in their function. Considering that the number of pharmacists hired to work in public PHC in Brazil grew by 75% in 5 years.<sup>11,12</sup> It can be inferred that the good performance of SUS in providing access to essential medicines in the last decade and the increase in the density of pharmacists in PHC are conditions that go together.<sup>22</sup> The greater number of pharmacists employed in a municipality may also represent evidence of greater investment by the municipality in its local pharmaceutical policy.

## CONCLUSIONS

The study shows that there are positive results related to a higher rate of pharmacists in the SUS. In municipalities with a PRI 1 or over, public PHC patients are more likely to receive information about the medicines they receive, with a possible trend of greater access to medicines among these municipalities. The PHC's pharmaceutical workforce scenario in Brazil is characterized by a higher concentration of pharmacists in small municipalities with higher MHOI, mainly in the South and Southeast regions of the country. It is essential that the healthcare system invest in the continuous growth of the pharmaceutical workforce to meet the demands of this level of health care and achieve better health outcomes.

## ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank the team involved in the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines Services (PNAUM).

## CONFLICT OF INTEREST

We have no conflicts of interest to disclose.

## FUNDING

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Brasil - Finance Code 001.

## References

1. Gregório J, Cavaco A, Lapão LV. A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal. *Hum Resour Health*. 2014;12(58):1-13. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-58>
2. World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce: Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Available at: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a-universal-truth-report.pdf?ua=1> (accessed Oct 17, 2020).
3. International Pharmaceutical Federation. Pharmacy Workforce Intelligence: global trends report. The Hague: IPF; 2018. Available at: <https://www.fip.org/file/2077> (accessed Oct 17, 2020).
4. Bates I, John C, Bruno A, Fu P, Aliabadi S. An analysis of the global pharmacy workforce capacity. *Hum Resour Health*. 2016;14(61):1-7. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0158-z>
5. International Pharmaceutical Federation. Global pharmacy workforce and migration report: a call for action. Available at: <http://www.fip.org/files/fipHR/FIP%20Global%20Pharmacy%20and%20Migration%20report%2007042006.PDF> (accessed Oct 17, 2020).



Faraco EB, Guimarães L, Anderson C, Leite SN. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. *Pharmacy Practice* 2020 Oct-Dec;18(4):2048.

<https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.4.2048>

6. Ekpenyong A, Udoh A, Kpokiri E, Bates I. An analysis of pharmacy workforce capacity in Nigeria. *J Pharm Policy Pract*. 2018;11(20):1-9. <https://doi.org/10.1186/s40545-018-0147-9>
7. Kennie-Kaulbach N, Farrell B, Ward N, Johnston S, Gubbels A, Eguale T, Dolovich L, Jorgenson D, Waite N, Winslade N. Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. *BMC Fam Pract*. 2012;13(27):1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-27>
8. Gray SF, Evans D. Developing the public health workforce: training and recognizing specialists in public health from backgrounds other than medicine: experience in the UK. *Public Health Rev*. 2018;39(14):1-9. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0091-x>
9. Groenewegen P, Heinemann S, Greß S, Schäfer W. Primary care practice composition in 34 countries. *Health Policy*. 2015;119(12):1576-1583. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.005>
10. Smith MA. Primary Care teams and pharmacist staffing ratios: is there a magic number? *Ann Pharmacother*. 2018;52(3):290-294. <https://doi.org/10.1177/1060028017735119>
11. Carvalho MN, Costa EMOD, Sakai MH, Gil CRR, Leite SN. Expansion and diversification of the higher-level workforce in Basic Health Units in Brazil, 2008 - 2013. *Saúde Debate*. 2016;40(109):154-162. <https://doi.org/10.1590/S0103-1104201610912>
12. Carvalho MN de, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Need and dynamics of the workforce in Primary Health Care in Brazil. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(1):295-302. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232018231.08702015>
13. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, Guerra Junior AA, Acúrcio FA, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Kamikowski MGO, Leite SN. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 2):16s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007110>
14. Bates I, John C, Seegobin P, Bruno A. An analysis of the global pharmacy workforce capacity trends from 2006 to 2012. *Hum Resour Health*. 2018;16(3):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0267-y>
15. International Pharmaceutical Federation. Global Pharmacy: workforce report, 2012. Available at: [http://www.fip.org/files/members/library/FIP\\_workforce\\_Report\\_2012.pdf](http://www.fip.org/files/members/library/FIP_workforce_Report_2012.pdf) (accessed Oct 17, 2020).
16. Walley J, Lawn JE, Tinker A, Francisco A, Chopra M, Rudan I, Bhutta ZA, Black RE. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet*. 2008;372(9642):1001-1007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61409-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61409-9)
17. Shi L. The Impact of Primary Care: a focused review. *Scientifica*. 2012;2012:1-22. <https://doi.org/10.6064/2012/432892>
18. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Alun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
19. Leite SN, Manzini F, Veiga A, Lima MEO, Pereira MA, Araújo SQ, Santos RF, Bermudez JAZ. Science, Technology and Pharmaceutical Policy on the agenda: contributions from the society to the 16th National Conference on Health. *Cienc Saude Coletiva*. 2018; 23(12):4259-4268. <https://doi.org/10.1590/S1413-812320182312.29962018>
20. Vieira FS. [TD 2500 - State challenges about inclusion of medicines in the national health service]. Available at: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34970](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34970) (accessed Oct 17, 2020).
21. Serafin C. [Profile of the pharmacist in Brazil]. Available at: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%20c3%aautilico%20no%20Brasil%20web.pdf> (accessed Oct 17, 2020).
22. Ministério da Saúde. Resolução no 338/2004. Available at: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html) (accessed Oct 17, 2020).
23. Ministério da Saúde. [Portaria no 2.077, Creates the National Survey about access, use and promotion of the rational use of medicines in Brazil (PNAUM)]. Available at: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077\\_17\\_09\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html) (accessed Oct 17, 2020).
24. Ministério da Saúde. [Component of primary care pharmaceutical services assessment: introduction, methods and instruments]. Available at: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente\\_avaliacao\\_assistencia\\_pnaum\\_caderno2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_avaliacao_assistencia_pnaum_caderno2.pdf) (accessed Oct 17, 2020).
25. Ivaes J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, Costa KS, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Leite SN, Kamikowski MGO, Acúrcio FA. National survey on access, use and promotion of rational use of medicines: methods. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 2):4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>
26. International Pharmaceutical Federation. 2012 FIP Global Pharmacy: workforce report. Available from: [http://www.fip.org/files/members/library/FIP\\_workforce\\_Report\\_2012.pdf](http://www.fip.org/files/members/library/FIP_workforce_Report_2012.pdf) (accessed Oct 17, 2020).
27. Almoghaslah D, Alsayari A, Asiri R, Albugami N. Pharmacy workforce in Saudi Arabia: challenges and opportunities: a cross-sectional study. *Int J Health Plann Manage*. 2018;34(1):e583-e593. <http://doi.wiley.com/10.1002/hpm.2674>
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Municipal social metrics: analysis of the results of the 2010 demographic census]. Available at: <https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=254598> (accessed Oct 17, 2020).
29. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. [Brazilian municipal human development index]. Available at: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AGvg%20FawRuM%48cjd=124653557C0404EC&id=124653557C0404EC%2123008&parid=124653557C0404EC%21228488&e=OneUp> (accessed Oct 17, 2020).
30. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, Acúrcio FA, Guibu IA, Álvares J, Costa KS, Kamikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 2):6s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007109>
31. Moore GD, Kosirog ER, Griend JPV, Freund JE, Saseen JJ. Expansion of clinical pharmacist positions through sustainable funding. *Am J Health Syst Pharm*. 2018;75(13):978-981. <https://doi.org/10.2146/ajhp170285>
32. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, Dal Pizzol TS, Ramos LR, Bertoldi AD. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. *Rev Saude Publica*. 2018;50(Suppl 2):6s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2018050006161>



**ANEXO G – ARTIGO SUBMETIDO ID 117086**

Emilia Baierle &lt;emiliabaierle@gmail.com&gt;

**[READ] Agradecimento pela Submissão**

1 mensagem

naoresponda@ufrgs.br <naoresponda@ufrgs.br>  
Responder a: Guilherme Dornelas Camara <ea\_read@ufrgs.br>  
Para: Sra Emilia Baierle <emiliabaierle@gmail.com>

25 de julho de 2021 19:38

Sra Emilia Baierle,

Agradecemos o envio do seu manuscrito "CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA E CENÁRIO SOCIOECONÔMICO MUNICIPAL: EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS" para Revista Eletrônica de Administração.

O manuscrito passa por um processo de desk-review. Caso esta primeira avaliação seja positiva os autores serão informados e o manuscrito enviado para avaliação cega por pares.

Trabalhos fora das normas de submissão disponíveis no portal da Revista terão a submissão cancelada e os autores serão informados, podendo decidir-se por nova submissão atendendo às normas.

Através da interface de administração do sistema utilizado para a submissão será possível acompanhar o processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito: <https://seer.ufrgs.br/read/author/submission/117086>

Login: emiliabaierle

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este e-mail. Agradecemos mais uma vez considerar nossa Revista para a publicação do seu trabalho.

Guilherme Dornelas Camara  
Revista Eletrônica de Administração  
Escola de Administração  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
e-mail para [read@ufrgs.br](mailto:read@ufrgs.br)





IDIOMA  


CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos

Pesquisar

Procurar

- Por Edição
- Por Autor
- Por Título
- Outras revistas

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL  
 ANTERIORES NOTÍCIAS ESTATÍSTICAS EA|UFRGS UFRGS

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #117086 > Resumo

## #117086 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

### Submissão

**Autores** Emília Balerle Faraco, Marina Rajche Mattoso Rover, Marcellle Nobre Carvalho, Silvana Nair Leite

**Título** CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E CENÁRIO SOCIOECONÔMICO MUNICIPAL: EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

**Documento original** [117086-48196-1-GH.DOCX](#) 25/07/2021

**Docs. sup.** [117086-48196-1-GR.DOCX](#) 25/07/2021 [INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR](#)  
[117086-48196-1-SR.JPG](#) 25/07/2021  
[117086-48196-1-117086-48196-1-SR.JPG](#) 25/07/2021  
[117086-48196-1-117086-48196-1-SR.JPG](#) 25/07/2021  
[117086-48196-1-117086-48196-1-SR.JPG](#) 25/07/2021  
[117086-48196-1-117086-48196-1-SR.JPG](#) 25/07/2021  
[117086-48196-1-117086-48196-1-SR.JPG](#) 25/07/2021

**Submetido por** Sra Emília Balerle 

**Data de submissão** julho 25, 2021 - 19:37

**Seção** Artigos

**Editor** Nenhum(a) designado(a)

**Comentários do Autor** Prezado Editor,

Encaminho o manuscrito "Capacidade de gestão da assistência farmacêutica e cenário socioeconômico municipal: evidências para políticas públicas" para avaliação da Revista Eletrônica de Administração - REAd.

Nos últimos anos nosso grupo de pesquisa tem investigado a capacidade de gestão da assistência farmacêutica e índices socioeconômicos de diferentes municípios brasileiros. Neste estudo, demonstramos relações significativas entre diferentes indicadores de gestão e socioeconômicos, sugerindo que municípios com melhor desempenho socioeconômico possuem melhor capacidade de gestão da assistência farmacêutica, possivelmente por influência do ambiente onde estão inseridos.

Estou à disposição para fornecer qualquer informação necessária.

Atenciosamente,

Emília Balerle Faraco, MSc  
 Programa de Pós-graduação em Farmácia (PGFAR/UFRGS)  
 Campus Reitor João David Ferreira Lima.  
 Bairro Trindade, Florianópolis (SC), Brasil - CEP 88040-900  
 Tel: (48) 988510404  
 E-mail: [emilbalerle@gmail.com](mailto:emilbalerle@gmail.com)

### Situação

**Situação** Aguardando designação  
**Iniciado** 25/07/2021  
**Última alteração** 25/07/2021

### Metadados da submissão

[ENTRAR METADADOS](#)

USUÁRIO

Logado como:

[emilbalerle](#)

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

INFORMAÇÕES





- [Para autores](#)
- [Para assessores](#)
- [Para bibliotecários](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Atualizar](#)
- [Cancelar](#)

TAMANHO DE FONTE

[OPEN JOURNAL SYSTEMS](#)

Autores	
Nome	Emília Esterle Faraco 
ORCID ID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-9388-353X">https://orcid.org/0000-0002-9388-353X</a>
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Santa Catarina
País	Brazil
<a href="#">POLÍTICA DE CONFLITO DE INTERESSES</a>	Declaro não haver conflito de interesses
Resumo da Biografia	Graduação em Farmácia - UFSC Graduação em Administração - UNOPAR Especialização em Administração Hospitalar - UNIVILLE Mestrado em Farmácia - UFSC Doutoranda em Farmácia - UFSC
Contato principal para correspondência.	
Nome	Marina Rajche Mattoso Rover 
ORCID ID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-2173-4493">https://orcid.org/0000-0002-2173-4493</a>
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Santa Catarina
País	Brazil
<a href="#">POLÍTICA DE CONFLITO DE INTERESSES</a>	Declaro não haver conflito de interesses
Resumo da Biografia	Doutora em Farmácia Professora do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica
Nome	Marselle Nobre Carvalho 
ORCID ID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-7338-5448">https://orcid.org/0000-0001-7338-5448</a>
Instituição/Afiliação	Universidade Estadual de Londrina
País	Brazil
<a href="#">POLÍTICA DE CONFLITO DE INTERESSES</a>	Declaro não haver conflito de interesses
Resumo da Biografia	Doutora em Ciências Farmacêuticas Professora do Departamento de Saúde Coletiva
Nome	Silvana Nair Leite 
ORCID ID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-5258-9684">https://orcid.org/0000-0002-5258-9684</a>
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Santa Catarina
País	Brazil
<a href="#">POLÍTICA DE CONFLITO DE INTERESSES</a>	Declaro não haver conflito de interesses
Resumo da Biografia	Doutora em Farmácia Professora do Departamento de Farmácia e Programa de Pós-graduação em Farmácia
<b>Título e Resumo</b>	
Título	CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E CENÁRIO SOCIOECONÔMICO MUNICIPAL: EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS
Resumo	O estudo tem por objetivo investigar a relação entre a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica (AF) e índices socioeconômicos em municípios brasileiros. Referente à gestão da AF, foram utilizados os dados obtidos da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) entre 2014 e 2015 e indicadores desenvolvidos por Faraco et al (2020). Os índices socioeconômicos empregados foram coletados em plataformas de bancos públicos (e.g., IBGE, IBGEUS, porte populacional). Dados foram analisados através do teste de qui-quadrado de Pearson e análise multivariável. Os resultados demonstram relações significativas entre os indicadores de gestão e socioeconômicos, sugerindo que os municípios com melhor desempenho socioeconômico apresentam melhores resultados de capacidade de gestão da AF, ou seja, sofrem influência do ambiente onde estão inseridos.
<b>Indexação</b>	
Área e sub-área do Conhecimento	Administração pública; Gestão; Estratégias organizacionais
Palavras-chave	Gestão da assistência farmacêutica; Atenção Primária à Saúde; Indicadores socioeconômicos; PNAUM
Idioma	pt
<b>Agências de fomento</b>	
Agências	—
<p>READ - Revista Eletrônica de Administração Escola de Administração   Universidade Federal do Rio Grande do Sul Rua Washington Luiz, 855 - Porto Alegre/RS - Brasil   CEP: 90.010-460 Correio eletrônico: ea_read@ufrgs.br</p>	