



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA.
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Genize Kaoany Alves Vasconcelos

**NAS MARGENS DO ACESSO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SOB A
PERSPECTIVA DA EQUIDADE LOCORREGIONAL NO INTERIOR DO
AMAZONAS**

Florianópolis

2025

Genize Kaoany Alves Vasconcelos

**NAS MARGENS DO ACESSO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SOB A
PERSPECTIVA DA EQUIDADE LOCORREGIONAL NO INTERIOR DO
AMAZONAS**

Trabalho submetido ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Assistência Farmacêutica

Orientadora: Prof^a. Dra. Marení Rocha Farias.

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Campese

Florianópolis

2025

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Vasconcelos, Genize Kaoany Alves

NAS MARGENS DO ACESSO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SOB A
PERSPECTIVA DA EQUIDADE LOCORREGIONAL NO INTERIOR DO
AMAZONAS / Genize Kaoany Alves Vasconcelos ; orientadora,
Mareni Rocha Farias, coorientadora, Marcelo Campese ,
2025.

243 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Assistência Farmacêutica, Florianópolis, 2025.

Inclui referências.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Assistência
Farmacêutica. 3. Amazonas. 4. Barreiras ao Acesso a Saúde.
5. Zonas Remotas. I. Farias, Mareni Rocha. II. Campese ,
Marcelo. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. IV.
Título.

Genize Kaoany Alves Vasconcelos

**NAS MARGENS DO ACESSO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SOB A
PERSPECTIVA DA EQUIDADE LOCORREGIONAL NO INTERIOR DO
AMAZONAS**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 20 de agosto de 2025, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Noemia Urruth Leão Tavares
Universidade de Brasília - Membro Titular

Prof. Dr. Norberto Rech Bonetti
Universidade Federal de Santa Catarina – Membro Titular

Prof.^a Dr.^a Fabiana Mânica Martins
Universidade Federal do Amazonas – Membro Titular

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Assistência Farmacêutica.



Documento assinado digitalmente
Silvana Nair Leite Contezini
Data: 17/11/2025 15:50:41-0300
CPF: ***.830.429-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Documento assinado digitalmente
Marení Rocha Farias
Data: 17/11/2025 15:45:18-0300
CPF: ***.524.820-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.^a Dr.^a Marení Rocha Farias
Orientadora

Florianópolis, 2025

Dedico esta tese aos que remaram comigo, pelos rios, pelas lutas e pelos sonhos. E ao meu pai, José Ferreira de Vasconcelos (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar esta escrita sem chorar, mas não é possível. O que registro aqui não é apenas gratidão, é memória viva. É o reflexo de 04 anos vividos com alegrias, medos, dúvidas e cansaço, como os banzeiros dos rios: ora mansos, ora agitados, mas sempre em movimento.

Essa história começa antes mesmo da tese. Começa na infância de uma menina que ouvia da mãe que só o estudo abria caminhos menos duros. Minha mãe solo Francenise Alves, me levava com ela nas faxinas, e ali, entre o cheiro de sabão e cansaço, me ensinava que dignidade se aprende com o exemplo. Mãe, obrigada pela mochila rosa e pelas canetinhas com perfume de morango, pelas pequenas grandes coisas que tornaram possível meu acesso a educação.

Ao meu pai, Aristóteles Alves (tio materno), mas pai no afeto e professor de letras, ele me ofereceu o conforto de um lar feito de amor, livros, abraços e segurança. Sua inspiração me acompanha em cada linha que escrevo.

A caminhada exigiu ausências e foi a minha família que mais sentiu. Ao meu esposo, Edenir Rodrigues, minha gratidão por nunca questionar a imensidão dos meus sonhos, por me apoiar quando me faltavam forças para continuar.

À Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, agradeço pelo afastamento das funções como servidora pública por um ano e dez meses.

Mas nenhum percurso se faz só. É preciso alianças. Em nome da presidente Maria Adriana, agradeço ao COSEMS/AM pelo apoio desde o início da pesquisa. Foi graças a esta insituição e gestores que a proposta foi acolhida nos dezoito municípios.

Nessa jornada, conheci mulheres inspiradoras. Destaco minha orientadora, Dra. Marení Farias. Confesso um segredo: ela rema como uma verdadeira amazônida, com serenidade, sabedoria e força, navegando tanto pelas palavras quanto pelos rios do Amazonas. Obrigada, professora, por remar sempre junto.

Ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (UFSC), por ampliar o conhecimento até as bordas verdes deste Brasil. Minha gratidão às Professoras Doutoras Silvana e Marina, aos Professores Doutores Felipe, Luciano e aos demais docentes que contribuíram com a construção desta pesquisa.

Ao grupo de pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos, onde encontrei conhecimento e acolhimento entre farmacêuticos e pesquisadores.

À Universidade Federal do Amazonas, em nome do meu coorientador Marcelo Campese.

À Iniciativa Amazônia+10, que acreditou neste projeto e o tornou viável por meio do apoio financeiro do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, em parceria com as Fundações de Amparo à Pesquisa do Amazonas e de Santa Catarina.

Estou devendo tantos cafés aos meus amigos que vou precisar de mais anos anos para quitar (risos). À Elicleia e Nathalie (Manu), talvez vocês jamais consigam entender, mesmo que eu tentasse explicar, o quanto foram importantes nesse processo.

Aos Rancheiros: André, pelos sorrisos em dias difíceis; Suzy e Naia, pelo acolhimento e carinho; Marlene, com seu abraço abrigo; e Mie, amiga e referência profissional, que me ensinou, com mansidão e sabedoria, o real sentido de estar a serviço do outro.

Obrigada, meu Deus, por ser minha força em cada expedição, do amanhecer ao adormecer. Foi Ele quem me conduziu a lugares e pessoas que jamais imaginei conhecer. Aos enfermeiros, médicos, secretários de saúde, ACS e demais profissionais, meu reconhecimento: o que seria SUS, e desta tese, sem vocês?

Às farmacêuticas do interior, nossas cunhãs minha gratidão. Não só pela contribuição a este estudo, mas por fazerem a Assistência Farmacêutica acontecer em nosso Estado. Estendo essas palavras também aos farmacêuticos que compartilham essa missão.

Por fim, agradeço a todos os usuários, representados pelo senhor José, morador de uma comunidade guardada entre rios e igarapés. Mesmo sem saber ler ou escrever, ouviu com paciência a proposta da pesquisa e assinou, literalmente, com a digital das mãos calejadas pelo trabalho. Essa marca não ficou apenas no papel: será essa lembrança que carregarei para seguir na labuta pelo Amazonas. Obrigada!

Como viajar horas e horas pelos rios para chegar à unidade de saúde da cidade mais próxima? Como gente pobre pode pagar as passagens dos barcos e cobrir os gastos na cidade enquanto espera o atendimento?

Se as pessoas não conseguem chegar ao SUS, é o SUS que precisa ir até elas. (Varella, 2022, Tweet.)

RESUMO

O Amazonas (AM) enfrenta desafios nas políticas públicas, que modulam tanto o acesso da população aos serviços de saúde, a eficácia das redes de governança responsáveis pela formulação, gestão e execução das ações no setor, bem como as condições de saúde da população. Entre as políticas fundamentais para promover a equidade em saúde, destaca-se a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Esta pesquisa avaliou aspectos relacionados à PNAF, na perspectiva de enfrentamento das características locorregionais em municípios amazonenses. O estudo, descritivo e transversal, foi realizado em três etapas: análise da força de trabalho da AF em 61 municípios de forma virtual; análise da organização da AF em municípios do interior do Amazonas; adaptação do modelo avaliativo da capacidade de gestão da AF, originalmente proposta para os municípios de Santa Catarina e Pará, à realidade do AM, com participação de atores locais; e visitas presenciais a 18 municípios – polos regionais e municípios com baixo e muito baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Foram selecionados dois municípios de cada uma das nove regionais de saúde. A coleta de dados incluiu questionários, entrevistas, documentos e diário de campo das visitas em unidades de saúde e setores de gestão. Os resultados estão organizados em quatro capítulos. O perfil da força de trabalho da AF predominante foi feminino (73,3%), entre 30 e 39 anos, com 89,3% naturais do Amazonas. Destaca-se que 45,3% residem e trabalham no município de origem e 85,3% têm familiares na mesma cidade. Quanto à formação, 90,7% cursaram graduação em instituições privadas, majoritariamente em Manaus, financiadas por programas governamentais ou recursos próprios. Na análise da organização da AF foram identificadas Unidades de Acessibilidade de Medicamentos (UAM), Pontos de Apoio à Acessibilidade de Medicamentos (PAAM) e número de farmacêuticos. Havia ao menos uma UAM em cada município. Em 74% dos estabelecimentos havia medicamentos. Foram encontrados 91 PAAM, uma estratégia de ampliação da acessibilidade, principalmente em áreas remotas, que carece de estruturação. A força de trabalho é diversa, com no mínimo um farmacêutico por município. A sinergia entre a Atenção Primária em Saúde e a Assistência Farmacêutica mostrou-se essencial. Em relação à avaliação da capacidade de gestão da AF, a adaptação da matriz discutiu-se o Fator Amazônico e sua relação com a AF. Os especialistas destacaram que o Fator Amazônico representa características e desafios únicos da região que influenciam tanto na implementação da PNAF quanto na matriz de avaliação, impactando 58% dos indicadores e 44% dos critérios avaliativos. Na avaliação da capacidade de gestão da AF, participaram 780 pessoas (378 profissionais e 402 usuários) e foram visitados 136 estabelecimentos urbanos e rurais. Os dados foram apresentados em três painéis: indicadores e critérios de avaliação municipal; comparação entre municípios polos e não polos; e análise das dimensões e dados sociodemográficos. Os resultados foram analisados sob a ótica da influência do Fator Amazônico, que abrange as particularidades sociais, econômicas e geográficas.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Amazonas; Barreiras ao Acesso a Saúde, Saúde da População Rural; Zonas Remotas

ABSTRACT

The state of Amazonas (AM) faces persistent challenges in the implementation of public policies, which influence both the population's access to health services and the effectiveness of governance networks responsible for designing, managing, and executing actions in the sector, as well as the population's health conditions. Among the key policies aimed at promoting equity in health, the National Pharmaceutical Services Policy (PNAF) stands out. This study evaluated aspects related to the PNAF from the perspective of addressing locoregional characteristics in Amazonian municipalities. This descriptive and cross-sectional study was conducted in three stages: analysis of the pharmaceutical services workforce in 61 municipalities through virtual methods; analysis of the organizational structure of pharmaceutical services in interior municipalities; adaptation of the pharmaceutical services management capacity assessment model—originally developed for the states of Santa Catarina and Pará—to the context of Amazonas, with the participation of local stakeholders; and on-site visits to 18 municipalities, including regional hubs and municipalities with low or very low Human Development Index (HDI). Two municipalities were selected from each of the nine health regions. Data collection involved questionnaires, interviews, documents, and field diaries from visits to health units and management sectors. The research findings are presented according to the analytical axes that structure the evaluation of pharmaceutical services in the state. The pharmaceutical services workforce was predominantly female (73.3%), aged 30 to 39, with 89.3% born in Amazonas. Notably, 45.3% live and work in their municipality of origin, and 85.3% have relatives in the same locality. Regarding educational background, 90.7% earned their degrees from private institutions, mostly in Manaus, funded by government programs or personal resources. In the organizational analysis of pharmaceutical services, Medication Accessibility Units (UAM), Support Points for Medication Accessibility (PAAM), and the number of pharmacists were identified. At least one UAM was found in every municipality. In 74% of the facilities, medicines were available. A total of 91 PAAMs were identified as an accessibility expansion strategy in remote areas, although lacking proper structure. The workforce is diverse, with at least one pharmacist in each municipality. Synergy between Primary Health Care and Pharmaceutical Services proved to be essential. Regarding the assessment of pharmaceutical services management capacity, the adaptation of the matrix included a discussion on the so-called Amazonian Factor and its relationship with service delivery. Experts highlighted that the Amazonian Factor represents unique regional characteristics and challenges that affect both the implementation of the PNAF and the evaluation matrix itself, impacting 58% of the indicators and 44% of the evaluative criteria. A total of 780 individuals participated in the assessment (378 professionals and 402 users), and 136 urban and rural health facilities were visited. The findings were presented in three panels: municipal indicators and evaluation criteria; comparison between hub and non-hub municipalities; and analysis of dimensions and sociodemographic data. The results were analyzed through the lens of the Amazonian Factor, which encompasses the region's social, economic, and geographic particularities.

Keywords: Pharmaceutical Policies; Pharmaceutical Services; Amazonas; Health Care Access; Rural Health; Areas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Regiões de Saúde do Estado do Amazonas.....	40
Figura 2 - Estrutura Organizacional da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas	43
Figura 3 - Estrutura Organizacional da AF no Amazonas	44
Figura 4 - Fluxo metodológico para adequação do modelo da matriz avaliativa	81
Figura 5 - Mapa Municípios do Amazonas Participantes da Pesquisa.....	90
Figura 6 - Critérios de Avaliação indicadores e dimensões.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Recursos Federais relacionados ao acesso a medicamentos e à saúde relevantes a Região Amazônica	72
Quadro 2 - Alternativas Logísticas para Acessibilidade em Medicamentos: Perspectivas dos Coordenadores da AF	75
Quadro 3 - Participantes da oficina de validação do protocolo de indicadores	82
Quadro 4 - Tipos de alterações realizadas na adaptação inicial	83
Quadro 5 - Sugestões apresentadas pelos participantes durante a fase I do processo de validação.....	85
Quadro 6 - Indicadores da matriz de avaliação da capacidade de gestão da AF com influência do fator amazônico	86
Quadro 7 - Cronograma e modais de transporte utilizados até a sede dos municípios (2023-2024).....	92
Quadro 8 - Resultados das Dimensões da Gestão em Cores para cada Município e Dados Sociodemográficos.....	99
Quadro 9 - Matriz de Avaliação (Dimensão Organizacional).....	100
Quadro 10 - Matriz de Avaliação (Dimensão Operacional)	107
Quadro 11 - Matriz de Avaliação (Dimensão Sustentabilidade)	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura do Sistema de Saúde do Amazonas, pelo tipo de estabelecimento e gestão	41
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos farmacêuticos da rede pública de saúde do interior do Amazonas (N = 75)	54
Tabela 3 - Características da formação acadêmica dos profissionais farmacêuticos da rede pública de saúde do interior do Amazonas (N = 75)	55
Tabela 4 - Características Contratuais e Formação Continuada dos Farmacêuticos da AF no Interior do Amazonas (N = 75)	57
Tabela 5 - Características sociodemográficas dos 18 municípios participantes do AmazôniaAF	66
Tabela 6 - Estrutura da APS relacionada à AF	68
Tabela 7 - Distribuição de medicamentos para as comunidades rurais/ribeirinhas mais distantes da sede do município	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AM	Amazonas
AMAZÔNIAF	Influência do Fator Amazônico sobre a Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
BNAFAR	Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEMA	Central de Medicamentos do Amazonas
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CFA	Populações do campo, das florestas e das águas
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONFAP	Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa
CONSECTI	Conselho Nacional de Secretários para Assuntos de Ciência Tecnologia e Inovação
CRF-AM	Conselho Regional de Farmácia do Estado do Amazonas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento.
DIU	Dispositivo Intrauterino
DPAF	Departamento de Política de Assistência Farmacêutica

DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas
FAPESC	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
FAPESPA	Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas do Pará
FCP	Fator de Cobertura Populacional
FCT	Fator de Cobertura Territorial
FC-UAM	Fator de Cobertura das UAM
FM	Farmácia Municipal
GM/MS	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IED	Índice de Equidade e Dimensionamento
IPA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas
MGRS	Sistema de Referência de Grade Militar
NEPAF	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia
NOAS-SUS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NPH	Neutra Protaminada Hagedorn
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAAM	Pontos de apoio à acessibilidade de medicamentos
PCT	Povos e comunidades tradicionais
PES	Plano Estadual de Saúde do Amazonas
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil

PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPA	Plano Plurianual
QUALIFAR-	Programa Nacional de Qualificação da Assistência
SUS	Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde
QualiSUS-	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de
Rede	Atenção à Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAQ	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIES	Sistema de Informações de Insumos Estratégicos
SISMAT	Sistema de Administração de Material
SITETB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAM	Unidades de Acessibilidade a Medicamentos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde Fluviais
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTM	Unified Threat Management

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
1. FATOR AMAZÔNICO	29
2. PRINCÍPIO DA EQUIDADE	30
3. GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	33
3.1 As Políticas de Assistência Farmacêutica	33
3.2 Organização da Assistência Farmacêutica no Amazonas.....	39
3.3 Modelo de Avaliação da Assistência Farmacêutica	44
3.4 A Força de Trabalho na Assistência Farmacêutica.....	48
CAPÍTULO 2. CUNHÃS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL NO INTERIOR DO AMAZONAS	51
1. METODOLOGIA.....	51
2. RESULTADOS	53
3. DISCUSSÃO	58
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
CAPÍTULO 3. ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS EM ÁREAS REMOTAS NO AMAZONAS E OS DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PNAF	63
1. METODOLOGIA.....	63
2. RESULTADOS	66
3. DISCUSSÃO	72
CAPÍTULO 4. MATRIZ DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO AMAZONAS.....	80
1. METODOLOGIA.....	80
2. RESULTADOS	83

3. DISCUSSÃO	86
CAPÍTULO 5. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS DO AMAZONAS	88
1. METODOLOGIA.....	88
1.1 Delineamento Geral.....	88
1.2 Cenário da Pesquisa	89
1.3 Coleta de dados.....	91
2. RESULTADO	97
2.1 Dimensão Organizacional.....	100
2.2 Dimensão Operacional.....	107
2.3 Dimensão Sustentabilidade.....	117
3. DISCUSSÃO	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	156
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ATORES SOCIAIS DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO AMAZONAS.....	184
APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 57394622.3.0000.5020	189
APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 60851222.0.0000.5020	198
APÊNDICE D – MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL – AMAZONAS.....	201
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL DE SAÚDE).....	225
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)	227
APÊNDICE G – CHECKLIST PARA VISITA A UNIDADE DE SAÚDE/ PONTO DE APOIO PARA ATENDIMENTO	231

APÊNDICE H – CHECKLIST CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO MUNICIPAL	233
APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	235
APÊNDICE J – ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR MUNICIPAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	239
APÊNDICE K – ROTEIRO DE ENTREVISTA - FARMACÊUTICO E-MULTI OU UBS MUNICIPAL	240
APÊNDICE L – ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR DE UNIDADE DE SAÚDE	241
APÊNDICE M – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PRESCRITOR – ATENÇÃO PRIMÁRIA	242
APÊNDICE N – ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIO	243

APRESENTAÇÃO

Quem é a Kaoany?

Sou Kaoany Vasconcelos, nascida na Paraíba, e ainda na infância acompanhei minha família na migração nordestina para Rondônia. Nesse estado, consolidei minha formação e trajetória acadêmica. Graduei-me em Farmácia e, posteriormente, especializei-me em Gestão da Assistência Farmacêutica pelo GAF-EAD da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Em 2021, obtive o título de mestra em Ciências Ambientais pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com a dissertação intitulada “O Conhecimento Tradicional no Processo de Conservação da Biodiversidade: Um Olhar Sobre as Contribuições dos Agentes Comunitários de Saúde”.

Minha trajetória pessoal e profissional tem sido marcada pelas especificidades regionais da Amazônia, com ênfase na saúde pública e na assistência farmacêutica. Sou servidora pública desde os 19 anos, quando iniciei minha carreira como Agente de Combate às Endemias no município de Candeias do Jamari, em Rondônia. Atuei também como farmacêutica na saúde indígena, nos municípios de Humaitá (AM) e Porto Velho (RO). Atualmente, sou servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, tendo experiência de atuação nos municípios de Apuí, Humaitá e Manaus.

Motivação para o estudo

Durante minha trajetória profissional, mantive contato com as populações do campo, das florestas e das águas (CFA), assim como com os povos e comunidades tradicionais (PCT). Essa vivência aguçou minha sensibilidade às demandas locais relacionadas ao acesso a medicamentos no interior do Amazonas, fomentando em mim o compromisso de apoiar essas populações. Destaco, nesse percurso, minha participação no processo de descentralização da primeira farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o interior do Estado, implementado no município de Humaitá, em 2019. Essa experiência fortaleceu minha convicção quanto ao potencial transformador que pode ser promovido por meio da escrita, do conhecimento e da atuação profissional.

A motivação para este estudo decorre da necessidade de aprofundar a compreensão sobre os desafios envolvidos no acesso a medicamentos nesse território. Tal compreensão abrange tanto as barreiras enfrentadas pela população para obter os medicamentos quanto os desafios vivenciados pela gestão municipal para assegurar esse direito.

Viabilidade do Projeto

Este projeto de pesquisa foi viabilizado pela iniciativa Amazônia+10 (Resolução FAPEAM nº 023/2022; Confap Chamada de Propostas nº 003/2022), contando com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), da Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas do Pará (FAPESPA), da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Esse suporte institucional possibilitou a execução das atividades de campo, coleta e análise de dados, favorecendo um olhar aprofundado sobre as realidades enfrentadas pelos municípios. Ademais, para assegurar dedicação plena às etapas do trabalho de campo e demais atividades do doutorado, foi concedido à pesquisadora afastamento de suas funções pelo Governo do Estado do Amazonas, conforme previsto no Decreto de 30 de agosto de 2023. A convergência desses esforços e aportes reflete o comprometimento das instituições envolvidas com o desenvolvimento do conhecimento científico.

Esta tese está estruturada em seis capítulos. O primeiro capítulo apresenta o marco referencial do estudo, composto por quatro seções. A primeira, denominada Fator Amazônico, discute as singularidades regionais e os desafios que incidem sobre a gestão da Assistência Farmacêutica (AF) no Amazonas, fornecendo base contextual para a análise. A segunda seção examina o Princípio da Equidade como pilar fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). A terceira seção, Gestão da AF, aborda a organização da AF no Amazonas, com atenção às regionais de saúde, atribuições municipais e modelos de avaliação da capacidade de gestão. Por fim, a seção Força de Trabalho na AF trata dos profissionais atuantes na rede pública de saúde, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS).

O Capítulo 2 apresenta o estudo exploratório, cujo objetivo consiste em aprofundar a compreensão sobre a força de trabalho farmacêutica na rede pública de saúde dos municípios do interior do Amazonas (AM) que atendem populações do campo, das florestas e das águas, além dos povos e comunidades tradicionais não indígenas. A análise centrou-se no contexto socioeconômico e demográfico em que esses profissionais estão inseridos, na dinâmica de trabalho estabelecida, nas estratégias de atualização profissional e nas limitações enfrentadas no exercício de suas funções.

Para elucidar a organização da AF nesses municípios, com ênfase nas estratégias de acessibilidade e os desafios relacionados à equidade, o Capítulo 3 foi dedicado a esse aprofundamento. Nessa etapa, foi empregada a triangulação de métodos, integrando distintas estratégias de coleta e análise de dados, articulando resultados de natureza quantitativa e qualitativa.

Para a avaliação da capacidade de gestão da AF, elaborou-se uma matriz avaliativa adaptada à realidade do Amazonas, fundamentada no modelo originalmente desenvolvido para os municípios de Santa Catarina e do Pará. A construção dessa matriz contou com a participação ativa dos gestores locais da AF levou em consideração as especificidades territoriais, denominadas “Fator Amazônico”. São detalhados, ainda, a metodologia adotada, os instrumentos utilizados para a coleta de dados, as diretrizes orientadoras da pesquisa de campo e a reflexão acerca do processo de construção da matriz avaliativa.

O Capítulo 05 aborda a aplicação do modelo de avaliação da capacidade de gestão da AF nos municípios amazonenses, apresentando a análise dos dados coletados e a emissão do juízo de valor, culminando na avaliação do objeto de estudo.

As considerações finais, nas quais se discutem os principais achados, implicações e contribuições do estudo, encontram-se no Capítulo 6. Ao final, estão relacionadas as referências bibliográficas que fundamentaram a pesquisa.

Entre os produtos resultantes do desenvolvimento desta tese, destacam-se apresentações em eventos científicos de relevância nacional e internacional:

a) Apresentação em eventos

- VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; BAILO, Isabelle Pacheco.; CAMPESE, Marcelo.; FARIAS, Mareni Rocha. Cunhãs of municipal pharmaceutical services in the interior of Amazonas. *In*: 6th ABCF Congress -

Frontiers in Pharmaceutical Sciences: from drug discovery to the clinic. Brasília, DF: Brasil, 4 a 6 de novembro de 2022. p. 132.

- VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; FARIAS, Marení Rocha.; CAMPESE, Marcelo. Identificando descritores do fator amazônico sobre a assistência farmacêutica. *In: Anais VI Encontro Norte - Edição 2023. Revista Saúde em Redes*, v. 9, Supl. 4, Editora Rede Unida. 2023. p. 137.

- VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; FEITOSA, Rana Andressa Castelo Branco.; LOBO, Amanda Mamed de Gusmão.; FARIAS, Marení Rocha.; CAMPESE, Marcelo. Paths through which primary care medicines circulate in Amazonas – Brazil. *In: Pharmacy Practice Research Summer Meeting For Phd Students, Postdoctoral Fellows And Supervisors, Holanda. International Pharmaceutical Federation (FIP)*, 4-5 jul. 2024.

- VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; FEITOSA, Rana Andressa Castelo Branco.; LOBO, Amanda Mamed de Gusmão.; FARIAS, Marení Rocha.; CAMPESE, Marcelo. Strategies to Ensure Access to Leprosy Medications in Rural Municipalities of Amazonas. *In: 7th ABCF CONGRESS Pharmaceutical Sciences in promoting technological innovation to guarantee healthcare access. Florianópolis/SC . November 2024.*

- VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; LOBO, Amanda Mamed de Gusmão.; CAMPESE, Marcelo.; FARIAS, Marení Rocha. Integrando Saberes: O Reconhecimento do Benzedeiro na Equipe Multiprofissional como Estratégia de Apoio no Tratamento de Transtornos Mentais. *In: 16º Congresso Internacional da Rede Unida - Revista Saúde em Redes*, v. 10, Supl. 2 (2024).

- VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves. Debatedora da Mesa 2: Ciência e Tecnologia como produtora de direitos: o SUS. *In: Conferência Livre preparatória para a 5ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, Brasília, DF, 12 mar. 2024. Comissão Organizadora do Projeto Integra (Integração das Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica).*

LOBO, Amanda Mamed de Gusmão.; VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; FEITOSA, Rana Andressa Castelo Branco.; CAMPESE, Marcelo.; FARIAS, Marení Rocha. Intoxicações e acidentes por animais peçonhentos no interior do Estado do Amazonas: desafios enfrentados pelos profissionais do

SUS. In: 16º Congresso Internacional da Rede Unida - Revista Saúde em Redes, v. 10, Supl. 2 (2024) - Editora Rede Unida, 2023.

LOBO, Amanda Mamed de Gusmão.; VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; FEITOSA, Rana Andressa Castelo Branco.; CAMPESE, Marcelo.; FARIAS, Marení Rocha. Accidents caused by venomous animals in municipalities of the State of Amazonas: reports from health professional. *In: 7th ABCF CONGRESS Pharmaceutical Sciences in promoting technological innovation to guarantee healthcare access. Florianópolis / SC. November 2024.*

FEITOSA, Rana Andressa Castelo Branco.; LOBO, Amanda Mamed de Gusmão.; VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; CAMPESE, Marcelo.; FARIAS, Marení Rocha. Case study: The itinerary of insulins in primary health care (PHC) in the interior of Amazonas. *In: 7th ABCF CONGRESS Pharmaceutical Sciences in promoting technological innovation to guarantee healthcare access. Florianópolis / SC. November 2024.*

b) Artigo aceito para publicação

VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; LOBO, Amanda Mamed de Gusmão.; FEITOSA, Rana Andressa Castelo Branco.; CARVALHO, Matheus Filipe.; SOARES, Luciano.; ROVER, Marina Raijche Mattozo.; RECH, Norberto.; CAMPESE, Marcelo.; FARIAS, Marení Rocha. Acessibilidade de medicamentos em áreas remotas no Amazonas e os desafios para implementação da PNAF. Submissão para Chamada da Edição Especial da Revista Ciência & Saúde Coletiva, chamada pública do número temático "A Política Nacional de Assistência Farmacêutica: 20 anos em defesa da vida" (2024).

c) Artigo em fase final de elaboração

VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; GOMES, Ilvia Silva.; SOARES, Luciano.; CAMPESE, Marcelo.; SABINO, Wilson.; ROVER, Marina Raijche Mattozo.; LEITE, Silvana Nair.; FARIAS, Marení Rocha. Fator amazônico e a assistência farmacêutica: o desafio para a garantia do acesso a produtos e a serviços farmacêuticos.

VASCONCELOS, Genize Kaoany Alves.; BAILO, Isabelle Pacheco.; CAMPESE, Marcelo.; SOARES, Luciano.; FARIAS, Marení Rocha. Atores da Assistência Farmacêutica interior do Amazonas.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre o acesso a medicamentos frequentemente analisam esse componente de forma dissociada do contexto dos serviços de saúde, especialmente dos serviços farmacêuticos. Soares e colaboradores (2013) ressaltam que a compreensão acerca do acesso a medicamentos está intrinsecamente vinculada à concepção de acesso à saúde e ao sistema de saúde em que essa análise se insere. Com base nesse entendimento, os autores argumentam que o acesso à dispensação de medicamentos depende da acessibilidade aos serviços de saúde e, para garantir que a população obtenha os medicamentos necessários, é imprescindível que tais serviços estejam disponíveis e acessíveis a todos, independentemente de sua forma de organização (Soares *et al.*, 2013).

As dificuldades de acesso a medicamentos e aos serviços farmacêuticos relacionam-se à baixa adesão ao tratamento farmacológico contínuo, resultando em desfechos negativos em saúde e maior demanda e custos para a assistência à saúde. Essas dificuldades podem ser atribuídas a barreira geográfica, questões culturais, diversidade étnica (diversidade), limitações no poder aquisitivo da população atendida e a fatores próprios do sistema de saúde, como lacunas nas atividades da AF (Almeida; Vieira; Sá, 2018, p. 83; Brasil, 2016a; Patel *et al.*, 2013).

A AF, como componente da Política Nacional de Saúde (PNS), tem como finalidade assegurar o acesso a medicamentos, insumos e serviços farmacêuticos à população, fundamentando-se nos princípios constitucionais e doutrinários da saúde: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização (Brasil, 2018a).

A Constituição Brasileira estabelece a saúde como direito universal e responsabilidade do Estado. Nesse contexto, a implementação do SUS consolidou-se como a principal política pública de inclusão social, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. Tal avanço foi viabilizado, principalmente, pela APS, que ao longo dos últimos anos demandou transformações na organização da AF no âmbito do SUS, visando expandir a oferta gratuita de medicamentos e, simultaneamente, racionalizar custos (Oliveira; Assis; Barboni, 2010; Ortega; Pele, 2023).

Apesar dos esforços para consolidar os princípios doutrinários do SUS, o Estado do Amazonas enfrenta obstáculos na construção das condições necessárias ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde e de AF. As desigualdades sociais e territoriais acentuam-se na maioria dos municípios, que, embora possuam atribuições constitucionais equivalentes, apresentam condições desiguais para a gestão das políticas de saúde (Schweickardt *et al.*, 2015).

No contexto das políticas em saúde, o Amazonas vive desafios que se entrelaçam com características políticas, culturais, populacionais e geográficas do território. O estado corresponde a 18,3% da área total do Brasil, ocupando a maior extensão territorial do país (1.559.255,881 km² - superior a toda a região Nordeste), além de apresentar a menor densidade demográfica nacional (2,53 hab/km²) (IBGE, 2022). Essa baixa densidade populacional, associada à vastidão territorial dominada por um sistema complexo de bacias hidrográficas, faz com que grande parte do estado seja classificada como de "acessibilidade geográfica muito remota", resultando em desigualdades no acesso aos serviços de saúde em relação às demais regiões do país (Guimarães, 2020; IBGE, 2023).

O Amazonas possui a maior população autodeclarada indígena do Brasil, com aproximadamente 168,7 mil pessoas. Contudo, esse grupo representa uma fração reduzida da população total do estado, uma vez que 92% dos habitantes do interior são predominantemente não-indígena (IPA, 2022). Em contrapartida, destaca-se o município de São Gabriel da Cachoeira-AM, que apresenta a maior concentração de indígenas do país, com cerca de 93% de sua população composta por pessoas dessa origem (IBGE, 2024). É igualmente relevante reconhecer a presença de outras populações tradicionais no território, cujos modos de vida, trabalho, produção e reprodução social estão intimamente ligados ao ambiente em que vivem. Essas populações, conhecidas como populações do campo, floresta e das águas (CFA), abrangem também os povos e comunidades tradicionais (PCTs) (Brasil, 2022).

As populações do campo, da floresta e das águas são definidas como "povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo" (Brasil, 2014a). Entre esses grupos, incluem-se seringueiros, ribeirinhos, assentados, pescadores artesanais,

quilombolas, agricultores familiares, populações atingidas por barragens, além de pessoas que habitam ou utilizam reservas extrativistas, como peconheiros (extrativistas de açaí) e piaçabeiros (extrativistas da fibra da piaçava, utilizada na fabricação de vassouras), bem como outras comunidades tradicionais (Silva; Ferreira, 2020; Menezes, 2020; Brasil, 2014a).

Reconhecendo as especificidades em saúde dessas populações e povos, e visando garantir a equidade no acesso à saúde, com respeito a diversidade cultural, social e religiosa, foi instituída, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), por meio da Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Posteriormente, essa política foi atualizada pela Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, que incluiu as populações que vivem nas águas, passando a denominar-se Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA), com objetivo de assegurar atenção integral e adequada às especificidades desse grupo, além de:

Promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (Brasil, 2014a).

O SUS tem implementado ações e iniciativas voltadas à ampliação do acesso e à melhoria das condições de saúde das comunidades rurais, das florestas e das águas (Brasil, 2022). Apesar desses esforços, os grupos que compõem a população rural brasileira ainda enfrentam múltiplas barreiras para acessar os serviços de saúde, especialmente em áreas remotas (Houghton *et al.*, 2023).

Essas barreiras envolvem aspectos como disponibilidade, aceitabilidade e, principalmente, acessibilidade geográfica. No contexto da saúde, a acessibilidade geográfica (ou espacial) refere-se às condições determinadas pela relação entre a localização dos serviços e a do usuário, englobando fatores como distância, tempo de deslocamento, custos e condições de transporte (Bigdeli *et al.*, 2013; Álvares *et al.*, 2017; Luiza *et al.*, 2017; Oliveira, 2024). Assim, o acesso potencial aos serviços de saúde pode ser limitado pelas características da acessibilidade geográfica, impactando diretamente a utilização

desses serviços (Lawal; Anyiam, 2019; Macharia; Banke-Thomas; Benová, 2023).

Os desafios para garantir a equidade no acesso a medicamentos no Amazonas decorrem, entre outros fatores, das especificidades territoriais e do padrão de ocupação humana no estado, o que resulta em grande dispersão populacional (Guimarães, *et al.*, 2020). É nesse cenário, permeado por obstáculos para a efetividade da política da AF, que este estudo busca aprofundar a compreensão sobre as ações desenvolvidas nos serviços de acesso a medicamentos nesse território. Diante desses contextos, delineiam-se a seguir o objetivo geral e os objetivos específicos que orientaram a investigação:

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em investigar os aspectos da Assistência Farmacêutica, na perspectiva de enfrentamento das características locorregionais em municípios amazonenses.

Para atingir tal finalidade, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer o perfil dos farmacêuticos que atuam na AF no interior do Amazonas;
2. Identificar as características da infraestrutura e processos técnicos relacionados aos serviços da AF Municipal no Estado do Amazonas, com foco na dinamicidade existente no território.
3. Adaptar o método avaliativo da AF desenvolvido para os municípios de Santa Catarina e Pará, aplicados em âmbito municipal, para a realidade do Amazonas com a participação dos atores sociais que compõem a realidade local.
4. Avaliar a capacidade de gestão da AF nos municípios amazonenses sob os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade, sob a ótica do fator amazônico.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. FATOR AMAZÔNICO

Apesar da aparente homogeneidade geográfica, caracterizada pela presença de rios caudalosos e de uma floresta sempre verde, toda essa terra imensa, além de ter pouca gente, possui diversidade étnica e cultural [...] Cada Amazônia tem, entretanto, as suas características próprias (Batista, 2007, p. 43).

Na Amazônia, observa-se uma diversidade particular entre seus estados e municípios, que compartilham a intensa interação com o meio natural (El Kadri; Schweickardt; Freitas, 2021). Neste território, há municípios onde o acesso ocorre predominantemente por estradas e outros onde a chegada só é possível por vias fluviais, sendo que a dinâmica dos rios, com os períodos de seca e cheia, influencia o modo de vida da população e pode representar barreiras ao acesso e aos serviços de saúde (Lima *et al.*, 2022).

A diversidade e o limitado conhecimento sobre os modos de vida na Amazônia revelam desafios únicos na região, que impactam a vida nas áreas rurais. “Além disso, as desigualdades sociais, as grandes distâncias geográficas e a rede de assistência médica inadequada limitam o acesso aos serviços de saúde em áreas rurais” (Garnelo *et al.*, 2020). A disparidade de acesso à saúde da população, em comparação com outras regiões do Brasil, o Norte apresenta os indicadores mais baixos no sistema de saúde, no âmbito da APS (Rache *et al.*, 2022).

O projeto Amazônia 2030 (Rocha *et al.*, 2021) entrevistou especialistas, pesquisadores, lideranças comunitárias, indígenas, gestores públicos, profissionais de saúde, representantes de organizações não-governamentais atuantes na saúde, parlamentares e autoridades sanitárias a respeito dos principais desafios da saúde na Amazônia Legal. Entre os resultados do estudo, destacam-se questões relacionadas às condições de acesso e oferta de serviços de saúde, com ênfase para a escassez de profissionais de saúde, dificuldades no planejamento, financiamento inadequado e, especialmente, desafios impostos pelo fator amazônico, com custos operacionais mais elevados e obstáculos logísticos (Rocha *et al.*, 2021).

A expressão “fator amazônico” foi empregada nas décadas de 1970-1980, no período da ditadura militar, para descrever de forma negativa algumas

características da região amazônica, como as longas distâncias, o clima quente e úmido, as chuvas torrenciais e seus insetos, na perspectiva de planejamento do desenvolvimento econômico da região (Teixeira, 2013). Para a autora, o significado inicial ignorava os ativos regionais, considerados como 'positivos', tais como a diversidade da riqueza florestal e animal, os mananciais de água potável, a localização privilegiada de minérios, a pluralidade cultural das etnias e a vastidão territorial. Como consequência, a modernização da região ocorreu de forma destrutiva, com a devastação da floresta, a poluição dos rios, a intrusão das áreas indígenas e a economia de enclave (Teixeira, 2013).

A reflexão crítica sobre as políticas de desenvolvimento da região, assim como sobre as políticas públicas de proteção social, levou à ressignificação do termo fator amazônico. Para Campos (2013), "o termo preserva a estética comunicativa e a força mobilizadora, mas está centrado nas demandas próprias da região e na complexidade socioeconômica e política". Nesse sentido, Couto (2020) destaca a importância de considerar o fator amazônico como um elemento essencial na formulação de políticas, o que implica na necessidade de uma maior destinação de recursos. Isso ocorre porque o desenvolvimento de atividades em saúde na região, em sua maioria, enfrenta desafios inerentes às suas particularidades.

O Estado do Amazonas, por exemplo, enfrenta obstáculos significativos no avanço das políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Uma política sólida, comparável à terra firme "rígida", contrasta com o "território líquido" da Amazônia. Essa metáfora ressalta a necessidade de reconhecer a dinâmica única da região e, assim como o banzeiro, o movimento ondular das águas, as políticas precisam ser capazes de levar saúde para a população de forma adaptada e responsiva à realidade desafiadora desse território (Martins *et al.*, 2022).

2. PRINCÍPIO DA EQUIDADE

A equidade, oriunda do termo latino *aequitas* (derivado de *aequus*, que significa "igual"), é um conceito que possui múltiplos significados e aplicações. Em sentido amplo, refere-se à qualidade do que é justo, imparcial e respeita a igualdade de direitos de cada indivíduo (Teixeira Filho; Teixeira Neto, 2023).

Esse conceito, fundamental para as práticas de justiça social, assume papel central no campo da saúde, especialmente quando ancorado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Esse artigo estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

O princípio da equidade consolidou-se como um dos pilares do SUS, sendo incorporado ao seu marco legal. A primeira referência encontra-se na Lei nº 8.080/1990, que organiza o SUS e define seus princípios, mencionando a “igualdade da assistência à saúde” como sinônimo de equidade. Essa formulação destaca o compromisso com o acesso justo e igualitário aos serviços de saúde para toda a população (Brasil, 1990).

Esse compromisso é reforçado pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, ao atribuir aos entes federativos a responsabilidade de assegurar a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde (Brasil, 2011a). Já a Lei Complementar nº 141/2012 introduz o conceito de equidade territorial, estabelecendo que os planos e metas regionais, estaduais e nacionais promovam a equidade interregional e interestadual, ajustando a alocação de recursos às necessidades específicas dos territórios (Brasil, 2012a).

Granja *et al.* (2010) identificaram valores que sustentam a construção da equidade como princípio do SUS. Entre eles, destacam-se: a justiça social, que prioriza os mais vulneráveis, indo além da simples alocação de recursos; a igualdade, que assegura a todos a possibilidade de viver com dignidade e participar ativamente das decisões em saúde; o acesso universal, que garante a distribuição equitativa dos recursos de saúde direito social; e a priorização dos que mais necessitam, bem como a redução das iniquidades, por meio de uma assistência à saúde que respeite a dignidade humana.

No panorama das produções científicas em saúde, Albrecht, Rosa e Bordin (2017) ressaltam que a equidade representa elemento central para a promoção da justiça social, sobretudo diante das desigualdades sociais em que o SUS está inserido. Quando o direito à saúde não é efetivado, torna-se possível exigir a implementação imediata e integral de um aspecto essencial desse

direito: o mínimo existencial. Ressalta-se, porém, que a definição desse mínimo existencial não é fixa nem universal, variando conforme o contexto social, histórico e regional. Assim, cabe ao Poder Judiciário determinar qual é o mínimo existencial de direito à saúde a ser exigido do Estado, fenômeno que caracteriza a chamada "judicialização" da saúde (Nunes, 2023).

Quanto ao acesso a medicamentos, Vargas-Pelaez *et al.* (2019) evidenciam que a judicialização desse direito tornou-se um fenômeno disseminado nos países da América Latina. Os autores apontam que a forma organização dos sistemas de saúde pode desencadear conflitos judiciais, em razão de entraves para o acesso oportuno aos serviços em tempo hábil. Tais dificuldades abrangem a fragmentação dos sistemas de saúde, a descentralização sem coordenação adequada, a ineficiência na gestão, a organização inadequada das redes de serviços de saúde e a disponibilidade limitada de recursos humanos.

Esses problemas se intensificam nas áreas rurais, onde os serviços de saúde desarticulados são uma realidade devido à "tirania da distância", uma vez que a vastidão e o isolamento dessas regiões dificultam a integração dos serviços e a oferta de cuidados adequados. Além disso, o recrutamento e a fixação de profissionais de saúde nessas áreas representam um grande desafio, comprometendo diretamente a equidade no acesso e a sustentabilidade dos serviços de saúde rurais e remotos. (Schoo; Lawn; Carson, 2016).

Os países da América Latina não estão sozinhos na luta por uma maior equidade no acesso à serviços básicos de saúde para aqueles que vivem fora das áreas urbanas. Austrália, Canadá e os Estados Unidos, com suas vastas paisagens e comunidades rurais dispersas, também vivenciam disparidades de saúde semelhantes, relacionadas a determinantes sociais e ao acesso precário aos serviços de saúde nessas regiões (Thomas *et al.*, 2015).

Compreender as especificidades das áreas rurais, levando em conta não apenas o acesso aos serviços de saúde, a organização da atenção à saúde e a força de trabalho, mas também os aspectos históricos, sociais e ambientais dessas regiões em constante transformação, é fundamental para o desenvolvimento e fortalecimento de práticas e políticas públicas alinhadas aos princípios do SUS, em especial a equidade. Essa abordagem requer uma

perspectiva inclusiva, que considere as múltiplas dimensões do que significa ser rural. (Franco; Lima; Giovanella, 2021).

Segundo Barro e Souza (2016), no Brasil, os esforços para diminuir as desigualdades em saúde se baseiam na aplicação do princípio de equidade, que envolve a distribuição justa de recursos financeiros, o acesso a serviços de saúde e os resultados. No entanto, os autores destacam que persistem diferenças nas condições de saúde da população, reflexo das desigualdades sociais existentes. Isso significa que a igualdade no acesso aos serviços de saúde, por si só, não é suficiente para eliminar as diferenças nas taxas de doenças e mortalidade entre os diferentes grupos sociais. Portanto, é necessário ir além do acesso e considerar as demais desigualdades para que se alcance uma redução efetiva das iniquidades em saúde (Barro; Souza, 2016).

3. GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

3.1 As Políticas de Assistência Farmacêutica

O capítulo " Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos: superando a utopia ", de Bermudez e Silva (2020), apresenta uma breve evolução da AF no Brasil e ressalta que a trajetória da AF está intimamente vinculada ao desenvolvimento de ações para a ampliação da disponibilidade de medicamentos. Esse processo teve início com a Lei Eloy Chaves, de 1923, que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões, consideradas um marco inicial das políticas sociais brasileiras. Na década de 1970, o governo militar instituiu a Central de Medicamentos (CEME), marco de uma fase histórica caracterizada por um forte caráter centralizador, que vigorou de 1971 a 1997 e desempenhou papel relevante na promoção do acesso a medicamentos.

Com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do SUS, tornou-se necessário revisar a operacionalização das políticas públicas de saúde, incluindo as relacionadas aos medicamentos. Em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) estabeleceu diretrizes para descentralização das ações em âmbito nacional, ampliando o acesso e aprimorando a gestão dos medicamentos. Essa medida possibilitou a construção de um modelo teórico, estruturado em atividades inter-relacionadas, como seleção, aquisição,

armazenamento e dispensação de medicamentos. Foi a primeira vez que se propôs uma estrutura concreta para a AF, com uma definição clara do seu conceito (Bermudez; Costa; Noronha, 2020).

A PNM estabeleceu pilares essenciais que serviram de base para a formulação e implementação da PNAF, com ênfase no acesso universal, segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos. Conforme destacado por Bonetti e Farias (2022), a PNM priorizou o acesso equitativo a medicamentos essenciais, o fortalecimento do complexo econômico-industrial da saúde e a integração entre regulação sanitária e desenvolvimento tecnológico. Além disso, definiu diretrizes para a seleção, produção, distribuição e uso racional de medicamentos, bem como incentivou políticas de preços e a implementação de programas voltados à ampliação do acesso. A partir desses avanços, a PNAF foi aprovada pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, e passou a integrar a PNS, atualizando o conceito de AF como:

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

A PNAF constitui um exemplo concreto de participação social no desenvolvimento de políticas públicas, tendo surgido das discussões e deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos, em 2003. Trata-se, portanto, de uma política resultante de processo democrático, no qual a sociedade contribuiu para a sua definição, com o propósito de assegurar o acesso equitativo aos medicamentos e fortalecer o papel da AF como componente essencial do SUS (CNS, 2021).

A AF é compreendida como uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, estabelecendo diretrizes e prioridades que resultaram em avanços significativos no gerenciamento de medicamentos, bem como na organização e gestão da AF no âmbito do SUS (Brasil, 2004a).

Diversos marcos normativos foram implementados para fortalecer a AF na Atenção Primária, destacando-se os blocos de responsabilidade de financiamento para o custeio do SUS, definidos pelo Pacto de Gestão (Portaria

GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006). Ficou estabelecido que o financiamento da AF seria tripartite, ou seja, abrangendo os três níveis de gestão do SUS (municipal, estadual e federal). Esse financiamento deveria cobrir tanto a aquisição de medicamentos e insumos quanto a organização das ações de AF, em conformidade com a estrutura dos serviços de saúde (Brasil, 2006a).

Nesse contexto, tornou-se necessário a regulamentação da forma de transferência dos recursos financeiros federais, estabelecendo-se, entre outros, o bloco de financiamento da AF, composto por três componentes: básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), estratégico e especializado, conforme Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Embora os seis blocos de financiamento dos recursos federais não existam mas, constituem um marco relevante no processo de gestão do SUS (Brasil, 2007a).

Com o objetivo de conferir maior autonomia aos gestores da saúde no gerenciamento de recursos financeiros transferidos da União, foi publicada, em 28 de dezembro de 2017, a Portaria nº 3.992 do Ministério da Saúde, que modificou as normas de financiamento e transferência dos recursos federais para o SUS. A principal mudança foi a organização dos repasses financeiros, a partir de 2018, em dois blocos: o Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (Brasil, 2017a).

A AF foi incluída no Bloco de Custeio, mantendo a sua estrutura original, dos três componentes. O CBAF, em particular, é o componente da AF que garante à população o acesso a medicamentos e insumos destinados ao tratamento dos principais problemas de saúde e à execução dos programas da APS, conforme estabelecido na Relação Nacional de Medicamentos (2). Esse documento orienta estados e municípios na elaboração das suas próprias Relações de Medicamentos, com base no perfil epidemiológico da população e nas peculiaridades locais (Brasil, 2023a). O Decreto nº 7.508/ 2011 estabeleceu que a RENAME compreende a seleção e padronização de medicamentos indicados para o tratamento de doenças ou agravos, servindo de referência para a oferta de medicamentos no SUS e fortalecendo a AF no contexto da APS (Brasil, 2011a).

A Portaria GM/MS nº 5.632, de 25 de outubro de 2024, alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 de 2017 para regulamentar o financiamento do

CBAF no SUS. O financiamento é compartilhado entre a União, estados, Distrito Federal e municípios, exigindo o investimento mínimo de recursos próprios por parte de cada ente federativo. O MS, por meio do CBAF, além de repassar recursos para a aquisição de medicamentos, é responsável pela compra centralizada de determinados itens. Essa centralização permite maior economia de escala e assegura o fornecimento contínuo e uniforme em todas as regiões do país. De forma sumarizada, a aquisição de medicamentos do CBAF realizada por meio da seguinte organização:

- Estados, Distrito Federal e municípios deverão aplicar pelo menos R\$ 2,36 por habitante/ano para a compra dos medicamentos e insumos listados nos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS.
- União, por sua vez, financiará a compra de medicamentos e insumos do CBAF com valores determinados de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de cada município:
 - IDHM muito baixo: R\$ 8,05 por habitante/ano;
 - IDHM baixo: R\$ 7,80 por habitante/ano;
 - IDHM médio: R\$ 7,55 por habitante/ano;
 - IDHM alto: R\$ 7,30 por habitante/ano;
 - IDHM muito alto: R\$ 7,20 por habitante/ano (Brasil, 2024a).
- Aquisição centralizada pela União e distribuição pela União e Estados:
 - insulina humana NPH,
 - insulina humana regular,
 - clindamicina 300 mg (exclusivamente para o tratamento de hidradenite supurativa moderada),
 - produtos que integram o Programa Saúde da Mulher, como misoprostol, contraceptivos orais e injetáveis, dispositivos intrauterinos (DIU) e diafragmas
 - kits de medicamentos e insumos estratégicos para atendimento aos estados e municípios atingidos por desastres naturais e/ou antropogênicos, conforme

estabelecido na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b)

Para ampliar a oferta de medicamentos na APS, o governo federal, por meio do Decreto Nº 5.090/2004, criou o Programa Farmácia Popular do Brasil, que faz parte da PNAF. Dessa forma, além das farmácias municipais e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a população tem a oportunidade de adquirir medicamentos nas farmácias credenciadas, estabelecendo uma parceria com a rede privada (Brasil, 2004b).

Nesse contexto, a ampliação das opções terapêuticas aos usuários também é fortalecida pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, estabelecida pelo Decreto nº 5.813/ 2006. Entre seus objetivos, destaca-se “ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade”, nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na APS, por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, uma importante estratégia para melhorar a atenção à saúde da população e promover a inclusão social (Brasil, 2006b, 2016b).

No dia 30 de outubro de 2024, foi publicada a portaria GM/MS nº 5.619, que “institui um incremento financeiro federal destinado ao fortalecimento de ações descentralizadas no âmbito do SUS”. Trata-se de recurso financeiro adicional aos municípios para o desenvolvimento de ações locais com Plantas Medicinais e Fitoterápicos. O critério de elegibilidade do município vincula-se ao envio de dados referentes à movimentação de, pelo menos, um fitoterápico ou muda de planta medicinal à BNAFAR. Os valores repassados aos municípios e ao Distrito Federal são definidos com base no IDHM, utilizando o número populacional do Censo Demográfico de 2022 do IBGE (Brasil, 2024b).

Para o aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde, promovendo uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada, foi criado por meio da Portaria Nº 1.214, de 13 de junho de 2012, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), que está organizado em quatro eixos: estrutura, educação, informação e cuidado (Brasil, 2012b).

Segundo o painel do Programa QUALIFAR-SUS, desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), de 2012 a 2024, um total de 4.286 municípios foram habilitados no Eixo Estrutura, cujo objetivo é “contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na AF, levando em consideração a área física, os equipamentos, a mobília e os recursos humanos” (CONASEMS, 2025). Portanto, este eixo prevê repasse de recursos de investimento e custeio, para estruturação e manutenção da AF aos municípios habilitados.

Em consonância com o Eixo Informação do Programa QUALIFAR-SUS, que tem por objetivo disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da AF, foi instituída a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da AF no âmbito do SUS (BNAFAR), regulamentando o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico no âmbito do SUS, conforme disposto na portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. O Conjunto de dados refere-se ao registro de entradas, saídas e dispensações de medicamentos relacionados aos Componentes Básico, Estratégico e Especializado, assim como ao Programa Farmácia Popular do Brasil (Brasil, 2013).

A Portaria nº 5.713, de 9 de dezembro de 2024, alterou a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para modificar os modelos de informação a serem adotados pelos entes federados e os sistemas compositores da BNAFAR/SUS. Para a transmissão dos dados e eventos previstos na portaria, o Ministério da Saúde disponibiliza os seguintes sistemas eletrônicos: Sistema Nacional de Gestão da AF (HÓRUS); Serviço de envio de dados (Web Service); Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular; Sistema Hemovida Web Coagulopatias (HWC); Sistema Hemovida Web Hemoglobinopatias (HWH); Sistema de Informações de Insumos Estratégicos (SIES); Sistema de Administração de Material (SISMAT); Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB); e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Os dois primeiros sistemas viabilizam a execução das ações de gestão dos medicamentos do Componente Básico no âmbito da APS. (Brasil, 2024c).

O eixo Cuidado do QUALIFAR-SUS visa integrar a AF às práticas clínicas para promover a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e reduzindo os riscos associados à farmacoterapia (Brasil, 2012b). Um avanço significativo desse eixo e um marco importante para a PNAF foi a publicação da Portaria GM/MS Nº 4.379, de 14 de junho de 2024, que estabelece as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no SUS, com o objetivo de orientar ações e estratégias para a implementação e desenvolvimento do cuidado farmacêutico nos serviços de saúde no âmbito da saúde pública (Brasil, 2024d).

O fortalecimento da PNAF ao longo das últimas duas décadas, por meio dos marcos legais abordados nesta pesquisa, foi fundamental para assegurar a oferta gratuita de medicamentos essenciais e para aprimorar a qualidade da assistência à saúde no SUS.

3.2 Organização da Assistência Farmacêutica no Amazonas

A organização da atenção à saúde no Amazonas segue a divisão regional do território estadual, composta por nove sub-regiões, conforme estabelecido na Constituição do Estado do Amazonas (Amazonas, 2024a). No entanto, visando adequar a regionalização da saúde às realidades locais e otimizar sua operacionalização, algumas mudanças foram implementadas, incluindo a realocação de municípios entre as regiões e alterações na nomenclatura (Figura 1).

Dessa forma, a pactuação foi realizada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM) e formalizada pela Resolução nº 059/2011, que trata da revisão do desenho regional do Amazonas para a Saúde (Amazonas, 2011). As nove regiões de saúde do Amazonas são: Manaus Entorno e Alto Rio Negro (12 municípios); Baixo Amazonas (5 municípios); Alto Solimões (9 municípios); Médio Amazonas (6 municípios); Rio Negro e Solimões (9 municípios); Triângulo (6 municípios); Madeira (5 municípios); Purus (5 municípios); e Juruá (6 municípios) (Amazonas, 2011).

Figura 1 - Regiões de Saúde do Estado do Amazonas



Fonte: AmazoniAF, (2024).

Os municípios estão organizados nas regiões de saúde de acordo com as calhas dos principais rios que os atravessam, respeitando a geografia natural do território. Esses rios são essenciais para o transporte de cargas, incluindo a distribuição de produtos farmacêuticos (Sousa; Rodriguez, 2024). Para otimizar as operações logísticas, diversos órgãos estaduais, incluindo a Secretaria de Saúde, adotaram a terceirização dos serviços (Amazonas, 2023a).

Esse modelo de organização integra o Sistema de Saúde do Amazonas, que, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES (2023), abrange 1.596 estabelecimentos, dos quais: 93,5% (1493) são de gestão municipal e 6,5% (103) de gestão estadual (Tabela 1). A gestão municipal concentra o maior número de estabelecimentos, devido à ampla distribuição dos serviços da rede de APS, composta por UBS, unidades móveis fluviais, unidades de atenção à saúde indígena, entre outros.

Tabela 1 - Estrutura do Sistema de Saúde do Amazonas, pelo tipo de estabelecimento e gestão

Tipo de Estabelecimento – AMAZONAS	Estadual		Municipal		Total
	Capital	Interior	Capital	Interior	
Central de Gestão em Saúde	1	0	6	61	68
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual	2	0	0	1	3
Central de Regulação Do Acesso	1	2	1	7	11
Central de Regulacao Médica Das Urgências	0	1	1	1	3
Centro de Apoio A Saude Da Família	3	0	0	1	4
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	1	0	0	1	2
Centro de Atenção Psicossocial	2	0	5	28	35
Centro de Saúde/Unidade Básica	0	0	213	405	618
Clínica/Centro de Especialidade	14	0	7	50	71
Consultório Isolado	0	0	1	0	1
Farmácia	1	0	0	31	32
Hospital Especializado	14	1	1	0	16
Hospital Geral	11	4	0	59	74
Hospital/Dia – Isolado	2	0	0	0	2
Laboratório Central De Saúde Pública Lacen	0	0	0	1	1
Laboratório de Saúde Pública	1	0	2	11	14
Policlínica	14	0	4	11	29
Polo Academia da Saúde	0	0	0	12	12
Posto de Saúde	0	0	11	100	111
Pronto Atendimento	10	0	0	2	12
Servico de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	0	0	0	1	1
Telessaúde	1	0	1	8	10
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SadT Isolado)	1	1	4	15	21
Unidade de Atenção A Saúde Indígena	0	0	3	203	206
Unidade de Vigilância Em Saúde	2	0	4	78	84
Unidade Mista	0	0	0	3	3
Unidade Móvel de Nível Pre-Hospitalar na área de Urgência	0	0	48	24	72
Unidade Móvel Fluvial	9	0	2	51	62
Unidade Móvel Terrestre	4	0	6	8	18
Total da Gestão	94	9	320	1173	1596

Fonte: Elaborado pela autora com base no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES/DATASUS/MS (Competência outubro/2024).

A Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES/AM) dispõe de unidades de apoio para a gestão e a prestação de serviços de saúde no estado, entre as quais se destacam a sede da SES/AM, o Complexo Regulador do AM, a Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA) e o Laboratório Central de Saúde Pública do AM (LACEN). Entre essas unidades, destaca-se a CEMA, criada no âmbito da SES/AM por meio do Decreto nº 22.464, de 17 de janeiro de 2002, com o objetivo de coordenar, controlar, distribuir e supervisionar o abastecimento de insumos para as unidades que compõem a rede de assistência à saúde, além de avaliar tecnicamente os procedimentos farmacêuticos adotados pelos organismos da SES (Amazonas, 2002).

Após cinco anos, por meio da Lei Delegada nº 77 de 18 de maio de 2007, a CEMA passou a ser responsável pela formulação, operacionalização e implementação da Política Estadual de Medicamentos e Produtos para a Saúde, fundamentada na Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde (Amazonas, 2007). Contudo, para qualificar o gerenciamento da AF, é essencial o planejamento, a organização e a estruturação das atividades envolvidas, visando aprimorar os serviços prestados à população. Nesse contexto, cabe à Secretaria de Estado de Saúde definir a estrutura organizacional responsável pela AF, por meio de uma coordenação, gestão ou similar (Brasil, 2007b).

Com o intuito de assegurar o pleno desenvolvimento da AF, foi criada a Coordenação da Assistência Farmacêutica do Estado do AM, instituída pela Portaria nº 514, de 15 de agosto de 2019. Essa coordenação tem por finalidade apoiar a Secretaria Executiva Adjunta, tanto na capital quanto no interior, com a missão de fortalecer os serviços de AF em todo o Estado. Entre as atribuições da Coordenação estão:

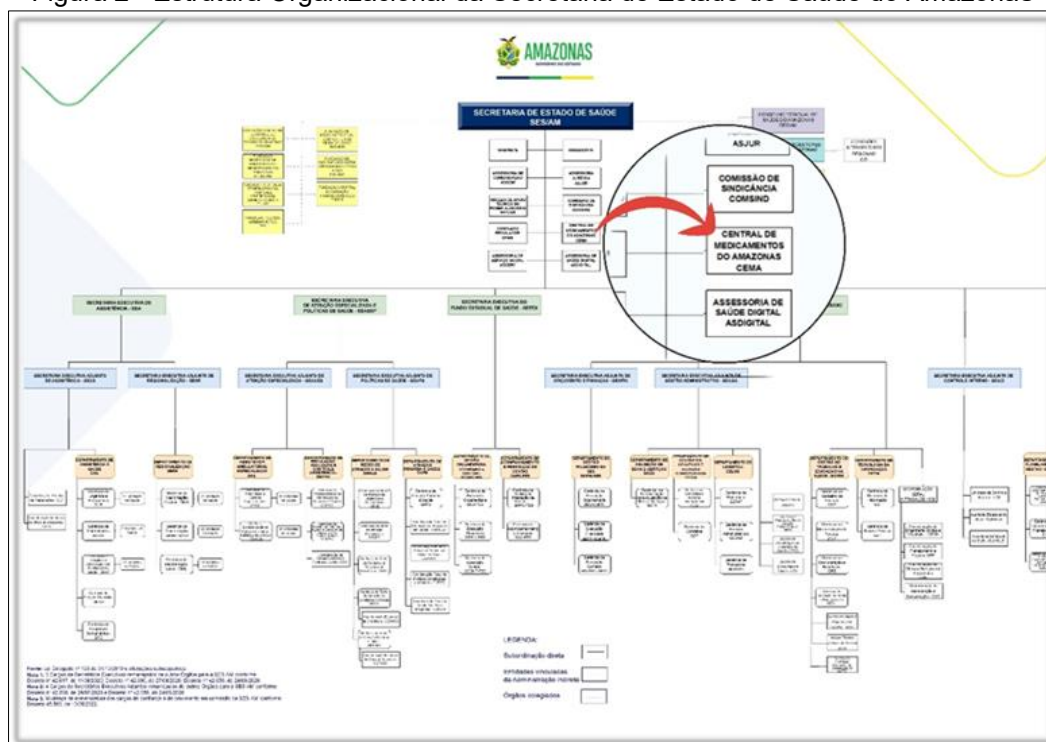
[...] Promover o acesso e o uso racional de medicamentos, em consonância com os princípios do SUS, ou seja, executar as ações da assistência farmacêutica entendida em seu conceito amplo e não apenas quanto à aquisição e a distribuição de medicamentos. Prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos municípios do Estado. Elaborar os relatórios anuais de gestão relacionados aos programas da A F [...] (Amazonas, 2019, p. 6).

Atualmente, a CEMA está diretamente subordinada à SES/AM, conforme o organograma institucional de 2024. Entretanto, não foi identificada a presença da Coordenação da Assistência Farmacêutica do Estado do AM neste organograma (Figura 2). De acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG) 2023, a atividade de institucionalização da estrutura organizacional da AF Estadual foi concluída no primeiro quadrimestre de 2023 (janeiro a abril), atingindo a meta estabelecida no plano de ação da programação anual de saúde daquele ano pela SES-AM (Amazonas, 2023b).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011), a estrutura organizacional responsável pela AF deve estar formalmente inserida no organograma da SES, garantindo visibilidade e assegurando a execução de suas funções. Quando a subordinação da coordenação da AF ocorre de maneira informal, observa-se maior dificuldade na

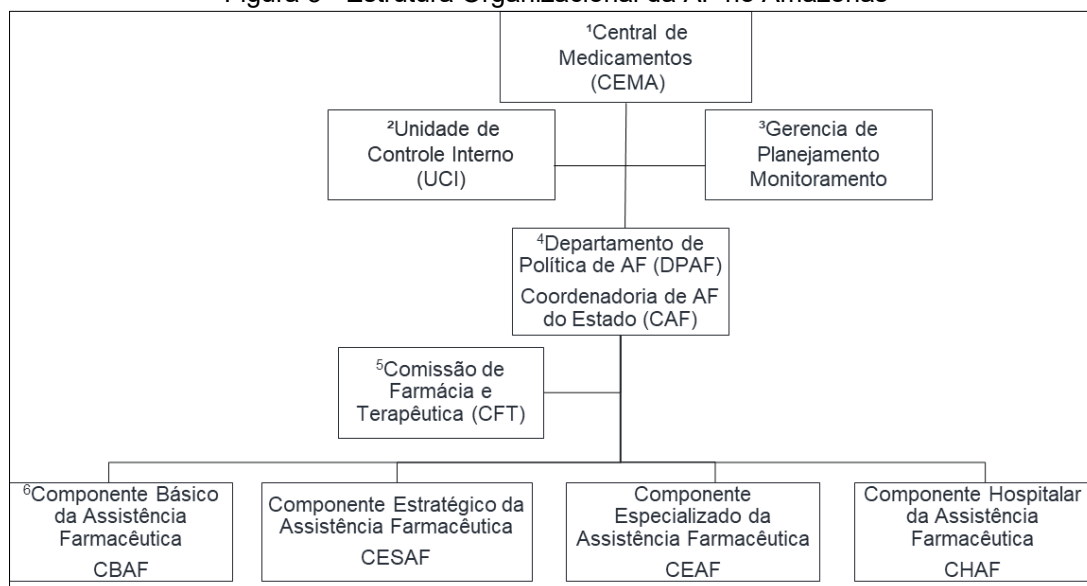
concretização de suas ações, resultando na dispersão das atividades a ela inerentes (Brasil, 2011b).

Figura 2 - Estrutura Organizacional da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas



Entre as ações estratégicas previstas no Plano Estadual de Saúde do Amazonas (PES) para o período de 2024 a 2027, destaca-se a implantação da Política Estadual de AF. Tal previsão evidencia que, até o momento, essa política ainda não foi instituída pelo Estado (Amazonas, 2024d). Para compreender a organização da AF nessa esfera, foi realizado um levantamento nas publicações do Diário Oficial do Estado do Amazonas, além da análise do RAG e do PES. Com base nessas informações, elaborou-se um esboço de organograma (Figura 3) que representasse a estrutura hierárquica e os fluxos de trabalho da AF, permitindo uma visualização das diferentes instâncias envolvidas na gestão e execução das ações de AF no Amazonas.

Figura 3 - Estrutura Organizacional da AF no Amazonas



Fonte: Elaborado pela autora com base nas publicações do Diário Oficial do Estado do Amazonas.

Legenda: ¹Decreto 22.464, 17 de janeiro de 2002 e Lei Delegada nº 77 de 18 de maio de 2007; ²Plano Estadual de Saúde do AM – PES 2020-2023 (Amazonas, 2023c); ³Portaria nº 019, 26 de abril de 2021 (Amazonas, 2021a); ⁴Portaria nº 3.732 – GSUSAM, de 11 de novembro de 2003 (Amazonas, 2003) e Portaria nº 887 de 16 de novembro de 2020 (Amazonas, 2020); ⁵Portaria 008 – CEMA, 11 de março de 2021 (Amazonas, 2021b).

A Portaria nº 008/CEMA, de 11 de março de 2021 (Amazonas, 2021b), estabelece a estrutura organizacional e identifica os servidores responsáveis por cada um de seus componentes da AF. Essa designação evidencia a organização da AF, possibilitando supervisão e atuação coordenada nas ações, o que garante suporte adequado aos municípios. Além disso, essa estrutura favorece a comunicação e a colaboração entre os diferentes níveis de gestão.

3.3 Modelo de Avaliação da Assistência Farmacêutica

As políticas públicas são entendidas como um conjunto organizado de programas ou ações governamentais voltadas à oferta de bens e serviços à sociedade, desempenhando papel central na promoção do bem-estar da população. Na avaliação dessas políticas, é fundamental considerar desde sua implementação até a gestão dos resultados. Ou seja, “não basta apontar quanto determinada política consome do orçamento público, é necessário relacionar seus custos e benefícios, avaliar a qualidade de suas entregas e seu grau de focalização” (Colnago Júnior, 2018, p. 10). Esse processo contribui para a

melhoria contínua dos resultados e da gestão das políticas, assegurando que as demandas sociais sejam atendidas de maneira mais eficaz.

Nesse contexto, a avaliação da gestão dos serviços de saúde ganhou destaque a partir do Plano de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro em 1998, influenciado pelo Novo Gerencialismo Público. Esse processo envolveu a consolidação de parcerias público-privadas e de organizações sociais, configurando modelos administrativos que promovem uma gestão compartilhada do SUS, com potencial para ampliar e qualificar a gestão da saúde (Leite, 2015).

Nos últimos anos, estudos sobre Avaliação da capacidade de gestão da AF têm adotado o modelo teórico-metodológico fundamentado no Triângulo de Governo de Carlos Matus (1993). Esse modelo constitui uma ferramenta para compreender e analisar a gestão pública, articulando três elementos fundamentais: capacidade de governo, projeto político e governabilidade.

Guimarães *et al.* (2004), inspirados nessa teoria, argumentam que a capacidade de gestão se manifesta como a capacidade de governar, expressa em três dimensões interligadas: organizacional, operacional e de sustentabilidade. A dimensão organizacional envolve o planejamento e a tomada de decisões de forma participativa, autônoma e transparente. A dimensão operacional abrange a manutenção e a ampliação dos recursos logísticos e gerenciais. Já a dimensão de sustentabilidade está relacionada à institucionalização de estratégias que fortalecem apoios e alianças, garantindo a continuidade das decisões e dos resultados da gestão.

Na região Nordeste, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (NEPAF/UFBA) adaptou o modelo de avaliação da capacidade de gestão de Organizações Sociais, desenvolvido por Guimarães *et al.* (2004), para avaliar a gestão da AF. Essa adaptação foi realizada no âmbito do projeto de pesquisa intitulado "Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica na atenção básica: um estudo em municípios do Estado da Bahia", que utilizou um protocolo de 49 indicadores, distribuídos nas três dimensões da capacidade de gestão. Os resultados evidenciaram que as práticas de gestão estavam, predominantemente, concentradas na dimensão operacional, com ênfase no ciclo logístico da AF (Barreto; Guimarães, 2017).

O grupo de Políticas e Serviços Farmacêuticos da Universidade Federal de Santa Catarina, fundamentado no referencial teórico-metodológico desenvolvido pelo NEPAF, coordenou o projeto de pesquisa intitulado “AF nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão”. O objetivo do projeto foi desenvolver um modelo para avaliar a capacidade de gestão da AF e aplicá-lo em seis municípios do estado (Leite *et al.*, 2015).

A matriz de avaliação da AF proposta para Santa Catarina apresenta diferenças significativas em relação à matriz original desenvolvida pelo NEPAF para a Bahia, evidenciando adaptações conforme o contexto local. A dimensão da sustentabilidade manteve maior semelhança com a proposta original do NEPAF, evidenciada pela menor alteração no número de indicadores (de 13 para 15). Em contrapartida, as dimensões organizacional e operacional sofreram modificações mais substanciais, com redução no número de indicadores, a organizacional passou de 16 para 14 e a operacional teve uma diminuição mais expressiva, de 20 para 15 indicadores (Manzini, 2013).

Conforme Manzini e Farias (2015), estas alterações ocorreram durante as oficinas do projeto, nas quais os farmacêuticos contribuíram para adequação dos indicadores à realidade catarinense, resultando em uma nova matriz com 44 indicadores. Essas mudanças evidenciam o caráter temporal e contextual dos modelos de avaliação, reforçando a necessidade de revisão e atualização constantes quando aplicados em diferentes realidades. Para a universidade, esse processo de adequação proporcionou aprendizado que possibilitou o desenvolvimento de um produto acadêmico alinhado à realidade social dos municípios, criando um modelo passível de replicação em outras regiões, com vista ao fortalecimento da gestão.

A avaliação dos seis municípios revela que, apesar de possuírem características populacionais semelhantes e estarem situados no mesmo estado, apresentam variações no desenvolvimento da gestão da AF. As diferenças manifestam-se na organização e estrutura dos serviços farmacêuticos. Tal constatação evidencia a necessidade de investir na capacitação de profissionais, na melhoria da infraestrutura dos serviços e no fortalecimento da AF como área essencial e integrada à atenção à saúde nos municípios, em conformidade com as diretrizes do SUS (Mendes; Leite, 2015).

Os resultados demonstram a existência de diferentes níveis de gestão da AF dentro de um mesmo território.

Em 2016, Rover *et al.* (2017) realizaram um estudo para avaliar a capacidade de gestão estadual do CEAF em uma unidade federativa da região sul do país, utilizando um protocolo de 25 indicadores, fundamentados em estudos anteriores e validados por meio de oficina de consenso entre pesquisadores e gestores. O estudo coletou dados em 74 unidades (municipais ou estaduais) e evidenciou a necessidade de avanços na capacidade de gestão, especialmente na dimensão de sustentabilidade. O modelo proposto indica avanços para a AF, ressaltando a importância de ações estratégicas e políticas que promovam maior participação e autonomia, além do enfoque técnico-logístico.

Os estudos apresentados demonstram que as adaptações na matriz avaliativa da capacidade de gestão da assistência farmacêutica decorrem de sua aplicação em diferentes níveis de atenção e assistência à saúde, bem como das características específicas do sistema de saúde nos diferentes territórios. Cabe ressaltar que o Brasil apresenta disparidades regionais quanto à oferta, qualidade e cobertura dos serviços básicos de saúde. Por exemplo, nas regiões Norte e Nordeste, o acesso à APS é mais desigual quando comparado às regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (Faraco *et al.*, 2020; Freire *et al.*, 2021; Bousquat *et al.*, 2019).

Diante da realidade da região Norte, Gomes *et al.* (2023) buscaram adaptar e validar indicadores já utilizados nacionalmente para a avaliação da AF municipal no estado do Pará, em consonância com as características do território amazônico. A validação ocorreu em duas etapas: consulta a especialistas e oficina de consenso. As adaptações incluíram as unidades de saúde ribeirinhas e fluviais. O resultado foi uma matriz por 17 indicadores. Nos indicadores logísticos, foram consideradas as distâncias, a sazonalidade e as diferenças na distribuição de medicamentos entre áreas urbanas, rurais e ribeirinhas. Ademais, foi incluído um novo indicador para avaliar ações de saúde relacionadas às práticas tradicionais da população, ressaltando o fator amazônico na acessibilidade da AF.

Os estudos apresentados conferem robustez ao processo de adaptação e validação da matriz de indicadores para avaliação da capacidade de gestão da

AF no âmbito municipal. Os autores evidenciaram a necessidade de uma revisão participativa dessa matriz, destacando a importância da colaboração entre pesquisadores e atores locais, que possuem conhecimento das particularidades do sistema de saúde e das dinâmicas territoriais. Dessa forma, uma matriz participativa possibilitará uma avaliação mais precisa da AF, independentemente do cenário. Seja em áreas urbanas ou rurais, em contextos de maior ou menor disponibilidade de recursos, a utilização de indicadores considere as especificidades locais permite um diagnóstico mais fiel às condições e aos desafios enfrentados.

3.4 A Força de Trabalho na Assistência Farmacêutica

Conhecer os profissionais atuantes na APS, principal ponto de acesso aos serviços de saúde, é fundamental, pois esses trabalhadores apresentam um olhar atento às especificidades e vulnerabilidades sociais das populações, reconhecendo suas múltiplas realidades e demandas. Entre as profissões que compõem esse nível de atenção, destaca-se o farmacêutico, capacitado para conduzir ações voltadas à ampliação do acesso e à promoção do uso racional de medicamentos (Araújo *et al.*, 2008).

O Painel de Apoio à Gestão (Multiprofissionais na Atenção Básica) do CONASEMS (2024), com base em informações do CNES, revela que a APS no Brasil conta com um total de 10.051 farmacêuticos. As atividades dos farmacêuticos na APS dividem-se em dois campos principais, ambos integrados à AF. O primeiro refere-se às atividades técnico-gerenciais, abrangendo desde a seleção até a distribuição dos medicamentos, assegurando o acesso aos produtos farmacêuticos de maneira regular e planejada. O segundo campo compreende atividades clínico-assistenciais, relacionadas ao Cuidado Farmacêutico (CONASEMS, 2021).

Segundo Carvalho *et al.* (2017), compreender a força de trabalho na AF, no âmbito da APS, é fundamental para avaliar as conquistas e desafios relacionados à gestão da disponibilidade, acesso e uso de medicamentos. A pesquisa evidenciou que a profissionalização das funções de gestão municipal na organização do trabalho de AF no SUS representa uma conquista relevante, indicando avanços na estruturação desse serviço. Por outro lado, apontou

deficiências significativas na composição da força de trabalho das unidades responsáveis pela distribuição de medicamentos.

Os dados da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil reforçam esse cenário, indicando que 90% dos municípios brasileiros contavam com farmacêuticos na gestão da AF. Nas unidades de dispensação de medicamentos da APS, a atuação era predominantemente realizada por técnicos ou auxiliares de enfermagem. A pesquisa ainda revelou que a força de trabalho na AF, na APS, era composta principalmente por mulheres, entre 18 e 39 anos de idade. A escolaridade variava conforme a função exercida: nível superior para cargos de coordenação e nível técnico ou auxiliar nas unidades de saúde (Brasil, 2017c; Carvalho *et al.*, 2017).

A maioria dos trabalhadores na gestão da AF municipal possuía vínculo empregatício efetivo, ou seja, ingressaram na administração por meio de concurso. No entanto, ao analisar a realidade da região Norte, observa-se que, diferentemente dos dados nacionais, havia equilíbrio na distribuição entre servidores concursados e comissionados nas coordenações da AF. Além disso, mais da metade dos servidores nas unidades de dispensação era composta por contratados, e 66,6% do quadro de profissionais correspondia a técnicos e auxiliares (Brasil, 2017c; Carvalho *et al.*, 2017).

Esse contexto de vínculos empregatícios insere-se em um panorama mais amplo de desafios relacionados ao provimento e à fixação de profissionais de saúde na Amazônia, uma pauta presente nas políticas públicas desde a década de 1970. Programas específicos têm buscado promover a formação e a permanência desses profissionais na região. No estado do Amazonas (AM), a fixação desses profissionais enfrenta grandes obstáculos devido ao difícil acesso às comunidades, dispersão populacional, grandes distâncias, problemas de infraestrutura e insuficiência de qualificação adequada. Esses fatores comprometem a qualidade do cuidado, especialmente em áreas rurais mais remotas, e contribuem para o agravamento das desigualdades regionais (Tonhá *et al.*, 2015; Barbosa, 2016; Dolzane; Schweickardt, 2020).

Esse desafio torna-se ainda mais complexo ao se considerar que mais da metade dos municípios do Amazonas, aproximadamente 60%, é classificada como rurais ou rural/remota (IBGE, 2023). Esses municípios abrigam populações

que vivem na floresta e nas águas, com modos de vida profundamente conectados ao ambiente que habitam. As condições de saúde dessas populações são fortemente impactadas pelas desigualdades sociais e econômicas (Brasil, 2022).

CAPÍTULO 2. CUNHÃS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL NO INTERIOR DO AMAZONAS

Objetivo específico: Aprofundar os conhecimentos sobre o perfil dos farmacêuticos atuantes nos serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde dos municípios do estado do Amazonas.

Resultados deste capítulo compõem o artigo: VASCONCELS, G.K.A. *et al.* “Cunhãs da Assistência Farmacêutica Municipal no Interior do Amazonas”, a ser submetido à Revista American Journal of Pharmaceutical Education (em fase de tradução para submissão).

1. METODOLOGIA

Estudo analítico transversal de caráter exploratório, com foco no perfil dos farmacêuticos que atuam no SUS em municípios do interior do estado do Amazonas. O estudo foi conduzido em duas fases, de forma híbrida, combinando abordagens remotas e presenciais. Na primeira fase, a pesquisa sobre a força de trabalho da AF abrangeu 61 municípios, excetuando-se a capital, sendo realizado de forma remota. Na segunda fase, a avaliação da capacidade de gestão ocorreu em 18 municípios, distribuídos entre as nove regionais de saúde, com entrevistas a coordenadores da AF e observações de campo.

Mais da metade dos municípios do Amazonas, cerca de 70%, são classificados como remotos ou muito remotos, segundo o IBGE (2018). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do estado gira em torno de 0,7, valor considerado como médio, mas que revela importantes disparidades quando analisado em escala municipal. O rendimento mensal domiciliar per capita no Amazonas é de R\$ 1.238, valor inferior ao salário mínimo vigente em 2024, o que reforça a vulnerabilidade socioeconômica de grande parte da população (IBGE, 2022).

A população-alvo é composta por farmacêuticos dos estabelecimentos que prestam serviços farmacêuticos na APS nos 61 municípios do interior do Estado. O Conselho Regional de Farmácia do Amazonas (CRF-AM) registra 424 farmacêuticos na rede pública, dos quais 146 atuam no interior do estado.

O convite para a participação na pesquisa foi enviado por e-mail e aplicativo de mensagens, contendo informações sobre seus objetivos, métodos e motivação. Os critérios de inclusão contemplaram farmacêuticos atuantes em serviços farmacêuticos no Amazonas que, no momento da aplicação do questionário, estivessem envolvidos em pelo menos um dos seguintes serviços: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição ou dispensação de medicamentos, cuidados farmacêuticos, atenção farmacêutica e farmácia clínica.

Os critérios de exclusão consideraram profissionais que atuavam em serviços farmacêuticos não relacionados a medicamentos, aqueles sem vínculo profissional com instituição pública que ofereça serviços farmacêuticos, ou ainda indivíduos que não fossem farmacêuticos, mesmo que atuando em serviços farmacêuticos.

Após o convite, aguardou-se a manifestação voluntária dos farmacêuticos interessados em participar da pesquisa. Nesta etapa, foi empregada a amostragem por conveniência, selecionando os primeiros participantes com base na facilidade de acesso e na disponibilidade de informações. A partir desse contato inicial, foi aplicada a técnica da bola de neve, pela qual os primeiros participantes indicaram outros profissionais, que, por sua vez, indicaram novos contatos, promovendo a ampliação progressiva da amostra. Esta combinação de métodos mostra-se particularmente útil em contextos restritos e de difícil acesso (Patton, 2014).

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário autoaplicável, com perguntas abertas e fechadas, dividido em três blocos: i) variáveis demográficas (gênero, idade, naturalidade e estado civil); ii) questões relativas à formação acadêmica, incluindo tipo de universidade, ano de conclusão do curso, tempo de exercício profissional, participação em cursos de pós-graduação e de atualização; iii) características do exercício profissional e da atuação do farmacêutico no município (Apêndice A).

Na segunda fase da pesquisa, realizada in loco, as entrevistas foram conduzidas na sede dos municípios. Durante essa etapa, foram efetuados registros a partir da observação participante, incluindo relatos espontâneos dos farmacêuticos acerca de seus vínculos com o território onde exercem suas atividades profissionais e residem.

O projeto cumpriu os protocolos éticos e administrativos, contando com duas aprovações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM: a primeira em 31 de março de 2022 (CAAE nº 57394622.3.000.5020), referente ao estudo sobre a força de trabalho na Assistência Farmacêutica em 61 municípios; e a segunda em 31 de agosto de 2022 (CAAE nº 60851222.0.0000.5020), relacionada à avaliação da capacidade de gestão da AF em 18 municípios. O estudo também obteve anuência dos municípios e da SES-AM (Apêndice B).

2. RESULTADOS

Responderam ao questionário 75 farmacêuticos, correspondendo a 49% dos profissionais ativos nos serviços de saúde pública dos 61 municípios do interior do estado do Amazonas. Na segunda fase, foram realizadas entrevistas com 37 farmacêuticos, distribuídos em 18 municípios. Os profissionais entrevistados atuavam predominantemente nas CAF ou nas farmácias das UBS.

A Tabela 2 apresenta o perfil dos respondentes, com predomínio do sexo feminino (73,3%), faixa etária de 30 a 39 anos, 50,7% casadas e 66,0% com filhos. A maioria dos farmacêuticos (89,3 %) é amazonense e 69,3% nasceram no interior do estado. Identificou-se que 45,3% residem e trabalham no município de origem e 85,3% possuem familiares na mesma cidade, ainda que não compartilhem a mesma residência e 52% possuem filhos.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos farmacêuticos da rede pública de saúde do interior do Amazonas (N = 75)

Categorias	Alternativas	Frequência	%
Gênero	Feminino	55	73,3
	Masculino	20	26,7
Faixa etária	20 - 29	18	24
	30 - 39	28	37,3
	40 - 49	21	28
	50 - 59	8	10,7
Estado civil	Solteiro ou separado legalmente	37	49,3
	Casado ou união estável	38	50,7
Filhos	Com Filhos	52	69,3
	Sem Filhos	23	42,7
Estado em que nasceu	Amazonas	67	89,3
	Outro	8	10,7
Município em que nasceu	Manaus	14	18,7
	Interior Amazonas	52	69,3
	Outro	9	12
Parentes que moram no mesmo município	Sim	64	85
	Não	11	15

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

No que se refere à formação acadêmica, 90,7% dos participantes graduaram-se em instituições privadas, sendo os custos financiados por políticas públicas de financiamento estudantil (45,3%), além de recursos próprios e/ou familiar (45,3%). Ademais, 80,0% cursaram Farmácia em Manaus, capital do Amazonas.

Nesse íterim, observou-se que 65% dos profissionais graduaram-se entre 2010 e 2019, correspondendo a um tempo de formação entre 3 e 12 anos. Entre os farmacêuticos com pós-graduação, que totalizam 60,0%, 57,3% possuem alguma especialização e 2,7% detêm título de mestrado.

Tabela 3 - Características da formação acadêmica dos profissionais farmacêuticos da rede pública de saúde do interior do Amazonas (N = 75)

Categorias	Alternativas	Frequência	%
Instituição de graduação	Pública	7	9,3
	Privada	68	90,7
Ano de conclusão de graduação	1990-1999	5	6,7
	2000 – 2009	13	17,3
	2010 – 2019	49	65,3
	Após 2019	8	10,7
Pós-graduação	Especialização	43	57,3
	Mestrado	2	2,7
	Não tenho	29	38,7
	Nenhuma resposta	1	1,3
Município da instituição de ensino que fez a graduação	Manaus	61	81,3
	Municípios fora do Estado	9	12
	Itacoatiara (interior AM)	5	6,7
Forma de custeio (pagamento) da sua graduação	Fies, ProUni, Financiamento da Instituição ^a ou Bolsas sociais ^b	34	45,3
	Recurso capital próprio/familiar	34	45,3
	Universidade Pública	7	9,3

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Legenda: ^aBolsas Sociais: programa de apoio financeiro destinado a estudantes de cursos de graduação que, por motivos econômicos, não têm condições de arcar com os custos da educação superior, oferecidas por instituições de ensino, órgãos governamentais ou organizações não governamentais. ^bFinanciamento da Instituição: financiamento direto das próprias instituições de ensino.

Os dados referentes à atualização profissional e às características contratuais do trabalho foram descritos na Tabela 4.

Sobre o acesso a fontes de informações atualizadas para a prestação de serviços farmacêuticos, 40,0% dos profissionais relataram não dispor desse recurso. Entre os principais fatores que dificultam a participação em cursos de atualização, destacam-se o deslocamento até os locais de oferta dos cursos (33,1%), a ausência de internet estável e de qualidade (28,8%) e os custos envolvidos para participação (25,6%). Apesar de a internet ter sido apontada como barreira relevante, 61,3% dos respondentes demonstraram preferência por treinamentos e capacitações a distância.

Os farmacêuticos vinculados diretamente à gestão municipal correspondem a 85,3% do total. Quanto às modalidades de contratação,

predominou o cargo comissionado (36,0%), enquanto o percentual de funcionários públicos concursados foi de apenas 13,3%. Destaca-se ainda que 2,7% dos participantes desconheciam o tipo de vínculo empregatício. Em relação à faixa salarial, a predominância foi de R\$ 2.000,00 a R\$ 4.000,00 (64%), sendo que apenas 5,7% recebiam valores acima de R\$ 6.000,00.

A maioria dos farmacêuticos (60,0%) possui tempo de atuação de até 3 anos, e 60,0% dos profissionais relataram ter mais de um vínculo trabalhista, sendo que 46,7% desempenham uma jornada de trabalho superior a 30 horas semanais.

Considerando o predomínio de vínculos a gestão municipal, observou-se que os serviços farmacêuticos ligados à atenção primária à saúde são os mais destacados. Atividades na gestão da assistência farmacêutica e na central de abastecimento farmacêutico foram mencionados por 38,0% dos entrevistados, enquanto 34,8% atuam nos pontos de atenção e/ou apoio terapêutico do município.

Tabela 4 - Características Contratuais e Formação Continuada dos Farmacêuticos da AF no Interior do Amazonas (N = 75)

Categoria	Alternativas	Nº	%
* Fatores que dificultam sua participação em cursos de atualização	Ausência no Trabalho	15	9,4
	Custos	41	25,6
	Deslocamento	53	33,1
	Família	5	3,1
	Internet	46	28,8
Tenho acesso sempre que preciso a fontes de informações atualizadas para a prestação de serviços farmacêuticos.	Discordo	30	40
	Indiferente	23	30,7
	Concordo	17	22,7
	Não respondeu	5	6,7
	Discordo	2	2,7
Se puder escolher meus treinamentos e capacitações prefiro que seja a distância.	Indiferente	13	17,3
	Concordo	46	61,3
	Não respondeu	4	5,3
	Discordo	2	2,7
Quanto tempo você está em seu atual local de trabalho?	Menos de 1 ano	12	16
	1 a 3 anos	33	44
	4 a 5 anos	8	10,7
	6 a 10 anos	16	21,3
	Mais de 10 anos	6	8
Carga horária do serviço semanal.	Até 20 horas	15	20
	21 a 30 horas	16	21,3
	31 a 40 horas	30	40
	Acima de 40 horas	5	6,7
	Não respondeu	9	12
Vínculo empregatício	Funcionário público	10	13,3
	Comissionado	27	36
	Desconhece o tipo de vínculo	2	2,7
	Outros ^a	33	44
	Não respondeu	3	4
Possui outro emprego.	Sim	45	60
	Não	30	40
Faixa salarial	Até R\$2.000,00	4	5,3
	R\$ 2.001,00 a R\$ 4.000,00	48	64
	R\$ 4.001,00 a R\$ 6.000,00	18	24
	Acima de R\$6.000,00	5	6,7
*Local de atuação	Farmácia Hospitalar	25	27,2
	Pontos de atenção à saúde ^b	32	34,8
	Gestão da AF e CAF ^c	35	38
Esfera de gestão vinculado	Municipal	63	84
	Estadual	9	12
	Federal	2	2,7
	Municipal e estadual	1	1,3

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Legenda: *O número de respostas é maior que o de participantes, pois era possível selecionar múltiplas opções. ^aOutros: Contrato Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Prestador de serviços individual, empresa terceirizada ou cooperativa, Processo Seletivo Simplificado e Temporário emergencial. ^bPontos de atenção à saúde: farmácia municipal, Centro de Atenção Psicossocial e Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ^cCAF: Central de Abastecimento Farmacêutico.

3. DISCUSSÃO

Todos os municípios do Amazonas contam com, ao menos, um farmacêutico na rede municipal de saúde. Dentre esses profissionais, 73,3% são “cunhãs”, termo de origem indígena que significa mulher e é amplamente reconhecido e utilizado no estado (IBGE, 2022; Mendes, 1947), o que corrobora com dados da OMS, que apontam para a forte feminização do setor de saúde e cuidados em todo os países (OMS, 2024).

Em toda a região Norte do Brasil, mulheres na faixa etária de 18 a 39 anos compõem mais de 60% da força de trabalho farmacêutica municipal (Carvalho *et al*, 2017). Esse percentual reforça o perfil predominante dos farmacêuticos: cunhãs, mães, casadas e com vínculos familiares no território que residem e trabalham.

Como observado, o farmacêutico, ao mesmo tempo em que exerce suas atividades profissionais na APS voltadas para população local, marcados por características peculiares e grandes vulnerabilidades, é também integrante desse mesmo grupo social. Essa condição lhe proporciona conhecimento aprofundado sobre as condições de vida e das demandas dos usuários, por vivenciá-las diretamente, seja ao acompanhar processos de sofrimento de seus pares ou pela própria vivência individual. É notório que não ocorreu um movimento migratório de farmacêuticos da capital para cidades do interior. Muitas localidades do interior do Amazonas situam-se em áreas remotas, predominantemente rurais e de difícil acesso, marcadas por condições de pobreza. Tais características não favorecem a atração ou retenção de profissionais de saúde provenientes dos grandes centros urbanos (Pereira *et al*, 2017).

O presente estudo evidencia as desigualdades no acesso à educação superior e ressalta a importância das políticas de incentivo financeiro para a graduação. Dados do Censo Educacional de 2019 indicam que 84,6% dos estudantes ingressaram em instituições privadas (Vitti, 2023; INEP, 2021). Nesse estudo, 90,7% dos respondentes graduou-se em instituições privadas de ensino, sendo 45,3% contaram com suporte financeiro de políticas públicas educacionais que subsidiam a formação profissional de nível superior para pessoas de baixa renda. Observa-se ainda que 89,3 % dos farmacêuticos são

amazonenses, dos quais 69,3% nasceram no interior do Estado e quase metade (45,3%) reside e trabalha no município de origem. Esses dados sugerem a existência de um movimento de moradores do interior que migram para a capital para cursar o ensino superior e retornando ao interior após a graduação.

A ampliação do acesso ao ensino superior, além de impactar positivamente a redução das desigualdades educacionais regionais e sociais, contribui para os processos de inclusão social das populações do campo, da floresta e das águas (CFA), bem como dos povos e comunidades tradicionais, por meio da democratização do acesso a instituições públicas e privadas (Carneiro *et al.*, 2020). Esses dados reforçam a importância de considerar as dinâmicas territoriais na análise da fixação e atuação dos profissionais de saúde, especialmente em regiões marcadas por desigualdades de acesso a oportunidades formativas e laborais.

Esse enraizamento territorial reforça a importância da articulação entre educação e ordenação territorial, uma vez que é no território que se manifestam e se perpetuam as clivagens culturais e sociais resultantes da geografia e da história. A distribuição desigual de oportunidades educacionais é marcada por divisões entre cidade e campo, capital e interior, distinções que também se reproduzem em escalas maiores, como entre estados e regiões do país (Haddad, 2008). Na região amazônica, essa realidade torna-se ainda mais evidente quando se observa que a capital possui aproximadamente a mesma população de todos os outros 61 municípios do interior somados.

Por outro lado, o relato de 40,0% dos profissionais quanto às dificuldades de acesso a fontes de informação para a prestação de serviços farmacêuticos evidencia lacunas relevantes no processo de atualização profissional. O elevado custo operacional decorre da extensa dimensão territorial, aliado à precariedade dos meios de transporte e comunicação, configura barreiras significativas em programas de capacitação e ao acesso a instrumentos de trabalho, como sistemas de informação.

Segundo Moreira *et al.* (2019), os municípios do Amazonas encontram-se afastados entre si e, especialmente, em relação à capital. A maioria dessas localidades é acessível apenas por embarcações, o que representa um fator relevante para as dificuldades de acesso a serviços de informação, comunicação, assistência à saúde, educação, transporte. Nesse contexto, é

fundamental compreender que, além da superação dos desafios geográficos, torna-se imprescindível o fortalecimento do sistema de formação dos profissionais farmacêuticos por meio da educação permanente acessível, pois tal medida impacta diretamente na capacidade de adequar os serviços à realidade de cada território.

No que se refere às relações trabalhistas dos farmacêuticos, os dados confirmam a precarização dos vínculos empregatícios. Em 2015, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) já apontava indícios dessa precarização nas relações de trabalho na AF na região Norte, uma vez que o vínculo de trabalho comissionado predominava nos municípios (35,6%). A PNAUM também identificou que 26,9% apresentavam outros tipos de vínculo. Esse cenário difere dos municípios do Amazonas, onde 44,0% dos profissionais possuem contratos temporários ou terceirizados, e a minoria dos trabalhadores na gestão e na assistência detém vínculo empregatício efetivo (concursado) (Brasil, 2017c).

A precarização é conceituada como o trabalho pela instabilidade, fragilidade, deficiência e por direitos diferenciados ou reduzidos (Arruda, 2011). Esses fatores têm contribuído diretamente para a elevada rotatividade da força de trabalho na AF do setor público no interior do Amazonas, evidenciado pelo fato de que 60% dos profissionais possuem, no máximo, três anos de atuação no local, além de apresentarem múltiplos vínculos e elevada carga horária semanal.

O alto índice de rotatividade entre os profissionais implica na perda de vínculo, o que pode comprometer o processo de implantação e continuidade dos serviços (Tonelli *et al.*, 2018). Ademais, a rotatividade resulta em baixo investimento, tanto por parte do profissional quanto do empregador, na educação continuada voltada aos serviços de atenção primária necessários para o contexto de trabalho.

Além dos elementos políticos, econômicos e organizacionais, é fundamental considerar a permanência no trabalho de indivíduos que, enquanto atores sociais, são portadores de ideologias e interesses próprios de sua região, sendo capazes de defender determinadas políticas. Essa permanência estabelece possibilidades de promoção, prevenção e aprimoramento da

qualidade da assistência em saúde, especialmente entre as populações mais vulneráveis dos municípios amazonenses (Anselmi, 1997).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a força de trabalho farmacêutico na atenção primária à saúde no interior do Amazonas, constatou-se que ela é majoritariamente composta por mulheres, entre 30 e 39 anos de idade, amazonenses que fixaram raízes com as suas famílias nos municípios de nascimento e atuação profissional. Esse perfil evidencia que o farmacêutico é parte integrante do território, o que facilita uma compreensão abrangente do contexto social, político, econômico e cultural em que o sistema de saúde está inserido.

Observou-se que esses profissionais são, em sua maioria, egressos de instituições privadas da capital, havendo equilíbrio entre aqueles que utilizaram recursos próprios e os que acessaram a universidade por meio de políticas públicas, como bolsa ou financiamentos estudantis, reflexo do processo de democratização do acesso ao ensino superior no Brasil. Políticas de incentivo à educação tendem a resultar em uma mão de obra mais qualificada e, assim, podem contribuir para a superação dos desafios impostos pelo fator amazônico ao desenvolvimento da saúde pública em regiões remotas e vulneráveis.

A superação dos profissionais é notável diante das barreiras transpostas para obtenção do conhecimento, entre elas o acesso limitado às instituições, custos financeiros, dificuldades de mobilidade e transporte, bem como condições socioambientais adversas. Os participantes desta pesquisa, entretanto, encontraram meios para superar esses obstáculos.

O conhecimento da força de trabalho farmacêutico no interior do Amazonas oferece subsídios para que as entidades públicas tracem estratégias de aprimoramento e qualificação desses profissionais, estimulando o desenvolvimento de uma visão crítica capaz de avaliar os diferentes aspectos que compõem o sistema de saúde pública das áreas rurais e ribeirinhas da Amazônia, identificando suas limitações e potenciais de superação.

CAPÍTULO 3. ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS EM ÁREAS REMOTAS NO AMAZONAS E OS DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PNAF

O estudo teve como objetivo analisar a organização da Assistência Farmacêutica em municípios do interior do Amazonas, identificando estratégias de acessibilidade e os desafios a serem enfrentados sob a perspectiva da equidade e da sustentabilidade socioambiental.

Este capítulo compõe o artigo: VASCONCELS, G.K.A. *et al.* “Acessibilidade de medicamentos em áreas remotas no Amazonas e os desafios para implementação da política nacional de assistência farmacêutica”. Revista Ciência & Saúde Coletiva (aceito para publicação na edição especial, chamada pública do número temático "A Política Nacional de Assistência Farmacêutica: 20 anos em defesa da vida").

1. METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa que integra a pesquisa “Acesso à medicamentos na Amazônia: influência do fator amazônico sobre a assistência farmacêutica - AmazôniAF”, financiado pela Iniciativa Amazônia+10, com participação do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (Confap), do Conselho Nacional de Secretários para Assuntos de Ciência Tecnologia e Inovação (Consecti) e parceria do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A análise foi realizada com base nos dados de 18 municípios, codificados de A a R, sendo dois representantes de cada uma das nove regionais de saúde do Amazonas. As regionais de saúde estão organizadas conforme as calhas associadas geograficamente aos principais rios. O projeto contou com as anuências dos municípios e da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM), além de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas com o número CAAE: 60851222.0.0000.5020 (Apêndice C).

Os dados primários foram obtidos por meio de questionários, *checklist* e entrevistas semiestruturadas realizadas durante visitas *in loco* aos municípios,

entre dezembro de 2023 e agosto de 2024. As visitas ocorreram no período da cheia, quando as condições de navegabilidade permitiram o acesso às comunidades ribeirinhas e a algumas Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). As coletas de dados abrangeram as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), UBSF, secretarias municipais de saúde e outros pontos de atenção à saúde do município. Foram entrevistados farmacêuticos, prescritores, gestores locais (saúde e defesa civil) e usuários do SUS. Os dados foram registrados e armazenados no aplicativo KoBoToolbox. Os dados secundários foram obtidos em plataformas oficiais públicas e também solicitados formalmente aos municípios e à SES-AM.

Para caracterização sociodemográfica, foram utilizados o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), além de dados sobre a população, área territorial, densidade demográfica (Censo 2022) e população rural. Para o cálculo da população rural, utilizou-se o percentual de residentes por situação do domicílio e localização da área segundo o Censo 2010, aplicando-se esse percentual à população geral de 2022, uma vez que esse dado para o Censo 2022 ainda não foi disponibilizado (Fetters, Curry e Creswell, 2013; Brasil, 2020).

O dimensionamento da estrutura da APS relacionada à acessibilidade de medicamentos foi realizado com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES - <https://cnes.datasus.gov.br/>) e no levantamento *in loco* nos municípios. A partir dos CNES, foram considerados elegíveis os estabelecimentos de saúde da APS aptos a disponibilizar medicamentos (UBSF, UBS urbana, UBS rural, CAF e Farmácia Municipal-FM).

Com base nas entrevistas e levantamentos *in loco*, foram computadas as Unidades de Acessibilidade a Medicamentos, denominadas de UAM. Optou-se por essa terminologia, pois algumas dessas unidades não poderiam ser caracterizadas como farmácias ou unidades dispensadoras de medicamentos, considerando as definições encontradas na regulação sanitária (Brasil, 2010). A CAF foi considerada como UAM apenas nos casos em que realizava dispensação dos medicamentos.

Na pesquisa *in loco*, foram identificados estabelecimentos que não estavam registrados no CNES, especialmente em áreas rurais, que podem ser

estruturas pertencentes ou não à rede de saúde, como escolas, igrejas e centros comunitários. Esses locais funcionam como pontos de apoio para o serviço de saúde e podem disponibilizar medicamentos para atendimento da população. Tais espaços, que oferecem um elenco limitado de medicamentos, foram denominados Pontos de Apoio à Acessibilidade de Medicamentos (PAAM).

A partir do conjunto de dados, foram calculados os seguintes indicadores de cobertura:

Fator de Cobertura das UAM (FC-UAM): razão entre o número de estabelecimentos de saúde passíveis de disponibilizar medicamentos na APS e o número de UAM. Esse indicador avalia a cobertura para a acessibilidade de medicamentos, considerando a rede de estabelecimentos da APS cadastradas no CNES que poderiam disponibilizar medicamentos.

Fator de Cobertura Territorial (FCT): expressa a relação entre a área geográfica do município, em quilômetros quadrados (km²), e o número de UAM. O FCT reflete a extensão territorial em km² para cada UAM e fornece um indicativo sobre a necessidade de deslocamento dos usuários até as UAM.

Fator de Cobertura Populacional (FCP): refere-se à relação entre a população total residente no município e o número de UAM. Esse indicador reflete a magnitude da população a ser atendida em cada UAM.

Número de Farmacêuticos por UAM: relação entre o número de farmacêuticos ativos na APS e o número de UAM. O indicador reflete a capacidade de atendimento e suporte farmacêutico, além do potencial de que as UAM possam ser consideradas Farmácias.

Número de Farmacêuticos por Habitante: expressa a quantidade de habitantes do município para cada farmacêutico ativo na APS, refletindo a magnitude da população a ser atendida por farmacêutico da APS no município.

A análise da logística de distribuição de medicamentos foi realizada sob a perspectiva do acesso à capital (externa) e à comunidade mais distante da sede do município (interna). Para analisar o acesso à capital, foram identificados os modais de transporte utilizados (fluvial, aéreo e terrestre), destacando-se a distância fluvial, que é o único modal de acesso à capital comum a todos os municípios pesquisados.

A logística interna considerou o tempo e modal de transporte necessário para alcançar a comunidade mais distante, além do custo do combustível,

informação obtida por meio das entrevistas e observada em estabelecimentos comerciais locais. O consumo de combustível foi calculado com base na média descrita nos manuais dos motores mais mencionados nas entrevistas, 60hp para lanchas, e 200hp para barcos. Também foi identificado, nas entrevistas, o ator social de referência para o acesso aos medicamentos na comunidade mais distante.

As formas de organização e estruturação da AF, determinadas pelas características regionais, bem como os desafios para implementação da PNAF, foram ilustrados a partir de falas dos entrevistados. O último conjunto de resultados refere-se às fontes de recursos relacionadas à APS que podem colaborar para a acessibilidade de medicamentos.

2. RESULTADOS

A AF no contexto amazônico foi analisada a partir das características demográficas e sociais da região na Tabela 5.

Tabela 5 - Características sociodemográficas dos 18 municípios participantes do AmazôniaAF

Município	IVS ^a	IED ^b	IDHM	Porte Populacional ^c	Densidade Demográfica hab/km ²	Pop. Rural (%) ^d
A	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte Grande	10,01 a 25,00	33%
B	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte Grande	10,01 a 25,00	57%
C	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte médio	10,01 a 25,00	57%
D	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte médio	1,01 a 10,00	50%
E	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte médio	1,01 a 10,00	19%
F	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte médio	0,15 a 1,00	62%
G	Muito alta vulnerabilidade social	2	Médio	Porte médio	10,01 a 25,00	47%
H	Muito alta vulnerabilidade social	2	Baixo	Porte médio	1,01 a 10,00	36%
I	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	28%
J	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	30%
K	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	37%
L	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	50%
M	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	50%
N	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	0,15 a 1,00	41%
O	Muito alta vulnerabilidade social	1	Muito Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	31%
P	Muito alta vulnerabilidade social	1	Muito Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	31%
Q	Muito alta vulnerabilidade social	1	Muito Baixo	Porte Pequeno I	0,15 a 1,00	29%
R	Muito alta vulnerabilidade social	1	Muito Baixo	Porte Pequeno I	0,15 a 1,00	50%

Fonte: IPEA, 2024, IBGE, 2022 e Brasil, 2015.

Pop.: População. IVS: Índice de Vulnerabilidade Social. IED: Índice de Equidade e Dimensionamento. IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. ^aIVS é composto por variáveis, como renda, escolaridade, saneamento básico, moradia, trabalho e saúde e está relacionado ao bem-estar da população, são categorizados em: muito baixa vulnerabilidade social (0 e 0,200); baixa vulnerabilidade social (entre 0,201 e 0,300); média vulnerabilidade social (entre 0,301 e 0,400); alta vulnerabilidade social (entre 0,401 e 0,500); e muito alta

vulnerabilidade social (entre 0,501 e 1). ^bIED, utilizado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS-MS), visa uma distribuição mais equitativa dos recursos federais para a APS, classifica os municípios em quatro estratos com base na vulnerabilidade social e tamanho populacional: Estrato 1 (mais vulneráveis e de menor porte populacional (1 a 1,5), Estrato 2 (1,6 a 2), Estrato 3 (2,1 a 3), e Estrato 4 (acima de 3). Essa classificação permite identificar e priorizar municípios que necessitam de maior apoio na alocação de recursos, contribuindo para uma melhor equidade no acesso aos serviços de saúde. ^c Porte Populacional: Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes.); Pequeno Porte II (de 20.001 a 50.000 habitantes.) e Médio Porte (de 50.001 a 100.000 habitantes.). ^d Percentual da população rural foi calculado de forma indireta, utilizando como referência o percentual da população rural do Brasil em 2010, com base na população geral de 2022.

Predominam indicadores sociais baixos: dois terços dos municípios possuem vulnerabilidade social muito alta, indicando níveis críticos de pobreza, escolaridade, desemprego e acesso a serviços básicos, como saúde, educação e saneamento. O IED apontou 10 municípios na faixa 1, o que os qualifica como prioritários para intervenções das políticas públicas de saúde. A extensão territorial variou de cerca de 2.600 km² a 110.000 km², e a mediana populacional foi de 40.447 habitantes. A maioria dos municípios é de pequeno e médio porte, sendo que os dois municípios classificados de grande porte situam-se no limite inferior dessa categoria. Essa configuração resulta em baixa densidade demográfica (mediana 2,15 hab/km²) e expressiva população rural (mediana 39%), com forte presença indígena.

Tabela 6 - Estrutura da APS relacionada à AF

Municípios	UBSF*	UBS Urbana *	UBS Rural*	CAF*	FM*	Total Estab.	UAM**	PAAM**	FC-UAM	FCT [Km2/UAM]	FCP [Pop/UAM]	Nº Farm.**	Farm/UAM	Hab./ Farm.
A	1	12	9	1	0	23	12	15	1,92	611,38	8.490,25	5	0,4	20.377
B	1	11	7	1	0	20	18	3	1,11	493,99	5.755,44	1	0,1	103.598
C	1	10	8	1	0	20	18	0	1,11	330,89	5.354,00	1	0,1	96.372
D	1	8	4	1	1	15	9	22	1,67	2.632,47	8.185,44	8	0,9	9.209
E	1	10	6	1	0	18	14	4	1,29	2.365,08	4.105,21	1	0,1	57.473
F	1	5	0	1	0	7	5	0	1,4	21.838,51	10.359,00	3	0,6	17.265
G	1	8	0	1	0	10	10	0	1	326,01	6.676,40	5	0,5	13.353
H	1	5	8	1	0	15	14	28	1,07	3.451,07	3.851,00	5	0,4	10.783
I	1	4	0	1	1	7	2	9	3,50	7.483,12	16.585,00	2	1,0	16.585
J	0	4	4	0	0	8	7	2	1,14	412,36	3.420,71	1	0,1	23.945
K	1	5	0	1	0	7	6	0	1,17	3.656,43	5.907,83	3	0,5	11.816
L	0	3	2	0	0	5	5	0	1	517,88	4.757,00	1	0,2	23.785
M	1	3	0	1	0	5	1	2	5	17.472,78	20.718,00	1	1	20.718
N	1	8	0	1	0	10	9	6	1,11	7.584,74	5.049,78	4	0,4	11.362
O	1	6	1	0	0	8	5	1	1,6	2.473,24	5.642,20	1	0,2	28.211
P	1	4	5	1	0	11	1	0	11	12.109,78	24.311,00	2	2	12.156
Q	1	4	2	0	0	7	5	0	1,4	3.366,17	3.105,80	1	0,2	15.529
R	1	2	2	1	0	6	1	0	6	62.800,08	14.164,00	1	1	14.164
Total	16	112	58	14	2	202	149	91	1,36	3.167,64	5.840,24	46	0,3	18.917

Fonte: Autores, com base nos dados do CNES, 2024 e Informação do município.

Segundo o CNES, 202 estabelecimentos foram elegíveis como passíveis de disponibilizar medicamentos. Na pesquisa de campo, identificaram 142 UAM e 91 PAAM. Os municípios J, L, O e Q, contavam com CAF, porém estas não estavam cadastradas no CNES. Nas instalações da APS, foram encontrados medicamentos dos componentes básico e estratégico da Assistência Farmacêutica, especialmente destinados à continuidade dos tratamentos para malária, hanseníase e tuberculose.

Apenas os municípios G e L disponibilizavam medicamentos em todos os estabelecimentos de saúde da APS elegíveis no CNES, FC-UAM = 1 (Tabela 6). No município L, a CAF não foi computada como UAM, pois não realizava dispensação. Em 12 municípios, o valor do FC-UAM variou de 1,1 a 1,9, indicando certa descentralização. Os municípios M, P e R possuíam apenas uma UAM, e o município I contava com uma UBSF e uma Farmácia Municipal, ambas cadastrada no CNES e computadas como UAM; nesses municípios, o FC-UAM foi igual ou superior a 3,5, sugerindo centralização da acessibilidade.

O FCT (cobertura territorial) de seis municípios (F, I, M, N, P, R) indicou que cada UAM atende área superior a 7.000 km², sendo que, no município R, uma única UAM cobre 62.000 km². O FCP (cobertura populacional) variou de 3.105 (município Q) a 24.311 (município P) pessoas por UAM, sendo superior a 10.000 pessoas em cinco municípios (F, I, M, P, R).

Nos municípios A, D, H e I, observou-se um número de pontos de apoio (PAAM) maior do que o de UAM, variando de 8 a 28. O número de farmacêuticos atuantes na APS variou de 1 a 8 por município, com pelo menos um profissional na CAF. Ao ponderar o número de farmacêuticos por UAM, verificou-se uma variação de 0,06 a 2. Em 12 municípios, esse valor foi menor ou igual a 0,5, indicando que cada farmacêutico atende mais de duas UAM. O município D, que possui o maior número de farmacêuticos, conta com 9 UAM (0,89 farmacêuticos por UAM). Nove municípios possuem apenas um farmacêutico, dentre eles, B, C e E apresentam entre 14 e 18 UAM. Apenas o município D apresentou a população de um farmacêutico para uma população inferior a 10.000 habitantes, enquanto em três municípios (B, C, E) o único farmacêutico atendia a populações superiores a 50.000 habitantes.

Em 16 municípios há registro de UBSF, e um terço dos municípios não possuem UBS Rural. Em alguns desses, como o F, fora da sede do município existem apenas Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI), devido ao predomínio da população indígena.

A análise dos processos de distribuição de medicamentos evidenciou diferenças relevantes. Garantir a chegada dos medicamentos à sede do município, onde se localizam as CAF, e, a partir daí, distribuí-los para as diferentes comunidades, principalmente as ribeirinhas, implica tempo e custos significativos, como demonstrado na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição de medicamentos para as comunidades rurais/ribeirinhas mais distantes da sede do município

Acesso à capital			Acesso à comunidade mais distante				
Município	Tipo de transporte	Distância Fluvial (Km)	Lancha		Barco		Facilitador da Logística
			Tempo	Custo	Tempo	Custo	
A	F. R	< 200	2h	R\$ 952,00	NA	NA	ESF
B	F. R	201 a 500	NA	NA	6h	R\$ 596,40	Enfermeiro/ACS
C	F. A	201 a 500	2h	R\$ 1.075,20	NA	NA	ESF - Enfermeiro
D	F. A	501 - 1.000	1:30h	R\$ 761,25	2:30h	R\$ 272,65	Embarcação privada
E	F. A. R	501 a 1.000	6h	R\$ 2.856,00	17h	R\$ 1.630,30	ESF - Enfermeiro
F	F. A	> 1.000	NA	NA	NA	NA	DSEI
G	F. A	> 1.000	2:30h	R\$ 1.452,50	6h	R\$ 743,40	ACS
H	F. A	501 a 1.000	NA	NA	26h*	R\$ 2.912,00	ESF/ UBSF/
I	F. A	> 1.000	4h	R\$ 2.461,20	NA	NA	ESFr / UBSF / ACS
J	F	201 a 500	3h	R\$ 1.596,00	6h	R\$ 294,00	Embarcação privada
K	F. R	> 1.000	NA	NA	72h	R\$ 7.600,32	UBSF
L	F	201 a 500	1:30h	R\$ 787,50	NA	NA	ESF - Enfermeiro
M	F	< 200	5h	R\$ 2.796,50	12h	R\$ 1.342,32	ESF - Enfermeiro
N	F. A. R	> 1.000	12h	R\$ 6.879,60	120h	R\$ 13.423,20	ESF - Enfermagem.
O	F. A	501 a 1.000	12h	R\$ 6.711,60	24h	R\$ 2.684,64	UBSF/ACS
P	F	> 1.000	10h	R\$ 3.143,00	48h	R\$ 5.994,24	ACS
Q	F	501 a 1.000	6h	R\$ 3.570,00	NA	NA	ESF - Enfermeiro
R	F	> 1.000	5h	R\$ 2.695,00	48h	R\$ 4.704,00	UBSF / ACS

Fonte: Autores, com base nos dados da SEAS/AM, IDAM e Informação do município.
 Legenda: F:Fluvial. R:Rodoviário. A: Aéreo. NA: Não Avaliado. ESF: Estratégia de Saúde da Família. DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena. ACS: Agente Comunitário de Saúde. UBSF: Unidade Básica de Saúde Fluvial. *O trajeto para o distrito mais distante envolve além das 26h de barco, mais 5 horas de deslocamento terrestre.

Todos os municípios possuem acesso fluvial à capital, inclusive com barcos ou lanchas regulares, sendo este o principal meio de transporte de pessoas e produtos. Apenas cinco municípios (A, B, E, K e N) dispõem de acesso rodoviário para a capital, dos quais somente A e B contam com essa ligação totalmente asfaltada. A malha aérea serve 50% dos municípios, por meio de aeroportos regionais. Embora regulares, esses transportes nem sempre operam diariamente, o que exige planejamento específico para a logística externa.

Apenas dois municípios (A e M) estão situados a menos de 200 Km da capital; sete encontram-se a mais de 1.000 km e o município mais distante ultrapassa 4.600 Km, sendo o acesso realizado exclusivamente por via fluvial. Em situações emergenciais, o transporte pode ocorrer por via aérea, porém, como os aviões são de pequeno porte, essa modalidade é restrita a pequenos volumes. A grande maioria dos municípios recebe os medicamentos, seja por compra centralizada ou aquisição própria, prioritariamente pelo modal fluvial.

Em relação à logística interna, a maioria dos municípios dispõe de alternativas de lancha e barco para o acesso às comunidades mais distantes. O tempo de deslocamento para essas localidades ultrapassa 10h de lancha rápida

nos municípios N, O, P, e excede um dia de viagem de barco em seis municípios (H, K, N, O P, R). No município H, o distrito mais distante está a 26h de barco, seguidas de mais 8 horas de deslocamento terrestre; nesta comunidade residem 13 usuários que fazem uso de insulina, a qual é transportada por esse percurso, com custo total mensal de R\$ 3.483,2.

Os custos de combustível variaram de R\$ 761,25 (município D) a R\$ 6.879,60 (município N) por viagem de lancha. Para a distribuição de medicamentos, as secretarias municipais e as coordenações de AF otimizam as logísticas existentes no território e contam com facilitadores. Entre as alternativas identificadas, destaca-se o uso de “ambulanchas”, lanchas projetadas para a remoção de pacientes em situações de urgência ou emergência, além de carros, lanchas e barcos, sejam eles privados ou institucionais, que transportam profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) juntamente com alimentos, materiais de limpeza, água potável, medicamentos e outros itens necessários para o atendimento das necessidades dessas equipes.

Embora as condições dos veículos não estejam alinhadas com as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos, todos os municípios oferecem incentivos financeiros aos trabalhadores residentes na sede do município para atuarem na zona rural. Essa atuação incluía envolver, além da prestação de serviços, o abastecimento de medicamentos, outros produtos para a saúde, alimentos e outros materiais para o funcionamento da UBS rural. Outra alternativa é a utilização das UBSF, que possibilitam a prestação de serviços de saúde em áreas ribeirinhas por meio de embarcações equipadas, inclusive com farmácia.

As diferentes alternativas de organização dos serviços e de logística, voltadas a garantir a acessibilidade de medicamentos, são ilustradas pelas falas dos coordenadores da AF (Tabela 7).

Os recursos federais destinados à APS que podem contribuir para ampliar o acesso à saúde na Região Amazônica e que devem ser considerados na gestão da AF são apresentados no Quadro 1. Adicionalmente, destaca-se que os serviços de saúde são operacionalizados de forma integrada, contando com outros recursos da APS que auxiliam na otimização do custeio logístico da AF, sendo que 15 municípios estão habilitados no Qualifar-SUS.

Quadro 1 - Recursos Federais relacionados ao acesso a medicamentos e à saúde relevantes a Região Amazônica

Portaria	Finalidade	Especificações	Recurso de Custeio
Portaria Nº 3.127-18 2020	eSFR e as equipes UBSF	Incentivo financeiro mensal de custeio por município	R\$ 13.920,00
	Para implantação de nova eSFR	Parcela única	R\$ 20.000,00
	UBSF	Incentivo financeiro mensal de custeio	R\$ 90.000,00
		UBSF com consultório odontológico	
		UBSF sem consultório odontológico	R\$ 80.000,00
Portaria Nº 3.493/2024	Nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de APS, centrado no componente do vínculo e cuidado que cada eSF desenvolve no território	Incentivo financeiro mensal de custeio	Cofinanciamento constituído por seis componentes
Portaria Nº 837/2014	Valor de incentivo para logística de unidades de apoio e embarcações de maior porte (com alojamentos para a equipe, mas não estrutura de UBSF)	Incentivo financeiro mensal de custeio	R\$ 10.695,00
		O repasse não excederá o valor máximo de R\$10.695,00. Valor muda conforme o número de unidades.	
Portaria nº 3.238/2009	Incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica.	Incentivo financeiro mensal de custeio O valor do incentivo referente à inclusão de um microscopista na APS será o mesmo do incentivo repassado para um ACS.	R\$ 2.824,00
Portaria nº 3.162/2024	Estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio mensal referente ACS para o ano de 2024.	Custeio mensal igual a dois salários-mínimos. O valor do salário-mínimo em 2024 é de R\$ 1.412,00.	

Fonte: Brasil, 2020b, 2024e, 2014b, 2009a e 2024f.

Legenda: eSFR: Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas. UBSF: Unidade Básica de Saúde Fluvial. APS: Atenção Primária à Saúde. ACS: Agente Comunitário de Saúde.

3. DISCUSSÃO

A implementação da PNAF tem gerado impactos relevantes nos municípios do interior do Amazonas analisados neste estudo. Os resultados evidenciaram a existência de, pelo menos, uma UAM por município, com estrutura física mínima que assegura a acessibilidade de medicamentos na APS. Além disso, 74% dos estabelecimentos de saúde da APS dispunham de medicamentos, refletindo avanços na disponibilidade e acessibilidade desses produtos e convergindo com os objetivos da PNAF de ampliar o acesso por meio da AF. O estudo também apontou desafios expressivos para garantir a acessibilidade aos residentes em comunidades remotas. Pesquisas sobre

acessibilidade a serviços de saúde em áreas remotas têm demonstrado que barreiras geográficas contribuem para iniquidades em saúde (Tharumia; Wirtz, 2021; Tolosana; Serrano, 2021).

O estado do Amazonas possui extensa área territorial, baixa densidade demográfica e alta concentração populacional na capital. Os municípios analisados refletiram características predominantes nos 61 municípios do interior, dos quais 29% apresentam densidade populacional inferior a 1 hab/km² e 75,8% possuem IDHM classificado muito baixo ou baixo (<0,599). Na maioria desses municípios, a população é inferior a 100 mil habitantes, com elevada proporção de residentes na zona rural, em alguns casos superando a população urbana.

A zona rural do Amazonas é composta por populações do campo, da floresta e das águas, caracterizadas por povos e comunidades que vivem também em áreas remotas, variando entre 19% a 62% do total de habitantes. As características socioculturais, demográficas e econômicas desse território modulam os cuidados em saúde e, para estudá-las, é necessário considerar sua complexidade, valorizando e compreendendo suas histórias e dinâmicas, especialmente aqueles relacionados aos rios, frequentemente descritos como “território líquido” (Soares *et al.*, 2023; Lima *et al.*, 2021a).

Diversos autores têm discutido o acesso a serviços de saúde na região e as fragilidades na organização das redes e regionais de saúde no Amazonas (Lima *et al.*, 2021a; El Kadri, Scheweickardt; Freitas, 2022). Contudo, os aspectos relacionados à AF, em geral, permanecem restritos à questão do desabastecimento, sem uma análise aprofundada da estrutura necessária para assegurar a acessibilidade a produtos e a serviços de qualidade (Franco *et al.*, 2024).

Os municípios apresentaram variações na organização da acessibilidade de medicamentos. Alguns centralizaram esse acesso em uma UAM, com coberturas territorial e populacional equivalentes às de alguns estados brasileiros. Esses municípios contavam com apenas um ou dois farmacêuticos na APS e, conforme os dados da Tabela 6, apresentavam IDHM baixo ou muito baixo, altíssima vulnerabilidade social e, quanto à equidade e dimensionamento, estavam classificados no estrato 1 do IED, que reúne os municípios mais vulneráveis e de menor porte populacional. Essas

características evidenciam desafios significativos para a redução das iniquidades da acessibilidade.

As medidas de acessibilidade estão diretamente associadas aos resultados em saúde (Macharia; Aduragbemi; Benová, 2023). Quando a disponibilidade de medicamentos é limitada espacialmente no território, centralizando-se o recurso em uma única instalação na APS, reduz-se a acessibilidade geográfica. Considerando a extensão territorial coberta pela UAM, é possível inferir que os moradores das comunidades mais distantes das sedes municipais, conforme a Tabela 6, estão sujeitos a maior incidência dessas barreiras, com repercussões negativas sobre a adesão ao tratamento, como historicamente demonstrado (Fernandes *et al.*, 2013; Leite *et al.*, 2017). Além disso, a centralização não esteve associada a um modelo de serviço capaz de superar as limitações da simples entrega de medicamentos (Franco *et al.*, 2024).

Em outros municípios, identificou-se a descentralização das UAM por meio das unidades de APS. O uso da capilaridade da APS para reduzir o impacto das disparidades sociais e da ocupação populacional dispersa em áreas remotas, contribui para ampliar a acessibilidade, de forma mais qualificada, devido a sua inserção em serviços organizados.

Um estudo que analisou estabelecimentos urbanos e categorizou as unidades de dispensação de medicamentos em “farmácia isolada” e “farmácia de unidade de saúde” (El Kadri; Scheweickardt; Freitas, 2022) pontuou que na Região Norte, 53,6% dos municípios dispensavam medicamentos da atenção básica em todas as unidades da APS, e que a descentralização da acessibilidade associa a provisão de medicamentos a outros serviços, contribuindo para reduzir a fragmentação da atenção à saúde no SUS.

A disponibilização de medicamentos em PAAM superou o número de UAM em três municípios. Essa estratégia parece estar relacionada aos desafios impostos pelas necessidades identificadas em áreas remotas, como no interior do Amazonas, e associadas à estruturação da APS. Dez dos 18 municípios analisados disponibilizavam medicamentos em PAAM. Conforme relataram alguns coordenadores da AF (Quadro 2), as classes de medicamentos ofertadas nesses pontos eram limitadas em função do tipo de unidade e/ou equipe, concentrando-se principalmente em medicamentos isentos de prescrição.

Além disso, estes estabelecimentos não estavam cadastrados no CNES, o que acarreta um grau de invisibilidade na composição da rede de serviços de saúde dos municípios, em especial da AF. Essa ausência de registro pode influenciar negativamente a alocação de recursos recebidos para a saúde e comprometer as ações de planejamento, controle e avaliação em saúde (Lima *et al.*, 2009; Rocha *et al.*, 2018).

Quadro 2 - Alternativas Logísticas para Acessibilidade em Medicamentos: Perspectivas dos Coordenadores da AF

Mun.	Trechos Selecionados das entrevistas*
M	"no momento a gente está organizando, porque o medicamento fica tudo na UBS do centro. E a gente vai centralizar tudo para o CAF agora... Não tem farmacêutica, fui contratada recentemente. E agora eu estou arrumando tudo direitinho para organizar essas situações".
M	"Eu fui para uma ação no interior... só tínhamos duas UBS. Uma está funcionando, e a outra... agora não é mais UBS... Nos outros locais, não tem postos, apenas os ACSs que dão assistência de suas casas.... a gente faz um kit com dipirona, paracetamol, coisa para curativo, pomadas.... dexametasona, esparadrapo...com essa estiagem, nós estamos preocupados com o pessoal do interior ... "
D	"...no ano de 2019..., durante a Campanha eleitoral... foi possível fazer a ampliação, a estruturação de todas as UBS para poderem contar com Farmácia e Farmacêutico, atendendo toda a parte de liberação de Medicamentos da Atenção Básica...E a pessoa que antes só tinha acesso a medicamentos no centro da cidade, agora pode se dirigir à UBS mais próxima de sua casa ..."
E	"Tem UBS no perímetro urbano e rural. Além dessas UBS, a gente também tem os pontos de apoio. Esses pontos de apoio não têm registro no CNES e também não são UBS, mas nelas tem profissionais de saúde que trabalham em plantão... junto com o ACS. Então, como existe essas equipes, a gente encaminha a cada 15 dias ... através das equipes, a gente consegue mandar medicamento, insumo, para aqueles pacientes que vivem nesses locais terem acesso ao medicamento para fazer o seu tratamento..."
P	"...decidimos centralizar a farmácia do município pela falta de profissionais farmacêuticos na cidade e também por conta da estrutura que seria difícil de ter uma boa qualidade em várias UBSs..."
J	"Temos 2 pontos ... Onde tem um técnico... e vai os enfermeiros fazer ação. Temos também a presença do ACS que é da unidade mesmo... que moram lá próximo. Eles fazem um pedido e eu mando essa medicação: dipirona, paracetamol, sais de reidratação... só mesmo os MIPs que eu mando ..."
A	"...Nosso plano para reorganização e reestruturação da AF, a nossa principal prioridade foi colocar os profissionais farmacêuticos, responsáveis em todas as farmácias já existentes... Além disso, a gente queria ofertar um serviço mais qualificado, mais seguro para a população. Então, a nossa maior dificuldade hoje, é descentralizar as Farmácias em todas as UBS ... a gente precisa ter um local adequado para estruturar essas farmácias; e a contratação do Profissionais Farmacêuticos, porque a gente sabe que os recursos vem todos da Prefeitura e é essa a nossa maior dificuldade ...".
A	"Nós resolvemos centralizar [insulina] tanto o armazenamento quanto a dispensação na CAF por conta de algumas Unidades não terem estruturas adequadas para o armazenamento, para manter a temperatura adequada, e ... acompanhar mensalmente a dispensação dessas insulinas para os pacientes diabéticos...A descentralização das insulinas ainda não foi realizada para a Zona Rural do Município por conta do difícil acesso, da logística de fazer essas insulinas chegarem até a Zona Rural ... e por conta da refrigeração, para manter uma temperatura adequada dentro das unidades, dentro dos pontos de apoio"
A	"Na Zona Rural do Município, tem comunidades distantes... de difícil acesso. Então, para essas comunidades onde não é possível erguer as UBS de alvenaria, são erguidas pontos de apoio estratégicos... atendimento médico pelo menos uma vez por mês, com atendimento de enfermagem pelo menos cinco vezes na semana. Geralmente, o ACS e o técnico moram na comunidade... Então, a gente consegue abastecer essas unidades quinzenal para que tenham acesso ao medicamento...."

Mun.	Trechos selecionados das entrevistas*
H	“...Nós temos os pacientes da área indígena também que a gente distribui esses medicamentos a eles. A distribuição para eles é feita para a entrada em área das equipes dos DSEI que eles têm. Na nossa central de abastecimento, eles retiram a quantidade suficiente para esse paciente aguentar 1 ou 2 meses... Eles retiram e levam, já com o material tudo armazenado, já vem tudo certinho...” ... nós temos 13 pacientes [usuários de insulina] que a gente atende lá nesse distrito... a logística para a distribuição ... é feita através de 26 horas de barco...chega no município [vizinho], nós temos um representante lá ... ele pega esse material no barco, esse barco chega à noite, já troca todo o gelo, essas coisas, e no dia seguinte esse medicamento é enviado até o distrito ..., que por estrada de barro mesmo, que é a transamazônica, é cerca de 8 horas de viagem até chegar nesse distrito.”
H	“...Rural... os pacientes mesmo, preferem mais retirar aqui na cidade. Mas tem alguns casos que eles retiram na rural, mas quem leva é o enfermeiro, quando vai ... e distribui para esse paciente, ele vai na caixinha com gelox tudinho... tem a opção... A equipe, o enfermeiro ou o ACS que leva...então, a gente tem essas duas opções de distribuição, vai ou com a equipe, que já vai direcionado para determinados usuários, ou eles vêm aqui, ou vai o ACS também, vem uma vez por mês também e retira e leva, né? Nesses casos que a equipe leva, nós temos só três pacientes, o resto, todos eles retiram aqui mesmo”.
Q	“A diferença da casinha para a atenção básica... essa casinha que fica na comunidade... é só um pequeno suporte mesmo, que tem no mínimo medicamentos. Não entra nesse medicamento básico os antibióticos. coisas que os ACSs levam. Para dar suporte ao paciente que necessita de um medicamento para dor de cabeça, um medicamento para dor no estômago, mas se houver necessidade de passar pelo médico, aí então eles fazem a locomoção desse paciente para as comunidades que têm atenção básica ou... se for uma coisa mais urgente... trazem para a cidade.”

Fonte: Entrevista elaborada pela autora, 2024.

Legenda: Mun.: Município. * Fragmentos das entrevistas realizadas *in loco* com os coordenadores da assistência farmacêutica dos municípios.

Alguns municípios contavam com apenas um farmacêutico na APS e, mesmo aqueles com uma equipe maior (de três a oito farmacêuticos), apenas em uma relação Farm/UAM foi próxima a 1. A força de trabalho da AF é reconhecida como um recurso fundamental na organização do suprimento de medicamentos e para obtenção de resultados positivos nos tratamentos (Bitton *et al.*, 2019; Yuan *et al.*, 2019). Em um estudo nacional, menos da metade das unidades de dispensação na APS eram assistidas por um profissional farmacêutico (Leite *et al.*, 2017). Apesar dos avanços registrados nos 20 anos da PNAF, evidenciados pela presença de pelo menos um farmacêutico em todos os municípios pesquisados, é imperativo ampliar esse número para mitigar as disparidades provocadas pelas barreiras de acessibilidade em áreas remotas. A iniquidade na distribuição de farmacêuticos no interior motivou o CRF-AM a estabelecer regras específicas, permitindo a concessão até quatro responsabilidades técnicas por farmacêutico em municípios com baixo número de profissionais (CRF/AM, 2016).

Médicos da APS em áreas rurais remotas apontaram que o escopo das práticas terapêuticas é limitado devido à existência de instalações precárias, à

escassez de suprimentos e ao abastecimento de medicamentos, frequentemente dispensados em locais identificados como centros administrativos (Franco *et al.*, 2024). Os problemas de abastecimento de medicamentos nos municípios estudados não estavam apenas relacionados aos repasses insuficientes para cobrir a demanda, mas, sobretudo, aos custos logísticos para o abastecimento da região e à influência dos efeitos da sazonalidade climática, configurando desafios decorrentes das peculiaridades regionais.

Nos períodos de estiagem, a redução no número de embarcações capazes de acessar os municípios e o aumento do tempo de percurso estiveram associados ao aumento dos custos de suprimento de medicamentos e ao desabastecimento. No contexto do interior do Amazonas, os instrumentos oficiais de monitoramento enfrentaram dificuldades para captar as especificidades locais, incluindo a análise do acesso a serviços básicos, em cenários marcados pela interação de múltiplos fatores que constituem obstáculos à interiorização das políticas públicas (Lima *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2022).

A análise dos dados referentes à logística de medicamentos no interior do Amazonas revelou uma realidade bastante distinta daquela observada em outras regiões do país. O provimento de medicamentos, tanto na CAF quanto nas UAM, demanda planejamento, programação, aquisição e distribuição adequados às especificidades locais. Essas ações requerem conhecimentos técnicos, bem como a coordenação e supervisão das ações relacionadas aos medicamentos. No Brasil, tais funções são atribuídas aos farmacêuticos, que, quando dispõem de autonomia e das qualificações necessárias, contribuem para evitar desabastecimento e otimizar gastos (Barros *et al.*, 2017; Tiguman, Silva e Galvão, 2020). Nos locais onde o número de profissionais é limitado, essas atividades tornam-se prejudicadas.

Outro desafio relacionado às distâncias, ao clima e aos modais de transporte característicos do interior do Amazonas é a manutenção da qualidade dos medicamentos nos processos de distribuição, armazenamento e uso. Como ilustrado nos discursos e indicado nos dados, a preocupação com a qualidade dos produtos, pode levar à opção gerencial de centralizar a dispensação de medicamentos, justificado pela necessidade de assegurar as condições de

armazenamento para medicamentos termolábeis, por exemplo, associados aos gaps ou precariedade de infraestrutura das instalações da APS nas áreas rurais e remotas. O clima quente e a falta de recursos para a gestão e condições de armazenamento apropriados constituem dificuldades enfrentadas em muitos países em desenvolvimento (Codjoe *et al.*, 2020; Mohammed; Kahissay; Hailu, 2021).

Estas estratégias evidenciam a importância da interação entre a AF, a coordenação da APS e os profissionais das ESF ribeirinhas e fluviais. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel fundamental no apoio à distribuição de medicamentos para usuários com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, ou em tratamento da malária, hanseníase e tuberculose. Muitos usuários enfrentam limitações que dificultam ou impossibilitam o deslocamento até a UAM mais próxima, o que, em certos casos, pode demandar dias de viagem em pequenas embarcações. Nesse contexto, os ACS se destacam como o principal ponto de contato entre os serviços de saúde e a comunidade ribeirinha ou rural, frequentemente representando a única presença do Estado nessa localidade (Lima *et al.*, 2021).

A PNAF, como parte integrante da Política Nacional de Saúde, compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, assegurando os princípios do SUS. Entre seus eixos estratégicos, destaca-se a manutenção de serviços de AF na rede pública de saúde, em todos os níveis de atenção, com ênfase na articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e a qualificação dos serviços de AF existentes (Manzini *et al.*, 2015). Os dados apresentados demonstraram que, apesar dos avanços reconhecidos, persistem desafios relevantes que contribuem para iniquidades na acessibilidade a medicamentos e, conseqüentemente, à saúde.

Os dados indicaram que os custos associados à logística do abastecimento de medicamentos no interior do Estado são elevados, sendo que o financiamento da AF não prevê recursos para esta finalidade. O financiamento da AF é tripartite e considera, predominantemente, recursos para a aquisição de medicamentos. A estruturação dos serviços depende da pactuação com os Estados e programas específicos, como o Qualifar-SUS (Rodrigues *et al.*, 2017). Cabe destacar, que até a conclusão da coleta de dados, apenas três municípios

da pesquisa ainda não haviam sido habilitados no Qualifar-SUS. Os critérios principais para a habilitação desses municípios incluem a combinação de um baixo IDHM e um alto IVS, além de um menor porte populacional.

Considerando as diferentes estratégias de financiamento federal para a APS, que podem contribuir para ampliar o acesso à saúde na Região Amazônica, entende-se que o financiamento federal para a aquisição de medicamentos também deveria levar em consideração outros indicadores sociais, para além do IDHM, como o IVS e IED, indicadores demográficos e percentual da população rural e/ou ribeirinha, como no caso da região amazônica. A literatura aponta que estratégias multimodais, como a qualificação da coordenação no nível central de governo e a disponibilidade de força de trabalho motivada, são recursos essenciais para superar os gaps no suprimento de medicamentos nas comunidades (Bitton *et al.*, 2019). Recursos adicionais para a logística de medicamentos e incentivos específicos para a fixação de farmacêuticos em áreas remotas seriam estratégias importantes para ampliar a acessibilidade e a segurança em relação à qualidade dos produtos.

CAPÍTULO 4. MATRIZ DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO AMAZONAS

A partir dos referenciais teóricos previamente apresentados, foi proposto um protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão da AF municipal no contexto do estado do Amazonas.

Este capítulo teve como objetivo adaptar à realidade do Amazonas o método avaliativo da Assistência Farmacêutica, originalmente desenvolvido e aplicado nos municípios de Santa Catarina e do Pará, contando com a participação de atores sociais locais.

1. METODOLOGIA

O desenvolvimento da pesquisa observou todos os protocolos éticos e administrativos exigidos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) em 31 de agosto de 2022, sob o CAAE nº 60851222.0.0000.5020, referente à avaliação da capacidade de gestão da AF em 18 municípios do estado. O projeto também contou com a anuência dos municípios participantes e da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) (Apêndice C).

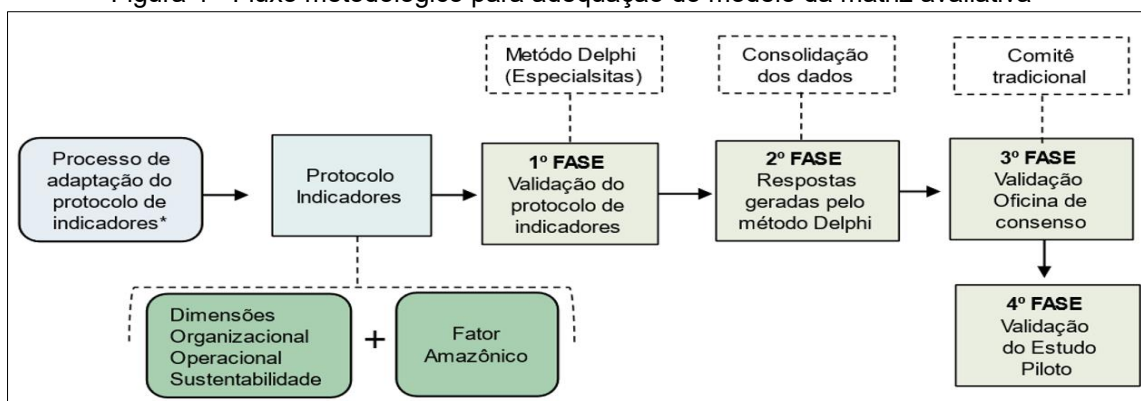
O processo de adaptação do protocolo de indicadores iniciou-se em janeiro de 2023, tomando como base as matrizes avaliativas desenvolvidas em duas regiões do país: a matriz da região Sul, com 44 indicadores, e a matriz aplicada no Pará, composta por 17 indicadores. Ambas estão estruturadas em três dimensões fundamentais: organizacional, operacional e sustentabilidade. Para cada indicador, foram estabelecidas medidas e parâmetros (Leite *et al.*, 2015; Gomes *et al.*, 2023).

Com base no protocolo, foi elaborado um questionário no *Google Forms* para avaliação dos indicadores, dando início à primeira fase de validação pelo método Delphi (Figura 4). Em abril de 2023, durante uma reunião com a DPAF/AM, foram convidados 30 especialistas em AF no Amazonas, dos quais 20 atuavam em municípios do interior. Os convites foram enviados por e-mail em

maio de 2023 e, nesta etapa, 26 especialistas responderam ao questionário de forma individual e anônima.

Na fase I, os participantes analisaram os indicadores das dimensões da matriz avaliativa com base nos critérios de clareza, relevância e facilidade de obtenção dos dados, seguindo o estudo de Deslandes *et al.* (2010). Cada participante realizou a avaliação de forma independente, atribuindo notas em uma escala Likert de cinco pontos: "não concordo totalmente", "não concordo parcialmente", "indiferente", "concordo parcialmente" e "concordo totalmente". Ao final de cada dimensão, foi incluída uma questão para verificar se cada medida sofria interferências específicas do contexto amazônico, assegurando a adequação das medidas e indicadores propostos à realidade deste território.

Figura 4 - Fluxo metodológico para adequação do modelo da matriz avaliativa



Fonte: Autora, com base nos estudos de Leite *et al.*, 2015. Guimarães, 2007.

Legenda: *Modelo de avaliação da capacidade de gestão da AF nos municípios do Sul do Brasil, fundamentado em um estudo realizado na região nordeste.

Na segunda fase, as respostas foram consolidadas e os dados tabulados no Microsoft Excel®. A mediana foi calculada para cada critério de avaliação de cada indicador. Os critérios que apresentassem mediana igual a 3 ou 4 seriam considerados aprovados, enquanto os demais levados para discussão em grupo, utilizando a técnica de comitê tradicional (Manzini; Farias, 2015). Como nenhum critério apresentou mediana inferior a 3, optou-se por discutir todos os indicadores utilizando a técnica de consenso em comitê tradicional.

No Quadro 3 apresenta-se a relação dos participantes do comitê tradicional, selecionados com base em sua vinculação e experiência com a AF. Uma discussão aberta com os 14 especialistas foi realizada no dia 18 de maio de 2023, na Escola do Legislativo Senador José Lindoso, em Manaus/AM, marcando o início da terceira fase de validação.

Quadro 3 - Participantes da oficina de validação do protocolo de indicadores

Item	Área de atuação dos farmacêuticos	Nº
1	Atendimento em unidade básica de saúde	1
2	Componente Estratégico da AF e Vigilância epidemiológica	1
3	Gestão AF em plantas medicinais e fitoterapia	1
4	Suporte técnico-científico ao magistrado (judicialização de medicamentos)	1
5	Farmácia Hospitalar	1
6	Saúde Mental - Atenção primária à Saúde	1
7	AF e Educação superior	2
8	Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em farmácia.	1
9	Coordenação da AF em municípios do interior do Estado.	5

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A partir das discussões, foram realizadas adequações na matriz avaliativa e desenvolvidos novos instrumentos de coleta de dados, considerando a matriz adaptada para realização de um estudo piloto. Dessa forma, a quarta fase caracterizou-se pela validação da matriz adaptada por meio do estudo piloto, realizado entre 11 e 13 de dezembro de 2023, no município de Manacapuru/AM, integrante da Região de Saúde do Rio Negro e Solimões.

Durante a discussão, foi destacado que os indicadores e critérios de avaliação da matriz são influenciados pelo FA. Para aprofundar a análise desses elementos, um novo questionário virtual foi enviado após a oficina. Nesse questionário, cada critério de avaliação da matriz foi classificado de acordo com a Escala Likert, que varia de 1 a 5, sendo 1 representando “não influência nada” e 5 “influencia muito”. Para análise dos resultados, foi calculada a mediana das respostas (1, 2, 3, 4 e 5). As respostas 4 e 5 foram agrupadas, por estarem acima do valor 3, sendo consideradas como indicativas de influência significativa. Por outro lado, as respostas 1 e 2 foram agrupadas, pois estão abaixo do valor 3, representando um grupo de “pouca ou nenhuma influência” (Manzini; Farias, 2015).

Após o estudo piloto, os critérios de avaliação da matriz, presentes nos instrumentos de coleta (checklists), passaram por ajustes ortográficos, reorganização da ordem e inclusão de perguntas adicionais. Essas alterações tiveram o objetivo de tornar os critérios mais compreensíveis, resultando na versão final da matriz.

2. RESULTADOS

Na fase de análise preliminar, foi incluída uma doença traçadora, a hanseníase, que representa um problema de saúde pública no estado do Amazonas (Bentes *et al*, 2024). O tratamento da hanseníase é realizado com medicamentos fornecidos pelo CESAF, o que evidencia a importância desse componente na AF. Além disso, foram incorporados contraceptivos orais e injetáveis, que integram o programa de Saúde da Mulher e pertencem ao CBAF. A aquisição e a distribuição desses itens são de responsabilidade do Ministério da Saúde, que os entrega às unidades federativas para posterior disponibilização às APS.

As premissas das dimensões não sofreram alteração de conteúdo, pois já contemplavam adequadamente o que se propõe avaliar. No entanto, novas premissas foram acrescentadas à dimensão operacional em decorrência da introdução de novos indicadores. Na adaptação inicial, foram inseridos dois novos indicadores, totalizando 19: cinco na dimensão organizacional, sete na operacional e sete na de sustentabilidade. Além da inclusão dos novos indicadores, outras modificações foram realizadas, tais alterações estão detalhadas no Quadro 4, que apresenta os tipos de mudanças realizadas antes das etapas de validação.

Quadro 4 - Tipos de alterações realizadas na adaptação inicial

Ação	Protocolo de Referência	Modificação	Local da alteração no protocolo adaptado
1. Inclusão de fontes	Indicador 1 (Dimensão organizacional)	Atas Reuniões da CFT	Dimensão organizacional - Item 1.2
	Indicador 4 (Dimensão organizacional)	Análise do Plano Municipal de Saúde, PPA, RDQA e RAQ.	Dimensão organizacional - Item 4.2
	Indicador 5 (Dimensão organizacional)	Registro/relatório sobre o diagnóstico da AF	Dimensão organizacional - Item 5.1
	Indicador 7 (Dimensão sustentabilidade)	Entrevista com usuários e profissionais	Dimensão organizacional - Itens 7.2 e 3
2. Modificações na redação da medida	Indicador 4 (Dimensão organizacional)	PPA e RAQ	Dimensão organizacional - Item 4.2
	Indicador 2 (Dimensão operacional)	Se sim, executa as etapas do manejo, quais? Sim, mas não executa. Se não, executa etapas do manejo e quais? Inexistência do plano e não executa as etapas de manejo.	Dimensão operacional - Item 2.2

Ação	Protocolo de Referência	Modificação	Local da alteração no protocolo adaptado
2. Modificações na redação da medida	Indicador 3 (Dimensão sustentabilidade)	..suporte técnico/Capacitação/Infraestrutura..	Dimensão sustentabilidade - Item 3.2
	Indicador 5 (Dimensão sustentabilidade)	... tratamento da HAS e Hanseníase e Planejamento familiar (contraceptivos)...	Dimensão sustentabilidade - Item 5.3
3. Modificações na redação do item de avaliação	Indicador 4 (Dimensão operacional)	... família	Dimensão organizacional - Item 4.1
	Indicador 5 (Dimensão organizacional)	...instrumentos ou indicadores de ...	Dimensão organizacional - Item 5.1
	Indicador 3 (Dimensão sustentabilidade)	...Equipes de Agente Comunitário de Saúde..	Dimensão sustentabilidade - Item 3.1
	Indicador 4 (Dimensão sustentabilidade)	Reconhecimento pelos usuários dos meios/contatos acessíveis...	Dimensão sustentabilidade - Item 4.2
4. Inclusão de item avaliativo para contemplar especificidade regional.	Indicador 5 (Dimensão organizacional)	Existência de metas ou ações no plano municipal que promovam o acesso a medicamentos às populações da floresta e das águas em áreas remotas.	Dimensão organizacional - Item 5.2
	Indicador 6 (Dimensão operacional)	Utilização de critérios técnicos na classificação da prioridade de cada medicamento para auxiliar na programação de aquisição de medicamentos que considerem as características do município.	Dimensão operacional - Item 6.1
	Indicador 6 (Dimensão operacional)	Existência de planejamento da cadeia de distribuição de medicamentos baseada na sazonalidade ambiental.	Dimensão operacional - Item 6.2
	Indicador 6 (Dimensão operacional)	Existência de estratégia para o acesso da população que reside em áreas remotas aos medicamentos da atenção primária à saúde.	Dimensão operacional - Item 6.3
	Indicador 5 (Dimensão sustentabilidade)	... tratamento da HAS e Hanseníase e Planejamento familiar (contraceptivos)...	Dimensão operacional - Item 5.4
5. Inserção de indicadores	Indicador 6 (Dimensão operacional)	Logística regional	Dimensão operacional - indicador 6
	Indicador 7 (Dimensão operacional)	Financiamento	Dimensão operacional - indicador 7
6. Inclusão de item avaliativo	Indicador 7 (Dimensão operacional)	Existência do financiamento das três esferas de gestão para aquisição dos medicamentos da APS.	Dimensão operacional - Item 7.1
	Indicador 7 (Dimensão operacional)	Capacidade de captação de recurso para estruturação e desenvolvimento de serviços relacionados AF municipal	Dimensão operacional - Item 7.2

Ação	Protocolo de Referência	Modificações	Local da alteração no protocolo adaptado
6. Inclusão de item avaliativo	Indicador 7 (Dimensão operacional)	Capacidade de captação de recurso para estruturação e desenvolvimento de serviços relacionados AF municipal	Dimensão operacional - Item 7.2
	Indicador 7 (Dimensão operacional)	Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos do no último ano.	Dimensão operacional - Item 7.3
	Indicador 7 (Dimensão sustentabilidade)	Divulgação de informação para os prescritores sobre falta de medicamentos no município	Dimensão sustentabilidade - Item 7.3

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Legenda: CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica; RSS: Resíduos de Serviços de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; PPA:Plano Plurianua; RDQA:Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior; RAQ: Relatório de Atividade Quadrimestral.

Na fase I (Delphi), os especialistas avaliaram os indicadores e todos foram aprovados, obtendo pontuação entre 3 e 4, sendo, assim, foram encaminhados para discussão no comitê tradicional. As sugestões apresentadas pelos participantes na fase II (Validação - Oficina de Consenso) estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Sugestões apresentadas pelos participantes durante a fase I do processo de validação

Dimensão	Indicador	Sugestão
Dimensão organizacional	Indicador 1	Incluir as atas das reuniões da CFT para serem consideradas como fonte de informações
	Indicador 2	Substituir a palavra 'grau' por 'níveis de autonomia
	Indicador 4	Alteração na redação da medida, incluindo o PPA E RAQ
		Incluir a análise do Plano Municipal de Saúde, PPA, RDQA e RAQ como fontes de informações.
	Indicador 5	Incluir o registro ou relatório referente ao diagnóstico da AF na fonte.
Dimensão operacional	Indicador 4	Alteração na redação do item de avaliação, com a exclusão da palavra "família", mantendo apenas o termo "registro em prontuário".
	Indicador 6	Incluir indicador relacionado à logística regional, com três critérios de avaliação e suas respectivas métricas e fontes.
	Indicador 7	Incluir indicador relacionado ao financeiro, com três critérios de avaliação e suas respectivas métricas e fontes.
Dimensão sustentabilidade	Indicador 2	Modificação na redação do item de avaliação, com a exclusão das Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS)
	Indicador 3	Alteração na redação do item referente à medida, especificando a parceria além do repasse financeiro obrigatório. Inclusão de "suporte técnico, capacitação e infraestrutura" como elementos adicionais.
	Indicador 4	Alterar a redação do item de avaliação, substituindo o termo 'existência' por 'reconhecimento'.
	Indicador 7	Adiciona item de avaliação referente a "Divulgação de informação para os prescritores sobre falta de medicamentos no município".
		Incluir como fonte de informações entrevistas com usuários e profissionais

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A análise das respostas ao questionário virtual evidenciou que as dimensões de gestão organizacional, operacional e de sustentabilidade, assim como 58% dos indicadores da matriz, são influenciadas pelo fator amazônico, conforme demonstrado no Quadro 4-4.

Quadro 6 - Indicadores da matriz de avaliação da capacidade de gestão da AF com influência do fator amazônico

Dimensão	Indicador - Fator Amazônico
Operacional	Planejamento
Operacional	Boas Práticas em Logística
	Logística Regional
	Financiamento
Sustentabilidade	Força de trabalho
	Articulação

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

3. DISCUSSÃO

A vastidão territorial do estado, com seus municípios de difícil acesso, exige adaptações nos indicadores que considerem as limitações logísticas e geográficas. A participação ativa dos atores locais, como os farmacêuticos da APS, foi essencial para ajustar o método de avaliação. De acordo com Barreto e Guimarães (2010), as metodologias de avaliação precisam ser ajustadas ao contexto em que serão aplicadas, com indicadores que sejam revisados constantemente para refletir as mudanças e peculiaridades locais. Assim, a adaptação do método adotou uma abordagem flexível e incorporou as particularidades regionais no processo avaliativo (Apêndice D).

A matriz de indicadores do modelo de avaliação da capacidade de gestão da AF em âmbito municipal, desenvolvida no Estado do Pará (Gomes *et al.*, 2023), constituiu uma das principais referências deste estudo. Isso se deve ao fato de se tratar de uma matriz construída considerando as particularidades do território amazônico. Contudo, embora os estados do Pará e do Amazonas façam parte da mesma região do país, possuem características específicas que os diferenciam. Dessa forma, a matriz foi submetida a um processo de análise e ajustes para adequar sua aplicação ao contexto do Amazonas.

Ainda na fase III (Validação - Oficina de Consenso), foi discutida a temática do "fator amazônico" e sua relação com a assistência farmacêutica. De acordo com o grupo, no contexto da Política de Assistência Farmacêutica, o termo "fator amazônico" refere-se a um conjunto de características e desafios específicos da região amazônica, que impactam diretamente a implementação e a operacionalização dessa política.

A contribuição dos especialistas foi fundamental para caracterizar os elementos que compõem o fator amazônico, destacando aspectos como custos adicionais com logística e transporte, grande extensão territorial, particularidades no deslocamento, incluindo tempo, distância e meios de transporte, além de dificuldades de acesso à internet e à informação, todos com impacto direto na operacionalização da AF.

A partir da avaliação individual realizada pelos participantes, foi possível identificar com maior precisão quais dimensões e indicadores da matriz de avaliação da capacidade de gestão estão sob influência do fator amazônico. Esse reconhecimento reforça a importância de considerar as especificidades regionais nos instrumentos de avaliação e planejamento da AF.

CAPÍTULO 5. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS DO AMAZONAS

Este capítulo apresenta a aplicação do protocolo de indicadores por meio dos instrumentos de coleta de dados, bem como a análise das informações obtidas para a emissão de juízo de valor, caracterizando o processo avaliativo no contexto amazônico.

Os resultados aqui sistematizados serviram de base para a elaboração do artigo intitulado: Avaliação da Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica no Amazonas.

1. METODOLOGIA

1.1 Delineamento Geral

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, transversal e prospectiva de abordagem quantitativa e qualitativa, integrada ao projeto de pesquisa “Acesso à medicamentos na Amazônia: influência do fator amazônico sobre a assistência farmacêutica - AmazôniAF”, financiado pela Iniciativa Amazônia+10, por meio da Chamada de Propostas 003/2022 (CONFAP, 2022). O objetivo da iniciativa é apoiar a pesquisa e a inovação tecnológica na Amazônia Legal, promovendo a interação entre natureza-sociedade e o desenvolvimento sustentável e inclusivo da região. A iniciativa conta com a participação do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (Confap), do Conselho Nacional de Secretários para Assuntos de Ciência Tecnologia e Inovação (Consecti) e parceria do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O delineamento da pesquisa, assim como a análise, envolveu a triangulação de métodos, integrando resultados quantitativos e qualitativos para complementar os objetivos do estudo. Inicialmente, apresentam-se os resultados quantitativos, seguidos pela discussão dos resultados qualitativos. Essa abordagem de entrelaçamento permite a integração dos temas qualitativos com os resultados do domínio quantitativo (Fetters; Curry; Creswell, 2013).

A triangulação foi escolhida como estratégia para superar as limitações inerentes ao uso de uma única metodologia, permitindo uma investigação sob múltiplos ângulos e proporcionando uma compreensão mais profunda do objeto de estudo. Essa abordagem parte da suposição de que a coleta de diferentes tipos de dados oferece uma visão mais abrangente do problema de pesquisa. Para alcançar tal profundidade, o método utiliza estratégias de investigação que envolve a coleta de dados de forma simultânea. Esse processo inclui dados numéricos (por exemplo, obtidos por meio de instrumentos de checagem) quanto dados textuais (como em entrevistas), garantindo que o banco de dados represente uma combinação de informações quantitativas e qualitativas (Creswell, 2007).

Para estabelecer contato com a administração pública dos municípios selecionados, o DPAF/CEMA, em apoio à pesquisa, articulou-se com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS-AM). Como parte desse processo, foi solicitado um ponto de pauta para apresentação da pesquisa aos Secretários de Saúde, durante reunião realizada em 22 de setembro de 2023. Após o encontro, foram enviados e-mails contendo uma descrição detalhada do projeto e uma solicitação formal de anuência dos municípios em relação à participação na pesquisa. Essa abordagem garantiu o alinhamento e a formalização do apoio necessário para o desenvolvimento do trabalho de campo em cada localidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE nº 60851222.0.0000.5020 (Apêndice C).

Todos os participantes foram orientados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual o pesquisador apresentou os objetivos da pesquisa, os riscos, os benefícios e as garantias de segurança em relação ao sigilo das informações. Além disso, também foi disponibilizado o contato do pesquisador responsável para esclarecimento de dúvidas e informações sobre o processo de desistência da participação na pesquisa. Após aprovação, o TCLE foi assinado (Apêndice E e F).

1.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido em municípios do interior do estado do Amazonas, utilizando uma abordagem híbrida, que combinou procedimentos

remotos e presenciais, em 18 localidades distribuídas pelas nove regionais de saúde (Figura 5).

Figura 5 - Mapa Municípios do Amazonas Participantes da Pesquisa



Fonte: AmazoniAF, 2024.

A seleção dos municípios foi orientada por critérios específicos, de modo a assegurar que a amostra contemplasse a diversidade socioeconômica e a infraestrutura de saúde de cada região. Para cada uma das nove regionais do estado, foram selecionados dois municípios: o município-polo de referência da regional e aquele com o menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

A inclusão do município-polo permite captar dados de um centro regional de saúde. Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2001, o Município-polo é aquele que, conforme a estratégia de regionalização de cada estado, desempenha um papel de referência para outros municípios em qualquer nível de atenção (Rocha; Rache; Nunes, 2022). Por sua vez, a escolha dos municípios com o menor IDHM proporciona uma visão das áreas com maiores vulnerabilidades e limitações em serviços e acesso à saúde. Dessa forma, a combinação de ambos os critérios oferece uma análise mais equilibrada das condições e necessidades de saúde em diferentes contextos regionais.

Foram adotadas estratégias para garantir a adesão heterogênea dos municípios ao estudo. Embora todos os municípios-polos tenham assinado o termo de anuência após o contato inicial com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), observou-se resistência por parte dos municípios com baixo IDHM. Para superar essa dificuldade, foram implementadas duas estratégias de forma sequencial: inicialmente, realizaram-se tentativas adicionais de contato por telefone e aplicativos de mensagem. Em seguida, foi adotada uma abordagem sistemática nas regiões com baixa participação, onde os municípios passaram a ser contatados por ordem crescente de IDHM, até que um segundo município fosse incluído em cada região de saúde. Essa adaptação possibilitou alcançar a representatividade regional desejada.

1.3 Coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, foi elaborado um cronograma (Quadro 5) que contemplou as visitas aos 18 municípios-alvo entre dezembro de 2023 e agosto de 2024. As datas foram estrategicamente planejadas para coincidir com a estação chuvosa, de acordo com o Painel do Clima (<https://www.paineldoclima.am.gov.br/>) e a validação dos participantes da oficina, considerando ser este o período de melhor navegabilidade. A partir de agosto, ocorre a diminuição das chuvas, dando início à estação seca (Amazonas, 2024b). Essa análise foi fundamental diante das condições de acesso e do aumento dos custos operacionais durante a estação seca.

Manacapuru foi escolhido como município piloto por contemplar diferentes cenários: serviços de saúde urbanos, áreas rurais com acesso exclusivamente terrestre e áreas rurais com acesso apenas fluvial, além de contar com apoio local e estar situada a apenas 84 km de Manaus, com acesso rodoviário facilitado (Amazonas, 2023a). Após a coleta em Manacapuru, foram realizadas considerações e adaptações nos instrumentos e as estimativas de tempo de deslocamento interno no município e tempo de entrevistas. Somado às opções de deslocamento aos demais municípios a partir de Manaus, em janeiro de 2024, foi elaborado o cronograma para os outros 17 municípios e enviado para todas as SMS.

Quadro 7 - Cronograma e modais de transporte utilizados até a sede dos municípios (2023-2024)

Período		Modais de transporte			Período								
					2023	2024							
Item	Município	Aéreo ^d	Fluvial ^e	Terrestre ^f	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
1	Manacapuru			X	X								
2	Beruri		X			X							
3	Itacoatiara			X		X							
4	Urucurituba		X	X		X							
5	SGC ^a	X					X						
6	SIRN ^b		X				X						
7	Tefé	X						X					
8	Maraã		X					X					
9	Manicoré	X	X						X				
10	Eirunepé	X							X				
11	Parintins	X								X			
12	BVR ^c		X							X			
13	Boca do Acre	X		X							X		
14	Tabatinga	X									X		
15	SAI		X								X		
16	Ipixuna	X	X	X								X	
17	Lábrea	X											X
18	Humaitá			X									X

Fonte:Elaborado pela autora, 2024.

Legenda: SGC: Santa Isabel do Rio Negro. SIRN: Santa Isabel do Rio Negro. BVR: Boa Vista do Ramos. SAI: Santo Antônio do Içá. ^dAéreo: Aeronaves como ATR 42, ATR 72 e Cessna Caravan, operadas por companhias como Azul e Gol, além de pequenos aviões monomotores e bimotores, como o Cessna 182 e o Piper Seneca. ^eFluvial: inclui o navio-motor ou recreio, utilizado para transporte misto de passageiros e carga, e a lancha “expresso”, também chamada de Ajato ou lancha-motor. ^fRodoviário: ônibus e carro.

Cerca de trinta dias antes da visita ao município, era estabelecido contato por e-mail para confirmação da data de chegada no local de coleta. Essa data poderia ser ajustada caso o coordenador da AF estivesse ausente ou se algum evento local interferisse no processo de coleta. Também era agendada uma reunião virtual com o coordenador da AF, secretários de saúde e/ou o coordenador da APS, com o objetivo de esclarecer dúvidas e articular o apoio quanto à logística para o deslocamento da equipe, para as áreas urbana e rural.

Ao chegar no município, era realizada uma apresentação formal ao Secretário de Saúde ou, na sua ausência, ao Coordenador da APS, com o objetivo de ajustar o cronograma de visita nos estabelecimentos de saúde. Esses estabelecimentos incluíam a Secretária Municipal de Saúde (SMS), Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), UBS, Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), farmácias e outras unidades dispensadoras de medicamentos, com ou sem registro no CNES. A coleta de dados era realizada em, no mínimo, três dias, garantindo que pelo menos um deles fosse dedicado à zona rural. Nos

municípios sem viabilidade logística para a zona rural, a coleta era mantida apenas na área urbana.

O público-alvo abrangeu os usuários dos serviços de saúde e os profissionais envolvidos em diversas áreas, incluindo: Coordenador da AF, APS, Programa de Hanseníase, Doenças Crônicas (hipertensão e diabetes), Saúde da Mulher, gerente de unidade de saúde, farmacêutico, médico e atendente de farmácia. Além disso, em algumas ocasiões, foram realizadas entrevistas com o Secretário de Saúde, Coordenador da Defesa Civil e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

1.3.1 Instrumentos De Coleta

Foram elaborados oito instrumentos para a coleta de dados, com o objetivo de contemplar todos os indicadores e medidas da matriz avaliativa da AF. A divisão dos instrumentos compreendeu dois formulários – checklist para observação direta *in loco* e seis questionários com perguntas abertas e fechadas, aplicados nas entrevistas com diferentes atores no município. Os instrumentos são:

I) Formulários Checklists:

- Checklist Unidade de Saúde/Ponto de Apoio para Atendimento (Apêndice G)
- Checklist Central de Abastecimento Farmacêutico Municipal (Apêndice H)

II) Questionários – Roteiro de entrevista:

- Coordenação da Assistência Farmacêutica Municipal (Apêndice I)
- Coordenação Municipal de Atenção Primária à Saúde (Apêndice J)
- Farmacêutico da E-Multi ou UBS Municipal (Apêndice K)
- Coordenação de Unidade de Saúde Municipal (Apêndice L)
- Prescritor Municipal (Apêndice M)
- Usuário (Apêndice N)

Inicialmente, os instrumentos foram impressos e as respostas registradas para posterior digitalização. Contudo, essa prática revelou-se onerosa diante dos desafios logísticos enfrentados pelos pesquisadores para

acessar os municípios do interior do Amazonas, pois esses materiais exigem armazenamento adequado e ocupam espaço físico considerável. Além disso, as condições de transporte, predominantemente fluvial ou em aviões de pequeno porte, impõem limitações de peso por passageiro. Isso, somado ao longo tempo de deslocamento há um alto risco de perda de material durante o trajeto.

A solução encontrada foi o uso do KoBoToolbox, um *software* gratuito de coleta de dados desenvolvido para condições desafiadoras. Amplamente utilizado em crises humanitárias e por agentes em países em desenvolvimento, ele permite a coleta e o gerenciamento de dados em áreas de difícil acesso, facilitando o levantamento de informações em tempo real de forma eficiente (KoBoToolbox, 2024).

O sistema permitiu a criação dos questionários para entrevistas, que foram aplicados *off-line* e, posteriormente, transferidos para o servidor assim que a conexão com a internet estivesse disponível. A possibilidade de utilizar o KoBoToolbox nos modos on-line e *off-line* foi essencial para a coleta, devido à presença de áreas remotas nos municípios, sem comunicação telefônica ou acesso à internet. Segundo estudo de Silva e Silva (2020), o KoBoToolbox é um *software* simples e intuitivo, mostrando-se mais eficiente que questionários tradicionais impressos, economizando tempo do pesquisador nas etapas de coleta e tabulação de dados.

Uma segunda ferramenta tecnológica empregada na pesquisa foi o aplicativo UTM GeoMap, instalado em um *smartphone* para registrar localizações geográficas visitadas, facilitando o registro preciso dos pontos explorados. Disponível para *Android* na *Play Store*, o aplicativo é voltado para trabalhos com mapas, coordenadas, localização e análise espacial. Ele transforma o *smartphone* em um GPS portátil, capaz de capturar informações como latitude, longitude, UTM e MGRS, com a vantagem de operar *off-line*. Os dados podem ser armazenados com notas e fotos, ou exportados em formatos como .CSV, .KML e .GPX. O aplicativo está disponível em 14 idiomas, incluindo o português, e oferece ferramentas de geoprocessamento.

O estudo de Narusawa, *et al.* (2024), também realizado na região Norte, no estado do Pará, destaca que o aplicativo UTM GeoMap, instalado em *smartphones*, pode ser uma alternativa viável para substituir dispositivos

convencionais de sistemas de orientação, posicionamento e navegação, que apresentam custos mais elevados.

1.3.2 Análise dos Dados Coletados e Emissão do Juízo de Valor

Os dados obtidos foram organizados e tabulados utilizando o *software* Microsoft Excel®. Para a análise, foi realizada uma triangulação de métodos conforme sugerido por Creswell (2007), aplicando estatísticas descritivas e uma análise qualitativa.

Durante a etapa de análise, foi adotado um sistema de codificação para os 18 municípios participantes, identificando-os por letras de A a R. A atribuição das letras seguiu critérios baseados na faixa de pontuação do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), iniciando pelos municípios classificados com alta vulnerabilidade até aqueles com muito alta vulnerabilidade social. Além disso, considerou-se o Índice de Equidade, estruturado em quatro estratos (1 a 4), sendo o estrato 1 correspondente aos municípios com maior grau de vulnerabilidade e menor porte populacional.

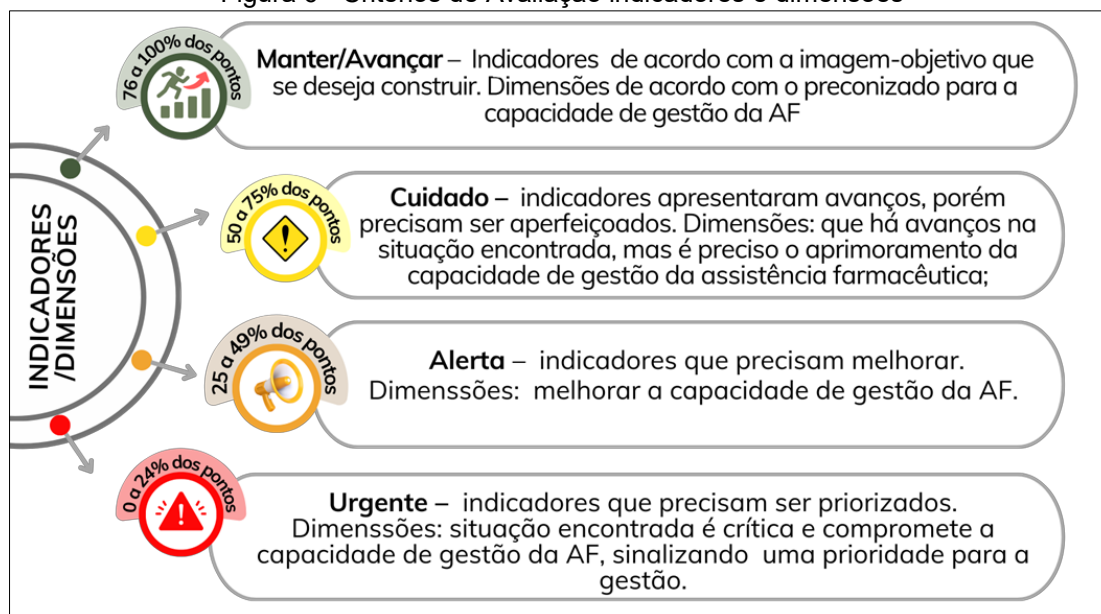
Com base nesses dois índices, os municípios foram codificados por letras e agrupados conforme sua classificação como polo regional ou não polo regional: municípios polo regional (A, B, C, D, E, F, G, I e N) e municípios não polo (H, J, K, L, M, O, P, Q e R). Essa codificação teve como objetivo garantir o anonimato das unidades analisadas, ao mesmo tempo em que possibilitou a comparação entre contextos com diferentes perfis de vulnerabilidade e funções regionais.

O foco desta pesquisa é avaliar a capacidade de gestão da AF como um processo em desenvolvimento. O objetivo não é classificar a gestão como boa ou ruim, mas analisar quanto a capacidade de gestão da AF avançou ou ainda precisa avançar para atingir a meta desejada (Manzini; Farias, 2015). Assim, nesse estudo, cada indicador possui medida e parâmetro, que juntos formam o conjunto de subsídios para a emissão do juízo de valor por cores.

A transformação dos dados em uma escala de cores facilita a visualização dos resultados obtidos. Da mesma forma que um semáforo sinaliza o fluxo do tráfego: com luzes verdes para indicar situações positivas, amarelo para situações de cuidado e vermelho para situações de perigo. Esse modelo de

apresentação baseia-se no trabalho desenvolvido pelo NEPAF (Barreto; Guimarães, 2010). A escala de cores adotada permite que os gestores identifiquem as áreas que precisam de atenção e aquelas que estão avançando conforme o esperado (Figura 6). Neste estudo, seguindo o trabalho de Rover *et al.*, (2017), foi adicionado a cor laranja entre o amarelo e o vermelho, representando um estado de alerta e evidenciando os indicadores que precisam melhorar.

Figura 6 - Critérios de Avaliação indicadores e dimensões



Fonte: Elaborado pela autora, baseado no estudo de Leite *et al.*, 2015; Rover *et al.*, 2015.

Os resultados foram organizados e apresentados por meio de painéis. Inicialmente, foi elaborado um painel geral contendo os dados das dimensões avaliadas para cada município e seus dados sociodemográficos. Em seguida, os dados foram dispostos em painéis específicos, estruturados de acordo com cada uma das dimensões analíticas adotadas no estudo (organizacional, operacional e sustentabilidade).

Cada painel reuniu os indicadores e critérios de avaliação correspondentes à dimensão analisada. A disposição dos dados considerou a pontuação obtida, associada a um juízo de valor representado por codificação cromática (verde, amarelo, laranja e vermelho). Além da representação visual e numérica, os resultados foram complementados por trechos dos relatos dos participantes, com o objetivo de aprofundar a compreensão e contextualização dos resultados quantitativos obtidos.

Para fins de organização, identificação e anonimato das entrevistas, foi adotado um sistema de codificação alfanumérica composto por três elementos: categoria do participante, identificada por uma letra inicial: G para gestores em todos os níveis (exceto coordenadores da AF), F para farmacêuticos (incluindo os coordenadores da AF), P para outros profissionais de saúde não gestores, como prescritores, e U para usuários do SUS.

Após essa primeira letra indicativa do perfil do entrevistado, foi incluído o código do município, com base na identificação interna do projeto. Em casos de mais de um entrevistado do mesmo perfil no mesmo município, adicionou-se uma sequência numérica. Por exemplo, a codificação FA1 corresponde a uma fala de um farmacêutico (F) do município identificado como A, sendo essa a primeira entrevista com um participante desta categoria no referido município.

2. RESULTADO

Para avaliar a capacidade de gestão da AF nos municípios amazonenses, foram visitados 136 estabelecimentos da APS, com um total de 780 entrevistados, sendo 378 profissionais e 402 usuários, tanto da área urbana quanto rural.

O Quadro 8 apresenta os resultados por dimensão da avaliação da capacidade de gestão da AF municipal. Entre os municípios da amostra amazonense, os aspectos da dimensão organizacional foram os que mais evidenciaram diferenças, com variações que vão entre os níveis intermediário e crítico, da cor amarela à vermelha. Contudo, a predominância das cores amarela e laranja, que correspondem, respectivamente, aos níveis de “cuidado” e “alerta”. A cor amarela predominou nos municípios-polo (alta vulnerabilidade), indicando que, embora haja avanços, ainda é necessário aprimorar a capacidade de gestão da AF. Já a cor laranja foi mais frequente nos municípios com muito alta vulnerabilidade social, o que reforça um sinal de alerta para necessidade de melhorar a capacidade da gestão da AF nesses territórios, a fim de garantir a efetividade das ações e a equidade no acesso aos serviços farmacêuticos.

Na dimensão operacional os municípios avaliados situaram-se entre as cores amarela e laranja, com predominância da cor laranja em 12 municípios, demonstrando que, embora sejam observados avanços na gestão, alguns

aspectos precisam ser enfatizados, como manutenção e expansão dos recursos logísticos e gerenciais. Destaca-se, mais uma vez, a predominância da cor laranja nos municípios com muito alta vulnerabilidade social.

De forma semelhante, na dimensão da sustentabilidade, as cores amarela e laranja também predominaram entre os municípios avaliados, com destaque para a cor laranja em 11 municípios. Esses achados acionam novamente os sinais de “cuidado” e “alerta”, indicando que, apesar dos avanços, ainda é necessário aprimorar a capacidade de gestão da AF. As limitações observadas nessa dimensão se referem à institucionalização de estratégias e mecanismos que garantam a continuidade e consolidação dos resultados alcançados pela gestão.

A partir disso, os resultados indicaram que, em todas as dimensões avaliadas, ao menos um município apresentou a cor verde, correspondente ao nível "Manter/Avançar", o que sinaliza que, nesses casos, a capacidade de gestão da AF está em conformidade com os parâmetros preconizados. Por outro lado, apenas um município foi classificado com a cor vermelha, nível "Urgência", refletindo uma situação crítica que compromete a capacidade de gestão da AF e, portanto, demanda atenção prioritária por parte da gestão municipal. Ressalta-se que esse município, possui o menor índice de vulnerabilidade social entre os municípios da amostra.

Quadro 8 - Resultados das Dimensões da Gestão em Cores para cada Município e Dados Sociodemográficos

Município	Dimensão (Protocolo)			Características sociodemográficas						
	Org.	Oper.	Sust.	Pólo	IVSa	IED	IDHM	Porte Populacional	Densidade Demográfica hab/km²	Pop. Rural (%)
A	68%	55%	75%	Sim	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte Grande	10,01 a 25,00	33%
B	61%	46%	41%	Sim	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte Grande	10,01 a 25,00	57%
C	51%	51%	43%	Sim	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte médio	10,01 a 25,00	57%
D	57%	76%	60%	Sim	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte médio	1,01 a 10,00	50%
E	53%	45%	46%	Sim	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte médio	1,01 a 10,00	19%
F	55%	47%	46%	Sim	Alta vulnerabilidade social	3	Médio	Porte médio	0,15 a 1,00	62%
G	43%	55%	67%	Sim	Muito alta vulnerabilidade social	2	Médio	Porte médio	10,01 a 25,00	47%
H	80%	59%	64%	Não	Muito alta vulnerabilidade social	2	Baixo	Porte médio	1,01 a 10,00	36%
I	59%	53%	43%	Sim	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	28%
J	31%	49%	54%	Não	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	30%
K	32%	32%	30%	Não	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	37%
L	37%	40%	53%	Não	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	50%
M	26%	38%	42%	Não	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	50%
N	45%	28%	50%	Sim	Muito alta vulnerabilidade social	1	Baixo	Porte Pequeno II	0,15 a 1,00	41%
O	36%	32%	48%	Não	Muito alta vulnerabilidade social	1	Muito Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	31%
P	26%	35%	48%	Não	Muito alta vulnerabilidade social	1	Muito Baixo	Porte Pequeno II	1,01 a 10,00	31%
Q	31%	34%	45%	Não	Muito alta vulnerabilidade social	1	Muito Baixo	Porte Pequeno I	0,15 a 1,00	29%
R	20%	29%	37%	Não	Muito alta vulnerabilidade social	1	Muito Baixo	Porte Pequeno I	0,15 a 1,00	50%

Fonte: Elaborado pela autora 2024.

Legenda: Org.: Organizacional. Oper.: Operacional. Sust.: Sustentabilidade. Pop.: População. IVS: Índice de Vulnerabilidade Social. IED: Índice de Equidade e Dimensionamento. IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. aIVS é composto por variáveis, como renda, escolaridade, saneamento básico, moradia, trabalho e saúde e está relacionado ao bem-estar da população, são categorizados em: muito baixa vulnerabilidade social (0 e 0,200); baixa vulnerabilidade social (entre 0,201 e 0,300); média vulnerabilidade social (entre 0,301 e 0,400); alta vulnerabilidade social (entre 0,401 e 0,500); e muito alta vulnerabilidade social (entre 0,501 e 1). bIED, utilizado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS-MS), visa uma distribuição mais equitativa dos recursos federais para a APS, classifica os municípios em quatro estratos com base na vulnerabilidade social e tamanho populacional: Estrato 1 (mais vulneráveis e de menor porte populacional (1 a 1,5), Estrato 2 (1,6 a 2), Estrato 3 (2,1 a 3), e Estrato 4 (acima de 3). Essa classificação permite identificar e priorizar municípios que necessitam de maior apoio na alocação de recursos, contribuindo para uma melhor equidade no acesso aos serviços de saúde. c Porte Populacional: Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes.); Pequeno Porte II (de 20.001 a 50.000 habitantes.) e Médio Porte (de 50.001 a 100.000 habitantes.). d Percentual da população rural foi calculado de forma indireta, utilizando como referência o percentual da população rural do Brasil em 2010, com base na população geral de 2022.

2.1 Dimensão Organizacional

O Quadro 9 apresenta os resultados dos indicadores da dimensão organizacional, composta por cinco indicadores, cada um deles estruturado por um a três critérios de avaliação. Em seguida, são detalhados os achados das entrevistas e das observações de campo correspondentes a esses indicadores.

Quadro 9 - Matriz de Avaliação (Dimensão Organizacional)

Dim.	Indicador	O que avalia?	Município-Polo Regional									Município Não Polo									
			A	B	C	D	E	F	G	I	N	H	J	K	L	M	O	P	Q	R	
Organizacional	1. Institucionalidade	1.1 Condição de existência da Coordenação da AF na Secretária Municipal de Saúde	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	5	5	5	5	5	10
		1.2 Existência formal da Comissão de Farmácia e Terapêutica na SMS com funcionamento regular	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2. Autonomia	2.1 Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF	21	5,3	5,25	10,5	21	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	0	5,25	10,5	10,5	5,3	10,5	0	
	3. Condições estratégicas	3.1 Profissão do coordenador da AF	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
		3.2 Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de UBS	5	5	5	2,5	5	5	5	5	5	5	5	2,5	2,5	5	5	2,5	5	5	
		3.3 Existência de REMUME, com medicamentos que não constem na RENAME 2022 e/ou em elencos pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	4	4	4	0	4	0	4	4	4	8	0	4	4	0	0	0	0	0	
	4. Participação	4.1 Participação de farmacêuticos e outros profissionais de saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde e dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano.	6	6	6	3	0	3	3	6	0	6	0	0	0	0	0	3	0	0	
		4.2 Participação do farmacêutico e outros profissionais da AF na construção do PPA, RDQA e RAG.	2,5	5	0	5	2,5	0	0	2,5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	
		4.3 Participação da Coordenação da AF nas discussões / decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	5,5	11	5,5	11	5,5	11	5,5	5,5	0	11	0	0	5,5	0	0	5,5	5,5	0	
	5. Planejamento (FA)	5.1 Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5.2 Existência de metas ou ações no plano municipal que promovam o acesso a medicamentos às populações da floresta e das águas em áreas remotas.		0	0	0	0	0	10	0	10	10	10	0	10	10	0	10	0	0	0		

Fonte: Elaborado pela autora 2024.

- Indicador 1 - Institucionalidade

O indicador de institucionalidade avalia a existência da Coordenação da Assistência Farmacêutica (AF) na SEMSA, assim como a formalização de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) ou a participação em CFT regional.

- Coordenação da Assistência Farmacêutica

Dos 18 municípios avaliados, 14 apresentavam uma Coordenação de AF formalmente instituída por norma, com a designação de cargo comissionado para o coordenador. Nos municípios L, M, O, P e Q, todos classificados como não polos, embora haja reconhecimento das funções de gestão da AF, não se observou a devida formalização administrativa.

Durante a entrevista com a coordenadora da AF do município A, foi destacado o processo de reorganização e valorização da coordenação no contexto da gestão municipal. Segundo suas palavras:

"Quando a gente assumiu a coordenação... A gente foi apontando os pontos positivos e pontos negativos que a gente poderia melhorar. E aí acabou que a coordenação se tornou bem importante para a secretaria. Porque a gente conseguiu melhorar toda a questão de logística, a programação de compra [...] Então assim, a gente acabou se tornando uma parte essencial da gestão, né? Para a secretaria, no caso (FA1)".

- Comissão de Farmácia e Terapêutica

Em contraste com a institucionalização da coordenação da AF, em apenas dois municípios foi verificada a existência formal de CFT, sendo um município polo e outro não polo. Nos demais 16 municípios, as entrevistas revelaram o desconhecimento ou a ausência de iniciativas concretas para a implementação dessas comissões, conforme ilustram os diálogos a seguir:

"Pesquisadora: Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica no município?

Entrevistado: Não.(FO1).

Pesquisadora: O senhor sabe o que é?

Entrevistado: Não. Tudo isso dá pra implantar no município? (FO1).

Outro exemplo foi identificado na entrevista com o coordenador de AF do município J, que relatou a intenção de implantar a comissão, mas não conseguiu viabilizá-la:

"[...] Eu ia montar essa comissão, só que não deu tempo. Porque essa comissão... quantos farmacêuticos? Na verdade é um farmacêutico, mas é um enfermeiro, um médico, não é isso? Uma psicóloga... Pois é, eu ia ter uma reunião com a Secretaria de Saúde, mas na verdade eu não consegui ter esse tempo." (FJ1).

- Indicador 2 – Autonomia

Este indicador avalia o grau de autonomia que a Coordenação de AF possui para tomar decisões no âmbito da gestão local. Nos municípios A e E, a coordenação da Assistência Farmacêutica desenvolve ações que garantem autonomia decisória no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Na matriz de avaliação, foram definidas três ações, as quais são integralmente executadas por esses municípios, demonstrando um alto grau de autonomia. Já em relação aos demais municípios analisados, foi possível identificar variações nesse aspecto: dez apresentaram cor amarela em relação à autonomia na gestão da AF, quatro laranja, em dois casos, identificou-se ausência de autonomia.

No caso do município J, embora a pontuação geral o situe na cor amarela, a percepção da própria coordenadora da AF revela limitações no exercício de sua função, além de dificuldade para consolidar um espaço decisório no âmbito da gestão municipal. A esse respeito, ela relatou:

“Eles não enxergam como uma coordenadora [...] nós tomamos as nossas decisões, quem opina mais é a secretária [...] às vezes os meninos que estão abaixo de mim. E quando eu tomo uma decisão, não é levada a sério, entendeu?” (FJ1).

No município C, caracterizado por baixa autonomia, observou-se, a partir da entrevista, a inexistência de ações sistematizadas de acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias das unidades de saúde. Ao ser questionada sobre essas atividades, a coordenadora atribuiu essa lacuna à escassez de recursos humanos e à sobrecarga de responsabilidades. Em suas palavras:

“Não, não tem essa parte ainda, [...] eu trabalho sozinha, mas a gente tem muita vontade, no caso eu [...] Mas a minha missão [...] é fazer implantação de programas, a gente fazer um dia [...] do uso racional de medicamentos, como a gente vê que está acontecendo no município de Manaus, mas infelizmente, a nossa equipe aqui da assistência é muito pequena, não tem como a gente, nesse momento a gente fazer isso acontecer.” (FC1).

Observou-se que os municípios que apresentaram alto grau de autonomia, pertencem ao grupo dos municípios polos. Por outro lado, a ausência total de autonomia foi identificada exclusivamente entre os municípios não polo.

- Indicador 3 – Condições estratégicas

Este indicador busca compreender aspectos estruturantes da gestão da AF no município. Para isso, considera-se: a formação profissional da pessoa

responsável pela coordenação da AF, reconhecimento da coordenação da AF pelos profissionais da rede e a presença de uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) que incluía medicamentos fora da RENAME 2022 e/ou não pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

- Profissão do coordenador da AF

Todos os 18 coordenadores da Assistência Farmacêutica são profissionais farmacêuticos.

- Conhecimento da existência da coordenação da AF

O reconhecimento da coordenação da AF foi observado em 14 municípios, mostrando-se mais consolidado nos municípios polo, dos quais oito pertencem a esse grupo. Nesses locais, farmacêuticos das unidades de saúde e coordenadores das UBS afirmaram conhecer a existência da coordenação da AF. Já em quatro municípios, apenas 50% dos entrevistados declararam ter conhecimento sobre essa coordenação, sendo três deles pertencentes ao grupo de municípios não polo.

Nos municípios D (polo), K e P (não polos), os gerentes de UBS entrevistados afirmaram desconhecer a existência dessa coordenação:

“Não tenho conhecimento.” (GD1).

“Se existe, eu não tô sabendo.” (GK1).

“Não sei [...] Mas eu acho que deve ter.” (GP1).

Em contraste, no município J (não polo), houve reconhecimento da existência da coordenação:

“Sim. Na qual a XXXXXX, né? Comanda lá, né?” (GJ1).

“Tem uma coordenadora que aí manda, né?” (GJ2).

- Existência de REMUME, com medicamentos que não constem na RENAME 2022 e/ou em elencos pactuados na CIB

A existência da REMUME institucionalizada por meio de norma foi identificada em apenas um município. Em 09 municípios, embora haja uma relação padronizada de medicamentos, esta não se encontra formalizada por meio de normatização oficial. Já em oito municípios, não há qualquer forma de REMUME vigente, sendo que seis deles pertencem ao grupo de municípios não polo.

Essa realidade foi evidenciada nas falas de prescritores entrevistados, conforme os exemplos a seguir:

Pesquisadora: É do seu conhecimento se existe no município uma lista padronizada de medicamentos?

Entrevistado: Não, não é do meu conhecimento (PM1).

Entrevistado: Não, assim, eu não conheço se tem uma lista do município. Até onde eu sei, nós temos medicação do RENAME mesmo (PJ1).

- Indicador 4 – Participação

O indicador 4, verifica o nível de inserção e envolvimento dos farmacêuticos e demais profissionais de saúde na formulação e desenvolvimento de instrumentos e processos de planejamento e gestão em saúde no município. Este indicador contempla a presença ativa de profissionais da AF nas seguintes instâncias e instrumentos de gestão: Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), Construção do Plano Plurianual (PPA), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Relatório de Atividade Quadrimestral (RAQ) e Discussões sobre programas e/ou atividades de saúde no município.

- Participação de farmacêuticos e outros profissionais de saúde na elaboração do PMS

Em cinco municípios, o PMS foi elaborado de forma participativa, contemplando objetivos, diretrizes e metas específicas para a AF, sendo que quatro deles são municípios polo. Em outros quatro municípios, o farmacêutico contribuiu tecnicamente para a elaboração do capítulo referente à AF, sem participação da construção das demais ações do plano. Nos demais nove municípios, os farmacêuticos não participaram da elaboração e/ou não têm conhecimento sobre o PMS, sendo que sete deles pertencem ao grupo dos municípios não polo.

Entre os municípios que participaram apenas da elaboração do capítulo referente à AF, destaca-se o município I. Durante a entrevista, foi registrado o seguinte diálogo:

Pesquisadora: "O/A senhor/a participou da elaboração do plano de saúde?"

Entrevistado: Em partes (F11).

Pesquisadora: Quando você fala em partes, é porque você fez a parte da assistência?

Entrevistado: Isso, a parte da assistência eu fiquei a par [...] de todos os tópicos que estavam nele." (F11).

Sobre a participação dos demais farmacêuticos do município na elaboração do plano, respondeu que não houve envolvimento coletivo, afirmando que somente a coordenação da AF havia participado.

- Participação da/o farmacêutica/o e outros profissionais da AF na construção PPA, RDQA e RAQ

Em três municípios, farmacêuticos e outros profissionais participaram da elaboração de mais de um instrumento. Em outros três, a participação ocorreu na construção de apenas um instrumento, enquanto em 12 deles não houve envolvimento na construção do PPA, RDQA e RAQ.

Observa-se que a participação na elaboração desses instrumentos predominou a participação dos municípios polos. Por outro lado, a ausência de participação concentrou-se no grupo dos não polos, totalizando oito localidades.

- Participação da Coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município

A coordenação da AF de quatro municípios apresentou múltiplas formas de participação nas discussões e decisões relacionadas a programas e/ou atividades de saúde no âmbito municipal, incluindo: elaboração do PMS, participação no Conselho Municipal de Saúde (CMS), elaboração do RDQA e envolvimento em reuniões de planejamento e avaliação da APS.

Em oito municípios, registrou-se pelo menos uma forma de participação da coordenação AF, enquanto em seis municípios não foi evidenciado envolvimento nos espaços de deliberação. A participação das coordenações mostrou-se mais expressiva nos municípios polo (oito), enquanto a ausência de participação predominou entre os municípios não polo (cinco).

Essa diferença foi evidenciada nas entrevistas. Em um dos municípios não polo (M), a coordenação da AF relatou não ter inserção em articulações com outras áreas da APS, como a coordenação da ESF, para o desenvolvimento de ações integradas envolvendo medicamentos. Ao questionar sobre essa articulação, a resposta foi: “Ainda não, não participei [...] Porque tipo assim [...] a gente tá meio esquecido.” (FM1).

- Indicador 5 - Planejamento

Este indicador avalia o monitoramento da AF, bem como a existência de metas ou ações previstas no PMS direcionadas à promoção do acesso a medicamentos para populações da floresta e das águas.

- Presença de indicadores de monitoramento da AF e uso dos dados no planejamento

Em três municípios polos (B, C e D), foram identificadas ações de monitoramento da AF alinhadas ao diagnóstico municipal, com utilização dos

dados para subsidiar o planejamento das ações. Nos demais municípios (quinze), não foi verificada a realização de atividades de monitoramento da AF.

Durante entrevista com a coordenação da AF de um desses municípios sem monitoramento (município O), ao questionar sobre como é realizado o monitoramento das ações da AF, observou-se desconhecimento:

Pesquisadora: Eu não entendi... Como assim?

Entrevistado: (silêncio ou expressão de dúvida) (FO1).

Pesquisadora: Você conhece o Plano Municipal de Saúde? Já viu?

Entrevistado: Não. (balança a cabeça negativamente) (FO1).

- Previsão de ações no PMS para ampliar o acesso a medicamentos em áreas remotas

Em sete municípios, identificou-se a presença de metas ou ações no PMS voltadas à qualificação da AF, com foco na garantia do acesso a medicamentos eficazes e seguros às populações da floresta e das águas em áreas remotas. Por outro lado, em onze localidades, o PMS não apresenta metas ou ações específicas relacionadas ao acesso a medicamentos.

A seguir, são apresentados exemplos extraídos dos PMS (2022-2025) de quatro municípios que representam as metas e ações:

- Município N: "Garantir o acesso aos medicamentos básicos no âmbito da Atenção Básica, promovendo o cuidado integral às pessoas nos diversos ciclos de vida."
- Município K: "Ampliar a dispensação de medicamentos e criar protocolos."
- Município L: "Promover o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica de forma racional."
- Município O: "Ampliar o acesso dos usuários do SUS a medicamentos e produtos para a saúde destinados ao tratamento de doenças ou agravos; promover o uso racional e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS."

2.2 Dimensão Operacional

O Quadro 10 apresenta os resultados dos sete indicadores da dimensão operacional, cada um composto por um a três critérios de avaliação. Em seguida, são detalhados os achados das entrevistas e das observações de campo correspondentes a esses indicadores.

Quadro 10 - Matriz de Avaliação (Dimensão Operacional)

Dim.	Indicador	O que avalia?	Município-Polo Regional										Município Não Polo							
			A	B	C	D	E	F	G	I	N	H	J	K	L	M	O	P	Q	R
Operacional	1. Condições Técnicas	1.1 UBS que contam com a presença de farmacêutico.	5	0	0	6	0	0	5	5	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0
		1.2 Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade / cartela fracionada sem indicação do prazo de validade no estoque	7	7	0	7	0	7	0	7	0	7	7	0	7	7	7	0	7	7
	2. Normatização	2.1 Existência de instrumentos de padronização (Procedimento Operacional Padrão (POP), manual) para dispensação de medicamentos.	8	0	8	8	0	0	0	0	0	8	0	0	8	0	0	0	0	8
		2.2 Existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).	6	0	8	8	8	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3. Infraestrutura (FA)	3.1 Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 2 anos em serviços farmacêuticos.	8	8	4	4	4	4	4	8	4	4	4	8	4	7,5	4	4	4	4
		3.2 Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança)	3,5	5,3	5	7	5	5,3	7	5,25	3,5	3,5	5,3	3,5	5	6	5	5	3,5	7
	4. Condições Operacionais	4.1 Existência de registro farmacêutico em prontuário.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0
		4.2 Existência de um sistema informatizado na SMS que contemple as necessidades da AF.	5	5	0	10	10	0	10	10	0	10	10	0	0	0	0	10	0	0
	5. Boas Práticas em Logística (FA)	5.1 Existência de instrumento/ método de programação para aquisição de medicamentos do CBAF, definição de distribuição de forma conjunta	0	8	8	8	4	8	8	8	4	8	4	4	4	4	4	4	4	0
		5.2 Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as UBS conforme a regularidade recomendada:	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	0
	6. Logística Regional (FA)	6.1 Utilização de técnicas de classificação de estoque de medicamentos para auxiliar na programação de aquisição de medicamentos que considerem as	0	0	3	3	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0
		6.2 Existência de planejamento da distribuição de medicamentos que considere a sazonalidade ambiental	0	1	1	2	2	1	2	2	1	1	0	0	2	2	1	1	1	0
		6.3 Existência de estratégia para o acesso da população que reside em áreas remotas aos medicamentos da APS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3
	7. Financiamento (FA)	7.1 Existência do financiamento das três esferas de gestão para aquisição dos medicamentos da APS.	1,5	1,5	3	3	1,5	0,75	3	1,5	0,75	3	1,5	1,5	0,75	1,5	0,75	0,8	0,75	0,75
		7.2 Capacidade de captação de recurso para estruturação e desenvolvimento de serviços relacionados AF municipal.	0,8	0	0,75	0	0,8	0	0	0,75	0	1,5	1,5	0	0	0	0	0	0,75	0
		7.3 Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos do componente básico no	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaborado pela autora 2024.

- Indicador 01 - Condições Técnicas

Este indicador avalia a existência de profissional farmacêutico nas UBS e identifica a presença de medicamentos vencidos e cartelas fracionadas sem indicação do prazo de validade no estoque dessas UBS.

- UBS com profissional farmacêutico presente

Por meio das entrevistas com os coordenadores da AF, verificou-se que seis municípios possuem farmacêuticos atuando nas UBS, enquanto doze municípios não dispõem desse profissional nas unidades, sendo que oito deles pertencem ao grupo de municípios não polo. O município D, classificado como polo, apresentou o maior número de farmacêuticos atuando em unidades de saúde, totalizando seis profissionais na APS, além do coordenador da AF.

- Existência de medicamentos vencidos e cartelas fracionadas sem validade

Durante a aplicação do checklist para visita às Unidades de Saúde ou Pontos de Apoio para Atendimento, especificamente na Parte II – Verificação da Disponibilidade de Medicamentos, foi registrada a data de validade dos medicamentos armazenados nas unidades visitadas.

Dessa forma, em doze municípios não foram identificados medicamentos fora do prazo de validade, nem cartelas fracionadas sem indicação da data de validade. Por outro lado, em seis municípios verificou-se a presença de ao menos um medicamento fora do prazo de validade nas unidades, sendo que quatro desses pertencem ao grupo de municípios polo.

- Indicador 02 - Normatização

O indicador verifica a presença de instrumentos formais de padronização, como Procedimento Operacional Padrão (POP) e manuais específicos para a dispensação de medicamentos, bem como a existência do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

- Existência de instrumentos de padronização para dispensação de medicamentos

A partir da entrevista com os coordenadores da AF e da análise do instrumento de padronização para dispensação de medicamentos, constatou-se que seis municípios dispõem de instrumentos formalizados para a padronização da dispensação. Em contrapartida, doze não possuem tais instrumentos. A distribuição do número de municípios com ou sem instrumentos é equivalente

entre os grupos polo e não polo, com três municípios de cada grupo possuindo os instrumentos, e seis de cada grupo não dispondo desses documentos.

Durante a entrevista no Município C, ao questionar a coordenação sobre a formulação de instrumentos, a coordenadora respondeu: “Na verdade, eu crio os POPs. [...] Os POPs são nossa ferramenta de trabalho, né? Eu fiz um fluxo de acordo com aquilo que eu achei mais viável pro meu trabalho. Melhor fluxo pra mim trabalhar.” (FC1).

- Existência de PGRSS

Dos 18 municípios analisados, três (todos polos regionais) possuem PGRSS e executam as etapas do manejo dos resíduos. Em dois municípios, embora exista o PGRSS, apenas uma etapa do manejo é efetivamente executada, indicando fragilidades na operacionalização do plano. Por outro lado, em 13 municípios não foi identificado o PGRSS e não são executadas nenhuma etapa do manejo dos resíduos. Dentre esses, estão incluídos os nove municípios não polo da amostra.

Durante entrevista com a coordenação da AF do município “E”, foi questionado se a UBS possuía um PGRSS e como era realizado o descarte desses resíduos. A resposta foi afirmativa: “Tem o PGRSS”. Ao ser perguntado se o plano contemplava todas as etapas de manejo, a entrevistada respondeu: “Tem!”. No entanto, ao indagar se todas as etapas descritas eram, de fato, executadas, a resposta foi negativa: “Não”. (FE1).

Diante disso, foi solicitado que especificasse quais etapas são realizadas na prática. A coordenadora explicou: “Recolhe todos os medicamentos possíveis das unidades. Quando a empresa vem, eles fazem o descarte.” (FE1). Confirmou que se trata de uma empresa privada, que realiza a coleta a cada três meses.

Sobre o armazenamento, afirmou: “Aqui atrás, numa casinha. A CAF recebe, e quando está cheia nossa caixa, a gente deixa armazenado numa casinha que tem aqui atrás.” (FE1). Esclareceu ainda que são coletados “todos” os resíduos de saúde, não apenas os da AF, e que o material permanece no local até a chegada da empresa.

- Indicador 03 - Infraestrutura

O indicador considera os investimentos realizados nos últimos dois anos voltados à melhoria da infraestrutura dos serviços farmacêuticos, bem como a existência de instrumentos e mecanismos de gestão que assegurem condições

físicas e ambientais adequadas para o armazenamento de medicamentos. São observados aspectos relacionados a estruturas externas e internas, iluminação, refrigeração e segurança dos ambientes utilizados.

- Investimentos em infraestrutura nos serviços farmacêuticos nos últimos 2 anos

Dos municípios avaliados, cinco realizaram investimentos em infraestrutura dos serviços farmacêuticos nos últimos dois anos, contemplando todas as questões elencadas na matriz de avaliação: reforma ou ampliação de farmácias em UBS; reforma ou ampliação da CAF; implementação de programas de capacitação de recursos humanos; informatização da rede; e aquisição de equipamentos e mobiliário voltados ao suporte das ações de AF. Além disso, treze municípios reportaram investimentos em pelo menos uma dessas questões.

No Município A, ao ser questionada sobre investimentos em infraestrutura na AF, a coordenação afirmou que sim: “Nos dois anos, sim.”. No entanto, ao aprofundar-se a pergunta quanto ao tipo de intervenção, se reforma ou ampliação da farmácia, da UBS ou da CAF, a resposta foi corrigida: “Não, na verdade, nos dois últimos anos, não [...] É, porque [...] em 2021, a gente veio pra cá, a gente trocou de prédio. Em seguida, foi informada que, em 2023, houve uma nova intervenção: “Aí houve a ampliação, esse ano [...] do cuidado farmacêutico.” (FA1).

- Existência de instrumentos para garantir as condições físicas e ambientais adequadas ao armazenamento de medicamentos

Durante a visita técnica às UBS dos municípios, foram verificados os instrumentos e equipamentos destinados à garantia das condições físicas e ambientais necessárias para o correto armazenamento de medicamentos.

Dos municípios avaliados, quatro apresentaram todos os instrumentos essenciais para a verificação e manutenção das condições ambientais, incluindo: termômetro digital, aparelho ar de condicionador, refrigerador próprio para armazenamento de medicamentos termolábeis e armário com chave para o armazenamento seguro de psicotrópicos. Entretanto, a maioria dos municípios, totalizando 14, apresentou disponibilidade parcial dos instrumentos, com presença de apenas 25% a 50% dos itens necessários para o controle adequado

das condições ambientais e de segurança para o armazenamento dos medicamentos.

- Indicador 04 - Condições Operacionais

Este indicador tem como objetivo verificar se há registro da atuação do profissional farmacêutico no prontuário dos pacientes, bem como identificar se a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dispõe de um sistema informatizado que atenda às necessidades da AF.

- Existência de registro farmacêutico em prontuário

A partir das entrevistas com os coordenadores da AF e da verificação *in loco* do sistema utilizado nas UBS, observou-se que apenas um município realiza o registro das atividades farmacêuticas diretamente no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Este município pertence ao grupo não polo.

Durante a entrevista com a coordenação da AF no município J, foi identificado que há existência de registro farmacêutico nos prontuários dos pacientes. Questionada sobre esse registro, confirmou ter acesso ao PEC e conseguir evoluir o acompanhamento do paciente. Relatou que antes os registros eram feitos manualmente, “no cartão... no manual, né?”, e que atualmente todo o registro é feito pelo sistema eletrônico PEC, reforçando a prática atual em uma comunidade rural ribeirinha, ao dizer: “Inclusive eu fui lá para o Itapeaçu, a gente atendeu [...] Agora é tudo pelo PEC.” (FJ1).

Por outro lado, 17 municípios não realizam o registro das ações farmacêuticas em prontuários, seja em formato eletrônico ou físico.

- Sistema informatizado na SMS que contemple as necessidades da AF

Observou-se que sete municípios utilizam o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Outros dois municípios possuem sistemas informatizados próprios, entretanto, estes não atendem plenamente às necessidades da AF, uma vez que não realizam o envio de dados para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS. Já em nove municípios, não há nenhum sistema informatizado implementado na SMS.

- Indicador 05 - Boas Práticas em Logística

O indicador 5, consiste em analisar o método de programação conjunta entre a AF e as UBS para a aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF.

Essa análise considera se a distribuição atende às necessidades das unidades rurais e ribeirinhas, levando em consideração fatores como distâncias geográficas, meios de transporte disponíveis e variações sazonais. Além disso, verifica-se a existência de um cronograma estabelecido para o abastecimento regular de medicamentos da CAF às UBS.

- Método de programação conjunta (AF e UBS) para aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF, adequado às necessidades das unidades

Observou-se que sete municípios utilizam métodos de programação de medicamentos, tais como: perfil epidemiológico da população, oferta de serviços de saúde, consumo histórico e consumo ajustado. Nesses municípios, a distribuição é realizada de forma conjunta entre a coordenação AF e as UBS. Também foi identificada a prática de adequação da distribuição para melhor atender às necessidades das UBS localizadas em áreas rurais, levando em consideração as longas distâncias e a sazonalidade dos acessos. A maioria desses municípios pertence ao grupo polo.

Em contrapartida, nove municípios não utilizam métodos de programação. Nesses casos, a distribuição de medicamentos é definida exclusivamente pela CAF e/ou pelas próprias UBS, embora também haja alguma adaptação às realidades das zonas rurais e ribeirinhas. Nesse grupo, predominaram os municípios não polo.

Por fim, em dois municípios (sendo um polo e um não polo), não há nenhum tipo de programação de medicamentos. A distribuição ocorre de forma desarticulada para áreas rurais e ribeirinhas.

- Existência de cronograma de abastecimento de medicamentos da CAF para as UBS

Foi identificado a existência de cronograma estabelecido para o abastecimento de medicamentos da CAF às UBS em 17 municípios analisados. Esses cronogramas seguem uma periodicidade definida, sendo semanal, quinzenal ou mensal, conforme a organização local. Apenas um município não polo, indicou a ausência de cronograma formalizado para o abastecimento.

De acordo com os relatos da equipe local, o cronograma de abastecimento de medicamentos no município H apresenta fluxos distintos entre áreas municipais. Na zona urbana, o abastecimento das UBS é realizado

semanalmente. As solicitações são encaminhadas à CAF sempre às quintas-feiras, e a entrega ocorre na sexta-feira, por meio da equipe de logística da SEMSA.

Na zona rural, as ESF realizam solicitações de medicamentos a cada 15 dias, com possibilidade de pedidos extras conforme a necessidade. O setor de logística realiza a retirada dos itens na CAF e os encaminha por embarcações, como lanchas ou barcos, até as comunidades. Já a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) segue um cronograma mensal de solicitação, complementado por pedidos adicionais, se necessário.

- Indicador 06 - Logística Regional

Com relação ao indicador de Logística Regional, o objetivo é analisar a aplicação de técnicas de classificação de estoque de medicamentos, de modo a apoiar a programação da aquisição, considerando as particularidades de cada município. Além disso, verifica-se a existência de um planejamento para a distribuição dos medicamentos que contemple a sazonalidade ambiental. Também são observadas estratégias que assegurem o acesso da população residente em áreas remotas aos medicamentos.

- Técnicas para classificar o estoque de medicamentos que auxiliam na programação de compras, considerando as particularidades do município

Técnicas de classificação de estoque de medicamentos, empregadas com a finalidade de apoiar a programação de aquisição com base em critérios como aspectos econômicos, perfil do usuário, características do fornecedor, essencialidade dos itens ou necessidades do processo operacional, foram identificadas em apenas cinco municípios avaliados. Em contrapartida, a maioria das gestões municipais (13) não adota métodos sistematizados para auxiliar na programação de aquisição.

- Existência de planejamento da distribuição de medicamentos que considere a sazonalidade ambiental

A pesquisa evidenciou que parte dos municípios considera a sazonalidade ambiental no planejamento da cadeia de distribuição de medicamentos, articulando aspectos técnicos como distribuição, segurança, transporte e sistemas de informação e controle. Observou-se que seis municípios realizam o planejamento considerando pelo menos dois desses

aspectos técnicos, enquanto outros oito o fazem com base em ao menos um desses elementos. Por outro lado, quatro municípios não consideram a sazonalidade ambiental no planejamento da distribuição de medicamentos.

No município B, durante o período sazonal de seca, caracterizado pela redução das chuvas, e conseqüentemente a diminuição do volume dos rios, a logística de abastecimento de medicamentos e insumos é adaptada com estratégias para garantir o alcance das comunidades rurais e ribeirinhas. A pesquisadora acompanhou todo o itinerário percorrido pelos medicamentos até uma dessas comunidades.

Durante a observação, foi possível identificar, que o trajeto usualmente realizado por via fluvial precisou ser alterado. Devido à diminuição do nível da água, a embarcação utilizada já não conseguia navegar até o destino final. Diante disso, além do uso da lancha, parte do trajeto mudou e também passou a ser realizada por via terrestre, com o apoio de uma caçamba para viabilizar a entrega dos medicamentos.

A distribuição tem início na CAF, de onde os itens são transportados em um veículo pequeno com carroceria aberta até o porto na sede do município. A partir desse ponto, seguem de lancha até a comunidade de destino. Ao chegar, medicamentos, insumos, alimentos e demais materiais destinados ao trabalho da equipe de saúde são acondicionados em uma caçamba, que também é utilizada para o transporte dos próprios profissionais. Com todos a bordo, o percurso continua por uma estrada de chão até a UBS flutuante.

- Existência de estratégia para o acesso da população que reside em áreas remotas aos medicamentos da APS

A maior parte dos municípios (17) relatou adotar alguma estratégia para garantir o acesso da população residente em áreas remotas aos medicamentos. Apenas um município não mencionou a implementação de ações com esse propósito.

No município G, observou-se que não há abastecimento regular de medicamentos diretamente nas comunidades da zona rural, uma vez que essas localidades não contam com Unidades de Saúde instaladas. Diante dessa limitação, os ACS desempenham papel de “facilitadores da logística” dos medicamentos, sendo responsáveis por identificar a demanda e transportar os medicamentos até os pacientes.

Durante a entrevista, o coordenador da AF descreveu o processo: “Ele visita o paciente. Vê a necessidade do paciente. Pega a receita.” (FG1). A partir dessas visitas, os ACS encaminham as prescrições até a sede do município para viabilizar a retirada e posterior entrega dos medicamentos, sobretudo para usuários em tratamento contínuo, como aqueles com hipertensão, diabetes e uso de medicamentos controlados. A dispensação ocorre mediante apresentação da receita.

Foi mencionado ainda que, para atender às necessidades mais imediatas, a CAF organiza kits contendo medicamentos isentos de prescrição, como analgésicos e antitérmicos, os quais são disponibilizados aos ACS para facilitar o acesso da população de áreas remotas. Além disso, observou-se que as ESF, ao realizarem ações itinerantes nas áreas rurais a cada dois meses, também são previamente abastecidas com medicamentos e insumos.

- Indicador 07 – Financiamento

O indicador 07 analisa a existência de recursos financeiros provenientes das três esferas de gestão, municipal, estadual e federal, destinados à aquisição de medicamentos para a APS. Além disso, avalia a capacidade do município em captar recursos para a estruturação e o desenvolvimento de serviços relacionados à AF municipal. Também é considerado o valor investido na aquisição judicial de medicamentos em comparação com o orçamento destinado à compra de medicamentos do CBAF no último ano.

- Existência do financiamento das três esferas de gestão para aquisição dos medicamentos da APS

Os 18 municípios informaram receber financiamento para aquisição de medicamentos proveniente de diferentes esferas de governo: federal, estadual e/ou municipal. Entre eles, quatro declararam contar com recursos das três esferas; sete relataram ter duas fontes de financiamento; e os outros sete mencionaram dispor de apenas uma fonte.

- Capacidade de captação de recurso para estruturação e desenvolvimento de serviços relacionados AF municipal

Sete municípios relataram capacidade de captação de recurso para estruturação e desenvolvimento de serviços relacionados à Assistência Farmacêutica municipal, provenientes de cofinanciamento federal, estadual, municipal e/ou de outras fontes (ONG / Emenda parlamentar). Dentre esses, dois

citaram confinamento de duas fontes, cinco mencionaram apenas uma fonte, e 11 nenhum confinamento.

- Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos do CBAF no último ano

Os dados revelam que os coordenadores da AF dos 18 municípios declararam desconhecer os valores empregados na aquisição de medicamentos decorrentes de demandas judiciais.

2.3 Dimensão Sustentabilidade

O Quadro 11 apresenta os resultados dos 07 indicadores da dimensão sustentabilidade, cada um estruturado por 01 a 04 critérios de avaliação. Na sequência, são detalhados os achados das entrevistas e das observações de campo correspondentes a esses indicadores.

Quadro 11 - Matriz de Avaliação (Dimensão Sustentabilidade)

Dim.	Indicador	O que avalia?	Município-Polo Regional										Município Não Polo									
			A	B	C	D	E	F	G	I	N	H	J	K	L	M	O	P	Q	R		
Sustentabilidade	1. Estratégias de comunicação (AF)	1.1 Estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de UBS ou	12	12	12	12	12	12	12	12	6	12	12	12	12	12	12	12	6	12		
	2. Força de trabalho (FA)	2.1 Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
		2.2 Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	6	0	0	6	0	6	6	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	3. Articulação (FA)	3.1 Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e das	7	0	7	7	7	0	0	0	7	7	0	0	7	7	0	0	7	0		
		3.2 Existência de parceria entre a Assistência Farmacêutica Municipal e a Coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	4. Controle Social	4.1 Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 2 anos.	7	0	0	7	0	1,75	7	1,75	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0		
		4.2 Existência de meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos e	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	5. Satisfação	5.1 Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos e ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na	6	6	6	4,5	5	6	6	6	6	6	6	5	6	4,5	6	6	6	6		
		5.2 Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
		5.3 Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos do componente básico disponíveis nas UBS para atendimento da demanda,	4	2	0	2	0	0	4	0	0	2	4	0	4	0	2	2	0	0		
		5.4 Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos do CBAF dos programas de saúde mental, doenças crônicas (hipertensão e diabetes),	4	2	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0	4	2	0	0		
	6. Legitimidade	6.1 Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componente básico) adotadas / padronizadas pelo município.	12	6	6	9	9	6	12	9	12	9	12	6	12	6	6	12	12	9,1		
		6.2 A gestão da AF desenvolve estratégias/projetos que reconhecem as práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	7. Transparência	7.1 Conhecimento da REMUME e recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS, segundo prescritores.	4	4	0	0	4	4	8	0	4	8	4	0	0	4	8	4	0	0		
		7.2 Divulgação de informação para os sobre falta de medicamentos para HAS no município pela coordenação de UBS e coordenação da AF.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0		
		7.3 Divulgação de informação para os prescritores sobre falta de medicamentos no município	3	1,5	1,5	3	1,5	3	3	1,5	1,5	3	3	0	3	1,5	3	3	1,5	3		

Fonte: Elaborado pela autora 2024.

- Indicador 01 - Estratégias de comunicação (AF e UBS)

O indicador de estratégias de comunicação analisa como os canais entre as UBS e a coordenação da AF são utilizados para resolver questões relacionadas a medicamentos. Busca compreender de que forma esses mecanismos contribuem para o encaminhamento e solução dos problemas ligados ao fornecimento e distribuição de medicamentos.

Todos os 18 municípios referiram a existência de estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação da AF. Em 16 municípios, mais de 75% dos entrevistados, entre coordenadores de UBS, responsáveis pelos pedidos de medicamentos e farmacêuticos, relataram a adoção de estratégias. Nos outros dois municípios, entre 50% e 74% dos respondentes também confirmaram a existência de estratégias de comunicação para esse fim.

No município D (polo), a gerência de uma UBS relatou a existência de canais de comunicação entre as coordenações. Durante a entrevista, destacou:

“A gente se encontra em reuniões, todos os gerentes” (GD1).
 Pesquisador: com qual frequência desses encontros com a coordenação da AF, explicou:
 “Sim, com o coordenador” (GD1).

Além das reuniões presenciais, a coordenação mencionou o uso de recursos digitais para comunicação:

“Pelo WhatsApp também” (GD1).

Ao ser questionada sobre outras formas de comunicação, a resposta foi negativa.

No município L (não polo), a gerência de uma UBS, relatou que o principal meio de comunicação com a equipe é o aplicativo WhatsApp, sendo utilizado tanto para esclarecimento de dúvidas quanto para orientações específicas:

Qualquer dúvida que ela tiver, qualquer orientação [...] Ela tem acesso ao grupo, mas as orientações são mais privadas. São mais, assim, farmacêutica e enfermeira. Assim, ela tem mais contato com a gente mesmo.” (GL1)

- Indicador 02 - Força de trabalho

Consiste em analisar o tipo de vínculo trabalhista do coordenador da AF, bem como identificar os farmacêuticos que receberam capacitação em AF, gestão, saúde coletiva, saúde pública ou áreas relacionadas nos últimos 2 anos.

- Vínculo trabalhista do coordenador da AF

Constatou-se que nenhuma das coordenações da AF nos 18 municípios possui vínculo estatutário. Foram identificadas outras formas de vínculos empregatícios, como cargos comissionados, contratos temporários, terceirizações, e demais formatos administrativos.

- Farmacêuticos capacitados em AF, gestão, saúde coletiva/pública ou áreas afins nos últimos 2 anos

Nos últimos dois anos, farmacêuticos de seis municípios considerados polos participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva, saúde pública ou áreas correlatas. Por outro lado, em 12 municípios não foram identificadas capacitações nos temas mencionados, sendo que todos os nove municípios não-polo encontram-se incluídos neste grupo.

- Indicador 03 – Articulação

O indicador verifica a existência de estratégias que promovam a integração entre a Coordenação da AF e as coordenações das equipes da ESF, assim como das coordenações dos programas de saúde. Essas estratégias visam o desenvolvimento conjunto de ações relacionadas ao acesso a medicamentos na APS. Além disso, o indicador também considera a existência de parcerias entre a AF Municipal e a Coordenação da AF estadual, voltadas para a realização de ações na área da AF.

- Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações das equipes de ESF e das coordenações dos programas de saúde

Foi confirmada, em nove municípios, a existência de estratégias de articulação entre a Coordenação da AF, as equipes de ESF e outras coordenações de programas de saúde, para ações relacionadas ao acesso a medicamentos. Contudo, em igual número de municípios, não se observou qualquer forma de articulação, o que evidencia a ausência de integração entre as coordenações nas ações voltadas ao acesso a medicamentos na APS.

- Existência de parceria entre a AF Municipal e a Coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área

A ausência de parcerias entre a AF Municipal e a Coordenação Estadual de AF foi mencionada por todos os municípios, indicando a inexistência de articulação institucional para o desenvolvimento de ações conjuntas na área.

- Indicador 04- Controle social

Este indicador refere-se à análise das discussões relacionadas às questões da área de AF realizadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde (CMS) nos últimos dois anos, além da verificação da existência de meios ou contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS. Esses canais devem possibilitar o recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos e serviços da AF.

- Discussões das questões da área de AF junto ao CMS nos últimos 2 anos

Nos últimos dois anos, em três municípios considerados polos, foram realizadas discussões sobre temas relacionados à AF no âmbito do CMS, abrangendo situações como a aprovação da REMUME, mudanças na organização dos serviços e a apresentação de novos projetos na área. Em quatro municípios, verificou-se que houve deliberação no CMS relacionada a apenas uma dessas temáticas. Por outro lado, em 11 municípios, não foram identificadas discussões sobre a AF no CMS no período analisado.

- Existência de meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos e serviços da AF

Com base nas entrevistas realizadas com coordenações de UBS e usuários nos 18 municípios investigados, não foi identificado o reconhecimento, por parte dos usuários, dos meios de acesso ou dos canais disponíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para o recebimento de críticas e sugestões relacionadas aos medicamentos e aos serviços da AF.

- Indicador 05 – Satisfação

O indicador tem como objetivo identificar o grau de satisfação dos usuários em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos, ao atendimento e às orientações fornecidas durante a dispensação. Também considera a opinião dos usuários sobre as condições físicas da farmácia. Além disso, busca compreender a percepção das coordenações da AF, farmacêuticos e prescritores sobre a adequação da variedade de medicamentos do componente básico e da quantidade disponível para atender às demandas dos programas de saúde mental, doenças crônicas (como hipertensão e diabetes) e planejamento familiar nas UBS.

- Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos e ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos

Em 16 municípios, mais de 75% dos usuários entrevistados relataram estar satisfeitos com o recebimento dos medicamentos, o atendimento prestado e as informações fornecidas pelos profissionais durante a dispensação. Em outros dois, sendo polos e não polos, esse percentual de satisfação variou entre 50% e 74%, indicando percepção positiva, ainda que em menor proporção.

- Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia

Durante as entrevistas, os participantes atribuíram uma nota de 1 a 5 para expressar seu grau de satisfação com as condições físicas da farmácia. Observou-se que, nos 18 municípios, mais de 75% dos entrevistados atribuíram a nota máxima (5) como média de satisfação, indicando um alto nível de satisfação com esse aspecto da infraestrutura.

- Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos do componente básico disponíveis nas UBS para atendimento da demanda

A partir das entrevistas realizadas com as coordenações da AF, farmacêuticos, prescritores e coordenadores de UBS, investigou-se a percepção desses profissionais quanto à adequabilidade da diversidade de medicamentos do CBAF disponíveis nas UBS para atender à demanda local.

Os resultados indicaram que, em quatro municípios, mais de 75% dos entrevistados avaliaram positivamente a adequação da diversidade de medicamentos. Em cinco, as respostas positivas variaram entre 50% e 74%. Já em nove municípios, menos de 50% dos profissionais consideraram adequada a diversidade de medicamentos ofertados.

Entre profissionais responsáveis pela prescrição, a percepção é de certa limitação:

"Pois é, eu diria que pela dificuldade da clínica, nós trabalhamos com limite. A gente atende uma boa parte, eu diria que a maioria dos casos, mais ou menos de 70%, 80%, a gente consegue trabalhar com essa medicação que é disponibilizada. Mas tem uma parcela que necessita de medicamentos que não estão incluídos na nossa lista. Tem." (PC1).

Embora a maior parte dos casos seja atendida com os medicamentos disponíveis na unidade, há uma demanda significativa por terapias que ultrapassa os itens padronizados:

"Tem os pacientes que não respondem bem ao tratamento primeiro que a gente disponibiliza. E como a gente trabalha com uma população com nível econômico muito, na maioria das vezes muito precária, é muito difícil que o paciente consiga adquirir a medicação por conta própria. Isso agora às vezes traz alguns problemas, a gente retarda a mudança das opções." (PC1).

- Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos do CBAF disponíveis nas UBS para o atendimento da demanda

Com base nas entrevistas com a coordenação da AF, farmacêuticos, prescritores e coordenação de UBS, investigou-se a percepção desses profissionais quanto à adequabilidade da quantidade de medicamentos do CBAF, disponíveis nas UBS para atender à demanda local.

Em dois municípios, sendo um polo e um não polo, mais de 75% dos respondentes avaliaram positivamente a oferta de medicamentos. Em seis municípios, o percentual de respostas positivas variou entre 50% e 74%. Já em nove municípios, menos de 50% dos entrevistados consideraram adequada a quantidade de medicamentos disponibilizada.

No município M, não polo, a percepção sobre a inadequação da quantidade de medicamentos disponíveis foi identificada durante entrevista com profissional responsável pela prescrição. Em sua resposta:

"A quantidade? Sinceramente, às vezes. Mas a senhora trabalha com farmácia, você sabe que no Brasil todo, nem sempre o paciente tem todo remédio. Para que eu vou mentir? A quantidade? É que às vezes falta remédio, não é um segredo." (PM1).

Na sua percepção a indisponibilidade impacta na adesão ao tratamento de pacientes com condições crônicas:

"Às vezes o paciente vem aqui e está descontrolada a pressão ou diabetes, porque não tem dinheiro para comprar remédio, às vezes falta, sim." (PM1).

- Indicador 06 – Legitimidade

O indicador de legitimidade tem como objetivo identificar se as prescrições de medicamentos estão fundamentadas nas listas oficiais de medicamentos do componente básico que são adotadas pelo município. Além disso, avalia se a gestão da AF implementa estratégias e projetos que valorizam e respeitam as práticas tradicionais e culturais da população no cuidado à saúde.

- Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componente básico) adotadas / padronizadas pelo município

Foram avaliadas prescrições médicas nas UBS, bem como as listas de medicamentos adotadas pelos municípios. Como resultado, observou-se que, em sete municípios, mais de 90% das prescrições continham medicamentos pertencentes ao elenco pactuado do CBAF. Nos demais 11 municípios, esse percentual variou entre 50% e 74% das prescrições alinhadas ao elenco pactuado.

- A gestão da AF desenvolve estratégias/projetos que reconhecem as práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde

Não foram identificadas, em nenhum dos municípios investigados, estratégias ou projetos desenvolvidos pela gestão da Assistência Farmacêutica que reconheçam ou integrem as práticas tradicionais e culturais da população relacionadas ao cuidado em saúde.

No município F, o profissional responsável pela prescrição relatou a existência de uma estratégia local que reconhece e incorpora práticas tradicionais de cuidado, articulada por meio de convênio entre o município e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI):

“A gente tem um benzedor aqui do lado. Ele faz as práticas tradicionais, esse é um convênio do município com DSEI, como a gente recebe pacientes do DSEI [...] aí ele faz a nossa medicação e passa uma magia. Então, ele é contratado pela Prefeitura.” (PF1).

A atuação do benzedor não substitui os tratamentos convencionais, mas funciona como um complemento solicitado por alguns pacientes e embora a atuação do benzedor seja reconhecida no cotidiano da unidade, ela não é vinculada à AF. Conforme reforçou:

“Ele é orientado a não, tipo, parar de tomar a medicação, ele não pode fazer isso, né? Aí faz a prática dele, é um complemento.” (PF1).

- Indicador 07 – Transparência

Este indicador tem como foco compreender o nível de conhecimento de profissionais responsáveis pela prescrição em relação à REMUME, além de identificar se recebem informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS. Também busca verificar se há comunicação, por parte das coordenações das UBS e da AF, sobre a falta de medicamentos no

município, bem como a existência de ações voltadas à divulgação dessa situação aos prescritores.

- Conhecimento da REMUME e recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS, segundo profissionais responsáveis pela prescrição

Nos municípios pesquisados, a percepção de profissionais responsáveis pela prescrição quanto ao conhecimento da REMUME e ao recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS apresentou variações significativas. Em três deles, mais de 75% dos entrevistados relataram ter conhecimento da REMUME e receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos. Em outros oito, esse percentual ficou entre 50% e 74%, enquanto nos sete municípios restantes, menos de 50% relataram ter acesso a essas informações.

- Divulgação de informação sobre falta de medicamentos para HAS no município pela coordenação de UBS e coordenação da AF

Os usuários entrevistados no município Q, categorizado como não polo, relataram que a coordenação da AF ou da UBS divulga informações referentes à falta de medicamentos. Em contrapartida, nos 17 demais avaliados, menos de 50% dos usuários indicaram que receberam esse tipo de informação.

- Divulgação de informação para os profissionais responsáveis pela prescrição sobre falta de medicamentos no município

Nas entrevistas, observou-se que, em dez municípios, a maioria dos profissionais responsáveis pela prescrição (mais de 75%) relatou receber informações sobre a falta de medicamentos. Em sete municípios, entre 50% e 74% dos entrevistados afirmaram ser informados sobre a indisponibilidade de medicamentos, enquanto em um município a proporção de respostas positivas foi inferior a 50%.

Embora o município B (polo regional) esteja entre aqueles que apresentaram respostas positivas na faixa de 50% a 74%, ao ser questionado sobre a comunicação referente aos estoques da farmácia, o profissional respondeu:

“Eu recebo quando eu vou atrás. Quando eu vou lá! Que chegam comigo, ou que chega algum documento [...] esse é o medicamento que a gente tem, não.” (PB1).

A fala evidencia que o acesso à informação sobre a disponibilidade de medicamentos depende da iniciativa individual do profissional, e não de um fluxo estruturado de comunicação entre o prescritor e a farmácia da unidade.

3. DISCUSSÃO

A capacidade de gestão pode ser compreendida a partir de três dimensões interdependentes: organizacional, operacional e de sustentabilidade. A dimensão organizacional envolve o planejamento e a tomada de decisões de forma participativa, autônoma e transparente. A operacional refere-se à manutenção e expansão dos recursos logísticos e gerenciais. Por sua vez, a sustentabilidade envolve a institucionalização de estratégias e mecanismos que assegurem a continuidade e consolidação dos resultados alcançados pela gestão (Guimarães *et al.*, 2004).

À luz desse referencial, os resultados são discutidos considerando como essas dimensões se manifestam no contexto do Amazonas. De acordo com especialistas que atuam no Estado, o chamado "fator amazônico" impacta todas essas dimensões, refletindo-se de maneira mais expressiva em indicadores específicos, como planejamento, infraestrutura, boas práticas em logística, logística regional, força de trabalho, articulação interfederativa e financiamento.

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

A estruturação da gestão da Assistência Farmacêutica depende de determinadas condições institucionais, conforme apontam Barreto e Guimarães (2010). Entre elas, destaca-se a existência de uma coordenação, direção ou divisão específica de Assistência Farmacêutica dentro da instituição. A formalização desse cargo ou função representa um importante indicador de institucionalidade, evidenciando que a gestão necessita de condições de estabilidade, reconhecimento formal e legitimidade para tomar decisões, propor políticas e atuar de forma autônoma e estratégica.

Nesse sentido, os dados deste estudo evidenciam diferentes realidades entre os municípios do Amazonas. Treze contam com uma Coordenação de AF instituída por norma e com a designação de cargo comissionado para o coordenador. Contudo, em cinco municípios não polos, embora haja reconhecimento das funções de gestão da AF, identificou-se a ausência de formalização da Coordenação ou a inexistência de atribuição formal do cargo de coordenador. Isso revela uma maior fragilidade nos municípios menores ou com

menor capacidade de estrutura administrativa, o que pode comprometer a organização das ações relacionadas à AF.

Durante a observação de campo no município L, foi possível constatar que a CAF estava instalada em um prédio denominado “almoxarifado”, que não apresenta condições mínimas de funcionamento administrativo: sem cadeiras, mesas e computadores. O ambiente utilizado unicamente para o armazenamento de medicamentos e insumos, sem equipe fixa. O local permanece fechado na maior parte do tempo com uma porta de madeira, e o terreno é delimitado por uma cerca frágil do mesmo material.

A coordenação da AF, embora informalmente vinculada à CAF, estava lotada na farmácia de uma UBS. A entrevista ocorreu na própria CAF, onde a pesquisadora sentou-se em uma caixa de papelão e a coordenação utilizou um banco de madeira, ambos posicionados em um canto seco do ambiente, já que parte do piso apresentava acúmulo de água devido a uma chuva recente.

Ressalta-se que os demais estabelecimentos de saúde da APS deste município contavam com estruturas reformadas ou de construção recente, bem como mobiliários adequados. Essa discrepância pode ser interpretada como reflexo da ausência de formalidade na coordenação da AF, visto que a existência de uma coordenação, direção ou divisão de AF na instituição é uma condição que favorece a estruturação da gestão da AF, conforme citado nas Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do SUS (Brasil, 2009b) e por Barreto e Guimarães (2010).

Outro fator que evidencia o reconhecimento institucional das questões relacionadas à gestão da AF é a formalização de uma CFT ou a participação em uma CFT regional. Essa comissão é uma instância, consultiva e deliberativa responsável pela seleção de medicamentos essenciais e pelo assessoramento da gestão em assuntos relacionados a medicamentos nos três níveis de atenção à saúde. Mesmo com as recomendações oficiais do Ministério da Saúde desde 2002, que estabelecem as ações organizacionais para as CFTs, a realidade em muitos municípios brasileiros ainda contrasta com essas diretrizes (Brasil, 2002).

Diversas cidades não possuem uma CFT instituída ou, quando a possuem, ela não está devidamente formalizada, como apresentado nos resultados deste estudo, que indicam que 88,9% dos municípios não possuem CFT nem participam de CFTs regionais (Quadro 01). Essa lacuna já havia sido

identificada em estudos anteriores, como o de Veber *et al.*, (2011), e persiste até hoje, conforme demonstrado por Gomes (2025), que constatou a inexistência formal de CFTs nos municípios avaliados no estado do Pará.

De forma semelhante, as entrevistas realizadas com as coordenações da AF nos municípios amazonenses revelaram não apenas a ausência de comissões formalmente instituídas, mas também um desconhecimento conceitual sobre suas funções e importância.

A autonomia decisória da coordenação da AF foi identificada em 16 municípios, e em apenas dois municípios classificados como não polos regionais, essa autonomia foi considerada inexistente. No entanto, apesar desse cenário relativamente positivo, as coordenações ainda não dispõem de autonomia plena sobre todos os aspectos da gestão da AF. A realidade da CAF relatada para o município L, é reflexo da fragilidade da coordenação da AF.

Esse cenário impacta a autonomia da coordenação da AF no âmbito municipal. Segundo Barreto e Guimarães (2010), essa autonomia é fortemente dependente do entendimento do gestor quanto à importância da AF como política de saúde, tornando-a mais vulnerável do que outros programas da APS, diante de mudanças políticas e administrativas na gestão de saúde. Além disso, a autonomia é frequentemente limitada pela insuficiência de farmacêuticos no setor público e as dificuldades operacionais envolvendo processos de licitação, programação, transporte, armazenamento e dispensação de medicamentos.

Assim, a realidade observada no município L exemplifica os obstáculos estruturais e institucionais decorrentes da limitada atuação decisória da coordenação da AF nos territórios mais fragilizados, além de evidenciar as consequências de uma AF sem o devido reconhecimento por parte da gestão.

Em consonância com Barreto e Guimarães (2010), que em estudo realizado em municípios baianos demonstraram que a autonomia da coordenação da AF depende diretamente das iniciativas e do grau de engajamento do farmacêutico responsável, os resultados deste estudo confirmam esse padrão. Nos dois municípios que apresentaram alto grau de autonomia, ficou evidente que o comprometimento pessoal do profissional constitui fator determinante para o exercício pleno das atribuições da coordenação.

Na avaliação referente às condições estratégicas, destaca-se que, nos 18 municípios, a função de coordenação da AF é exercida por profissionais farmacêuticos. Observou-se, ainda, o reconhecimento formal dessa coordenação em 14 municípios, nos quais tanto os farmacêuticos quanto as coordenações das UBS relataram conhecer a existência e a atuação da coordenação da AF.

Independentemente da formalização institucional das coordenações da AF, observou-se o reconhecimento dessa função por parte dos profissionais entrevistados nas UBS. Esse achado pode indicar a existência de uma certa visibilidade das ações de gestão da AF nos municípios, mesmo na ausência de institucionalização formal, as práticas de coordenação vêm se consolidando no cotidiano dos serviços.

Nesse ínterim, ressalta-se que, embora a Assistência Farmacêutica seja uma área de atuação multidisciplinar, o farmacêutico é legalmente o profissional responsável pelo medicamento sendo, portanto, imprescindível para o desenvolvimento das ações no âmbito da coordenação da AF na Atenção Primária (Brasil, 2007b). Dentre essas ações, destacam-se o planejamento, a implementação, o monitoramento e a avaliação das políticas farmacêuticas, assim como o desenvolvimento de ações voltadas à gestão dos serviços farmacêuticos, de forma articulada com os demais serviços de saúde (Brasil, 2021).

A existência da REMUME institucionalizada por meio de norma foi identificada em apenas um dos municípios da pesquisa. Em 50,0% deles, embora haja uma lista de medicamentos em uso, esta não se encontra formalizada por instrumentos normativos. Já em 44,4% municípios, não há qualquer forma de lista de medicamentos vigente, os dados evidenciam a fragilidade da institucionalização das instâncias técnicas que deveriam orientar a seleção de medicamentos no âmbito municipal.

Esses achados reforçam o cenário já evidenciado pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) de 2015, a qual apontou que, entre os 506 coordenadores de AF entrevistados nas diferentes regiões do país, apenas 12,5% relataram a existência de uma CFT formalmente constituída, embora

85,3% informaram possuir uma lista de medicamentos essenciais, proporção que, na região Norte, foi de 70,6% (Karnikowski *et al.*, 2017).

Esses dados indicam que, apesar da presença de listas de medicamentos, a ausência de mecanismos formais como a REMUME normatizada e de CFT institucionalizada compromete a efetividade do processo de seleção de medicamentos. Como ressaltam Magarinos-Torres *et al.* (2014), os estados e municípios brasileiros ainda enfrentam dificuldades para realizar esse processo de forma adequada, especialmente diante do contexto relativamente recente da descentralização plena da AF.

A baixa participação dos farmacêuticos na elaboração do PMS, documento estratégico que define metas e ações do setor saúde no âmbito municipal, revelou-se um ponto crítico em nove municípios analisados. Nesses locais, os farmacêuticos relataram não ter participado da construção do PMS e, em alguns casos, declararam desconhecer seu conteúdo. Destes, sete pertencem ao grupo dos municípios não polo, o que evidencia uma fragilidade mais acentuada nesses territórios no que diz respeito ao envolvimento dos farmacêuticos nas instâncias de planejamento.

A baixa inserção também se reflete no conteúdo dos próprios planos. Em 11 municípios, não foram identificadas metas ou ações no PMS voltadas à qualificação da AF, especialmente no que se refere à garantia do acesso a medicamentos seguros para as populações da floresta e das águas, que vivem em áreas remotas.

Essa participação reduzida dos farmacêuticos é ainda mais evidente em outros instrumentos de planejamento e avaliação, como o PPA, RDQA e da RAQ, nos quais 12 municípios demonstraram pouco envolvimento desses farmacêuticos, predominando os municípios não polo. Esses resultados indicam que, embora os instrumentos de planejamento sejam estratégicos para a gestão da AF, os profissionais da área ainda estão distantes desses processos, sobretudo em municípios de menor porte e maior vulnerabilidade.

Essa realidade reforça os achados de Nora *et al.* (2019), que, ao analisar dados da pesquisa “A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede” em 485 municípios, identificaram baixa participação dos responsáveis pela AF na elaboração dos instrumentos de planejamento municipal, além de pouco conhecimento sobre as

ações previstas. Segundo os autores, esses instrumentos podem não refletir a realidade dos serviços nem garantir a alocação racional dos recursos destinados à AF.

Embora os dados anteriores tenham evidenciado baixa participação dos farmacêuticos nos processos de planejamento, outros resultados da pesquisa apontaram aspectos positivos. Em 12 municípios, foi registrada a participação da coordenação da AF nas discussões e decisões relativas a programas e atividades de saúde.

Esse envolvimento reforça que a AF constitui uma das atividades prioritárias na atenção à saúde, devido à sua natureza transversal e à interface com diversos programas e ações. Por ser multidisciplinar e complexa, a AF exige articulação com áreas como vigilância sanitária, epidemiologia, programas estratégicos (como hanseníase, saúde mental, saúde da mulher e tuberculose), Programa Estratégia Saúde da Família, além de setores administrativos, como planejamento, finanças, licitação e jurídico. A participação em espaços intersetoriais de decisão contribui para qualificar a gestão da AF e fortalecer a integralidade do cuidado em saúde (Brasil, 2002).

O indicador planejamento está entre aqueles da matriz de avaliação mais influenciado pelo fator amazônico, segundo o grupo de especialistas do Amazonas. Essa relação evidencia que as particularidades regionais, como a grande extensão territorial e as dificuldades de acesso, impactam diretamente na capacidade de planejamento em saúde.

Em 15 dos 18 municípios analisados, não foram identificadas ações de monitoramento da AF alinhadas ao diagnóstico municipal. Observou-se, ainda, a ausência da utilização de dados como subsídio para o planejamento das ações. Nesse sentido, o Conass (2011) destaca que a OMS recomenda “uma série de indicadores de avaliação e seus métodos de obtenção, com o objetivo de auxiliar o acompanhamento e a avaliação de uma política de medicamentos, que devem ser adaptados a cada contexto” (p. 28).

Durante as entrevistas, foi possível observar que essa fragilidade pode estar relacionada à compreensão limitada, por parte dos farmacêuticos, acerca dos processos técnicos envolvidos no monitoramento e na avaliação dos indicadores, bem como a um certo distanciamento desses profissionais em

relação às atividades de acompanhamento realizadas pela SEMSA, o que reduz a integração entre a AF e as estratégias institucionais de gestão e planejamento.

À vista disso, Rocha (2020) enfatiza que, quanto maior o domínio do responsável sobre esses processos, maior a capacidade de identificar variações nos padrões de comportamento dos indicadores e, conseqüentemente, de analisá-los de forma crítica. Por isso, é fundamental que todos os envolvidos na AF, gestores, farmacêuticos e demais trabalhadores, participem ativamente dos processos de monitoramento e avaliação, incorporando essas práticas ao cotidiano dos serviços da AF.

DIMENSÃO OPERACIONAL

No indicador condições técnicas, verificou-se que 12 municípios não contam com farmacêuticos atuando nas UBS, sendo que oito deles pertencem ao grupo de municípios não polo, caracterizados pelos menores IDHM. Esses dados refletem uma tendência nacional já evidenciada em estudos anteriores. Em 2017, a média de presença de farmacêuticos nas UBS no Brasil era de 14,7%, conforme apontado por Peixoto *et al.* (2022).

Corroborando essa perspectiva, o estudo de Carvalho *et al.* (2017) identificou a predominância de trabalhadores de nível médio nas unidades de dispensação da região Norte, representando 66,6% da força de trabalho. Esse padrão se assemelha ao observado em países de baixa e média renda, sugerindo que fatores estruturais como a oferta limitada de cursos de formação técnica e superior, baixos índices de desenvolvimento humano e outras condições, contribuem para a escassez de profissionais qualificados. Esses mesmos fatores parecem influenciar diretamente a realidade de municípios de menor porte e maior vulnerabilidade, como os municípios não polos analisados nesta pesquisa.

Em 12 municípios, não foram identificados medicamentos vencidos nem cartelas fracionadas sem indicação da data de validade. Por outro lado, em seis localidades (33,3%), constatou-se a presença de pelo menos um medicamento com o prazo de validade expirado nas unidades de saúde. Esse percentual é equivalente ao observado no estudo de Mendes e Leite (2015), no qual 33,3% dos municípios catarinenses pesquisados apresentavam produtos vencidos.

Dados nacionais da PNAUM dialogam com os resultados deste estudo e apontam que, em 34,2% dos municípios brasileiros, foi identificada a existência de pelo menos um medicamento vencido nos estoques das farmácias/unidades de dispensação. Segundo Shoshima (2020), essa perda de medicamentos por vencimento, e as consequentes perdas econômicas, decorrem, principalmente, de falhas nos processos de armazenamento e distribuição, que muitas vezes são realizados de forma inadequada.

Nesse contexto, para evitar tais perdas, a CAF deve assumir a corresponsabilidade pela adequada estocagem dos medicamentos nas demais farmácias do município, oferecendo apoio por meio de informações, supervisão e acompanhamento dos processos de trabalho. Destaca-se, ainda, a importância de que cada etapa conte com Procedimento Operacional Padrão (POP), de modo a organizar a rotina dos profissionais e assegurar a qualidade dos medicamentos até sua dispensação ao usuário (Shoshima, 2020).

Entretanto, as entrevistas com os coordenadores da AF e a análise dos instrumentos utilizados revelaram que em 12 municípios (66,6%) não há instrumentos formalizados para padronização da dispensação de medicamentos. Esse resultado é semelhante ao observado em estudo realizado em Santa Catarina, onde 66,6% dos municípios também relataram a ausência de procedimentos padronizados para essa atividade.

Esse resultado repete um cenário já identificado há mais de uma década em estudo realizado em Santa Catarina, no qual 66,6% dos municípios relataram a ausência de procedimentos padronizados para a dispensação de medicamentos (Mendes; Leite, 2015). De forma ainda mais crítica, dados mais atuais de Gomes (2025) indicam que, no estado do Pará, nenhum dos municípios avaliados possuía POP para essa atividade, evidenciando que, apesar do tempo transcorrido, persistem os problemas de normatização na organização do serviço farmacêutico na APS (Gomes, 2025).

De acordo com a RDC nº 44/2009 da Anvisa, o Manual de Boas Práticas Farmacêuticas deve ser elaborado por cada farmácia pública com base em suas características específicas, como processos, equipe e serviços ofertados e parte essencial desse manual são os POPs, que têm a função de descrever e padronizar as atividades realizadas pelos profissionais. Assim, cada farmácia deve elaborar os POPs necessários para contemplar todas as rotinas locais,

sendo obrigatória a inclusão do tema “dispensação de medicamentos” entre os conteúdos abordados.

No Manual de Boas Práticas Farmacêuticas, deverão estar descritas as ações relacionadas ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), assim como a política adotada pelo município para o manejo de produtos com prazo de validade próximo ao vencimento (Giomo, 2020). Em 13 municípios não foi identificado o PGRSS nas CAF ou nas Unidades de Saúde, nem a realização de etapas mínimas de manejo dos resíduos. Destaca-se que entre esses estão incluídos os nove municípios não polo da amostra, o que sugere uma possível correlação entre menor porte populacional, baixos IDHM e maior fragilidade na implementação de práticas normativas voltadas ao gerenciamento de resíduos.

Em uma UBS localizada na zona rural ribeirinha visitada durante o estudo, foi observado que a equipe de saúde, diante da ausência de alternativas viáveis para o descarte adequado dos resíduos de serviços de saúde, realizava a incineração (queima) desses resíduos em uma cisterna de água desativada. Essa prática evidencia a necessidade de refletir sobre a adequação do PGRSS às especificidades dos territórios amazônicos. Tal constatação reforça a importância de incorporar “fator amazônico” na formulação e implementação do PGRSS, bem como nas diretrizes da Política Nacional de Resíduos Sólidos, reconhecendo as limitações estruturais e logísticas que caracterizam a região.

Conforme a legislação vigente que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, os estabelecimentos de saúde são responsáveis por elaborar, implantar e monitorar o PGRSS, que deve abranger todos os resíduos gerados, respeitando os princípios de biossegurança para prevenir acidentes e riscos à saúde das pessoas e ao meio ambiente. Quando a farmácia (unidade geradora) estiver situada em uma unidade de saúde, os dados referentes aos resíduos por ela gerados deverão constar do PGRSS geral desse estabelecimento (Brasil, 2018b).

A existência e a aplicação efetiva desses instrumentos normativos estão relacionadas às condições estruturais e organizacionais dos serviços. No indicador infraestrutura, nos 18 municípios avaliados, foi identificado algum nível de investimento na infraestrutura dos serviços farmacêuticos nos últimos dois anos. Contudo, a maioria dos municípios (14) apresentou disponibilidade parcial

dos instrumentos, com presença de apenas 25% a 50% dos itens necessários para o controle adequado das condições ambientais e de segurança para o armazenamento dos medicamentos, tais como termômetro digital, aparelho de ar-condicionado, entre outros.

Esses achados convergem com o estudo de Leite *et al.* (2017) que aponta um fator crítico nas regiões Norte e Nordeste, no que diz respeito à ausência de equipamentos relacionados à oferta de serviços, tanto para o cuidado com os medicamentos quanto para com seus usuários. Segundo os autores, esse cenário é agravado pela limitada disponibilidade de recursos públicos municipais e do baixo preparo técnico-gerencial observado em municípios menores ou em regiões menos desenvolvidas economicamente.

A dificuldade no acesso à internet foi apontada pelos especialistas participantes deste estudo como um dos elementos que caracterizam o fator amazônico. Essa condição compromete não apenas a alimentação regular dos sistemas de informação, mas também afeta a efetividade dos investimentos realizados para ações voltadas à manutenção e expansão dos recursos gerenciais na AF. Nesse contexto, observa-se que o indicador infraestrutura revela-se impactado por essa condição, ressaltando a importância de considerar a conectividade como componente estratégico para o fortalecimento da gestão da AF em regiões remotas.

O indicador condições operacionais revela que metade dos municípios avaliados não dispõe de qualquer sistema informatizado que atenda às necessidades da AF. Além das fragilidades relacionadas à infraestrutura tecnológica, observou-se que, em 17 dos municípios avaliados, as atividades farmacêuticas não são registradas diretamente no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Esse cenário dialoga com os achados de Araújo *et al.* (2017), que revelam a baixa realização de atividades clínicas por farmacêuticos na APS em diversos municípios brasileiros, afetada pela ausência de espaço físico, recursos tecnológicos e tempo disponível.

De forma semelhante, Oliveira *et al.* (2022) identificaram que mais da metade dos farmacêuticos entrevistados em Salvador/BA não realizavam atendimentos clínicos, atribuindo como obstáculos a falta de espaço físico, de tempo e de reconhecimento da função clínica dentro da unidade.

Barros, Mendonça-Silva e Leite (2022) apontam que, mesmo nos territórios com estrutura um pouco mais consolidada, como o Distrito Federal, farmacêuticos relataram fragilidades como precariedade e escassez de infraestrutura física, recursos materiais e humanos, além da ausência de valorização dos serviços farmacêuticos clínicos, tanto pela comunidade usuária quanto pela equipe de saúde. Tais evidências reforçam que a ausência de registro das ações farmacêuticas não se restringe apenas a limitação tecnológica, mas também uma fragilidade na consolidação do papel clínico do farmacêutico na APS.

Os resultados deste estudo apontam que o indicador de boas práticas de logística é influenciado pelo fator amazônico, especialmente no que diz respeito à articulação entre os serviços de AF e as UBS para o planejamento da aquisição e distribuição de medicamentos. Observou-se que, em 11 municípios, não são adotados métodos de programação conjunta entre esses setores, o que compromete o processo logístico e a adequação da oferta às demandas locais.

Por outro lado, foi identificado que 17 municípios dispõem de cronogramas para o abastecimento dos medicamentos da CAF às UBS, o que representa um aspecto positivo em termos de organização e previsibilidade logística. No entanto, a existência de um cronograma não garante, por si só, a efetividade da distribuição, sobretudo quando não articulada às realidades geográficas e operacionais da região amazônica.

Esse território se caracteriza pela forte influência da sazonalidade do rio para organização do cotidiano das comunidades que vivem à sua margem, apontando como o ciclo das águas e os modos de deslocamento inter e intramunicipal impactam as dinâmicas de vida, bem como a prevalência de doenças e a produção do acesso à rede de saúde (El Kadri *et al.*, 2022). Embora as barreiras geográficas sejam reconhecidas como obstáculos à interiorização de ações de saúde na Amazônia, essa consciência não se traduz em políticas públicas efetivas ou em financiamento específico para mitigar tais limitações (Garnelo, 2019).

O indicador Logística Regional evidenciou a expressiva influência do fator amazônico, refletida na fragilidade do planejamento logístico adotado pelas gestões municipais. A maioria das coordenações de AF (13) não adota técnicas para auxiliar na programação da aquisição de medicamentos. Além disso, em 14

municípios, o planejamento da cadeia de distribuição é realizado considerando apenas um ou dois aspectos técnicos. Esse cenário contrasta com RDC nº 430/2020, que estabelece que a programação e a execução logística devem ser baseadas em procedimentos técnicos padronizados, visando garantia da qualidade, segurança e integridade dos medicamentos durante todas as etapas da cadeia (Brasil, 2020a).

Dessa forma, a ausência de métodos técnicos nas práticas municipais representa uma inconformidade normativa que compromete a segurança do processo logístico. Apesar dessas limitações, 17 municípios adotam estratégias para garantir o acesso da população de áreas remotas aos medicamentos, o que demonstra um esforço local em adaptar a logística às particularidades geográficas. No entanto, essas iniciativas, em sua maioria, ainda são parciais e muitas vezes não estão plenamente alinhadas às diretrizes regulatórias de distribuição, armazenagem e transporte de medicamentos.

Durante a pesquisa de campo, foi possível observar algumas estratégias adotadas pelas gestões municipais para facilitar o acesso a medicamentos em áreas remotas, especialmente em comunidades rurais e ribeirinhas. Uma dessas estratégias envolve a otimização da logística de deslocamento dos profissionais da APS, com destaque para o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam nesses territórios.

Mensalmente, os ACS que residem nessas localidades se deslocam até a sede do município para entregar sua produção laboral (formulários preenchidos), receber seus proventos, realizar compras de mantimentos e pagamentos pessoais. Nessa mesma ocasião, esses profissionais se dirigem a uma unidade de dispensação de medicamentos, onde retiram os insumos destinados ao tratamento de uso contínuo dos pacientes na sua área de atuação, além de kits com Medicamentos Isentos de Prescrição, como anti-inflamatórios, analgésicos e antitérmicos.

O retorno do ACS para as comunidades ribeirinhas ocorre, na maioria das vezes, por meio de uma rabeta ou voadeira, embarcação leve, com estrutura de madeira ou alumínio, equipada com motor de popa e, geralmente, sem cobertura. É nesse transporte que os medicamentos são levados. Essa condição foi destacada por um dos participantes da oficina de consenso para a construção da matriz avaliativa, ao relatar:

Os medicamentos termolábeis que precisam estar em condições adequadas de armazenamento. A temperatura ambiente de qualquer bula é 25°, no Amazonas é 37° a 40°, né? Em uma voadeira sem teto, ele vai se bronzeando até chegar lá (Expert E4).

Essa iniciativa busca transpor as barreiras de acesso enfrentadas por usuários em situação de vulnerabilidade, como idosos, pessoas com deficiência física ou famílias sem recursos financeiros para deslocamento até a sede do município. Essa prática, embora não formalizada, representa uma estratégia local de enfrentamento das barreiras geográficas. Como apontado por Lima *et al.* (2021), os ACS assumem funções ampliadas nos territórios rurais remotos na Amazônia, com práticas mais abrangentes do que aquelas desenvolvidas nas sedes municipais, sendo muitas vezes o único recurso de saúde acessível. O estudo sugere que esses profissionais são atores relevantes para a promoção do cuidado, a facilitação do acesso da população à rede de atenção à saúde e o fortalecimento do vínculo entre as comunidades rurais e os serviços de saúde em municípios remotos.

O indicador Financiamento também tem influência do fator amazônico. Os 18 municípios relataram receber recursos para aquisição de medicamentos provenientes de uma ou mais esferas de governo. No entanto, apenas três municípios informaram receber financiamento das três esferas. A maioria destacou a ausência de repasses estaduais para a aquisição de medicamentos do CBAF, evidenciando desigualdades na composição do financiamento. E que de acordo com os coordenadores da AF, acentua as dificuldades enfrentadas pelos municípios, que operam em cenários de maior vulnerabilidade.

Esse cenário evidencia um descompasso entre a realidade prática e o previsto na legislação vigente. Conforme estabelece o artigo nº 537 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, o financiamento do CBAF é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Brasil, 2017d).

Por outro lado, os dados da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS 2024, realizada pelo IPEA e CONASEMS, apresentam um panorama diferente do encontrado nesta pesquisa. A nível nacional, a maioria dos municípios declara receber regularmente os repasses estaduais para o CBAF, independentemente do porte populacional (Vieira *et al.* 2025).

No entanto, a mesma pesquisa indica menor regularidade de repasse entre os municípios de menor porte, perfil populacional que corresponde a cerca de 80% dos municípios do Amazonas. Em geral, esses municípios possuem menor capacidade financeira e, por isso, dependem mais dos repasses estaduais, o que os torna vulneráveis a atrasos nas transferências e a consequentes prejuízos no acesso da população aos medicamentos (Vieira *et al.*, 2024).

No que se refere ao gasto com medicamentos judicializados, os coordenadores da AF dos 18 municípios declararam desconhecer os valores empregados na aquisição de medicamentos decorrentes de demandas judiciais. De acordo com Vieira *et al.* (2024), a judicialização atingiu municípios de todas as regiões geográficas, independentemente de seu porte populacional. No entanto, observou-se que quanto maior a população, maior a prevalência de municípios com ações judiciais para fornecimento de medicamentos.

No que diz respeito ao financiamento da estrutura e do desenvolvimento dos serviços de AF, 11 municípios relataram dificuldades de captação de recursos. Durante as entrevistas, não foi mencionada nenhuma fonte de cofinanciamento por parte desses gestores, evidenciando limitações nesse aspecto.

Esse cenário contrasta com o fato de que, no Amazonas, 61 municípios do interior encontram-se habilitados no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), no eixo Estrutura, conforme dados do CONASEMS (2025). O eixo tem como objetivo apoiar a qualificação da infraestrutura dos serviços farmacêuticos, considerando aspectos como área física, equipamentos, mobiliário e recursos humanos, em alinhamento com as demandas e atividades desenvolvidas no âmbito da AF.

Entretanto, embora o número de municípios habilitados seja expressivo, apenas nove estão recebendo regularmente os repasses financeiros previstos. Isso se deve ao fato de que a efetivação da transferência dos recursos está condicionada ao envio sistemático dos dados por meio do Sistema Hórus ou via *WebService* para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica - BNAFAR/SUS (Brasil, 2024g).

No entanto, conforme observado em campo, o envio de dados para BNAFAR/SUS tem se mostrado um entrave para muitos municípios, sobretudo

devido às limitações estruturais, como a ausência de computadores e de acesso à internet nas CAF, além da carência de equipes locais capacitadas para operar o sistema de informação. Esses obstáculos comprometem a regularidade no envio de dados e, por consequência, dificultam o acesso aos recursos financeiros destinados à estruturação e ao desenvolvimento dos serviços da AF.

DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE

Todos os municípios informaram a existência de estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação da AF, sendo os meios mais utilizados os aplicativos de mensagens instantâneas e/ou o contato presencial. De forma semelhante, estudos realizados nos estados do Pará e de Santa Catarina também apresentaram avaliação favorável quanto a esse indicador. No entanto, assim como observado no Amazonas, as formas de comunicação identificadas não se encontram institucionalizadas (Gomes *et al.*, 2025; Mendes; Leite, 2015).

Estratégias para a execução e tomada de decisões na gestão da AF são relevantes, porém a manutenção e consolidação dos resultados alcançados dependem da comunicação contínua e estruturada entre os setores envolvidos. Essa comunicação, pautada em processos que facilitam a condução das atividades e a resolução de problemas, incentiva as equipes a manterem a qualidade das ações, evidenciando a interação entre as unidades de saúde e a coordenação, demonstrando que as ações são realizadas e que os resultados são sustentados com essas estratégias (Manzini; Farias, 2015).

Os achados apontam uma expressiva influência do fator amazônico sobre o indicador força de trabalho, no que se refere à fragilidade dos vínculos empregatícios das coordenações da AF nos 18 municípios investigados. Nenhuma delas possuía vínculo estatutário, predominando formas de contratação como cargos comissionados, contratos temporários, terceirizações e outras modalidades administrativas. Esses resultados dialogam com os dados da PNAUM, que já indicavam que, na Região Norte, 62,5% dos coordenadores da AF estavam contratados por meio de cargos comissionados ou outras formas de vínculo (Carvalho *et al.*, 2017).

Observou-se que apenas os municípios classificados como polos (n=7) contavam com mais de um farmacêutico atuando na APS. Essa distribuição reflete diretamente o padrão identificado por Mendes *et al.* (2025), segundo o qual municípios com maior Índice de IDHM tendem a apresentar taxas mais elevadas de farmacêuticos por habitante. Em contrapartida, municípios de pequeno porte e baixo IDHM, na Região Norte, estão com nenhum ou um farmacêutico/10 mil habitantes. De acordo com os autores, esses municípios menores geralmente contam com ao menos um farmacêutico, que provavelmente desempenha sozinho todas as atividades relacionadas à AF.

Além disso, outro aspecto crítico identificado foi a escassa oferta (ou adesão) a processos de capacitação profissional. Nos últimos dois anos, farmacêuticos de 12 municípios não participaram de ações formativas nas áreas de AF, gestão, saúde coletiva, saúde pública ou temáticas correlatas. Destaca-se que todos os nove municípios classificados como não-polo e com menor IDHM da sua respectiva região de saúde estão incluídos nesse grupo.

Neste estudo, apresentado no Capítulo 2, foram identificados fatores que dificultam a participação dos profissionais em cursos de atualização, destacando-se: o deslocamento para os locais onde os cursos são ofertados (33,1%), a falta de internet estável e de qualidade (28,8%) e os custos associados à participação (25,6%). Tais obstáculos estão diretamente relacionados ao chamado "fator amazônico".

Segundo o grupo de especialistas consultado, essa expressão refere-se aos custos logísticos e de transporte elevados, às particularidades do deslocamento, como tempo, distância e meios de transporte; além da dificuldade de acesso à internet e à informação na região.

A Política Nacional de Atenção Básica reconhece a necessidade de garantir a qualificação da força de trabalho, estabelecendo responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, conforme dispõe:

Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas (Brasil, 2017e).

Nesse contexto, a integração sistêmica da AF às Redes de Atenção à Saúde (RAS), sob coordenação da APS, requer o fortalecimento contínuo das competências dos profissionais nas dimensões técnico-gerenciais. Nessa perspectiva, a AF deve ser compreendida como sistema de apoio estratégico, cuja qualificação depende da capacidade dos profissionais em desenvolver atividades integradas com os fluxos e demandas da rede (Brasil, 2020c).

Mesmo diante dos desafios específicos encontrados na região amazônica, apresentados neste estudo, que impactam a operacionalização de políticas de qualificação profissional, também é possível identificar experiências exitosas no interior do Amazonas relacionadas à educação permanente em saúde (EPS).

Um exemplo expressivo é o município de Tefé, localizado no coração da Amazônia, evidencia que a EPS mobiliza o encontro entre educação e saúde para a qualificação do trabalho, particularmente em contextos de grande complexidade. Em Tefé, o reconhecimento externo e a mobilização interna consolidam a EPS como um dispositivo para qualificar o fazer na atenção e na gestão, promovendo mudanças nos modos de fazer saúde e superando as insuficiências no ensino técnico e profissional. Os trabalhadores em saúde protagonizaram vivências e ações nos mais diversos e distantes territórios, promovendo encontros vivos que fortalecem o trabalho e melhoram os serviços de saúde ofertados aos cidadãos (Moreira *et al.*, 2019).

Por meio de ações de educação permanente/continuada e apoio à qualificação dos serviços farmacêuticos, foi implantado o primeiro consultório farmacêutico no interior do Amazonas. A iniciativa teve início com um curso promovido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e pelo Proadi-SUS, voltado à implantação do Cuidado Farmacêutico e à qualificação dos serviços na APS. O projeto teve início com as etapas de inscrição, seleção, capacitação e estruturação física e logística do município. Nos cinco primeiros meses de atuação, foram atendidas 112 pessoas, 42% com hipertensão, 38% com hipertensão e diabetes mellitus, e 20% apenas com diabetes mellitus. Foram identificados diversos problemas relacionados à farmacoterapia e realizadas 58 intervenções farmacêuticas, voltadas à adesão ao tratamento, necessidade, efetividade e segurança no uso de medicamentos (CFF, 2024).

Também foi atribuída influência do FA no indicador de articulação. Metade dos municípios analisados (9) confirmaram a existência de estratégias de articulação entre a Coordenação AF e a ESF para ações voltadas ao acesso a medicamentos. No entanto, a mesma proporção de municípios relatou a ausência total de articulação entre esses setores. Esse resultado contrasta com o estudo no Pará, onde os municípios destacaram uma articulação consolidada entre as coordenações (Gomes *et al.*, 2025).

Manzini e Mendes (2015) destacam que a existência de articulação entre a AF e a ESF constitui uma forma de inter-relação institucional, contribuindo para o aprimoramento da gestão da AF. Nessa perspectiva, o fortalecimento do vínculo entre esses setores, favorece a construção de gestões pautadas na participação, transparência e reconhecimento das especificidades e desafios enfrentados por cada setor.

A ausência de parcerias entre a AF Municipal e a Coordenação Estadual de AF foi mencionada por todos os municípios avaliados. Estudo realizado em Santa Catarina também evidenciou a falta de parceria e de apoio por parte da coordenação estadual da AF em todos os municípios, indicando a inexistência de articulação institucional para o desenvolvimento de ações conjuntas na área.

A existência de parceria entre as coordenações da AF estadual e municipal e os diferentes recursos incorporados nessa parceria é uma forma de relacionar instituições e fortalecer vínculos e compromissos sustentáveis, diante da sustentabilidade dos resultados (Leite *et al.*, 2015). No Brasil, a gestão do SUS é realizada pelas três esferas de governo, com compartilhamento das responsabilidades e do financiamento (Brasil, 1990).

Apesar da previsão de ações de apoio técnico e institucional por parte do estado do Amazonas, os dados deste estudo evidenciam a fragilidade na efetivação dessas iniciativas no campo da AF. A Programação Anual de Saúde (PAS) 2024 do Amazonas, que reúne as diretrizes estaduais aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde, contempla, no eixo da AF, diversas ações voltadas aos municípios. Dentre elas, destacam-se: o apoio à implementação de coordenadorias municipais de AF; o suporte aos municípios habilitados no eixo “Estrutura” do programa QUALIFAR-SUS, especialmente no que se refere à aprovação dos ciclos de monitoramento; e a articulação com as coordenações municipais visando ampliar o acesso aos medicamentos dos Componentes

Básico e Estratégico da AF, de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde (SES/AM, 2024e).

Contudo, os dados analisados neste estudo revelam uma desconexão entre o que está planejado no nível estadual e o que, de fato, é vivenciado na gestão local. Esses achados reforçam a importância de não apenas prever ações de apoio em documentos oficiais, mas garantir sua implementação, especialmente neste território, onde o FA impõe barreiras que agravam as desigualdades na oferta de serviços de saúde.

O indicador controle social revela que, nos 11 municípios, não foram realizadas discussões sobre temas relacionados à AF no âmbito do CMS, abrangendo situações como a aprovação da REMUME, mudanças na organização dos serviços e a apresentação de novos projetos da área. Esse cenário evidencia uma fragilidade do controle social sobre a política de AF.

Conforme previsto na Lei nº 8.142/1990, o Conselho de Saúde, criado por lei municipal, tem caráter deliberativo e permanente, com poder decisório. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelos secretários municipais da Saúde (Brasil, 1990). Nesse sentido, o controle social é um processo no qual a população participa, por meio de distintos representantes, na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas (Brasil, 1990).

A ausência de discussões sobre a AF nos conselhos revela um distanciamento entre a gestão e os mecanismos de participação social na definição, execução e monitoramento das políticas públicas. Nesse sentido, é essencial que conselheiras e conselheiros de saúde conheçam a REMUME e demais instrumentos da AF, garantindo que as decisões ocorram de forma transparente. A não inclusão da AF na pauta dos conselhos municipais compromete esse direito e reforça a necessidade de fortalecer a atuação dos CMS (CNS, 2024).

Ainda na avaliação do indicador controle social, nas entrevistas realizadas com usuários, nos 18 municípios investigados, não foi identificado por parte dos usuários, o reconhecimento dos meios de acesso ou dos canais disponíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para o recebimento de críticas,

sugestões ou manifestações relacionadas aos medicamentos e aos serviços da AF.

A atuação da Ouvidoria do SUS atende ao comando constitucional do art. 37, parágrafo 3º da Constituição Federal que determina ao Poder Executivo, observadas as disposições legais, instituir e manter serviços de atendimento às reclamações e às sugestões dos cidadãos, especialmente os usuários dos serviços públicos, e garantir espaços, mecanismos e instrumentos de participação e controle social sobre sua atuação e serviços ofertados à população (Brasil, 1988).

Nesse sentido, a Ouvidoria Pública se configura uma fonte rica de informações, por ser o repositório natural do retorno direto da sociedade em relação à atuação de determinado órgão ou ente público, razão pela qual deve sempre ser consultada pelas unidades executoras, para agregar ao desempenho de suas ações a valiosa opinião dos cidadãos (Santos, 2018).

Durante as entrevistas, foi possível observar que a falta de conhecimento e utilização da Ouvidoria pelos usuários nas UBS pode estar associada a fatores diversos, como a limitada educação dos usuários sobre seus direitos, a deficiência nas estratégias das unidades de saúde para implantar, divulgar e incentivar o uso desse canal, ou mesmo barreiras decorrentes das características regionais, visto que durante entrevista com usuários que moram em comunidades rurais/ribeirinhas relataram dificuldades de chegar até o serviço, o que reforça o impacto do Fator Amazônico na limitação do acesso, não apenas aos serviços em si, mas também aos mecanismos de participação e controle social, como a Ouvidoria.

No indicador satisfação, nos 18 municípios avaliados os usuários entrevistados relataram estar satisfeitos com o recebimento dos medicamentos, com o atendimento prestado e com as informações fornecidas pelos profissionais durante a dispensação. Também demonstraram elevado grau de contentamento com as condições físicas das farmácias das UBS.

Esses achados são convergentes com os resultados do estudo de abrangência nacional realizado por Peixoto *et al.* (2022), que apontou avanços significativos na estrutura física das farmácias nas unidades básicas de saúde, bem como um aumento na disponibilidade média de medicamentos e no percentual de UBS com disponibilidade superior a 80%.

Embora os usuários tenham relatado alta satisfação em relação ao recebimento de medicamentos, um dado relevante que emerge da análise é que 313 (81,5%) dos entrevistados afirmaram já ter enfrentado a necessidade de comprar algum medicamento por conta da indisponibilidade nos serviços da APS.

O dado revela que a satisfação declarada pode estar associada à experiência geral do atendimento, mas a oferta efetiva de medicamentos ainda enfrenta limitações. Segundo Alencar *et al.* (2011) a existência de problemas de desabastecimento de medicamentos compromete diretamente a assistência à saúde dos usuários, com implicações no acesso econômico.

Quando os usuários não encontram os medicamentos nas farmácias das unidades básicas, são forçados a comprá-los por conta própria, muitas vezes sem condições financeiras adequadas para isso. Segundo os autores tal realidade evidencia que ainda persistem dificuldades relacionadas à programação, aquisição e distribuição de medicamentos no âmbito da APS.

A partir das entrevistas e observações de campo, foi possível perceber que muitas das dificuldades enfrentadas na oferta de medicamentos estão relacionadas às características regionais, as quais representam desafios à oferta de medicamentos nos municípios, especialmente no que se refere às barreiras logísticas para que os insumos cheguem às sedes municipais. Entre os principais entraves, destacam-se a escassez de fornecedores dispostos a atender os municípios do interior e o consequente aumento dos preços praticados por aqueles que participam dos processos licitatórios.

O estudo de Pontes, Leite e Ribeiro (2024) evidencia o descompasso entre os preços regulados e os preços efetivamente praticados nas compras públicas, revelando um cenário de vulnerabilidade na aquisição de medicamentos. Essa distorção é corroborada por relatório do Tribunal de Contas da União, que identificou casos em que os preços registrados na lista da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) ultrapassavam em mais de 10.000% os valores anteriormente praticados por entes federativos (Brasil, 2012c). Tal prática representa um risco expressivo à fiscalização e ao monitoramento da gestão pública, pois a elasticidade nos preços pode favorecer condutas fraudulentas, como superfaturamento, celebração de contratos irregulares e prejuízos à concorrência.

Durante a oficina com os atores locais, em várias oportunidades, foram feitas declarações em relação aos custos adicionais associados à logística e transporte, afirmando que:

Quando se fala de fator amazônico no ciclo da Assistência Farmacêutica, a logística para mim é um pesadelo! [...] não dá para comparar a gente, com outros lugares, por conta da tabela CMED [...] a gente não consegue. né? [...] fator amazônico (Expert regional 4).

O indicador legitimidade, em nove municípios, farmacêuticos, prescritores e coordenadores da AF e UBS avaliaram positivamente a adequação da diversidade e quantidade de medicamentos disponibilizados.

Metade dos municípios avaliados relataram percepção positiva, por parte de farmacêuticos, prescritores e coordenadores da AF e das UBS, quanto à adequação da diversidade e da quantidade de medicamentos disponibilizados nos serviços. No estudo de Nascimento *et al.* (2017), foram encontrados índices superiores aos 80% recomendados pela OMS, para alguns medicamentos considerados traçadores da assistência, como os anti-hipertensivos captopril, enalapril e hidroclorotiazida, e os antidiabéticos orais metformina, glibenclamida e gliclazida. Esses achados corroboram a avaliação positiva dos profissionais observada em campo, especialmente no que se refere aos medicamentos do CBAF, cuja aquisição, em regra, é responsabilidade dos municípios.

No que se refere ao indicador de Legitimidade, observou-se que, em sete municípios, mais de 90% das prescrições analisadas continham medicamentos pertencentes ao elenco pactuado, o que demonstra aderência às diretrizes estabelecidas. Por outro lado, em 11 municípios, esse percentual variou entre 50% e 74%, indicando uma menor conformidade com o elenco pactuado.

Observou-se ainda, uma variação significativa entre os municípios quanto à adequação das prescrições ao elenco pactuado do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Em 11 municípios, entre 50% e 74% das prescrições estavam alinhadas ao elenco, indicando menor conformidade e baixa articulação entre as equipes prescritoras e a gestão da AF.

O instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica, ao descrever os serviços técnico-gerenciais relacionados à seleção, orienta que se deve apoiar a elaboração e a atualização da Relação Municipal de Medicamentos, de forma a atender às necessidades de saúde da população do local. Os municípios, portanto, podem elaborar listas próprias, mas não são

obrigados a isso, eles podem adotar a RENAME. Outra recomendação é desenvolver estratégias para análise das prescrições emitidas pelos prescritores da rede municipal quanto a adesão à REMUME (CONASEMS, 2021).

A inclusão, na REMUME, de itens não contemplados na RENAME exige previsão orçamentária do tesouro municipal, uma vez que o financiamento federal é destinado exclusivamente aos medicamentos e insumos do CBAF listados nos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS (Brasil, 2024h). Esses itens são financiados por meio de repasse anual per capita da União, em regime de cofinanciamento entre os entes federal, estadual e municipal (Brasil, 2017a).

Ainda no indicador legitimidade, não foram identificadas, em nenhum dos municípios investigados, estratégias ou projetos desenvolvidos pela gestão da AF que reconheçam ou integrem as práticas tradicionais e culturais da população relacionadas ao cuidado em saúde.

Isso representa uma fragilidade, considerando que o Brasil, detentor da maior biodiversidade do planeta e de uma rica diversidade étnica e cultural, possui um valioso conhecimento tradicional sobre o uso de plantas medicinais, com grande potencial para o desenvolvimento de tecnologias e terapêuticas apropriadas. Com o objetivo de garantir o acesso seguro e o uso racional desses recursos, promovendo o desenvolvimento tecnológico, o fortalecimento de cadeias produtivas, o uso sustentável da biodiversidade e a consolidação do Complexo Produtivo da Saúde, foi instituída a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto nº 5.813/2006 (Brasil, 2006b).

Contudo, o cenário atual do Amazonas revela um baixo número de municípios com projetos voltados à implantação ou estruturação de farmácias vivas nas Secretarias Municipais de Saúde, financiados pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, apenas o município de Manaus foi aprovado, por meio de processo seletivo, para desenvolver projetos de Assistência Farmacêutica em Plantas Medicinais e Fitoterápicos, com apoio por meio de recursos de investimento e custeio destinados à implantação e estruturação de farmácia viva (Brasil, 2016c).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem instituído um incremento financeiro federal para apoiar ações descentralizadas da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do SUS. Esse recurso pode ser utilizado para aquisição, cultivo ou beneficiamento de plantas medicinais;

aquisição e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos; capacitação profissional, entre outros. Para que os municípios sejam elegíveis ao repasse, é necessário que as secretarias municipais de saúde tenham registrado, ao menos uma vez nos últimos 24 meses, informações de posição de estoque e saída de fitoterápicos na BNAFAR/SUS. No último chamamento referente a esse incentivo, apenas 14 municípios do Amazonas foram contemplados (Brasil, 2025).

Esse resultado evidencia limitações estruturais na dimensão operacional da AF, particularmente relacionadas à ausência de sistemas de informação que permitam o monitoramento e a avaliação das ações locais. A baixa adesão ao BNAFAR/SUS, refletida no não envio de dados essenciais, compromete não apenas o acesso a recursos federais, mas também a capacidade de planejamento e tomada de decisão.

No indicador Transparência, mais de 50% dos profissionais entrevistados em 11 municípios relataram conhecer a REMUME e receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos. Além disso, em 17 municípios, os prescritores confirmaram ser comunicados quanto à falta de medicamentos. Resultados semelhantes foram encontrados no estado do Pará, onde mais da metade dos prescritores relataram conhecer a REMUME e receber informações regulares sobre a indisponibilidade de medicamentos, conforme descrito por Gomes (2023).

Nos municípios pesquisados, a percepção dos prescritores quanto ao conhecimento da REMUME e ao recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS apresentou variações significativas. Em três deles, mais de 75% dos profissionais entrevistados relataram ter conhecimento da REMUME e receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos. Em outros oito, esse percentual ficou entre 50% e 74%, enquanto nos sete municípios restantes, menos de 50% relataram ter acesso a essas informações. Esses achados, provenientes de estudos realizados na Região Norte, guardam semelhança com os resultados da PNAUM, que verificou que 95,9% dos médicos conheciam a lista padronizada de medicamentos (Brasil, 2017c).

Em 17 municípios, menos da metade dos usuários entrevistados relatou que a coordenação da AF ou da UBS divulga informações sobre a falta de

medicamentos, indicando uma limitação nos mecanismos de comunicação e transparência junto à população atendida.

Esse cenário torna-se ainda mais preocupante diante da vigência da Lei nº 14.654, de 23 de agosto de 2023, que tornou obrigatória a divulgação dos estoques de medicamentos das farmácias que compõem o SUS. De acordo com a legislação, todas as instâncias gestoras do SUS devem disponibilizar, em suas páginas eletrônicas, informações atualizadas quinzenalmente sobre os estoques das farmácias públicas sob sua responsabilidade. Portanto a baixa divulgação dessas informações nos municípios estudados compromete a transparência e o controle social no âmbito da AF municipal (Brasil, 2023b).

CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conta-se uma história de um ribeirinho chamado Seu João, morador de uma pequena comunidade cravada no coração do Amazonas. Para chegar até a sede do município mais próximo, era preciso navegar por horas, enfrentando sol, chuva e, em tempos de seca, até bancos de areia traiçoeiros escondidos na fina lâmina d'água que tornavam a viagem ainda mais longa. Na sua comunidade, não existem farmácias privadas. Quando muito, em um flutuante comercial, ele encontra alguns “calmantes” que são os analgésicos, vendidos entre farinha, pilhas e açúcar. Ele precisa de algo que alivie a dor e o desconforto depois de um dia inteiro de trabalho na roça, carregando cachos de banana. Mas, naquele dia, o flutuante de Dona Fran só tinha xarope.

Como a dor não passava, resolveu ir até a UBS ribeirinha, localizada a algumas horas de viagem dali. Pegou sua rabeta, abasteceu com o pouco combustível que tinha guardado e foi na esperança de encontrar alívio. Ao chegar, foi recebido pelo ACS, que conhecia João e sua família há anos. Com olhar preocupado, o ACS avisou: “Seu João, essa semana não chegou remédio. A seca tá braba. Nem a equipe de saúde conseguiu vir. Mas a UBS Fluvial tá programada pra passar aqui semana que vem. Se o rio ajudar, ela vem.” João agradeceu, resignado. Voltou pra casa com a esperança empurrada para depois e a dor ainda presente.

Realidades como essa, que poderia ser de Seu Manoel, de Dona Lourdes, de Joana ou de qualquer outro morador de comunidades invisíveis nos mapas oficiais, fizeram surgir a inquietação desta pesquisa. A pergunta era simples, mas urgente: como a Assistência Farmacêutica se estrutura e se reinventa em meio às singularidades dos municípios do interior do Amazonas? Como garantir acesso a medicamentos e cuidado em um território onde a ausência de estrada é o menor dos desafios?

Assim teve início a jornada da tese “Assistência Farmacêutica em Municípios do Interior do Amazonas: Uma Abordagem em Equidade Locorregional”, navegando por esse imenso território, escutando gestores, farmacêuticos, ACS, médicos, enfermeiros e muitos Joãos que dão rosto e sentido à política pública.

O ponto de partida foi compreender quem são os profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica nos rincões amazônicos, revelando as Cunhãs do Amazonas. Elas são quem verdadeiramente protagonizam a execução da política de AF no interior do Estado. Mulheres amazonenses interioranas, muitas vezes mães, e que em algum momento deixaram suas cidades de origem rumo à capital em busca de formação superior, viabilizada por políticas de acesso à educação. Após concluírem o nível superior, retornaram às suas cidades, motivadas pelos vínculos familiares, mesmo diante de um emprego com relação de trabalho instável e atuação profissional limitada pela carência de apoio institucional. Essa realidade demonstra a importância de fortalecer políticas públicas que assegurem o provimento, a fixação e a valorização dos farmacêuticos no interior, com formação continuada e valorização profissional.

À vista disso, é necessário reconhecer que a força de trabalho da AF no interior do AM tem rosto, gênero e história, são as Cunhãs que, apesar das dificuldades logísticas e da escassez de recursos, seguem contribuindo para a gestão da AF.

Compreender a complexidade da gestão da AF neste território exigia uma ferramenta de análise compatível com suas particularidades regionais. Por isso, iniciou-se a adaptação do método avaliativo da capacidade de gestão da AF, anteriormente utilizado nos estados de Santa Catarina e Pará, à realidade do Amazonas. Não se tratou de uma simples replicação, mas de um processo de reconstrução conduzido junto com os atores sociais que vivem a política pública no chão firme ou nas águas que moldam este território. Assim, esses atores destacaram o fator amazônico ao longo do processo e contribuíram para a legitimidade dos indicadores e para a adequação dos critérios de avaliação, tornando possível uma análise mais precisa e contextualizada da implementação da PNAF no interior do Amazonas.

Durante esse processo de adaptação, foi possível observar, mediante os relatos dos participantes, como a gestão da AF nos municípios se organiza e opera para se sustentar frente ao que se convencionou chamar de "fator amazônico". Esse fator, longe de ser abstrato, se materializa de forma conjunta ou isoladamente, nas grandes distâncias entre a sede dos municípios e comunidades, na precariedade dos transportes fluviais, na escassez e irregularidades de serviços de internet e eletricidade, nas variações sazonais

como enchentes, vazantes e secas que redesenham o território a cada estação, e nas limitações orçamentárias que fazem brotar a criatividade dos profissionais e dos usuários que propõem estratégias de acesso aos medicamentos.

A avaliação da capacidade de gestão da AF, realizada por meio da matriz adaptada, revelou contrastes entre os municípios: alguns estruturaram serviços mínimos, outros desenvolveram ações inovadoras para garantir a continuidade da assistência, como a implantação do cuidado farmacêutico na APS. Com relação ao aspecto organizacional, observou-se fragilidades em muitos contextos, especialmente no que diz respeito à institucionalização da AF como política de Estado, e não apenas como um serviço técnico-gerencial. Já no aspecto operacional, o cotidiano mostrou-se atravessado por dificuldades logísticas, marcadas pela precariedade nos meios de transporte, o que compromete a regularidade do abastecimento de medicamentos e insumos. Além disso, verificou-se forte dependência de atores isolados, muitos deles profissionais que acumulam diversas funções, para garantir o funcionamento dos serviços, incluindo o acesso a medicamentos pela população de áreas remotas.

A dimensão da sustentabilidade AF vai além do fornecimento de medicamentos, estando conectada à participação dos usuários na avaliação dos serviços. Os usuários apontaram como satisfatória tanto a estrutura das farmácias quanto o recebimento de medicamentos; contudo, demonstraram desconhecer os canais formais de registro de reclamações. Alguns usuários apresentaram uma compreensão equivocada sobre seu direito à saúde, interpretando o recebimento de medicamentos como um ato de boa vontade do poder público, e não como uma garantia constitucional.

Esse entendimento pode gerar a sensação de que não há espaço legítimo para questionamentos, como se “reclamar” fosse “errado”, resultando uma aceitação das condições existentes do que propriamente uma avaliação dos serviços prestados. Dessa forma, tais percepções podem interferir diretamente na forma como os usuários avaliam a qualidade da assistência, expressando uma satisfação que, na verdade, em muitos casos, refletiria uma baixa expectativa ao invés de uma efetividade real da política.

Nessa trajetória, identificam-se características singulares da infraestrutura relacionada à AF municipal, como os pontos de apoio à acessibilidade de medicamentos, especialmente em comunidades de áreas

remotas. Esses espaços, em sua maioria improvisados, ora consistem em construções precárias de madeira, ora são a residência do ACS, escolas ou centros comunitários. Ainda que não atendam às exigências sanitárias, tais soluções foram adotadas pela gestão local ou pela própria comunidade como estratégias para minimizar as barreiras de acesso aos medicamentos.

Por outro lado, destacam-se também iniciativas humanizadas, como a atuação dos ACS, que se constituem em elos entre o serviço e o usuário, inclusive no transporte e na entrega de medicamentos por meio de rabetas e voadeiras. Esses profissionais frequentemente ultrapassam suas atribuições técnicas para assumir um papel genuinamente humano, movido pelo compromisso com o cuidado e o acesso à saúde.

Ao investigar os aspectos da Assistência Farmacêutica sob a perspectiva locorregional, percebe-se que houve avanço. O que foi encontrado nos municípios amazonenses não é ausência de política da AF, mas formas diferentes de existência dela. O território amazônico demanda políticas públicas com abordagens mais flexíveis, fluídas como as águas desses rios, participativas e sensíveis às especificidades locais. A adaptação metodológica desenvolvida nesta pesquisa aponta caminhos nesse sentido, ao incorporar a vozes dos atores locais e considerar a complexidade territorial como dimensão central do processo avaliativo.

Da perspectiva da equidade, a priorização de determinadas ações visando a redução das iniquidades é essencial para a região. É preciso garantir a saúde, enquanto direito, a qual inclui o direito à assistência farmacêutica. Ouvir os atores locais é fundamental para pensar e operacionalizar a PNAF de forma equânime na região.

Chegar ao fim desta jornada é reconhecer a equidade locorregional não apenas como um princípio doutrinário que orienta a organização e o funcionamento do SUS, mas como um elemento essencial para seu fortalecimento nos lugares onde ele mais se “reinventa”.

Que assistência farmacêutica nos municípios amazonenses carrega desafios de gestão e de financiamento, mas também soluções criativas, humanizadas e comprometidas com o direito à saúde. Nesta pesquisa, ao dar visibilidade a essas trilhas, espera-se que a mesma contribua para o fortalecimento do compromisso político-institucional com a equidade.

E que, um dia, Seu João: assim como Dona Lurdes, Seu Manoel, Joana e tantos outros moradores das bordas do Brasil, que, apesar de verdes, são invisíveis, não precise mais empurrar a esperança em sua rabeta por horas de viagem sem garantias. Que ele possa voltar para casa com o medicamento que precisa, com o cuidado que merece e com o alívio que buscava. Que a travessia de Seu João não seja mais solitária, mas apoiada por uma política pública que olhe, acolhe e respeita sua existência, onde o rio é estrada, o tempo é outro, mas o direito à saúde continua o mesmo.

E é com essa convicção que esta tese se encerra: a de um SUS que ao encontrar Seu João, diz: “A gente chegou. O remédio também.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; ROSA, Roger dos Santos; BORDIN, Ronaldo. *O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115–128, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017162684. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162684>. Acesso em: 15 ago. 2023.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; ALENCAR, Bruno Rodrigues. *Assistência farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas*. Feira de Santana: UEFS, 2011. 264 p. il. Bibliografia: p. 235–262. ISBN 978-85-99799-23-9.

ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti; VIEIRA, Fabiola Sulpino; SÁ, Edvaldo Batista de. *Os efeitos do acesso a medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular sobre a saúde de portadores de doenças crônicas não transmissíveis*. In: SACCARO, N. L.; ROCHA, W. R.; MATION, L. F. (org.). *CMAF 2016 a 2018: estudos e propostas do comitê de monitoramento e avaliação de políticas públicas federais*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018. p. 85–112. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/a74f77f3-2c36-4f91-abb1-a50ce2af1907/content>. Acesso em: 15 fev. 2025.

ÁLVARES, Juliana; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ARAÚJO, Vânia Eloísa de; ALMEIDA, Alessandra Maciel; DIAS, Carolina Zampirilli; ASCEF, Bruna de Oliveira; COSTA, Ediná Alves; GUIBU, Ione Aquemi; SOEIRO, Orlando Mario; LEITE, Silvana Nair; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira; COSTA, Karen Sarmento; ACURCIO, Francisco de Assis. *Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, p. 20s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ys9RsdMv6JS5BXpLvxCpwCQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2024.

AMAZONAS. Central de Medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – CEMA. *Portaria nº 019/2021 – CEMA*. Designar, a contar de 19 de abril de 2021, que a servidora Mie Muroya Guimarães responderá pelo Departamento de Política de Assistência Farmacêutica (DPAF) e pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado do Amazonas (CAF). Manaus: CEMA, 23 abr. 2021a. *Diário Oficial do Estado do Amazonas*, n. 34.488, ano CXXVII. Disponível em: <https://diario.imprensaoficial.am.gov.br/>. Acesso em: 27 jun. 2024.

AMAZONAS. Central de Medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – CEMA. *Portaria nº 008, de 1º de março de 2021*. Designa servidores que responderão pelos componentes relacionados à Assistência Farmacêutica e ao DPAF. Manaus: CEMA, 11 mar. 2021b. *Diário Oficial do Estado do Amazonas*, n. 34.455, ano CXXVIII.

AMAZONAS. *Constituição do Estado do Amazonas*. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1989, compilado até a Emenda Constitucional

nº 137, de 2024. 10. ed. Manaus: Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas, 2024a. Disponível em: <https://www.aleam.gov.br/>. Acesso em: 1 nov. 2025.

AMAZONAS. *Decreto nº 22.464, de 17 de janeiro de 2002*. Institui, junto à estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, a Central de Medicamentos do Amazonas – CEMA, e dá outras disposições. *Diário Oficial do Estado do Amazonas*, n. 29.813, ano CVIII, 18 jan. 2002.

AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. *Painel do Clima Amazonas* [recurso eletrônico]. 2024b. Disponível em: <https://www.paineldoclima.am.gov.br/>. Acesso em: 18 nov. 2024.

AMAZONAS. *Lei Delegada nº 77, de 18 de maio de 2007*. Dispõe sobre a Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM, definindo suas atribuições, competências e estrutura organizacional, fixando seu quadro de cargos comissionados e estabelecendo outras disposições. *Diário Oficial do Estado do Amazonas*, Manaus, n. 31.104, ano CXIII, 18 maio 2007.

AMAZONAS. *Portaria nº 3.732 – GSUSAM, de 11 de novembro de 2003*. Constitui a Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica. Manaus: Secretaria de Estado da Saúde, 13 nov. 2003. *Diário Oficial do Estado do Amazonas*, n. 30.260, ano CIX. Disponível em: <https://diario.imprensaoficial.am.gov.br/>. Acesso em: 2 jun. 2024.

AMAZONAS. *Resolução CIB/AM nº 059/2011, de 20 de junho de 2011*. Dispõe sobre a revisão do desenho regional do Estado do Amazonas para a saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas, 2011. Disponível em: http://ses.saude.am.gov.br/cib/docs/res_cib_2011_138.pdf. Acesso em: 12 mar. 2023.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES/AM. *Estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES/AM* [recurso eletrônico]. 31 jul. 2024c. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/ORGANOGRAMA-GERAL-SES-FINAL-02-08-2024-com-DEPLAN-ligado-a-SECRETARIA.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES/AM. *Plano Estadual de Saúde do Amazonas – PES (2024–2027)* [recurso eletrônico]. Manaus: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, 2024d. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/PARTE-II-PLANO-ESTADUAL-DE-SAUDE-2024-2027.pdf>. Acesso em: 9 out. 2024.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES/AM. *Plano Estadual de Saúde do Amazonas – PES (2020–2023)* [recurso eletrônico]. 2020. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/pes_2020-2023c_ver_ini.pdf. Acesso em: 8 out. 2024.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES/AM. *Relatório Anual de Gestão – RAG* [recurso eletrônico]. 2023a. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/RAG-2023b-SES-AM.pdf>. Acesso em: 5 out. 2024.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. *Programação Anual de Saúde (PAS) 2024: SES-AM*. Manaus: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, abr. 2024e. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/PROGRAMACAO-ANUAL-DE-SAUDE-2024-SES-AM.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2025.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. *Portaria nº 514, de 15 de agosto de 2019*. Cria a Coordenação da Assistência Farmacêutica do Estado do Amazonas. 2019. Disponível em: <https://diario.imprensaoficial.am.gov.br/>. Acesso em: 22 mai. 2023.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. *Portaria nº 887/2020-CEMA/SES-AM. Diário Oficial do Estado do Amazonas*, Manaus, n. 34.369, 14 jul. 2020. Disponível em: <https://diario.imprensaoficial.am.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/16395/#/p:18/e:16395>. Acesso em: 20 jul. 2025.

AMAZONAS. Tribunal de Contas do Estado do Amazonas – TCE/AM. *Relatoria Biênio 2022–2023: Projeto ALAM – Apêndice Logístico do Amazonas*. Divisão de Planejamento de Fiscalizações (DIPLAF/SCEX), 2023b. Relator: Conselheiro Mário Manoel Coelho de Mello. p. 142. Disponível em: <https://www2.tce.am.gov.br/wp-content/projetoalam/index.html#p=1>. Acesso em: 18 nov. 2024.

ANSELM, Maria Luiza; ANGERAMI, Emilia Luigia Saporiti; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. *Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 2, n. 1, jul. 1997. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000700008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 mai. 2024.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; PEREIRA, Leonardo Régis Leira; UETA, Julieta Mieko; FREITAS, Osvaldo de. *Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 611–617, 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000700010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010>. Acesso em: 22 out. 2023.

ARAÚJO, Patricia Sodrê; COSTA, Ediná Alves; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis; GUIBU, Ione Aquemi; ÁLVARES, Juliana; COSTA, Karen Sarmento; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira; SOEIRO, Orlando Mário; LEITE, Silvana Nair. *Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2, p. 6s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007109.

Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/139748>. Acesso em: 15 jul. 2025.

ARRUDA, Kátia Magalhães. *As transformações no mundo do trabalho e suas repercussões no Brasil atual*. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, v. 48, n. 191, p. 61–70, 2011. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/242909/000926849.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 nov. 2024.

BARBOSA, Erica Lima. *Cenário das políticas públicas de fixação e provimento de profissionais de saúde no Amazonas, 1970–1990* [recurso eletrônico]. 2016. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/5437/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Erica%20Lima%20Barbosa.pdf>. Acesso em: 8 out. 2024.

BARRETO, Joslene Lacerda; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. *Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207–1220, 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000600014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014>. Acesso em: 6 out. 2024.

BARROS, Débora Santos Lula; SILVA, Dayde Lane Mendonça da; LEITE, Silvana Nair. *Clinical pharmaceutical services of primary health care of the Federal District: a discussion based on the SWOT matrix*. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, São Paulo, v. 58, e18593, 2022. DOI: 10.1590/s2175-97902022e18593. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s2175-97902022e18593>. Acesso em: 18 ago. 2024.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. *Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9–18, 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016146195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Acesso em: 3 set. 2024.

BARROS, Rafael Damasceno de; COSTA, Ediná Alves; SANTOS, Djanilson Barbosa dos; SOUZA, Gisélia Santana; ÁLVARES, Juliana; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis; GUIBU, Ione Aquemi; COSTA, Karen Sarmento; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira; SOEIRO, Orlando Mário; LEITE, Silvana Nair. *Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007138. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007138>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BATISTA, Djalma. *O complexo da Amazônia: análise do processo de desenvolvimento*. 2. ed. Manaus: Valer; EDUA; IPAN, 2007.

BENTES, Andrezza Açucena dos Santos; LIMA, Keven da Silva; SOUZA, Roger Ramires de; CASTRO, Samuel Henrique Malcher de. *Perfil*

epidemiológico da hanseníase no estado do Amazonas (2018–2023). *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, São Paulo, v. 6, n. 5, p. 2081–2096, maio 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n5p2081-2096. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p2081-2096>. Acesso em: 2 jun. 2024.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; COSTA, Jorge Carlos Santos da; NORONHA, José Carvalho de (org.). *Desafios do acesso a medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/61300168-2ceb-40b6-b3b8-08f134a11b92/content>. Acesso em: 26 set. 2024.

BIGDELI, Maryam; JACOBS, Bart; TOMSON, Goran; LAING, Richard; GHAFFAR, Abdul; DUJARDIN, Bruno; VAN DAMME, Wim. *Acesso a medicamentos na perspectiva de um sistema de saúde. Política e Planejamento em Saúde*, v. 28, n. 7, p. 692–704, 2013. DOI: 10.1093/heapol/czs108. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs108>. Acesso em: 5 abr. 2024.

BITTON, Asaf; FIFIELD, Jocelyn; RATCLIFFE, Hannah; KARLAGE, Ami; WANG, Hong; VEILLARD, Jeremy H.; SCHWARZ, Dan; HIRSCHHORN, Lisa R. *Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017*. *BMJ Global Health*, Londres, 2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6703296/>. Acesso em: 1 maio 2024.

BONETTI, Norberto Rech; FARIAS, Marení Rocha. *Regulação sanitária e desenvolvimento tecnológico: estratégias inovadoras para o acesso a medicamentos no SUS*. *Ciência & Saúde Coletiva*, ago. 2021. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/regulacao-sanitaria-e-desenvolvimento-tecnologico-estrategias-inovadoras-para-o-acesso-a-medicamentos-no-sus/18162?id=18162>. Acesso em: 30 out. 2025.

BOUSQUAT, Aylene; GIOVANELLA, Lígia; FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues; MEDINA, Maria Guadalupe; MARTINS, Cleide Lavieri; ALMEIDA, Patty Fidelis; CAMPOS, Estela Marcia Saraiva; MOTA, Paulo Henrique dos Santos. *A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, e00099118, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pv3MZr9z77kkRmC4ZPnDGrk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018*. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2018b. Seção 1, p. 37–42. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020*. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 out. 2020a. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 1, de 13 de janeiro de 2010*: dispõe sobre os critérios para peticionamento de concessão, renovação, cancelamento a pedido, alteração, retificação de publicação e reconsideração de indeferimento da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) dos estabelecimentos de comércio varejista de medicamentos: farmácias e drogarias. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 jan. 2010. Seção 1. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0001_13_01_2010.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOLA NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. *Integração das políticas de saúde: vigilância em saúde, assistência farmacêutica, ciência, tecnologia e inovação em saúde*. São Paulo: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2021. Disponível em: https://escoladosfarmaceuticos.org.br/wp-content/uploads/2022/04/livro_integra.pdf. Acesso em: 5 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO ESCOLA NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS (orgs.). *Direito à assistência farmacêutica: protagonismo do controle social: diretrizes para ação dos conselhos de saúde*. Organização de: Fernanda Manzini; Adelar da Veiga; Silvana Nair Leite. 1. ed. São Paulo: Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos, 2024. ISBN 978-65-996479-4-9.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência farmacêutica no SUS*. Brasília: CONASS, 2007b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf. Acesso em: 16 ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência farmacêutica no SUS*. Brasília: CONASS, 2011b. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 7). Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_7.pdf. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=CON&numero=&ano=1988&ato=b79QTWE1EeFpWTb1a>. Acesso em: 3 mar. 2024.

BRASIL. *Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004*. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o Programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 maio 2004b. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm. Acesso em: 4 jan. 2025.

BRASIL. *Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006*. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 jun. 2006b. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm. Acesso em: 4 mai. 2024.

BRASIL. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; e revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012a. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 2 out. 2024.

BRASIL. *Lei nº 14.654, de 23 de agosto de 2023*. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tornar obrigatória a divulgação dos estoques dos medicamentos das farmácias que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 ago. 2023b. Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.654-de-23-de-agosto-de-2023-507048198>. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26 set. 2023.

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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2017b. Seção 1. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
. Acesso em: 2 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017*. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 190, p. 288–327, 3 out. 2017d. Seção 1. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html
. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 abr. 2024e. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 4.379, de 14 de junho de 2024*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 113, p. 113, 17 jun. 2024d. Seção 1. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4379_17_06_2024.html
. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 5.619, de 25 de outubro de 2024*. Institui incremento financeiro federal destinado ao desenvolvimento de ações descentralizadas no âmbito da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, para o ano de 2024. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 out. 2024b. Seção 1. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5619_30_10_2024.html
. Acesso em: 12 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 5.632, de 25 de outubro de 2024*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 209, p. 126, 2024a. Seção 1. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5632_29_10_2024.html
. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 6.096, de 16 de dezembro de 2024*. Aprova o repasse dos recursos financeiros de manutenção (custeio), referente ao quarto ciclo de monitoramento de 2024 e ao retroativo do segundo e terceiro ciclo de monitoramento de 2024, aos municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 dez. 2024g. Seção 1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/qualifar->

sus/legislacao/2024/portaria-gm-ms-no-6-096-de-16-de-dezembro-de-2024/view. Acesso em: 24 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 6.837, de 30 de abril de 2025*. Institui incremento financeiro federal destinado ao desenvolvimento de ações descentralizadas no âmbito da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, para o ano de 2025. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 maio 2025. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6837_06_05_2025.html. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *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). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 jun. 2012b. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html. Acesso em: 2 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.850, de 13 de outubro de 2016*. Aprova o repasse dos recursos de investimento e custeio, em parcela única, para os municípios e estado selecionados pelo Processo Seletivo Dirigido à Região Norte. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 199, p. 73, 17 out. 2016c. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1850_13_10_2016.html. Acesso em: 5 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014*. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2014a. Seção 1, p. 63. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017e. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 jan. 2007a. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_com_p.html. Acesso em: 5 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013*. Institui a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – QUALIFAR-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 fev. 2013. Seção 1, p. 33. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0271_27_02_2013.html. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.127, de 18 de novembro de 2020*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre incentivo financeiro mensal de custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 nov. 2020b. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3127_19_11_2020.html. Acesso em: 6 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.162, de 20 de fevereiro de 2024*. Estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio mensal referente aos Agentes Comunitários de Saúde para o ano de 2024. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 fev. 2024f. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3162_21_02_2024.html. Acesso em: 3 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.238, de 18 de dezembro de 2009*. Define critérios para o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – eACS e/ou às Equipes de Saúde da Família – eSF. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 dez. 2009a. Seção 1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria/legislacao/portaria-no-3238-2009/view>. Acesso em: 4 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 dez. 2017a. Seção 1, p. 276. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43–51. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 6 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 5.713, de 9 de dezembro de 2024*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para modificar os modelos de informação a serem adotados pelos entes federados e os sistemas compositores da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde – BNAFAR/SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 dez. 2024c. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5713_17_12_2024.html. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014*. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 maio 2014b. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_diretrizes_populacoes_campo_floresta.pdf. Acesso em: 6 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Assistência farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 1 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf. Acesso em: 22 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 4 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 100 p. (Série PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_avaliacao_assistencia_pnaum_caderno4.pdf. Acesso em: 5 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf. Acesso em: 21 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/40%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202009%20Diretrizes%20para%20Estruturacao%20Farmacias%20no%20Ambito%20do%20SUS.pdf. Acesso em: 5 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Perguntas e respostas frequentes: repasse de recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/publicacoes/perguntas_respostas_assistencia_farmacutica.pdf. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024h. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf. Acesso em: 3 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. *SUAS 10: diversidade no SUAS – realidade,*

respostas, perspectivas. Brasília, DF: MDS/SNAS, 2015. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/suas10anos_2015.pdf. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. *Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004*. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 maio 2004a. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 5 set. 2024.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). *Relatório de auditoria operacional: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED. Órgão regulador. Medicamentos. Comparação com preços do mercado internacional. Fixação de preços máximos. Revisão anual. Variação significativa entre os preços da tabela CMED e aqueles obtidos em procedimento licitatório. Distorção dos preços, com prejuízo aos consumidores. Aparato legal. Necessidade de revisão. Determinações e recomendações. Monitoramento*. Brasília: Tribunal de Contas da União, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2012c.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – SCNES/DATASUS/MS. *CNES – Estabelecimentos por tipo – Amazonas (competência 11/2022, Tabwin)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabam.def>. Acesso em: 5 set. 2023.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE – CNES. *Consulta de estabelecimentos*. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 30 mar. 2023.

CAMPOS, Edval Bernardino. *As sociedades amazônicas e o SUAS*. In: COLIN, Denise Ratmann Arruda; CRUZ, José Ferreira da; TAPAJÓS, Luziele Maria de Souza; ALBUQUERQUE, Simone Aparecida (orgs.). *20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013. p. 204–223. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/20anosLOAS.pdf. Acesso em: 2 jun. 2024.

CARNEIRO, Luci Annee Vargas; BRIDI, Fabiane Romano de Souza. *Políticas públicas de ensino superior no Brasil: um olhar sobre o acesso e a inclusão social*. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 15, n. 1, p. 146–158, jan./mar. 2020. DOI: 10.21723/riaee.v15i1.12059. Disponível em: <https://doi.org/10.21723/riaee.v15i1.12059>.

CARVALHO, Marselle Nobre; ÁLVARES, Juliana; COSTA, Karen Sarmento; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis; COSTA, Ediná Alves; GUIBU, Ione Aquemi; SOEIRO, Orlando Mario; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira; LEITE, Silvana Nair. *Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil*. *Revista de Saúde*

Pública, São Paulo, v. 51, supl. 2, p. 16s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2017.v51supl2/16s/pt>. Acesso em: 4 abr. 2023.

CODJOE, Samuel N. A.; GOUGH, Catarina V.; WILBY, Robert L.; KASEI, Raymond; YANKSON, Paulo W. K.; AMANKWAA, Ebenezer F.; ABARIKE, Misericórdia A.; ATIGLO, D. Yaw; KAYAGA, Sam; MENSAH, Pedro; NABILSE, Cuthbert K.; GRIFFITHS, Paula L. *Impact of extreme weather conditions on healthcare provision in urban Ghana. Social Science & Medicine*, v. 258, p. 113072, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32502835/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

COLNAGO JÚNIOR, Esteves. *Guia para avaliação de políticas públicas – enfoque ex post*. Brasília: Controladoria-Geral da União, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/auditoria-e-fiscalizacao/arquivos/guiaexpost.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). *Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS: regiões Nordeste, Norte e Sul*. Brasília: CFF, v. 1, n. 9, 12 nov. 2024. Disponível em: <https://revistas.cff.org.br/experienciasexitosas/issue/view/325/5>. Acesso em: 22 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Painel de Apoio à Gestão (Multiprofissionais na Atenção Básica)* [recurso eletrônico]. 2024. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/15_multiprofissionais-na-atencao-basica. Acesso em: 5 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Painel de Apoio – Economia da Saúde (QUALIFAR SUS: Assistência Farmacêutica)* [recurso eletrônico]. 2025. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/22_qualifar-sus-assistencia-farmaceutica. Acesso em: 5 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos de Atenção Básica (IRSFAB)* [recurso eletrônico]. Brasília: CONASEMS, 2021. ISBN 978-85-63923-06-6. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf. Acesso em: 6 out. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO AMAZONAS. *Deliberação nº 002/2016*. Regulamenta a quantidade máxima de responsabilidade técnica por profissional farmacêutico em estabelecimentos diferentes, e ainda dispõe sobre a carga horária máxima a ser aplicada no interior do estado. *Deliberações 2016*. Disponível em: <https://crf-am.implanta.net.br/portalthransparencia/#publico/Listas?id=72c73f34-0dcc-40c6-9b03-e810959d8133>. Acesso em: 12 ago. 2024.

COUTO, Rosa Carmina de Sena. *Saúde e ambiente na Amazônia brasileira. Novos Cadernos NAEA*, Belém, v. 23, n. 3, p. 167–178, set./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/7280/6743>. Acesso em: 19 jul. 2025.

CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. ISBN 978-85-363-0892-0.

DALLA NORA, Letisa Comparin; COSTA, Karen Sarmiento; ARAÚJO, Suetônio Queiroz; TAVARES, Noemia Urruth Leão. *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. DOI: 10.1590/1414-462X201900030359. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900030359>. Acesso em: 1 jul. 2024.

DOLZANE, Rozenila Silva; SCHWEICKARDT, Julio Cesar. *Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, e00288120, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288.

EL KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Julio Cesar; FREITAS, Carlos Machado de. *Os modos de fazer saúde na Amazônia das águas. Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 26, 2022. DOI: 10.1590/interface.220056. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220056>. Acesso em: 7 mai. 2024.

FARACO, Emília Baierle; ROVER, Marina Matozo; FARIAS, Marení Rocha; LEITE, Silvana Nair. *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 (On-line)*, São Paulo, v. 20, n. 78, e204, jan.–mar. 2020. Epub 16 jan. 2020. DOI: 10.23973/ras.78.2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.78.2>.

FERNANDES, Brígida Dias; LÍRIO, Aracelli Ferreira; FREITAS, Rodrigo Randow de; MELCHIORIS, Ana Carolina. *Use of spatial analysis to assess geographic accessibility of community pharmacies in São Mateus. Pharmacology & Pharmacy*, v. 4, n. 5, p. 438–442, 2013. DOI: 10.4236/pp.2013.45062.

FETTERS, Michael D.; CURRY, Leslie A.; CRESWELL, John W. *Achieving integration in mixed methods designs: principles and practices. Health Services Research*, v. 48, n. 6, pt. 2, p. 2134–2156, dez. 2013. DOI: 10.1111/1475-6773.12117. PMID: 24279835.

FRANCO, Cassiano Mendes; GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. *Working practices and integration of primary health care doctors in remote rural areas in Brazil: a qualitative study. BMC Primary Care*, v. 25, artigo 319, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02553-8. Disponível em:

<https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-024-02553-8>. Acesso em: 11 abr. 2025.

FRANCO, Cassiano Mendes; LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lígia. *Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 7, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00310520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>. Acesso em: 3 mai. 2024.

FREIRE, Deborah Ellen Wanderley Gomes; FREIRE, Aldelany Ramalho; LUCENA, Edson Hilan Gomes de; CAVALCANTI, Yuri Wanderley. *A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. Revista de Saúde Pública*, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2021.v55/85/pt>. Acesso em: 28 jan. 2023.

GARNELO, Luiza. *Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. 1–4, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00220519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220519>. Acesso em: 6 abr. 2024.

GARNELO, Luiza; PARENTE, Rosana Cristina Pereira; PUCHIARELLI, Maria Laura Rezende; CORREIA, Priscila Cabral; TORRES, Matheus Vasconcelos; HERKRATH, Fernando José. *Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. International Journal for Equity in Health*, v. 19, p. 54, 2020. DOI: 10.1186/s12939-020-01171-x. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>. Acesso em: 21 fev. 2024.

GIOMO, Anna Heliza Silva. *Boas práticas farmacêuticas*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Assistência farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. v. 4, p. 134–156. Disponível em: <https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

GOMES, Livia Silva; FARIAS, Marení Rocha; LEITE, Silvana Nair; ROVER, Marina Raijche Mattozo. *Indicadores para avaliar a assistência farmacêutica municipal: um olhar direcionado para a região amazônica. Revista Gestão & Saúde*, Brasília, v. 1, p. 1–14, 2023. ISSN 1982-4785. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/47262>. Acesso em: 25 abr. 2024.

GOMES, Sílvia; FARIAS, Marení Rocha; LEITE, Silvana Nair; ROVER, Marina Raijche Mattozo. *Assistência farmacêutica em municípios paraenses: um estudo avaliativo considerando o contexto amazônico. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e9812, abr. 2025. DOI: 10.1590/2358-289820251459812P. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459812P>. Acesso em: 13 mai. 2024.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. *Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados*. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, p. 72–86, 2010. Disponível em: <https://busqueda.bvsalud.org/porta/ressource/fr/lil-580878.v34.n1.a14>. Acesso em: 7 abr. 2024.

GUIMARÃES, Ananias Facundes; BARBOSA, Victor Linec Maciel; SILVA, Mariana Paula da; PORTUGAL, Jéssica Karoline Alves; REIS, Marcelo Henrique da Silva; GAMA, Abel Santiago Muri. *Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil*. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 11, e202000178, 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v11/2176-6223-rpas-11-e202000178.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2024.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos; MELO, Cristina; SANCHES FILHO, Alvino. *Evaluation of management capacity in social organizations: an in-process methodological proposal*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1642–1650, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ks5MqD4WGHmwQZkCPpqpqFj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2024.

HADDAD, Fernando. *O Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas*. Brasília: Ministério da Educação; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008. 23 p. (Série Documental. Textos para Discussão, n. 30). ISSN 1414-0640. Disponível em: <https://td.inep.gov.br/ojs3/index.php/td/article/view/3858/4068>. Acesso em: 25 fev. 2024.

HOUGHTON, Natalia; BASCOLO, Ernesto; COHEN, Rachael R.; CRUZ VILCARROMERO, Norma Lleny; RODRIGUEZ GONZALEZ, Hernán; ALBRECHT, Daniel; KOLLER, Theadora S.; FITZGERALD, James. *Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond*. *Rural and Remote Health*, v. 23, p. 7822, 2023. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/7822>. Acesso em: 3 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Acessibilidade geográfica 2018*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/26253-acessibilidade-geografica.html>. Acesso em: 28 mar. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades e estados: Amazonas* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>. Acesso em: 19 jul. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Classificação rural e urbana: 2017*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15790-classificacao-rural-e-urbana.html>. Acesso em: 10 fev. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Panorama – Censo 2022: São Gabriel da Cachoeira/AM – População indígena* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 4 set. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Acompanhamento e análise (Povos indígenas)*, n. 29. Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/8b82b396-e097-4efa-a460-3806b0f0b986/content>. Acesso em: 5 mar. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Índice de Vulnerabilidade Social – IVS* [recurso eletrônico]. Brasília: IPEA, 2024. Disponível em: <https://ivs.ipea.gov.br/#/>. Acesso em: 23 mai. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Censo da Educação Superior: 2021*. Brasília: Diretoria de Estatísticas Educacionais, 2022. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2021/apresentacao_censo_da_educacao_superior_2021.pdf. Acesso em: 9 abr. 2024.

JAGADEESAN, Cindrel Tharumia; WIRTZ, Veronika J. *Geographical accessibility of medicines: a systematic literature review of pharmacy mapping*. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, v. 14, artigo 28, 2021. DOI: 10.1186/s40545-020-00291-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40545-020-00291-7>. Acesso em: 4 set. 2023.

KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira; GALATO, Dayani; MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; SILVA, Emília Vitória da; GERLACK, Letícia Farias; BÓS, Ângelo José Gonçalves; LEITE, Silvana Nair; ÁLVARES, Juliana; GUIBU, Ione Aquemi; SOEIRO, Orlando Mário; COSTA, Karen Sarmiento; COSTA, Ediná Alves; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis. *Characterization of the selection of medicines for the Brazilian primary health care*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2, e7065, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007065. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007065>. Acesso em: 25 jun. 2024.

KOBOTOOLBOX. *The Kobo Organization* [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.kobotoolbox.org/about-us/>. Acesso em: 3 nov. 2024.

LAWAL, Olanrewaju; ANYIAM, Felix Emeka. *Modelling geographic accessibility to primary health care facilities: combining open data and geospatial analysis*. *Geo-spatial Information Science*, v. 22, n. 3, p. 174–184, 2019. DOI: 10.1080/10095020.2019.1645508. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10095020.2019.1645508>. Acesso em: 26 out. 2025.

LEITE, Silvana Nair; BERNARDO, Noemia Liege Maria da Cunha; ÁLVARES, Juliana; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; COSTA, Ediná Alves; ACURCIO, Francisco de Assis; GUIBU, Ione Aquemi; COSTA, Karen Sarmento; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira; SOEIRO, Orlando Mário; SOARES, Luciano. *Medicine dispensing service in primary health care of SUS. Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 2, p. 11s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HYT7kJRVbrwNpB3DjPSmNJm/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: ago. 2024.

LEITE, Silvana Nair; FARIAS, Mareni Rocha; MANZINI, Fernanda; MENDES, Samara Jamile; ROVER, Marina Raijche Mattozo. *Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/187614/Gest%C3%A3o%20da%20Assist%C3%A2ncia%20Farmac%C3%AAutica%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jan. 2024.

LIMA, A. C. B.; ALMEIDA, O.; PENEDO-VAZQUEZ, M.; LEE, T. M.; RIVERO, S.; SCHAMSKI, S.; MANSUR, A. V. *Climate hazards in small and medium cities in the Amazon Delta and Estuary: challenges for resilience. Environment and Urbanization*, 2020.

LIMA, Cláudia Risso de Araújo; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; COELI, Cláudia Medina; SILVA, Márcia Elizabeth Marinho da. *Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 2095–2109, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001000002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>. Acesso em: 10 fev. 2024.

LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MEDINA, Maria Guadalupe. *Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. Trabalho, Educação e Saúde*, v. 20, 2022. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs616. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>. Acesso em: 28 jul. 2024.

LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lígia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidelis de. *O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 8, e00247820, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00247820. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>. Acesso em: 7 ago. 2024.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; FERNANDES, Tiótfreis Gomes; MARTINS JÚNIOR, Paulo Jorge Alves; PORTELA, Cleudecir Siqueira; SANTOS JUNIOR, James Dean Oliveira dos; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. *Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas*.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 6, p. 2053–2064, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.02672021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>. Acesso em: 2 fev. 2023.

LUIZA, Vera L.; CHAVES, Luisa A.; CAMPOS, Monica R.; BERTOLDI, Andrea D.; SILVA, Rondineli M.; BIGDELI, Maryam; ROSS-DEGNAN, Dennis; EMMERICK, Isabel C. M. *Applying a health system perspective to the evolving Farmácia Popular medicines access programme in Brazil*. *BMJ Global Health*, v. 2, supl. 3, p. e000547, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5841496/>. Acesso em: 26 mar. 2024.

MACHARIA, Peter M.; BANKE-THOMAS, Aduragbemi; BEŇOVÁ, Lenka. *Advancing the frontiers of geographic accessibility to healthcare services*. *Communications Medicine*, v. 3, n. 1, p. 158, 2023. DOI: 10.1038/s43856-023-00391-w. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10624873/>. Acesso em: 1 mai. 2024.

MAGARINOS-TORRES, Rachel; PEPE, Vera Lucia Edais; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. *Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da assistência farmacêutica em estados e municípios brasileiros*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 9, p. 3859–3868, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014199.12162013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12162013>. Acesso em: 7 mai. 2024.

MANZINI, Fernanda. *Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão*. 2013. 219 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106934>. Acesso em: 4 jun. 2023.

MANZINI, Fernanda; ALENCAR, Lorena Baía Oliveira; SALES, Lúcia; BEZERRA, Mirtes Barros; CAMPANHA, Patrícia; MACEDO, Renata; MENDES, Samara Jamile; CONTEZINI, Silvana Nair Leite; SANTOS, Sílvia César Machado; UEHARA, Wilson Hiroshi de. *O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2024.

MANZINI, Fernanda; FARIAS, Marení Rocha. *Elaboração e aplicação do modelo de avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses*. In: LEITE, Silvana Nair et al. (org.). *Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015. p. 71–91. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/187614/Gest%C3%A3o%20da%20Assist%C3%A2ncia%20Farmac%C3%AAutica%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 5 mar. 2024.

MARTINS, Fabiana Mânica; SCHWEICKARDT, Kátia Helena; SCHWEICKARDT, Júlio César; FERLA, Alcindo Antônio; MOREIRA, Maria Adriana; MEDEIROS, Josiane de Souza. *Produção de existências em ato na Amazônia: “território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras*. *Interface*, v. 26, 2022. DOI: 10.1590/interface.210361. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210361>. Acesso em: 9 jul. 2024.

MATUS, Carlos. *Política, planejamento & governo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 1993. Disponível em: file:///C:/Users/farm_/Downloads/politica_planejamento_governo_t1.pdf. Acesso em: 17 jan. 2024.

MENDES, Amando. *Vocabulário amazônico: estudos*. São Paulo: Sociedade Imprensa Brasileira; Brusco & Cia., 1942. Disponível em: https://etnolinguistica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Amdes-1942-vocabulario/Mendes_1942_Vocabul%C3%A1rioAmazonico.pdf. Acesso em: 2 jun. 2023.

MENDES, Samara Jamile; BAIERLE, Emilia Faraco; ALMEIDA, Noemia Liege Bernardo de; PEIXOTO, Rafaela Tavares; BARRETO, Benilson Beloti; RICARDO, Letícia Mendes; LEITE, Silvana Nair. *Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: força de trabalho e investimentos em medicamentos em municípios brasileiros*. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, e02908292, 2025. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs2908. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2908>. Acesso em: 21 mai. 2025.

MENDES, Samara Jamile; LEITE, Silvana Nair. *Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/187614/Gest%C3%A3o%20da%20Assist%C3%A2ncia%20Farmac%C3%AAutica%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jan. 2024.

MENDES, Samara Jamile; LEITE, Silvana Nair. *Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal*. In: LEITE, Silvana Nair et al. (org.). *Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015. p. 95–141. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/187614/Gest%C3%A3o%20da%20Assist%C3%A2ncia%20Farmac%C3%AAutica%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jan. 2024.

MENEZES, Elieyd Sousa de. *A categoria “piaçabeiro independente” como estratégia de resistência ao sistema de aviação em Barcelos-AM*. *Afros & Amazônicos*, v. 2, n. 2, p. 7–19, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unir.br/index.php/afroseamazonicos/article/view/5827>. Acesso em: 3 jan. 2023.

MOHAMMED, Salomão Ahmed; KAHISSAY, Mesfin Haile; HAILU, Abel Demerew. *Pharmaceuticals wastage and pharmaceuticals waste management in public health facilities of Dessie town, North East Ethiopia*. *PLOS ONE*, v. 16, n. 10, p. e0259160, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0259160. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34710189/>. Acesso em: 12 out. 2023.

MOREIRA, Maria Adriana; FIGUEIRÓ, Renata; FERLA, Alcindo Antônio; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. *Educação permanente em saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro*. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 20–30. DOI: 10.18310/9788554329198. ISBN 978-85-54329-19-8. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-permanente-em-saude-em-tefe-am-qualificacao-do-trabalho-no-balanco-do-banheiro/>. Acesso em: 6 out. 2024.

NARUSAWA, Itala Duam Souza; NAKAKOJI, Nelson Ken Narusawa; FERREIRA, Cícero Paulo; FREITAS, Tatiana Pará Monteiro de. *Análise da variabilidade do posicionamento planimétrico de um receptor GNSS de navegação e o aplicativo UTM Geo Map no verão amazônico*. In: *XV Seminário de Desenvolvimento Sustentável, Cooperativismo e Economia Solidária (XV SICOOPES)*. Anais [...]. Castanhal (PA): Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará – IFPA Campus Castanhal, 2023. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/sicoopes2022/516367-ANALISE-DA-VARIABILIDADE-DO-POSICIONAMENTO-PLANIMETRICO-DE-UM-RECEPTOR-GNSS-DE-NAVEGACAO-E-O-APLICATIVO-UTM-GEO-M>. Acesso em: 4 nov. 2024.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do; ÁLVARES, Juliana; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; GOMES, Isabel Cristina; COSTA, Ediná Alves; LEITE, Silvana Nair; COSTA, Karen Sarmento; SOEIRO, Orlando Mario; GUIBU, Ione Aquemi; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira; ACURCIO, Francisco de Assis. *Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde*. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 2, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007062. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007062>. Acesso em: 22 jan. 2024.

NUNES, Flávio Martins Alves Júnior. *Curso de Direito Constitucional*. 7. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2023. ISBN 978-65-5362-600-3.

OLIVEIRA, Bruna Santos de; COSTA, Lenina Damasceno; ARAÚJO, Patrícia Sodré; PACHECO, Mila Palma; LEAL PIRES, Acássia Benjamin. *Atividades farmacêuticas clínicas na atenção básica e centros de atenção psicossocial em um município baiano, Brasil*. *Infarma – Ciências Farmacêuticas*, v. 34, n. 4, p. 328–335, 2022. DOI: 10.14450/2318-9312.v34.e4.a2022.pp328-335. Disponível em: <https://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/3059>. Acesso em: 15 jul. 2025.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. *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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qjZTpTXRDfzqcVwv6yJy6PR/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2024.

OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; PEDROSO, Marcel de Moraes; SILVA, Diego Ricardo Xavier. *Acessibilidade geográfica a serviços de saúde: adaptação de ferramenta de análise para uso online e criação de condições para sua disseminação*. *Geoconexões Online*, v. 4, n. 1, p. 63–75, 2024. DOI: 10.53528/geoconexes.v4i1.164. Disponível em: <https://geoconexoesonline.com/revista/article/view/164>. Acesso em: 26 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Fair share for health and care: gender and the undervaluation of health and care work*. Genebra: OMS, 2024. 95 p. ISBN 9789240082854. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240082854>. Acesso em: 2 jan. 2025.

ORTEGA, Francisco; PELE, Antonio. *Brazil's unified health system: 35 years and future challenges*. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 28, p. 100631, 10 nov. 2023. DOI: 10.1016/j.lana.2023.100631. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10682286/>. Acesso em: 2 mar. 2024.

PATEL, Anita; MCCRONE, Paul; LEESE, Morven; AMADDEO, Francesco; TANSELLA, Michele; KILIAN, Reinhold; ANGERMEYER, Matthias; KIKKERT, Martijn; SCHENE, Aart; KNAPP, Martin. *Cost-effectiveness of adherence therapy versus health education for people with schizophrenia: randomised controlled trial in four European countries*. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, London, v. 11, n. 1, p. 12, 2013. Disponível em: <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-11-12>. Acesso em: 18 fev. 2024.

PATTON, Michael Quinn. *Qualitative research and evaluation methods*. 4. ed. Saint Paul: SAGE Publications, 2014. 832 p. ISBN 9781483301457.

PEIXOTO, Rafaela Tavares; CAMPOS, Mônica Rodrigues; LUIZA, Vera Lucia; MENDES, Luiz Villarinho. *O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014–2017*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 109–123, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213308.

PEREIRA, Ana Beatriz Cardoso; ALBUQUERQUE, Lana Carla Fernandes de; FERREIRA, Luana Bastos de Mont Alverne; ASSUNÇÃO, Luciano Moura de; CALDAS, Cezar Augusto Muniz. *As medidas governamentais para interiorização dos médicos estão tendo impacto sobre os estudantes?* *Interdisciplinary Journal of Health Education*, v. 2, n. 2, p. 89–95, jul./dez. 2017. DOI: 10.4322/ijhe.2017.002. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/ijhe.2017.002>. Acesso em: 6 mai. 2024.

PONTES, Marcela; LEITE, Silvana Nair; RIBEIRO, Alane Andreilino. *Análise dos preços regulados e praticados para os medicamentos mais consumidos no*

Brasil. Economia e Sociedade, v. 33, n. 1, p. 201–219, jan. 2024. DOI: 10.1590/1982-3533.2024v33n1art10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2024v33n1art10>. Acesso em: 25 jan. 2024.

RACHE, Beatriz; MREJEN, Matias; ROSA, Leonardo; ROCHA, Rudi. *A saúde dos estados em perspectiva comparada: uma análise dos indicadores estaduais do Portal IEPS Data*. Nota Técnica n. 28. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-28/>. Acesso em: 3 mai. 2024.

ROCHA, Karina Santos. *Assistência farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Assistência farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 4 v. il.

ROCHA, Rudi; CAMARGO, Marcela; FALCÃO, Lucas; SILVEIRA, Mariana; THOMAZINHO, Gabriela. *A saúde na Amazônia Legal: evolução recente e desafios em perspectiva comparada*. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2021. Disponível em: <https://amazonia2030.org.br/wp-content/uploads/2021/11/A-Saude-na-Amazonia-Legal.pdf>. Acesso em: 6 set. 2024.

ROCHA, Rudi; RACHE, Beatriz; NUNES, Letícia. *A regionalização da saúde no Brasil. Estudos Institucionais*, v. 7. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS_Estudo_Institucional_07.pdf. Acesso em: 18 nov. 2024.

ROCHA, Thiago Augusto Hernandez; SILVA, Núbia Cristina da; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; AMARAL, Pedro Vasconcelos; THUMÉ, Elaine; ROCHA, João Victor; ALVARES, Viviane; FACCHINI, Luiz Augusto. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 229–240, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.16672015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.16672015>. Acesso em: 12 jul. 2024.

RODRIGUES, Patrícia Silveira; CRUZ, Mariana Sodário; TAVARES, Noemia Urruth Leão. *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. DOI: 10.1590/0103-11042017S15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S15>. Acesso em: 8 fev. 2024.

ROVER, Marina Raijche Mattozo; PELÁEZ, Claudia Marcela Vargas; FARACO, Emília Baierle; FARIAS, Mareni Rocha; LEITE, Silvana Nair. *Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2487–2499, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/cV6k5GFHcW9YB5f4WsB7LdH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 mar. 2024.

SANTOS, Marcel Mascarenhas dos. *Ouvidoria pública como instrumento de participação social e função essencial à gestão pública moderna*. *Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman*, São Paulo, ano 1, n. 1, p. 47–62, 2017/2018. DOI: 10.37814/2594-5068.2018v1.p47-62. Disponível em: https://revista.abonacional.org.br/files/edicoes/artigos/1_4.pdf. Acesso em: 9 fev. 2024.

SCHOO, Adrian; LAWN, Sharon; CARSON, Dean. *Towards equity and sustainability of rural and remote health services access: supporting social capital and integrated organisational and professional development*. *BMC Health Services Research*, v. 16, n. 111, 2016. DOI: 10.1186/s12913-016-1359-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1359-9>. Acesso em: 7 mai. 2024.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio; CHAVES, Simone Edi. *Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/2-Educacao-permanente-em-gestao-regionalizada-da-saude-ok.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2025.

SHOSHIMA, André Yoshikane. *Logística de medicamentos II: transporte, armazenamento e distribuição*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Assistência farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. v. 4, p. 76–105. Disponível em: <https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

SILVA, Érica de Kássia Costa da; FERREIRA, Vanessa Rocha. *O trabalho do “peconheiro” na região amazônica: uma análise das condições de trabalho na colheita do açaí a partir do conceito de trabalho decente*. *Revista do Direito do Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho*, v. 6, n. 1, p. 57–74, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadtmat/article/view/6456/pdf>. Acesso em: 4 nov. 2024.

SILVA, Santiago Soares; SILVA, Marcio Rodrigues. *Utilização do KoboToolbox como ferramenta de otimização da coleta e tabulação de dados em pesquisas científicas*. *Geoambiente On-line*, n. 36, p. 122–140, 2020. DOI: 10.5216/revgeoamb.vi36.58264. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/revgeoamb.vi36.58264>. Acesso em: 2 mar. 2025.

SILVA, Vera Lucia Luiza Rondineli Mendes da; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda. *Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos: superando a*

utopia. In: BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; COSTA, Jorge Carlos Santos da; NORONHA, José Carvalho de (org.). *Desafios do acesso a medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020. p. 19–62. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/61300168-2ceb-40b6-b3b8-08f134a11b92/content>. Acesso em: 26 set. 2024.

SOARES, Carlos Gabriel de Souza; MOREIRA, Maria Adriana; MARTINELLI, Izi Caterini Paiva Alves; FERLA, Alcindo Antônio; SCHWEICKARDT, Júlio César; LEMOS, Sônia Maria. *Atenção básica e produção de saúde na Amazônia: perfil e condições de saúde no município de Manicoré*. *Saúde em Redes*, v. 9, n. 3, p. 1–16, set. 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/enAcesso/biblio-1516100>. Acesso em: 9 abr. 2024.

SOARES, Luciano; DIEHL, Eliana Elisabeth; LEITE, Silvana Nair; FARIAS, Mareni Rocha. *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. DOI: 10.1590/S1984-82502013000100012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-82502013000100012>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SOUSA, R. da S.; RODRIGUEZ, C. M. T. *Logística de distribuição de produtos farmacêuticos no estado do Amazonas*. *Revista de Gestão e Secretariado*, v. 15, n. 11, p. e4396, 2024. DOI: 10.7769/gesec.v15i11.4396. Disponível em: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/4396>. Acesso em: 30 dez. 2024.

TEIXEIRA FILHO, Manoel Antonio; TEIXEIRA NETO, Manuel Antonio. *Princípios constitucionais e infraconstitucionais do processo: pressupostos processuais e condições da ação*. São Paulo: Editora, 2023. ISBN 9786558832317.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. *A Amazônia e a interface com o SUAS*. In: COLIN, Denise Ratmann Arruda; CRUZ, José Ferreira da; TAPAJÓS, Luziele Maria de Souza; ALBUQUERQUE, Simone Aparecida (orgs.). *20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013. p. 188–203. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/20anosLOAS.pdf. Acesso em: 2 jun. 2024.

THOMAS, Susan L.; WAKERMAN, John; HUMPHREYS, John S. *Ensuring equity of access to primary health care in rural and remote Australia: what core services should be locally available?* *International Journal for Equity in Health*, v. 14, n. 111, 2015. DOI: 10.1186/s12939-015-0228-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0228-1>. Acesso em: 12 fev. 2025.

TIGUMAN, Gustavo Magno Baldin; SILVA, Marcus Tolentino; GALVÃO, Tais Freire. *Consumption and lack of access to medicines and associated factors in the Brazilian Amazon: a cross-sectional study, 2019*. *Frontiers in*

Pharmacology, v. 11, 2020. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33123016/>. Acesso em: 9 set. 2024.

TOLOSANA, Sanz E.; SERRANO, Oliva; SERRANO, J. *Local perception of access to health services in rural areas: the case of the Navarrese Pyrenees*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, v. 44, n. 2, p. 185–194, 20 ago. 2021. DOI: 10.23938/ASSN.0945. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10019552/>. Acesso em: 29 out. 2025.

TONELLI, Barbara Quadros; LEAL, Ana Paula dos Reis; TONELLI, Wanini Félix Quadros; VELOSO, Daniella Cristina Martins Dias; GONÇALVES, Dulce Pimenta; TONELLI, Stéphanie Quadros. *Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil*. *Revista da Faculdade de Odontologia – UPF*, v. 23, n. 2, p. 180–185, 2018. DOI: 10.5335/rfo.v23i2.8314. Disponível em:
<https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8314>. Acesso em: 10 jun. 2023.

TONHÁ, Ana Cléia Margarida; SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; SANTOS, Thays Angélica de Pinho; ROSSO, Claci Fátima Weirich. *Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 17, p. 244–245, abr./jun. 2015. DOI: 10.5216/ree.v17i2.29422.

VARGAS-PELAEZ, Claudia Marcela; ROVER, Marina Raijche Mattozo; SOARES, Luciano; BLATT, Carine Raquel; MANTEL-TEEUWISSE, Aukje K.; ROSSI, Francisco Augusto; RESTREPO, Luis Guillermo; LATORRE, María Cristina; LÓPEZ, José Julián; BÜRGÍN, María Teresa; SILVA, Consuelo; LEITE, Silvana Nair; FARIAS, Mareni Rocha. *Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: a comparative qualitative analysis*. *International Journal for Equity in Health*, v. 18, p. 68, 2019. DOI: 10.1186/s12939-019-0960-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0960-z>. Acesso em: 26 out. 2024.

VEBER, Ana Paula; DIEHL, Eliana; LEITE, Silvana Nair; PROSPERO, Elisete Navas Sanches. *Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization*. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 47, n. 1, p. 75–80, 2011. DOI: 10.1590/S1984-82502011000100009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-82502011000100009>. Acesso em: 10 fev. 2025.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; CHAVES, Elton da Silva; COSTA, Karen Sarmento; BERNARDE, Heber Dobis; BERNARDES, Liliene Cristina Gonçalves; CAVALCANTI, Filipe Matheus Silva; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. *Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: uma síntese dos principais resultados para gestores de saúde (2019–2023)*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2025. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/biblioteca/pesquisa-assistencia-farmaceutica-no-sus/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

VITTI, Sylvia Cristina de Azevedo. *Higher education and professional and technological education in Brazil*. [S. l.]: Seven Editora, 2023. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/editora/article/view/2237>. Acesso em: 27 mai. 2025.

YUAN, Cancan; DING, Yiwen; ZHOU, Keruo; HUANG, Yuankai; XI, Xiaoyu. *Clinical outcomes of community pharmacy services: a systematic review and meta-analysis*. *Health & Social Care in the Community*, v. 27, n. 5, p. e567–e587, 2019. DOI: 10.1111/hsc.12794. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31225940/>. Acesso em: 2 fev. 2025.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ATORES SOCIAIS DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO AMAZONAS

QUESTIONÁRIO ATORES SOCIAIS DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO AMAZONAS

Dados sociodemográficas		
1	Nome:	
2	Gênero:	(☐) Feminino (☐) Masculino (☐) Outro
3	Idade:	
4	Estado Civil:	(☐) Solteiro (a) (☐) Casado (a) (☐) viúvo (a) (☐) Separação legal (judicial ou divórcio)
5	Filhos:	(☐) Sim, quantos? _____ (☐) Não
6	A sua cor ou raça é:	(☐) Branca. (☐) Preta. (☐) Amarela. (☐) Parda. (☐) Indígena.
7	Naturalidade	
8	Qual município reside?	
9	Tem parentes no Município (além de cônjuge e filhos)	(☐) Sim (☐) Não
Formação acadêmica e atualização profissional		
10	Qual sua profissão?	(☐) Farmacêutico (☐) Profissional de saúde de nível superior (☐) Outro. Descreva: _____
11	Qual tipo de instituição cursou a graduação?	(☐) Pública (☐) Privada
12	Qual foi a forma de custeio (pagamento) da sua graduação	
13	Ano da conclusão da graduação	
14	Qual o Estado da instituição de ensino que fez a graduação?	
15	Qual o município da instituição de ensino fez a graduação?	
16	Pós-graduação	(☐) Especialização (☐) Mestrado (☐) Doutorado
17	Participa de cursos de atualização:	(☐) Sim (☐) Não
	Se sim, indique a frequência de participação em cursos de atualização	(☐) Não participa (☐) 1 vez ao ano (☐) 2 ou mais vezes ao ano
	Se não, mencione o (s) motivo para não participação	

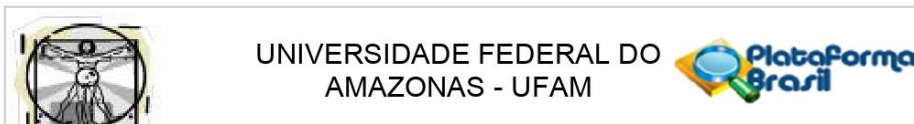
18	Quando foi a última vez que participou de curso de atualização relacionados aos serviços farmacêuticos ou Assistência Farmacêutica?	2022
		2021
		2020
		2019 ou anterior
19	Assinale quais destes fatores dificultam significativamente sua participação em cursos de atualização?	Deslocamento de onde moro para os locais onde normalmente os cursos são oferecidos.
		Liberação do local de trabalho para participação.
		Conexão à internet.
		Custos envolvidos (inscrição, deslocamento, alimentação e hospedagem por exemplo)
		Compromissos familiares.
		Outros:
20	Quais as fontes (s) de informação utiliza para atualização profissional?	☐ Sites/internet ☐ Livros ☐ Artigos científicos ☐ Manuais do Ministério da Saúde ☐ Materiais divulgação da indústria farmacêutica ☐ WhatsApp ☐ Conselho Regional ou Federal de Farmácia
21	Responda as afirmações abaixo em uma escala de 1 a 5 pontos, sendo 0 quando discordar completamente e 5 quando concordar completamente com a afirmativa	Minha formação atual é suficiente para o pleno exercício dos serviços farmacêuticos que realizo.
		Tenho acesso sempre que preciso a fontes de informações atualizadas para a prestação de serviços farmacêuticos.
		Tenho fácil acesso às fontes de informação sobre serviços farmacêuticos que preciso.
		Prefiro estudar e me atualizar sozinho por meio de fontes de informação que acesso.
		Se puder escolher meus treinamentos e capacitações prefiro que seja presencial.
		Se puder escolher meus treinamentos e capacitações prefiro que seja a distância.
		Prefiro capacitações curtas (palestras, seminários) com menos de 2h de duração.
		Prefiro capacitações com pelo menos 4h de duração, mas que não passem de 1 dia.
		Prefiro capacitações que durem de 3 dias a 1 semana, pois assim consigo aprofundar meu conhecimento sobre o assunto.
		Prefiro participar de eventos gerais como congressos onde posso

		acessar diferentes temas de meu interesse.
		Prefiro cursos de formação complementar (aperfeiçoamento, especialização) com mais de 100 horas de duração.
Características do exercício profissional		
22	Quanto tempo você está em seu atual local de trabalho?	☐ Até 1 ano ☐ De 1 a 3 anos ☐ De 3 a 5 anos ☐ De 5 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos
23	Qual a esfera de gestão você está vinculado?	☐ Municipal ☐ Estadual ☐ Federal
24	Em qual desses locais você atua com AF?*	☐ CAF ☐ Gestão da AF ☐ Farmácia Municipal ☐ Farmácia Hospitalar ☐ CAPS ☐ NASF -APS
25	Em qual município está localizado o serviço o qual trabalha com Serviços Farmacêuticos ou Assistência Farmacêutica?	
26	Quais destes serviços farmacêuticos você realiza? Assinale quantos forem necessários.	☐ Seleção de medicamentos ☐ Programação de medicamentos ☐ Aquisição de medicamentos ☐ Armazenamento de medicamentos ☐ Controle de estoque de medicamentos ☐ Distribuição de medicamentos ☐ Dispensação de medicamentos para outros profissionais de saúde ou setores. ☐ Dispensação de medicamentos aos usuários ☐ Consulta farmacêutica ☐ Conciliação Medicamentosa. ☐ Revisão da farmacoterapia ☐ Seguimento farmacoterapêutico. ☐ Educação em saúde para usuários. ☐ Ministra cursos e treinamentos para outros profissionais de saúde. ☐ Elabora pareceres e notas técnicas. ☐ Farmacovigilância. ☐ Participa da Comissão de Farmácia e Terapêutica ou similar. ☐ Participa da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. ☐ Participa da Comissão de Segurança do Paciente. ☐ Faz notificação de agravos ou vigilância epidemiológica.

		Gestão de estabelecimento farmacêutico. Gestão de estabelecimento de saúde que oferta serviço farmacêutico. Gestão de Recursos Humanos.
27	Qual a carga horária semanal de trabalho na Assistência Farmacêutica?	horas/semana
28	Qual o seu vínculo empregatício?	☐ Servidor público concursado. ☐ Cargo comissionado. ☐ Servidor cedido de outra instituição ☐ CLT ☐ Temporário emergencial ☐ Processo Seletivo Simplificado ☐ Prestador de serviços individual ☐ Prestador de serviços por empresa terceirizada ou cooperativa ☐ Voluntário ☐ Desconheço o meu tipo de vínculo ☐ Outro. Descreva: _____
29	Tem outros vínculos de trabalho neste município/AM?	☐ Sim ☐ Não
30	Qual sua faixa salarial?	Até R\$ 2.000,00 R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00 R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00 R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00 Acima de R\$ 5.001,00
31	Responda as afirmações abaixo em uma escala de 0 a 5 pontos, sendo 0 quando discordar completamente e 5 quando concordar completamente com a afirmativa	Estou satisfeito com meu vínculo de trabalho. Estou satisfeito com meu local de trabalho. Pretendo continuar neste trabalho pelos próximos 5 anos no mínimo. Estou procurando oportunidade melhor de trabalho na mesma cidade. Estou procurando outro trabalho fora dos serviços farmacêuticos ou assistência farmacêutica. Estou procurando oportunidade melhor de trabalho em outra cidade. Estou procurando trabalho fora da área da saúde. A estrutura do meu local de trabalho é suficiente para o meu pleno exercício profissional. Tenho apoio das pessoas que trabalham comigo para desenvolver minhas atividades profissionais. Tenho apoio das pessoas que trabalham comigo para propor novos serviços onde trabalho.

32	Você participa das decisões referentes ao seu processo de trabalho?	() Sim () Não () Eventualmente
33	Como você considera seu conhecimento sobre assuntos relacionados a seguir? Responda em uma escala de 1 a 5 pontos, sendo 0 quando desconhece sobre o assunto e 5 quando se considerar especialista.	Seleção de medicamentos Programação de medicamentos Aquisição de medicamentos Armazenamento de medicamentos Controle de estoque de medicamentos Distribuição de medicamentos Dispensação de medicamentos para outros profissionais de saúde ou setores. Dispensação de medicamentos aos usuários Consulta farmacêutica Conciliação Medicamentosa. Revisão da farmacoterapia Seguimento farmacoterapêutico. Educação em saúde para usuários. Ministra cursos e treinamentos para outros profissionais de saúde. Elabora pareceres e notas técnicas. Farmacovigilância. Participa da Comissão de Farmácia e Terapêutica ou similar. Participa da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Participa da Comissão de Segurança do Paciente. Faz notificação de agravos ou vigilância epidemiológica. Gestão de estabelecimento farmacêutico. Gestão de estabelecimento de saúde que oferta serviço farmacêutico. Gestão de Recursos Humanos.
34	No espaço de trabalho você se sente protagonista ou coadjuvante ?	
35	Quais são as suas principais causas de insatisfação no trabalho, caso as tenha?	
36	Por quais razões o levaram a trabalhar na Assistência farmacêutica neste município ?	
37	O que lhe motiva a permanecer neste município?	
38	O que interfere sua permanência nesse município? Se Sim, descreva.	
39	Como avalia as condições de trabalho no município?	() Ruim () Regular () Boa () Excelente
40	Qual é o nível de autonomia existente no seu trabalho? Isso é, até que ponto lhe é permitido decidir a maneira de realizar suas tarefas?	Nenhuma autonomia gerencial Pouca autonomia gerencial Muita autonomia gerencial Total autonomia gerencial
41	De um modo geral, o quão significativo ou importante é o seu trabalho para o desenvolvimento/melhoria do SUS?	

APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 57394622.3.0000.5020



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Atores Sociais dos Serviços Farmacêuticos no Amazonas

Pesquisador: Marcelo Campese

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57394622.3.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.765.519

Apresentação do Projeto:

Desenho:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa e quantitativa direcionada às pessoas (atores sociais) que trabalham com serviços farmacêuticos no estado do Amazonas. Os dados serão coletados dados referentes a trajetória pessoal e profissional que levaram essas pessoas a trabalhar com serviços farmacêuticos. Pretende-se por meio de um questionário semi-estruturado caracterizar os atores sociais que atuam com serviços farmacêuticos no estado do Amazonas obtendo informações sociodemográficas, da sua formação e qualificação para os Serviços Farmacêuticos, do seu processo de trabalho e do serviço onde atua. Os dados coletados serão planilhados onde cada pergunta objetiva constituirá uma variável do estudo. Para as questões abertas será realizada utilizada a técnica de análise de conteúdo fundamentada em Bardin (1979) que permitirá obter indicadores que permitam o conhecimento sobre os atores sociais e seu processo de trabalho relacionado aos serviços farmacêuticos no estado do Amazonas.

Resumo:

O serviço farmacêutico requer a aplicação de competências ao seu usuário que garantam o acesso e o uso racional de diferentes tecnologias de saúde, entre as quais se destaca o medicamento. Nesse sentido tem-se a Política Nacional de medicamentos como parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), visa garantir acesso a medicamentos e insumos para toda população.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

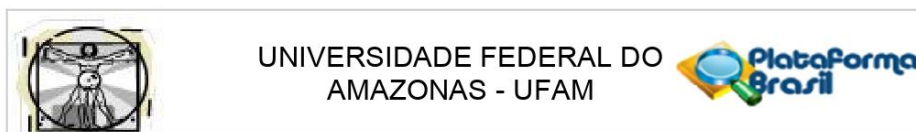
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.765.519

Esse acesso deve ser descentralizado, com envolvimento da instância local na prestação dos serviços farmacêuticos à população e representa um grande desafio. O Amazonas também enfrenta desafios para a construção das condições para desenvolvimento das políticas públicas de saúde e acesso aos medicamentos, visto que as desigualdades sociais e territoriais se acentuam na maioria dos sessenta e dois municípios do Estado. O cenário da AF é de um ambiente complexo, com exigências da atuação estatal de maior qualidade e com a ampliação do rol de serviços e de tecnologias em saúde, fazendo com que os profissionais enfrentem situações e demandas mais desafiadoras. Portanto, pretende-se conhecer o perfil dos atores sociais prestadores de serviços farmacêuticos no estado do Amazonas, com focos sobre o contexto socioeconômico e demográfico em que atuam, a dinâmica de trabalho, modos de atualização e limitações da prática profissional. Trata-se de um estudo analítico e transversal de caráter exploratório de abordagem quali-quantitativa, com a coleta de dados realizada através de questionário semiestruturado autoaplicável. Há expectativa de que os resultados subjacentes desta pesquisa contribuam para fomentar a troca de informações relacionadas aos serviços farmacêuticos partir das experiências profissionais, suas convergências e expectativas e que contribua na qualificação dos serviços farmacêuticos no estado do Amazonas, principalmente no interior, considerando as particularidades geográficas, demográficas e socioeconômicas.

INTRODUÇÃO:

Um serviço pode ser definido como “a aplicação especializada de Competências (conhecimentos e competências) através de processos e desempenhos em benefício de outra entidade ou a própria entidade” (VARGO E LUSCH, 2004, p. 2). Quando se trata de serviços farmacêuticos pode-se inferir que as competências relacionadas a estes serviços têm no medicamento uma ferramenta estratégica e fundamental. O acesso ao medicamento é essencial na assistência à saúde da população e contribui para a melhoria da qualidade de vida de seus usuários, principalmente portadores de doenças crônicas. A baixa adesão ao tratamento farmacológico contínuo tem como consequência resultados ruins de saúde, maior utilização e gastos com assistência à saúde, e pode ser ocasionada por barreira geográfica, a cultura local, a etnicidade (diversidade), o poder aquisitivo da população atendida e fatores relacionados ao sistema de saúde, como problemas que englobam as atividades do ciclo da assistência farmacêutica (AF). (ALMEIDA; VIEIRA; SÁ, 2018, p.83; BRASIL., 2016; PATEL et al., 2013). O Estado do Amazonas enfrenta desafios para a construção das condições para desenvolvimento das políticas públicas de saúde e de Assistência Farmacêutica, pois as desigualdades sociais e territoriais se acentuam na maioria dos sessenta e dois municípios, que são iguais sob o ponto de vista de atribuições constitucionais, mas ao

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

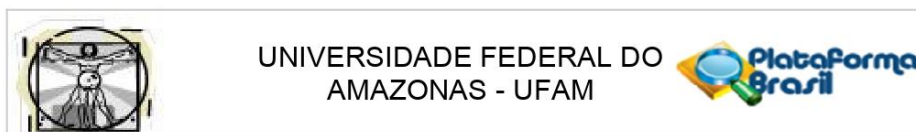
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.765.519

mesmo tempo desiguais para a gestão da política de saúde. (SCHWEICKARDT et al., 2015). O adequado provimento de serviços de saúde ao extenso território da Amazônia, ainda representa um transtorno para a população e aos gestores das políticas públicas. Os serviços farmacêuticos estão inseridos em um sistema complexo e dinâmico, que envolve atividades técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, que vão desde a seleção até o uso dos medicamentos (BRASIL, 2009). Diante do contexto de estruturação dos serviços farmacêuticos no sistema de saúde dos municípios Amazonenses, deve-se pautar a necessidade de identificar o perfil dos atores sociais que atuam nesses serviços, assim como a compreensão da sua realidade social e econômica, visando um direcionamento na atuação para a transformação da realidade local, em benefício à população. O usuário e o profissional de saúde são atores sociais, portanto, sob a concepção de Carlos Matus, capazes de acumular força e desenvolver interesse, produzindo fatos na situação (LALUNA; FERRAZ, 2003). O profissional de saúde é um ator social importante na disponibilização do medicamento e na promoção do seu uso racional. Em qualquer forma de organização dos serviços farmacêuticos que haja disponibilização de medicamentos, há um contato entre o usuário do serviço e o profissional que o atende. Este profissional pode exercer um papel, exclusivamente, executor do ato de entregar o medicamento, assemelhando-se às características de um processo taylorista/fordista que pressupõe um nível de produtividade em uma linha de montagem e o consumo de massa (MATOS, PIRES, 2006). De outra forma, esta ação pode constituir um serviço clínico, promovendo o cuidado. Quando um desses atores é o farmacêutico, pressupõe-se que esse ato não seja apenas a entrega do medicamento, mas incorpore rotinas específicas na interação com o usuário. Farmacêutico e usuário, são atores sociais singulares, constituídos de diferentes conhecimentos técnicos e sociais, acadêmicos e populares, habilidades e capacidades que, condicionados à governabilidade profissional ou à agência pessoal sobre cada situação, produzem cuidado. O protagonista na prestação de serviços farmacêuticos é o profissional farmacêutico. Os farmacêuticos podem exercer a profissão em 10 linhas de atuação, as quais agrupam 131 especialidades farmacêuticas reconhecidas pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF). Em 2015 o CFF publicou um relatório sobre o perfil do farmacêutico no Brasil. Responderam espontaneamente à pesquisa 19.896, entre os mais de 180 mil farmacêuticos do país. Esse relatório apontou que 73,4% dos farmacêuticos que responderam à pesquisa possuem 38 anos ou menos e que 49,7% possui menos de 5 anos de exercício profissional. O relatório ainda indica, com relação à formação acadêmica, que mais de 80% desses profissionais se formaram após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, que facilitou o aumento exponencial dos cursos de Farmácia e,

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

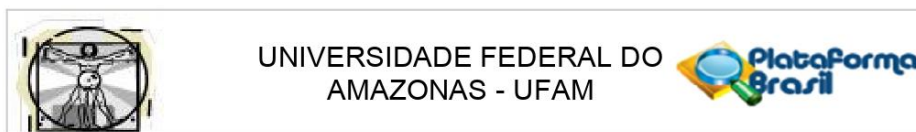
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.765.519

consequentemente, do número de farmacêuticos no mercado de trabalho. Em relação ao exercício profissional, 81,1% dos farmacêuticos atuam em farmácia (de rede ou independente, magistral, hospitalar ou pública) (SERAFIN, CORREA JÚNIOR, VARGAS, 2015). Cabe ressaltar que nos últimos 30 anos o número de farmacêuticos registrados no Brasil aumentou cerca de 6 vezes, considerando que em 1985 haviam 31.272 farmacêuticos registrados no Brasil (STEFAN, 1986). Na atenção primária, segundo Carvalho e colaboradores (2016), entre 2008 e 2013, houve uma expansão na força de trabalho da ordem de 16%. No caso do farmacêutico houve um crescimento de 75% dos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passando de 1,4% para 2,1% da força de trabalho de nível superior nos estabelecimentos do tipo centros de saúde/unidades básicas de saúde (CARVALHO et. al., 2016). Essa ampliação da força de trabalho chegou aos diferentes municípios do estado do Amazonas? É fundamental saber se os atores sociais prestadores de serviços farmacêuticos são protagonizados por farmacêuticos, qual seu perfil e as características de seu processo de trabalho.

Hipótese:

Os atores sociais que prestam serviços farmacêuticos no estado do Amazonas são farmacêuticos em sua maioria, com menos de 5 anos de atuação na área farmacêutica, com vínculo empregatício temporário e atuam principalmente em serviços técnico-gerenciais da assistência farmacêutica.?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o perfil dos atores sociais envolvidos com serviços farmacêuticos no estado do Amazonas.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil dos atores sociais dos serviços farmacêuticos, considerando características sociodemográficas, formação acadêmica e atualização profissional.
- Analisar os principais fatores motivacionais que contribuem para atuação dos atores sociais dos serviços farmacêuticos no território amazônico.
- Contextualizar a atuação dos atores sociais, dificuldades identificadas e o impacto da força de trabalho na Assistência farmacêutica.
- Identificar convergências sobre o processo de trabalho relacionado aos serviços farmacêuticos no estado do Amazonas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

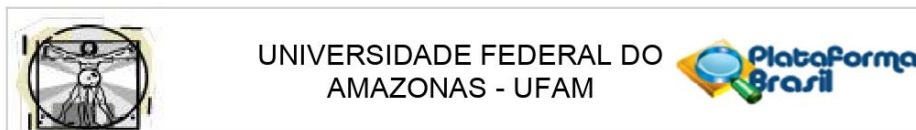
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.765.519

Não será coletado nenhum material biológico, realização ou consulta de exames ou semelhante que possa expor o participantes. Pode haver o risco do participante se sentir inibido ou constrangido com alguma pergunta. Para minimizar essa condição não será obrigatória a resposta a todas as questões, podendo o participante não responder alguma questão que possa lhe inibir ou constranger. Além disso, há o risco de quebra de sigilo das informações obtidas inerentes ao participante, ainda que involuntária e não intencional. Diante da possibilidade desses riscos, o participante será devidamente esclarecido que é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, não acarretando qualquer penalidade, independente da pesquisa em questão. Quanto à quebra de sigilo, os pesquisadores se comprometem a manter a identidade dos voluntários em sigilo, não ocorrendo liberação de material e resultados que possam indicar a participação do indivíduo sem a sua permissão. Não serão divulgadas informações que possam relacionar o participante com seu local de atuação, nem a liberação de resultados individuais.

Benefícios:

Pretende-se reunir diferentes olhares e percepções sobre os serviços farmacêuticos no estado do Amazonas e dessa forma identificar suas potencialidades e fragilidades. Se beneficiarão das potencialidades os usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde e serviços farmacêuticos pois identificarão pontos comuns, de interesse e com maior sensibilização para investimentos e qualificação dos serviços farmacêuticos. A identificação das fragilidades será importante pois permitirá a implementação de políticas de educação permanente e estruturação dos serviços farmacêuticos de forma a corrigir déficits identificados por quem atua nos serviços.

Também o diagnóstico do perfil dos atores sociais dos serviços farmacêuticos no estado do Amazonas colaborará para dimensionar a força de trabalho nesta área nas diferentes regiões do estado, permitindo o desenvolvimento de ações para fixação e qualificação dos profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Estudo analítico e transversal de caráter exploratório de abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa poderá ser respondida por pessoas que prestem serviços farmacêuticos em instituições públicas, privadas ou filantrópicas em qualquer um dos 62 municípios do estado do Amazonas, desde que consiga ler, responder e devolver o questionário diretamente ao pesquisador. Para participar da pesquisa é necessário ter mais de 18

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

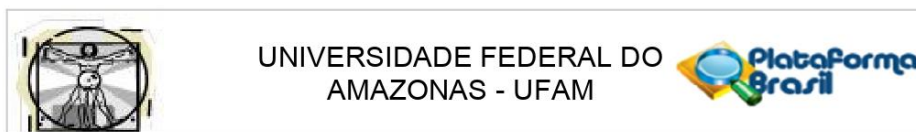
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.765.519

anos completos e atuar no momento da aplicação do questionário em algum serviço. A pesquisa será direcionada às pessoas que trabalham com serviços farmacêuticos e coletará informações pessoais e profissionais sob a perspectiva individual do participante, independente da instituição à qual está vinculado. **INTRUMENTO DE COLETA** Os dados serão coletados por meio de um questionário semiestruturado e aplicados presencialmente (questionário impresso ou digital) ou via eletrônica com ampla divulgação do questionário por meio de e-mail, aplicativos de mensagens e redes sociais para os quais não haverá identificação do participante, ou seja, os convites serão enviados individualmente, ou utilizando a opção de cópia oculta em caso de e-mails. Para as redes sociais e aplicativos de mensagem o convite não deverá mencionar nomes de possíveis participantes, apenas descrever os objetivos da pesquisa, critérios de inclusão e link para o formulário eletrônico. A leitura e resposta do questionário será de responsabilidade do participante, não devendo o pesquisador influenciar ou sugerir respostas. Porém, os pesquisadores se comprometem a esclarecer quanto à finalidade e condições de participação no projeto. O questionário autoaplicável contém perguntas abertas e fechadas para os profissionais, dividido em três blocos. O primeiro bloco, contempla as variáveis demográficas: gênero, idade, naturalidade e estado civil, entre outros. O segundo bloco é composto por questões relativas à formação acadêmica, incluindo informações como tipo de universidade, ano de conclusão do curso, tempo de exercício profissional, participação em cursos de pós-graduação e cursos de atualização. Por tanto o terceiro bloco de informações envolve os questionamentos relacionados as características do exercício profissional e a atuação do profissional farmacêutico nos municípios do Amazonas. **ANÁLISE DE DADOS** Os dados quantitativos coletados serão analisados pelo método estatístico descritivo e analítico. Para os testes estatísticos de associação de variáveis, utilizará o teste de qui-quadrado de Pearson; Utilizar-se-á a técnica Análise de Conteúdo (SILVA et al., 2017, p. 169), adaptada de Bardin (1979), que se organiza em três fases: pré-análise, análise do material e tratamento dos resultados, que abarca a inferência e a interpretação. **ASPECTOS ÉTICOS** A pesquisa será submetida ao Comitê

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

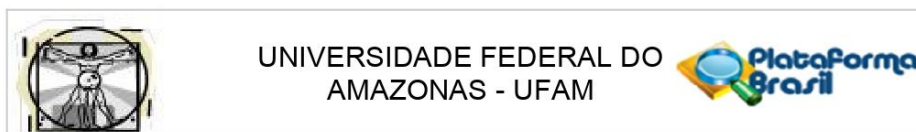
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.765.519

de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal do Amazonas (CEP/UFAM) que analisa os aspectos éticos da pesquisa com base nas Resoluções 466/2012-CNS, 510/2016-CNS e outras complementares. A coleta de dados somente terá início após a aprovação no CEP/UFAM. Somente serão utilizados questionários preenchidos após a leitura e assinatura do TCLE. Para todos os participantes será solicitada a leitura e assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) (Apêndice II) onde os pesquisadores exporão os objetivos, riscos, benefícios e garantias de segurança quanto ao sigilo das informações prestadas. Também será disponibilizado o contato do pesquisador responsável para outros esclarecimentos e informações sobre desistência na participação da pesquisa. Como medidas de biossegurança para a aplicação presencial dos questionários, o pesquisador estará utilizando máscara

de proteção e disponibilizará álcool em gel aos participantes no início e no final do questionário. Também serão seguidos todos os protocolos de

distanciamento e uso de equipamentos de proteção individual conforme regulamentação vigente à época da aplicação do questionário.

Critério de Inclusão:

- Acima de 18 anos.- Atuar no momento da aplicação do questionário com pelo menos um dos seguintes serviços farmacêuticos: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição ou dispensação de medicamentos; cuidados farmacêuticos, ou atenção farmacêutica, ou farmácia clínica que aborde o uso de medicamentos.

Critério de Exclusão:

Atuar com serviço farmacêutico não relacionado a medicamentos.

Não possuir vínculo profissional com instituição, empresa ou órgão que oferte serviço farmacêutico.

Ator social dos serviços farmacêuticos que precise de ajuda de terceiros para leitura e resposta ao questionário.

Metodologia de Análise de Dados:

Após a aplicação dos questionários, os dados obtidos serão divididos em dois blocos. O primeiro a partir das questões objetivas será analisado por meio de estatística descritiva com a aplicação de testes estatísticos específicos de acordo com as variáveis qualitativas ou quantitativas.

Para as questões abertas ou subjetivas será realizada a técnica de análise de discurso de Bardin (1979) constituída de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

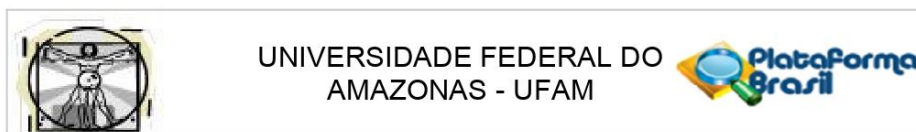
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.765.519

Cronograma de Execução

Elaboração do Projeto	31/03/2022 29/04/2022
Submissão ao Comitê de Ética	31/03/2022 29/04/2022
Elaboração do Artigo da Pesquisa	03/10/2022 16/12/2022
Elaboração do Banco de Dados	01/08/2022 31/08/2022
Resultados e Discussão	01/08/2022 30/11/2022
Aplicação do Questionário	04/05/2022 29/07/2022

Orçamento Financeiro Total em Real (R\$) - R\$ 1.550,00

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela é a Versão: 3 de um estudo científico intitulado, já aprovado por este CEP/UFAM: "Atores Sociais dos Serviços Farmacêuticos no Amazonas"; do Pesquisador Responsável: Marcelo Campese, e são os colaboradores : como co-orientadora Genize K A Vasconcelos e Isabella P Baile (Pesquisadora); com CAAE: 57394622.3.0000.5020 e foi Submetido em: 10/11/2022. A Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UFAM e tem Financiamento Próprio.

Nesta versão interpõe uma Emenda para apensar os Termos de Anuência dos pesquisadores envolvidos que tem o aval da SEMSA assinada pela responsável do Departamento de Política de Assistência Farmacêutica (DPAF) Dra Mie M Guimarães em 20/de abril/2022 e também do CEP-SEMSA assinada por Priscilla F Naiff chefe do Núcleo de pesquisa extensão e Inovação daquela instituição em 09/de novembro/2022.

Segundo a Carta 035/2013 que trata de emenda a projeto em tela esta de acordo com a mesma

Recomendações:

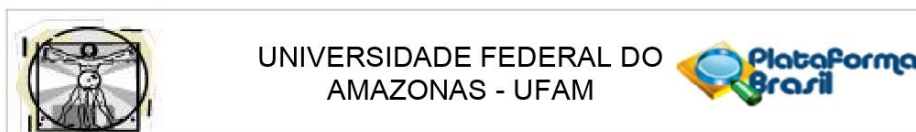
Não se Aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto o parecer é pela Aprovação, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.765.519

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2049409_E1.pdf	10/11/2022 16:50:09		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_MARCELO_CAMPESEassinado.PDF	10/11/2022 16:46:53	Marcelo Campese	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_Atores_Sociaisassinado.pdf	25/04/2022 13:55:55	Marcelo Campese	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_SF_Amazonas.pdf	31/03/2022 14:49:18	Marcelo Campese	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ATORES_SOCIAIS_SF_AMAZONAS.pdf	31/03/2022 07:01:36	Marcelo Campese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATORES_SOCIAIS_SF_DO_AM.docx	31/03/2022 07:00:59	Marcelo Campese	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 20 de Novembro de 2022

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

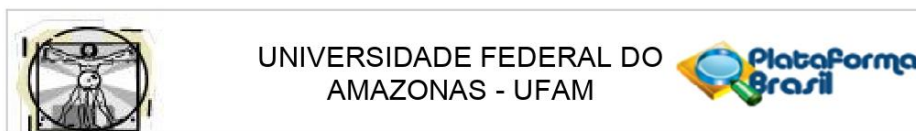
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

**APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP -
60851222.0.0000.5020**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO AMAZONAS: UMA ABORDAGEM EM EQUIDADE LOCORREGIONAL

Pesquisador: Marcelo Campese

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60851222.0.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Ciencias Farmaceuticas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.507.247

Apresentação do Projeto:

Não se Aplica

Objetivo da Pesquisa:

Não se Aplica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se Aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela é a Versão: 3 que interpõe e tramita uma Emenda. Tem como Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO AMAZONAS: UMA ABORDAGEM EM EQUIDADE LOCORREGIONAL; e o Pesquisador Responsável é Marcelo Campese, e os assistentes e colaboradores :Amanda Mamed de Gusmão Lobo; GENIZE KAOANY ALVES VASCONCELOS; ISABELLE PACHECO BAILO; LETICIA LIMA MOREIRA; ULY AUGER LIMA; com o CAAE: 60851222.0.0000.5020 e foi Submetido em: 01/11/2023. A Instituição Proponente: F.C.F./ UFAM e tem como Patrocinador Principal a FAPEAM.

O objeto da emenda é : "Justificativa da Emenda:

Inclusão do financiamento (Resolução Nº 023/2022 - INICIATIVA AMAZÔNIA +10, junto a FAPEAM)

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

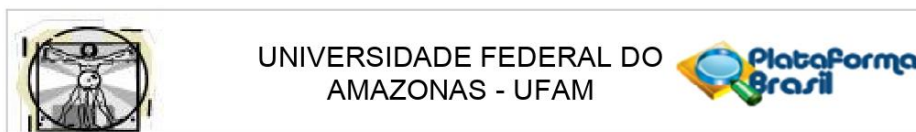
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.507.247

de R\$236.287,00 Apensado e Contemplado;

Inclusão das anuências municipais para a coleta de dados e avaliação da assistência farmacêutica, Apensados e Contem[plados];

Inclusão dos instrumentos de avaliação, Apensados e Contemplados;

Inclusão de termo de autorização para uso de imagem e voz, Apenados e Contemplados "

Portanto, estando de acordo com as N.O.001/2103 item 2.1 H, Cartas 035/2013 e 038/2014 do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS.

Recomendações:

Não se Aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto o parecer é pela Aprovação da Emenda,SMJ.

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_2239653_E1.pdf	01/11/2023 17:42:13		Aceito
Outros	INSTTRUMENTOS_DE_COLETA_CHECKLIST_ROTIEIRO.pdf	01/11/2023 10:12:58	GENIZE KAOANY ALVES VASCONCELOS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PARA_USO_IMAGEM_CEP.pdf	01/11/2023 09:28:22	GENIZE KAOANY ALVES VASCONCELOS	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_DA_INSTITUI CAO_CEP.pdf	01/11/2023 09:23:52	GENIZE KAOANY ALVES VASCONCELOS	Aceito
Outros	Anuencia_SES_Atores_Sociais_AM.pdf	25/08/2022 15:50:04	Marcelo Campese	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Avaliacao_da_AF_AM_Completo.pdf	20/07/2022 15:23:38	Marcelo Campese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCUD_ass.pdf	20/07/2022 15:23:00	Marcelo Campese	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Avaliacao_da_AF_no_AM.pdf	20/07/2022 15:22:11	Marcelo Campese	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

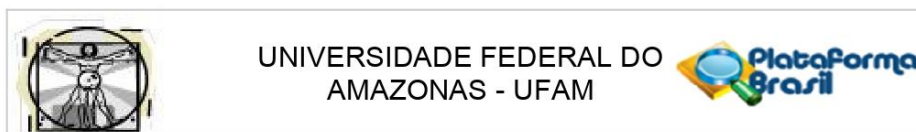
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.507.247

Ausência	TCLE_Avaliacao_da_AF_no_AM.pdf	20/07/2022 15:22:11	Marcelo Campese	Aceito
Folha de Rosto	3_Folha_de_Rosto_AssistenciaFarmaceutica.pdf	20/07/2022 15:19:37	Marcelo Campese	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 15 de Novembro de 2023

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com

APÊNDICE D – MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL – AMAZONAS



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

PREMISSAS DAS DIMENSÕES

DIMENSÃO	PREMISSA
ORGANIZACIONAL: capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente	O envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e de decisão traduz de forma direta os princípios da autonomia, da transparência e da descentralização da gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal bem como a melhor distribuição de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores organizacionais atende ao princípio da transparência e qualifica a participação destes na gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal, o que soma para a capacidade de decidir.
OPERACIONAL: capacidade de manter e ampliar recursos logísticos e gerenciais.	As condições de existência de um conjunto de procedimentos e de mecanismos que revelem aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, indicam investimentos dos gestores do sistema municipal de saúde para assegurar e ampliar as condições logísticas, técnicas e gerenciais, o que soma para a capacidade de executar.
SUSTENTABILIDADE: institucionalização de processos que criem ambiente favorável para sustentar as decisões.	A existência de mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade às ações da Assistência Farmacêutica, e o grau elevado de inter-relação da Assistência Farmacêutica com outros setores da saúde na instituição, bem como de satisfação com a qualidade dos serviços por usuários e/ou por trabalhadores, traduz a construção de uma imagem positiva que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal.

PREMISSAS DOS INDICADORES: DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

Dimensão Organizacional		
Indicador	O que avalia	Premissa
1. Institucionalidade	1.1 Condição de existência da coordenação da Assistência Farmacêutica (AF) na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).	A coordenação da AF instituída por meio de norma e atribuição de cargo comissionado ao coordenador ou funcionando informalmente, embora assumindo seu papel de órgão responsável pela AF, indica o reconhecimento da área pela instituição e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF.



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	1.2 Existência formal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na SMS ou participa de uma CFT regional de forma regular.	A existência de CFT municipal formal ou a participação do município em uma CFT regional de forma regular indicam o reconhecimento institucional das questões relativas a medicamentos e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF.
2. Autonomia	2. Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF	Uma maior autonomia da Coordenação da AF para decidir sobre questões relativas à formulação de diretrizes para a AF no município, aos serviços farmacêuticos e ao acompanhamento e orientação e supervisão das farmácias das Unidade Básica de Saúde (UBS) confere um aumento na capacidade de decidir em áreas de interesse da AF.
3. Condições Estratégicas	3.1 Profissão do coordenador da AF	O farmacêutico, enquanto coordenador da AF, evidencia o papel do profissional junto a SMS para uma melhor gestão na área. Por mais que a AF seja uma área de atuação multiprofissional, o farmacêutico é o profissional com maior qualificação técnica para o conjunto de atividades relacionadas com a área.
	3.2 Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de UBS.	Maior percentual de farmacêuticos e coordenadores de UBS que conhecem a existência da coordenação da AF indica maior visibilidade da coordenação, atende ao princípio da transparência e amplia sua capacidade de decidir.
	3.3 Existência de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com medicamentos que não constem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2022 e/ou em elencos pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	A REMUME é necessária para a organização dos serviços farmacêuticos e orientação da programação, aquisição, prescrição e atenta para o desenvolvimento da AF. Tem como instrumento norteador a RENAME, porém essa pode não atender alguma especificidade regional. A inserção de medicamentos na REMUME, que não estão padronizados na RENAME, pode indicar flexibilidade na capacidade de executar a gestão da AF. No entanto, um elevado número de medicamentos adquiridos não constantes na RENAME ou elencos pactuados na CIB impacta em acréscimo de custos do orçamento municipal para aquisição de medicamentos.



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

4. Participação	4.1 Participação de farmacêuticos e outros profissionais de saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde e dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano.	A elaboração do Plano Municipal de Saúde de forma participativa, com uma equipe multiprofissional, incluindo a construção dos objetivos, diretrizes e metas da AF, indica que o instrumento de gestão foi elaborado de forma integral, que os profissionais possuem informação sobre as metas estabelecidas e pactuadas, o que soma para a capacidade de decidir a gestão da AF.
	4.2 Participação da Coordenação da AF nas discussões / decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	A participação da coordenação da AF nas discussões das pactuações do município em relação conjunto aos outros setores da SMS indica ampliação, compartilhamento e transparência no processo decisório o que soma para capacidade de decidir em ambiente democrático.
5. Planejamento	5.1 Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	A realização de mecanismos de monitoramento da AF e a utilização dos dados no planejamento dos serviços de saúde mostram ações e resultados, influenciando na capacidade de executar a gestão da AF.
	5.2 Existência de metas ou ações no plano municipal que promovam o acesso a medicamentos às populações da floresta e das águas em áreas remotas.	O Plano de Saúde é o instrumento de gestão, baseado em uma análise situacional, que define intenções e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Sendo necessário identificar, formular e priorizar os problemas, relacionados a organização e a prestação da assistência farmacêutica em áreas remotas do município.

PREMISSAS DOS INDICADORES: DIMENSÃO OPERACIONAL

Indicador	O que avalia este indicador?	Premissa
1. Condições Técnicas	1.1 UBS que contam com a presença de farmacêutico.	Quanto maior o número de unidades com farmacêuticos realizando os serviços farmacêuticos, entre eles a dispensação, indicam condições técnicas adequadas na oferta da AF na atenção básica de saúde, o que soma à gestão, capacidade em executar a AF.



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	1.2 Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade / cartela fracionada sem indicação do prazo de validade no estoque da UBS.	A existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da UBS revela a ausência de controle adequado, necessário e suficiente do estoque de medicamentos. Além disso, a existência de blisters sem a data de validade, por causa do fracionamento feito no momento da dispensação conforme prescrição, compromete o acesso a um medicamento com qualidade, e repercute na capacidade da gestão em executar a AF.
2. Normatização	2.1 Existência de instrumentos de padronização (Procedimento Operacional Padrão (POP), manual) para dispensação de medicamentos. 2.2 Existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).	A padronização e uniformização das condutas realizadas pelos profissionais responsáveis pela dispensação garantem a existência de mecanismos técnicos e operacionais de execução e qualificação dos serviços. Cada estabelecimento gerador de resíduo de saúde deve implementar o PGRSS com objetivo de minimizar a produção e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente. A implementação de um PGRSS indica a existência de procedimentos técnicos e operacionais que asseguram condições adequadas de execução da AF.
3. Infraestrutura	3.1 Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 4 anos em serviços farmacêuticos. 3.2 Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	Investimentos em infraestrutura dos serviços de AF possibilitam condições de manutenção e ampliação das condições para a execução e qualificação das práticas, o que soma para a capacidade de executar da gestão da AF. Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições operacionais (físicas e ambientais, externas e internas) previstas para armazenamento de medicamentos indica preocupação dos gestores em garantir as condições favoráveis à preservação da estabilidade química consequente segurança dos medicamentos, o que soma à gestão, para a capacidade de executar a AF.
4. Condições Operacionais	4.1 Existência de registro farmacêutico em prontuário.	O registro do profissional farmacêutico no prontuário é tão importante como registrar os serviços de qualquer profissional na SMS. Influência na motivação do profissional, em autenticar os serviços prestados e na qualidade, o que soma à gestão, capacidade em executar a AF.



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	4.2 Existência de um sistema informatizado na SMS que contemple as necessidades da AF.	Um sistema informatizado da rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde do município demonstra a integração e comunicação entre os diversos setores da rede de atenção à saúde, o que soma para a capacidade de decidir e compartilhar as informações da gestão da AF na rede.
5. Boas Práticas em Logística	5.1 Existência de instrumento/ método de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), definição de distribuição de forma conjunta (Coordenação da AF e UBS) e adequação as necessidades das unidades das zonas rural e ribeirinha, considerando distâncias, meios de transporte e sazonalidade.	A realização de programação para aquisição de medicamentos do componente básico da AF indica manutenção do abastecimento de medicamentos, compatibilizando os recursos disponíveis com as necessidades e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF. Quando realizada com base em critérios técnicos recomendados, indica condições favoráveis ao atendimento das necessidades dos usuários com vistas a assegurar o acesso a medicamentos. Já a definição de distribuição desses medicamentos de forma conjunta indica responsabilidade compartilhada na organização das ações da AF descentralizada, o que soma para capacidade de decidir da AF.
	5.2 Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as UBS conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	Uma regularidade adequada no abastecimento de medicamentos das farmácias das UBS pelo nível central da SMS, revela iniciativas de gestão voltadas para garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e sua qualidade, assegurando melhores condições de execução da AF na rede básica de saúde do município.
6. Logística Regional	6.1 Utilização de técnicas de classificação de estoque de medicamentos para auxiliar na programação de aquisição de medicamentos que considerem as características do município.	Na gestão da assistência farmacêutica, a programação de medicamentos e o gerenciamento de estoques são essenciais por suas relações com o nível de acesso aos medicamentos e com o nível de perdas desses produtos. Portanto a classificação de itens do estoque de medicamentos, constitui-se em uma importante ferramenta na elaboração das estratégias de gestão. As técnicas permitem aplicar tratamentos apropriados a cada produto.
	6.2 Existência de planejamento da distribuição de medicamentos que considere a sazonalidade ambiental.	O cenário amazônico apresenta aspectos relevantes que influenciam a logística de distribuição dos medicamentos, entre eles: uma extensa rede hidrográfica; impactos da sazonalidade ambiental (períodos de seca e cheia); esses fatores interferem na navegabilidade (transporte fluvial) e condições das estradas/mais (transporte terrestre). Portanto é necessário associar o fator amazônico aos aspectos do planejamento de distribuição de medicamentos.



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	6.3 Existência de estratégia para o acesso da população que reside em áreas remotas aos medicamentos da atenção primária à saúde.	Apesar de possuir uma política nacional de saúde instituída desde 2011, a garantia de saúde para as populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs) ainda é um desafio. Por isso, torna-se prioritária estratégias e ações da Assistência Farmacêutica na APS para ampliar o acesso medicamentos básicos e estratégicos, e garantir continuidade de cuidado destas populações. Assim, é necessário manter um olhar diferenciado para esse território, respeitando as especificidades das populações e reconhecendo as iniquidades na distribuição da riqueza, a distância entre os povoados e as UBS.
7 Financiamento	7.1: Existência do financiamento das três esferas de gestão para aquisição dos medicamentos da APS.	O CBAF é financiado pelas três esferas de gestão (financiamento tripartite) e gerenciado pela esfera municipal, este Componente destina-se à aquisição dos medicamentos no âmbito da APS, com base em valores per capita. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada estado estabelecem o mecanismo de operacionalização desta sistemática, respeitando a aplicação mínima dos valores monetários/habitante/ano e pela União, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM).
	7.2 Capacidade de captação de recurso para estruturação e desenvolvimento de serviços relacionados Assistência farmacêutica municipal	Além dos recursos para aquisição de medicamentos, outros recursos podem ser disponibilizados à AF pelas três esferas de gestão (União, Estado e Município) com objetivo de qualificar a estrutura e processos para a melhoria das atividades da AF nas ações e serviços na APS.
	7.3: Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos do componente básico no último ano	Um valor muito alto empregado em aquisição de medicamentos por via judicial em relação ao total de aquisições na AF municipal indica falha na gestão e dificuldade de executar a gestão da AF.

PREMISSAS DOS INDICADORES: DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE

Dimensão Sustentabilidade		
Indicador	O que avalia este indicador?	Premissa



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

1. Estratégias de comunicação (AF e UBS)	1.1 Estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de UBS ou responsável pelo pedido de medicamentos e farmacêuticos.	A existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF para resolução de problemas relacionados a medicamentos, mecanismos de divulgação da REMUME para os prescritores, bem como um percentual de respostas positivas de prescritores referindo o recebimento de material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS são estratégias para que os atores envolvidos na atenção à saúde possam adotar as políticas preconizadas pela coordenação da AF, o que indica aumento da capacidade de sustentar as ações da gestão da Assistência Farmacêutica.
2. Força de trabalho	2.1 Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	A coordenação da AF contratada com vínculo estatutário permite a manutenção e a sustentabilidade das ações desenvolvidas no serviço, o que influencia a capacidade de sustentar os resultados de gestão.
	2.2 Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	Maior percentual de farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos, aponta para iniciativas do profissional em qualificação contínua, agregando conteúdo e atualizações, muitas vezes incentivados pela instituição, diante da necessidade constante de aperfeiçoamento, o que soma para a capacidade de sustentar os resultados de gestão.
3. Articulação	3.1 Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), das Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS) e das coordenações dos programas de saúde para o desenvolvimento de ações que envolvem o acesso a medicamentos na APS.	A articulação sistemática entre a Coordenação da AF e as Coordenações de programas estratégicos do SUS, bem como a existência de parcerias entre a coordenação municipal e a estadual, indica iniciativas de gestão voltadas para o aperfeiçoamento da relação entre o âmbito municipal da coordenação da AF e o estadual o que soma para a capacidade de sustentar resultados de gestão.



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	3.2 Existência de parceria entre a Assistência Farmacêutica Municipal e a Coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área (Que tipos de parcerias).	
4. Controle Social	4.1 Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.	A discussão de questões relacionadas a medicamentos junto ao Conselho Municipal de Saúde revela decisões compartilhadas e garante maior capacidade de decidir de forma participativa e qualificada, que reflete em maior capacidade de sustentar as ações da gestão AF.
	4.2 Existência de meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos e serviços da AF, segundo coordenador da UBS e usuários	Maior percentual de coordenadores de UBS e de usuários que acusam a existência, reconhecimento e adequação de mecanismo da Ouvidoria Municipal para receberem críticas e sugestões, sobre os serviços ofertados nas UBS envolvendo medicamentos indicam preocupação da gestão em melhorar a operacionalização destes serviços aos usuários, o que soma para sustentar resultados de gestão.
5. Satisfação	5.1 Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos e ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.	Maior percentual de usuários satisfeitos com as condições da dispensação de medicamentos, com o atendimento e informações recebidas, através do profissional no momento da dispensação de medicamentos e as condições físicas da unidade, indica uma situação favorável na condução da AF, o que soma para a capacidade de sustentar resultados gestão.
	5.2 Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	
	5.3 Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos do componente básico disponíveis nas UBS para atendimento da demanda, segundo coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Uma quantidade adequada e diversidade de tipos de medicamentos das farmácias das UBS para o atendimento dos usuários, revela iniciativas de gestão voltadas para garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e sua qualidade, assegurando melhores condições de execução da AF na rede básica de saúde do município.



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	5.4 Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos do componente básico dos programas de saúde mental, doenças crônicas (hipertensão e diabetes), planejamento familiar e antimicrobianos disponíveis nas UBS para o atendimento da demanda segundo referido por coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	
6. Legitimidade	6.1 Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componente básico) adotadas / padronizadas pelo município.	Um número maior de medicamentos prescritos com base no elenco pactuado no componente básico da AF assegura a diversidade e adequação necessárias dos medicamentos à situação de saúde do município o que coopera para a garantia do acesso ao medicamento, contribuindo para a capacidade de executar na gestão da AF.
	6.2 A gestão da AF desenvolve estratégias/projetos que reconhecem as práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde.	O reconhecimento das práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde, promovendo projetos que contribuam para tal indica legitimidade destas por parte da gestão da AF.
7. Transparência	7.1 Conhecimento da REMUME e recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS, segundo prescritores.	A existência de mecanismos de divulgação da REMUME para os prescritores, bem como um percentual de respostas positivas de prescritores referindo o recebimento de material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS são estratégias para que os atores envolvidos na atenção à saúde possam adotar as políticas preconizadas pela coordenação da AF, o que indica aumento da capacidade de sustentar as ações da gestão da Assistência Farmacêutica.
	7.2 Divulgação de informação para os usuários sobre falta de medicamentos	A existência de mecanismos de divulgação de informação aos usuários sobre a falta de medicamentos para o tratamento da HAS no município



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	para HAS no município pela coordenação de UBS e coordenação da AF.	pela coordenação de UBS e AF, indica transparência, o que soma a capacidade de executar a gestão da AF.
--	--	---

PROTOCOLO DE INDICADORES – DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

Indicador	O que avalia?	Medida	Parâmetro	Fonte		Pontuação Indicador
1. Institucionalidade	1.1 Condição de existência da coordenação da Assistência Farmacêutica (AF) na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).	Reconhecimento das funções da gestão da AF por meio da instituição por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador.	-Coordenação instituída por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 100% pontos -Coordenação não instituída por norma ou não atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 50% dos pontos. -Não há reconhecimento das funções de gestão da Assistência Farmacêutica: não pontua.	- Entrevista com coordenador da AF. - Documento de institucionalização de coordenação da AF.	10	19 pontos
	1.2 Existência formal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na SMS ou participação do município em uma CFT regional de forma regular.	Existência formal ou não/participação em uma CFT regional, com regularidade nas reuniões (acima de 6 reuniões/ano)	-Existe formalmente e/ou participa de uma CFT regional com regularidade nas reuniões (acima de 6 reuniões): 100% dos pontos -Existe formalmente e/ou participação de uma CFT regional, mas não tem regularidade	- Entrevista com coordenador da AF - Portaria de instituição da CFT Atas Reuniões da CFT	9	



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

			nas reuniões (entre 4 a 6 reuniões): 50% dos pontos -Não existe e/ou não participa de CFT regional: não pontua			
2. Autonomia	2.1. Níveis de autonomia decisória da Coordenação de AF	Desenvolvimento de ações pela Coordenação da AF que garantem autonomia decisória no âmbito da SMS Sim/Não Tipos de questões referidas: 1. Formulação de diretrizes para a organização da AF no município. 2- Seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para as UBS. 3- Acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias / UBS sobre as ações da AF.	-Sim para todas as questões: alto grau de autonomia: 100% dos pontos -Sim para pelo menos dois tipos de questões: médio grau de autonomia: 50% dos pontos -Sim para uma das questões: baixo grau de autonomia: 25% dos pontos -Nenhuma das questões referidas: autonomia inexistente: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	21	21 pontos
3. Condições Estratégicas	3.1 Profissão do coordenador da AF	O coordenador da AF é farmacêutico, outro profissional da saúde, ou outra categoria.	- Farmacêutico: 100% dos pontos - Outra profissão da área da saúde: 50 % dos pontos - Qualquer outra situação: não pontua /	- Entrevista com coordenador da AF	5	18 pontos



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	3.2 Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de UBS.	Número de farmacêuticos e coordenadores de UBS que conhecem a existência da coordenação da AF / Total de informantes x 100	100% de respostas positivas: 100% pontos 50% das respostas positivas: 50% dos pontos Abaixo de 50%: não pontua	- Formulário para os farmacêuticos - Formulários para os coordenadores da UBS	5	
	3.3 Existência de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com medicamentos que não constem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2022 e/ou em elencos pactuados na (CIB).	Sim/ Não para existência de REMUME que contempla medicamentos além do que constam na RENAME 2022 e/ou elencos pactuados na CIB.	- Existe institucionalizada por meio de norma e constam medicamentos além do que constam na RENAME 2022 e/ou em elencos pactuados na CIB: 100% dos pontos -Existe, mas não institucionalizada por meio de norma, e os medicamentos são de acordo com a RENAME 2022: 50% dos pontos -Não existe REMUME: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Formulário para o Prescritor - Formulário para o Coordenador de UBS - Publicação oficial da REMUME - Análise da REMUME e da RENAME 2022	8	
4. Participação	4.1 Participação de farmacêuticos e outros profissionais de saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde e dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano.	Sim/Não para participação dos farmacêuticos e outros profissionais na elaboração: do Plano Municipal de Saúde	-Plano elaborado de forma participativa e com objetivos, diretrizes e metas para AF: 100% dos pontos -O farmacêutico subsidiou tecnicamente a elaboração do capítulo de AF, mas não	- Entrevista com coordenador da AF. - Formulário para os farmacêuticos.	11	22 pontos



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

			participou da elaboração das demais ações do plano de saúde: 50% dos pontos -Farmacêuticos não participaram e/não conhecem o Plano Municipal de Saúde e não possui objetivos, diretrizes e metas para AF: não pontua			
	4.2 Participação da Coordenação da AF nas discussões / decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	-Sim: Formas de participação 1. Elaboração do plano municipal de saúde 2. Participa do CMS 3. Relatório Detalhado do. Quadrimestre (RDQA) 4. Reuniões de planejamento e avaliação da APS 5. Plano Plurianual (PPA) 6. Relatório de Atividade Quadrimestral (RAQ) -Não	-Sim para mais de uma forma de participação: 100% dos pontos -Sim para pelo menos uma forma de participação: 50% dos pontos - Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF. - Análise do Plano Municipal de Saúde, PPA, RDQA e RAQ.	11	
5. Planejamento	5.1 Existência de instrumentos ou indicadores de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	Existência de monitoramento da AF conforme um diagnóstico municipal e dos seus objetivos, diretrizes e metas que devem constar no plano da AF municipal e utilização dos dados para o planejamento das ações.	-Existe o monitoramento da AF e os dados são utilizados no planejamento: 100% dos pontos -Existe o monitoramento da AF e os dados não são utilizados no	- Entrevista com coordenador da AF. - Registro/relatório sobre o diagnóstico da AF	10	20 pontos



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

			planejamento: 50% dos pontos -O monitoramento da AF não é realizado: não pontua			
	5.2 Existência de metas ou ações no plano municipal que promovam o acesso a medicamentos às populações da floresta e das águas em áreas remotas	Existência de metas ou ações no plano municipal que proporcionem uma AF com qualidade e acesso a medicamentos eficazes e seguros às populações da floresta e das águas em áreas remotas	Sim, plano municipal de saúde apresenta metas e/ou ações: 100% Não consta no plano municipal de saúde metas ou ações; não pontua	Análise do Plano Municipal de Saúde.	10	

PROTOCOLO DE INDICADORES – DIMENSÃO OPERACIONAL

Indicador	O que avalia?	Medida	Parâmetro	Fonte		Pontuação indicador
1. Condições Técnicas	1.1 UBS que contam com a presença de farmacêutico.	Número de UBS que contam com a presença de farmacêutico / Total de UBS x 100	- 100% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 51 a 99% de respostas positivas: 75% dos pontos -De 1 a 50% de respostas positivas: 50% dos pontos -Nenhuma UBS com farmacêutico: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	10	17 pontos



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	1.2 Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade/ cartela fracionada sem a indicação da data de validade no estoque da UBS.	Sim / Não para medicamentos fora da validade e existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade	-Não existência de medicamentos fora da validade e cartela fracionada sem a indicação da data de validade: 100% dos pontos -Não existência de medicamentos fora da validade e existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade: 50% pontos -Existência de pelo menos um medicamento fora da validade: não pontua / vermelho	- Verificação do estoque de medicamentos destinados à dispensação na UBS durante a visita técnica.	7	
2. Normatização	2.1 Existência de instrumentos de padronização (Procedimento Operacional Padrão (POP), manual) para dispensação de medicamentos.	Sim / Não	-Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Análise do instrumento de padronização de dispensação de medicamentos	8	16 pontos
	2.2 Existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) na Secretaria Municipal de Saúde e UBS.	- Se sim, executa as etapas do manejo, quais? - Sim, mas não executa as etapas. - Se não, executa etapas do manejo e quais? - Inexistência do plano e não executa as etapas de manejo. As etapas do Manejo de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS): - Seção I: Segregação, acondicionamento e	- Sim para execução das cinco etapas: 100% dos pontos -Sim para execução de três a quatro etapas: 75% dos pontos - Sim para execução de uma etapa: 50% dos pontos - Sim, mas não executa as etapas ou não, mas executa alguma etapa: 25% dos pontos - Não existe o plano e não executa nenhuma etapa: não pontua	- Entrevista com o coordenador da AF - Formulário para o coordenador da UBS - Análise do PGRSS (SMS e UBS)	8	



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

		identificação. - Seção II: Coleta e transporte interno; - Seção III: Armazenamento interno, temporário e externo; - Seção IV: Coleta e transporte externos; - Seção V: Destinação				
3. Infraestrutura	3.1 Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 2 anos em serviços farmacêuticos.	Sim/ Não para as seguintes questões: - Reforma ou ampliação de farmácia de UBS - Reforma, ampliação da CAF - Programas de capacitação de recursos humanos - Informatização da rede - Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF.	-Sim para pelo menos 4 questões: 100% dos pontos -Sim para pelo menos uma questão: 50% dos pontos -Qualquer outra situação: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	8	15 pontos
	3.2 Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	Sim / Não para os seguintes instrumentos: - Termômetro digital - Aparelho condicionador de ar - Refrigerador próprio para armazenamento de termolábeis - Armário com chave para armazenamento dos psicotrópicos	-Acima de 75% média: 100% dos pontos -50% a 75% média: 75% dos pontos -25% a 50% média: 50% dos pontos -0% a 25% média: 25% dos pontos	- Verificação das condições na Farmácia da UBS durante a visita técnica.	7	
4. Condições Operacionais	4.1 Existência de registro farmacêutico em prontuário	Sim/Não	-Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua	- Entrevista com o Coordenador da AF - Verificação do sistema na UBS	7	17 pontos
	4.2 Existência de um sistema informatizado na Secretaria Municipal de	Sim/Não para existência do sistema informatizado que	- SMS possui sistema informatizado que contempla as	- Entrevista com o coordenador da AF	10	



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	Saúde (SMS) que contemple as necessidades da AF.	contempla as necessidades da AF.	necessidades da AF: 100% dos pontos - SMS possui sistema informatizado, mas não contempla as necessidades da AF: 50% dos pontos. - Não existe sistema informatizado na SMS: não pontua.	-Verificação do sistema na SMS		
5. Boas Práticas em Logística	5.1 Existência de instrumento/ método de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), definição de distribuição de forma conjunta (Coordenação da AF e UBS) e adequação as necessidades das unidades da zona rural e ribeirinha, considerando as distâncias e as épocas sazonais.	- Existência de programação e utiliza métodos de programação de medicamentos como: a) perfil epidemiológico b) oferta de serviços c) consumo histórico d) consumo ajustado - A distribuição é definida de forma conjunta (coordenação e UBS) - É feita adequação para atender as necessidades das UBS de zona rural e ribeirinha, considerando as distâncias e as épocas sazonais.	-Sim e utiliza métodos de programação de medicamentos. A distribuição é definida de forma conjunta (coordenação e UBS), é feita adequação para atender as necessidades das UBS de zona rural e ribeirinha, considerando as distâncias e épocas sazonais: 100% dos pontos -Sim, mas não utiliza critérios técnicos. A distribuição de medicamentos é definida somente pela CAF e/ou UBS, existe adequação para as necessidades da zona rural e ribeirinha.: 50 % dos pontos -Não existe programação. A distribuição de medicamentos não é adequada para atender a necessidade da zona rural e ribeirinha: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF. - Formulário para os farmacêuticos	8	15 pontos
	5.2 Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central	Sim/ Não com base nos seguintes critérios: - Regularidade recomendada: mensal, quinzenal e semanal.	-Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Análise do cronograma	7	



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as UBS conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal e considerando as distâncias e as épocas sazonais.	- Irregular: diferente desta situação.				
6. Logística regional	6.1 Utilização de critérios técnicos na classificação da prioridade de cada medicamento para auxiliar na programação de aquisição de medicamentos que considerem as características do município	Método de classificação sob o ponto de vista econômico, do usuário, do fornecedor, ou do processo operacional: a) ABC – Econômico b) XYZ – Usuário c) 123 – Fornecedor d) PQR - Processo operacional e) VEM – Essencialidade Não utiliza método (s) de classificação da prioridade.	Sim, utiliza método (s) que considere os fatores amazônicos (fornecedor, processo operacional, criticidade): 100% Não utiliza método (s) de classificação: não pontua.	- Entrevista com coordenador da AF. - Registro da última classificação realizada.	3	10 pontos
	6.2 Existência de planejamento da cadeia de distribuição de medicamentos baseada na sazonalidade ambiental.	- Existência de planejamento da cadeia de distribuição associado a dinâmica da sazonalidade ambiental baseado nos aspectos técnicos: a) distribuição: cronograma estabelecido baseado na sazonalidade e conforme a distribuição geográfica das unidades de saúde. b) segurança: proteção do medicamento, em especial contra danos físicos, furtos e roubos.	- Sim para todos os aspectos: 100% dos pontos - Sim para pelo menos dois aspectos: 50% dos pontos - Sim para pelo menos um aspecto: 25% dos pontos/ roxo Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF. - Formulário para os farmacêuticos	4	



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

		c) transporte: definição dos meios de transporte terrestres e/ou fluviais, rota de viagem, tempo de entrega, descrição das estratégias para obedecer a critérios adequados, de modo a não afetar a identidade, qualidade, integridade dos medicamentos, conforme a legislação. d) sistema de informação e controle: método de monitoração, para dispor de dados atualizados sobre movimentação dos estoques gerenciamento adequado.				
	6.3 Existência de estratégia para o acesso da população que reside em áreas remotas aos medicamentos da atenção primária à saúde.	Sim (Quais estratégias?) /Não	-Sim: 100% dos pontos - Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Entrevista com farmacêutico - Entrevista com Gerente da UBS	3	
7. Financiamento	7.1 Existência do financiamento das três esferas de gestão para aquisição dos medicamentos da APS.	Fontes financiamento destinado à aquisição dos medicamentos da APS. a) Federal b) Estadual c) Municipal	- Sim para todas as fontes: 100% dos pontos/verde - Sim, para duas fontes: 50% dos pontos/amarelo - Sim, para uma fonte: 25% dos pontos/ laranja. - Nenhum financiamento: pontua/vermelho	- Fundo Nacional de Saúde (FNS) -Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) - Relatório Anual de Gestão (RAG)	3	10 pontos
	7.2 Capacidade de captação de recurso para estruturação e desenvolvimento de	Sim/não para fontes de cofinanciamento para estruturação e desenvolvimento da AF:	- Sim para todas as fontes: 100% dos pontos - Sim para pelo menos duas fontes: 50% dos pontos/amarelo	- Entrevista com coordenador da AF. Documento que indique	3	



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	serviços relacionados Assistência farmacêutica municipal.	a) Federal b) Estadual c) Municipal d) Outros (ONG/ emenda parlamentar)	- Sim para pelo menos uma fonte: 25% dos pontos - Nenhum cofinanciamento: não pontua	o repasse do recurso no último ano/2 anos.		
	7.3 Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos do no último ano.	Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos no último ano / Orçamento destinado a aquisição de medicamentos X 100	-Abaixo de 10%: 100% dos pontos -Mais de 10%: 50% dos pontos -O município não tem esta informação dos gastos com judicialização: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	4	

PROTOCOLO DE INDICADORES – DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE

Indicador	O que avalia?	Medida	Parâmetro	Fonte		Pontuação indicador
1. Estratégias de comunicação (AF e UBS)	1. Estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de UBS ou responsável pelo pedido de medicamentos e farmacêuticos.	Número de coordenadores de UBS e farmacêuticos que referem estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF / total de informantes x 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Formulário para os farmacêuticos - Formulário para os coordenadores da UBS e ou responsável pelo pedido dos medicamentos	12	12 pontos
2. Força de trabalho	2.1 Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	Vínculo do coordenador da AF: Estatutário, outras formas de contratação, ou não tem o cargo de coordenador da AF	-Estatutário: 100% dos pontos -Outras formas de contratação: 50% dos pontos -Não tem o cargo de coordenador da AF: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	6	12 pontos
	2.2 Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 4 anos	Número de farmacêuticos que participaram capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos	-Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos	- Formulário para os farmacêuticos	6	



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

		últimos 4 (quatro) anos/ total de informantes x 100	-De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos -Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua			
3. Articulação	3.1 Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF, as coordenações dos programas de saúde e a Coordenação Atenção primária junto com as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), para o desenvolvimento de ações que envolvem o acesso a medicamentos na APS.	Sim (Quais estratégias?) / Não	-Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF. - Entrevista coordenador do Hiperdia (doenças crônicas)	7	13 pontos
	3.2 Existência de parceria entre a Assistência Farmacêutica Municipal e a Coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área.	- Sim (Que tipo de parceria?) Suporte técnico/ Capacitação/ Infraestrutura - Não	-Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua	- Verificação do estoque de medicamentos do CAF e UBS.	6	
4. Controle Social	4.1 Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 2 anos.	Sim / Não para as seguintes situações: - Discussão e aprovação da REMUME - Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço - Discussão sobre novos projetos da área	-Sim para as três situações: 100% dos pontos -Sim para duas situações: 50% dos pontos -Sim para apenas uma situação: 25% dos pontos -Qualquer outra situação: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF.	7	14 pontos
	4.2 Reconhecimento pelos usuários dos meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para recebimento de críticas e	Número de coordenadores de UBS e usuários que referem a existência de meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para	- Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 50 % dos pontos	- Entrevista telefônica com usuários - Formulário para o coordenador de UBS	7	



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	sugestões dos usuários sobre medicamentos e serviços da AF, segundo coordenador da UBS e usuários	recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos /Total de informantes x100	-Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua			
5. Satisfação	5.1 Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos e ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.	Porcentagem de usuários que atribuíram satisfação em relação ao recebimento dos medicamentos, atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos/Total de informantes x 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos -De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos -Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua	- Entrevista telefônica com usuários	6	18 pontos
	5.2 Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	Número de usuários que atribuíram satisfação as condições físicas da unidade em que dispensa medicamentos /Total de informantes x 100	-Acima de 75% de média 5: 100 % dos pontos -De 50 a 74% de média 5: 75 % dos pontos -De 25 % a 49% de média 5: 25 % dos pontos -Abaixo de 25 % de média 5: não pontua	- Entrevista telefônica com usuários	4	
	5.3 Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos do componente básico disponíveis nas UBS para atendimento da demanda, segundo coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Número de coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores que consideram a diversidade de tipos de medicamentos para o tratamento da HAS e Hanseníase e Planejamento familiar (contraceptivos), disponíveis nas UBS adequados para atendimento da demanda / total de informantes x 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Formulário para os farmacêuticos ou coordenador de UBS e ou responsável pelo pedido dos medicamentos - Formulário para os prescritores	4	



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	5.4 Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos componente básico - HAS e Hanseníase e Planejamento familiar (contraceptivos), disponíveis nas UBS para o atendimento da demanda segundo referido por coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Número de coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores que consideram a quantidade adequada de medicamentos nas unidades para atendimento da demanda / total de informantes x 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Formulário para os farmacêuticos ou coordenador de UBS e ou responsável pelo pedido dos medicamentos -Formulário para os prescritores	4	
6. Legitimidade	6.1 Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componente básico) adotadas / padronizadas pelo município.	Total de medicamentos prescritos que constam na lista de medicamentos do componente básico da AF adotado pelo município/ Total de medicamentos prescritos por usuário dia x 100	-Acima de 90%: 100% dos pontos -Entre 75% a 89%: 75% dos pontos -Entre 50% a 74%: 50% dos pontos -Abaixo de 50% / ausência de REMUME: não pontua	- Prescrições na UBS - Listas de medicamentos adotadas pelos municípios	6	17 pontos
	6.2 A gestão da AF desenvolve estratégias/projetos que reconhecem as práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde.	Sim ou Não para: Projetos em desenvolvimento relacionados a práticas tradicionais em saúde (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia). - Caso sim investigar. - Fitoterapia:	-Sim e possui projetos em desenvolvimento: 100% dos pontos - Existem projetos, mas não estão em desenvolvimento: 50% dos pontos - Não existem projetos / não sabem informar: não pontua	- Entrevista com a coordenação da AF - Formulário para farmacêuticos - Formulário para coordenadores de UBS - REMUME	3	
7. Transparência	7.1 Conhecimento da REMUME e recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS, segundo prescritores.	Número de prescritores que referem conhecer e receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS /Total de informantes X 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Formulário para os prescritores	8	14 pontos



MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL - AMAZONAS

	7.2 Divulgação de informação para os usuários sobre falta de medicamentos no município pela coordenação de UBS e coordenação da AF.	Número de usuários que refere haver na UBS mecanismos de divulgação sobre a falta de medicamentos no município pela coordenação de UBS e/ou AF.	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Entrevista com usuários e profissionais	6	
	7.3 Divulgação de informação para os prescritores sobre falta de medicamentos no município pela coordenação de UBS e coordenação da AF.	Número de profissionais que refere haver na UBS mecanismos de divulgação sobre a falta de medicamentos pela coordenação de UBS e/ou AF.				

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL DE SAÚDE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da Pesquisa “ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO AMAZONAS: UMA ABORDAGEM EM EQUIDADE LOCORREGIONAL”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dr. Marcelo Campese e da Farmacêutica Genize Kaoany Alves Vasconcelos. Este estudo tem como objetivo de avaliar a implementação da Política de Assistência Farmacêutica, na perspectiva de enfrentamento das características locorregionais existentes na região amazônica.

Para atender ao objetivo geral da pesquisa, a coleta de informações junto aos profissionais de saúde que atuam na assistência farmacêutica é de extrema importância, pois são atores sociais protagonistas na oferta de serviços que promovem o acesso e o uso racional de medicamentos. Suas respostas produzirão informações para caracterizar, analisar e avaliar a assistência farmacêutica no estado do Amazonas considerando a estrutura, processos e resultados relativos aos componentes básico, estratégico e especializado. O desenvolvimento deste estudo contribui para a caracterização da assistência farmacêutica no Estado do Amazonas considerando que sejam identificados pontos comuns, de interesse e com maior necessidade para investimentos e qualificação dos serviços farmacêuticos no estado do Amazonas. espera-se efetivamente que o resultado do projeto contribua para ampliar o acesso da população à Assistência Farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da resposta a questionários semiestruturados disponibilizados impressos ou digitalmente. Estes instrumentos poderão ser aplicados por um dos alunos ou pesquisadores da pesquisa devidamente identificados e treinados pelos pesquisadores responsáveis, bem como poderá ser solicitado que o preenchimento seja realizado por você sem a participação direta de outras pessoas. Suas respostas ficarão de posse exclusivamente dos pesquisadores, não será fornecida individualmente para outras pessoas, inclusive gestores em quaisquer níveis da administração pública. Bem como, suas respostas não terão validade para credenciamento ou descredenciamento de ações e programas do SUS.

Não haverá prejuízos legais, mas considerando que todas as pesquisas com seres humanos envolvem riscos, nesta pesquisa os riscos decorrentes de sua participação são possíveis desconfortos da entrevista quanto à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual e constrangimento. A realização deste estudo não lhe trará consequências físicas ou psicológicas, podendo apenas lhe trazer, não necessariamente, algum desconforto, porém serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra. Será estabelecido e mantido o anonimato, assim, como o sigilo das informações obtidas e será respeitada a sua privacidade. Você poderá optar em não participar de alguma etapa da pesquisa, sem prejuízos a sua participação em outras etapas.

Serão empregadas providências para reparação de danos que a pesquisa possa acarretar, sendo garantido ressarcimento ou indenização diante de eventuais despesas tidas ou dela decorrentes em função da participação na pesquisa. O ressarcimento será efetuado por parte dos pesquisadores. Se você aceitar participar, contribuirá com informações que poderão ser úteis para este estudo. As informações obtidas através desta pesquisa serão apenas de uso científico e qualquer potencial

econômico identificado durante a sua realização só poderá ser explorado a partir da celebração de um novo termo de anuência. As etapas para o desenvolvimento da pesquisa obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com seres humanos de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes da pesquisa têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa para reparação de danos se houver.

Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr.(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo mantida em sigilo. Para qualquer outra informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato no endereço: Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 6200, Coroado I – Manaus-AM. Prédio da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – FCF. Setor Sul do Campus Universitário da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. CEP: 69080-900, pelo telefone: (92) 3305-1181 – Ramal 2007, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFAM, Local de endereço: Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07 Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, CEP: 36036-110, telefone: 3305-1181, ramal 2004, e-mail: cep@ufam.edu.br.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, declaro que concordo em participar da pesquisa e que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Marcelo Campese
Pesquisador

Genize Kaoany Alves Vasconcelos
Pesquisadora

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(USUÁRIO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(USUÁRIO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)**

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da Pesquisa “ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO AMAZONAS: UMA ABORDAGEM EM EQUIDADE LOCORREGIONAL”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dr. Marcelo Campese e da Farmacêutica Genize Kaoany Alves Vasconcelos. Este estudo tem como objetivo de avaliar a implementação da Política de Assistência Farmacêutica, na perspectiva de enfrentamento das características locorregionais existentes na região amazônica.

Para atender ao objetivo geral da pesquisa, a coleta de informações junto às pessoas que utilizam medicamentos ou serviços farmacêuticos é de extrema importância, pois você é o destinatário final destes produtos e serviços. Suas respostas poderão ajudar a demonstrar a qualidade da assistência farmacêutica realizada no estado do Amazonas, seja pelas suas impressões pessoais ou por meio de instrumentos (testes) reconhecidos cientificamente relacionados a sua qualidade de vida, utilidade, satisfação, adesão ao tratamento. Você poderá ser perguntado sobre a estrutura e serviços da assistência farmacêutica que utiliza. O desenvolvimento deste estudo contribui para a caracterização da assistência farmacêutica no estado do Amazonas considerando que sejam identificados pontos comuns, de interesse e com maior necessidade para investimentos e qualificação dos serviços farmacêuticos no estado do Amazonas. espera-se efetivamente que o resultado do projeto contribua para ampliar o acesso da

população à Assistência Farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da resposta a questionários semiestruturados disponibilizados impressos ou digitalmente. Estes instrumentos poderão ser aplicados por um dos alunos ou pesquisadores da pesquisa devidamente identificados e treinados pelos pesquisadores responsáveis, bem como poderá ser solicitado que o preenchimento seja realizado por você sem a participação direta de outras pessoas. Suas respostas ficarão de posse exclusivamente dos pesquisadores, não será fornecida individualmente para outras pessoas, inclusive gestores em quaisquer níveis da administração pública. Bem como, suas respostas não terão interferência junto às ações e programas do SUS que participa, inclusive relacionadas ao acesso, dispensação e retirada de medicamentos.

Não haverá prejuízos legais, mas considerando que todas as pesquisas com seres humanos envolvem riscos, nesta pesquisa os riscos decorrentes de sua participação são possíveis desconfortos da entrevista quanto à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual e constrangimento. A realização deste estudo não lhe trará consequências físicas ou psicológicas, podendo apenas lhe trazer, não necessariamente, algum desconforto, porém serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra. Será estabelecido e mantido o anonimato, assim, como o sigilo das informações obtidas e será respeitada a sua privacidade. Você poderá optar em não participar de alguma etapa da pesquisa, sem prejuízos a sua participação em outras etapas.

Serão empregadas providências para reparação de danos que a pesquisa possa acarretar, sendo garantido ressarcimento ou indenização diante de eventuais despesas tidas ou dela decorrentes em função da participação na pesquisa. O ressarcimento será efetuado por parte dos pesquisadores.

Se você aceitar participar, contribuirá com informações que poderão ser úteis para este estudo. As informações obtidas através desta pesquisa serão

apenas de uso científico e qualquer potencial econômico identificado durante a sua realização só poderá ser explorado a partir da celebração de um novo termo de anuência.

As etapas para o desenvolvimento da pesquisa obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com seres humanos de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes da pesquisa têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa para reparação de danos se houver. Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr.(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo mantida em sigilo.

Para qualquer outra informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato no endereço: Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 6200, Coroado I – Manaus-AM. Prédio da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – FCF. Setor Sul do Campus Universitário da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. CEP: 69080-900, pelo telefone: (92) 3305-1181 – Ramal 2007, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFAM, Local de endereço: Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) -Sala 07 Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, CEP: 36036-110, telefone: 3305-1181, ramal 2004, e-mail: cep@ufam.edu.br.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,
declaro que concordo em participar da pesquisa e que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Marcelo Campese
Pesquisador

Genize Kaoany Alves Vasconcelos
Pesquisadora

APÊNDICE G – CHECKLIST PARA VISITA A UNIDADE DE SAÚDE/ PONTO DE APOIO PARA ATENDIMENTO

CHECKLIST PARA VISITA A UNIDADE DE SAÚDE



ACESSO ÀS MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



CHECKLIST PARA VISITA A UNIDADE DE SAÚDE/ PONTO DE APOIO PARA ATENDIMENTO

MUNICÍPIO	NOME DO ESTABELECIMENTO	
URBANA/RURAL:		DATA DA COLETA
NOME DO COORDENADOR		FORMAÇÃO PROFISSIONAL
TEMPO DE TRABALHO NA FUNÇÃO ATUAL	COLETA CONDUZIDA POR	

PARTE 1: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DA FARMÁCIA DA UNIDADE DE SAÚDE

Condição a ser verificada	Resposta	Detalhamento
O ambiente tem ar condicionado ?	() Sim () Não	
Há algum sistema de controle de temperatura do ambiente?		Controle realizado por meio de: () Termômetro () Planilhas de controle
Há incidência direta de raios solares nos medicamentos armazenados?	() Sim () Não	
O local tem geladeira ?	() Sim () Não	
Armazena medicamentos em geladeira?	() Sim () Não () Não há dispensação de termolábeis	Controle realizado por meio de: () Termômetro () Planilhas de controle
Na geladeira onde estão os termolábeis o uso é exclusivo ou armazenam outros itens no local? (Observar se utilizam a geladeira para outros fins)	() Sim () Não () Não há dispensação de termolábeis	Citar os itens armazenados
Os psicotrópicos são armazenados em armário fechado com chave, conforme preconizado na Portaria n.344/98?	() Sim () Não	
Tem uma profissional responsável pelo medicamentos?	() Sim () Não	Se, Sim qual a função _____

PARTE 2-A: VERIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA HAS

Medicamento	Existência	Validade	Não dispensa no local
Anlodipino 5mg e/ou 10mg	() Sim () Não		
Atenolol 50mg e/ou 100mg	() Sim () Não		
Captopril 25mg	() Sim () Não		
Carvedilol 3,125mg e/ou 6,25mg e/ou 12,5mg e/ou 25mg	() Sim () Não		
Cloridrato de amiodarona 200mg	() Sim () Não		
Cloridrato de propranolol 10mg e/ou 40mg	() Sim () Não		
Cloridrato de verapamil 80mg e/ou 120mg	() Sim () Não		
Digoxina 0,25mg	() Sim () Não		
Dinitrato de isossorbida 5mg	() Sim () Não		
Espironolactona 25mg e/ou 100mg	() Sim () Não		
Furosemida 40mg	() Sim () Não		
Hidroclorotiazida 12,5mg e/ou 25mg	() Sim () Não		
Losartana potássica 50mg	() Sim () Não		
Maleato de enalapril 5mg e/ou 10mg e/ou 20mg	() Sim () Não		
Mesilato de doxazosina 2mg e/ou 4mg	() Sim () Não		
Metildopa 250mg	() Sim () Não		
Mononitrato de isossorbida 20mg e/ou 40mg	() Sim () Não		
Nifedipino 10mg	() Sim () Não		
Succinato de metoprolol 25mg e/ou 50mg e/ou 100mg	() Sim () Não		
Tartarato de metoprolol 100mg	() Sim () Não		

CHECKLIST PARA VISITA A UNIDADE DE SAÚDE


ACESSO À MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PARTE 2-B: VERIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS		
Medicamento	Existência	Observações (verificar no estoque a existência de medicamentos a vencer ou vencidos)
Insulina humana regular 100 UI/mL	() Sim () Não	
Insulina humana NPH 100 UI/mL	() Sim () Não	
Glibenclamida 5 mg	() Sim () Não	
Gliclazida 30mg e/ou 6mg e/ou 80 mg	() Sim () Não	
Cloridrato de metformina 500mg e/ou 850mg	() Sim () Não	

PARTE 2-C: VERIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS DO PROGRAMA SAÚDE DA MULHER		
Medicamento	Existência	Observações (verificar no estoque a existência de medicamentos a vencer ou vencidos)
acetato de medroxiprogesterona 50 mg/mL e/ou 150 mg/mL e/ou 10mg	() Sim () Não	
Enantato de noretisterona + valerato de estradiol 50 mg/mL + 5 mg/mL	() Sim () Não	
Etinilestradiol + levonorgestrel 0,03 mg + 0,15 mg	() Sim () Não	
Levonorgestrel 0,75mg e/ou 1,5mg	() Sim () Não	
Noretisterona 0,35 mg		

PARTE 2-D: VERIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA HANSENÍASE		
Medicamento	Existência	Observações (verificar no estoque a existência de medicamentos a vencer ou vencidos)
Minociclina 100 mg comprimido	() Sim () Não	
Ofloxacina 400 mg comprimido	() Sim () Não	
Pentoxifilina 400 mg comprimido	() Sim () Não	
Prednisona 5 mg comprimido	() Sim () Não	
Prednisona 20 mg comprimido	() Sim () Não	
Rifampicina 300 mg cápsula	() Sim () Não	
Rifampicina 2% solução oral	() Sim () Não	
Talidomida 100 mg comprimido	() Sim () Não	
Clofazimina 50 e/ou 100 mg cápsula	() Sim () Não	
MB adulto = caixa com 6 blisters cada blister contendo 3 cápsulas Clofazimina 100 mg+27 cápsulas de Clofazimina 50 mg + 28 comprimidos Dapsona 100 mg+ 2 cápsulas Rifampicina 300mg	() Sim () Não	
MB infantil = caixa com 6 blisters cada blister contendo 16 cápsulas Clofazimina 50 mg+ 28 comprimidos Dapsona 50 mg+1 cápsula Rifampicina 150 mg + 1 cápsula Rifampicina 300 mg	() Sim () Não	
PB adulto = caixa com 6 blisters contendo cada blister 28 comprimidos Dapsona 100 mg+ 2 cápsulas Rifampicina 300 mg	() Sim () Não	
PB infantil = caixa contendo 6 blisters cada blister contendo 28 comprimidos Dapsona 50 mg+ 1 cápsula Rifampicina 150 mg + 1 cápsula Rifampicina 300 mg	() Sim () Não	

Outras observações (Relatar como estava organizada a farmácia, se possui espaço para recepcionar os pacientes, se os medicamentos estão devidamente acondicionados e organizados, se existe controle de dispensação : sistema ou livro, e demais informações relevantes para o estudo):

APÊNDICE H – CHECKLIST CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO MUNICIPAL



ACESSO ÀS MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO
FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

3

CHECKLIST PARA VISITA NA *CAF MUNICIPAL

MUNICÍPIO	NOME DO COORDENADOR	
COLETA CONDUZIDA POR		DATA DA COLETA
HORÁRIO	TEMPO DE TRABALHO NA FUNÇÃO ATUAL	



BLOCO 1: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
PARTE 1. ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO		
Condição a ser verificada	Resposta	Detalhamento
Há algum sistema de controle de temperatura do ambiente?	☐ Sim ☐ Não	Controle realizado por meio de: ☐ Termômetro ☐ Planilhas de controle ☐ Ar condicionado
Há incidência direta de raios solares nos medicamentos armazenados?	☐ Sim ☐ Não	
Os termolábeis são armazenados em refrigeradores exclusivos?	☐ Sim ☐ Não	Controle realizado por meio de: ☐ Termômetro ☐ Planilhas de controle
Os refrigeradores são ligados a geradores?	☐ Sim ☐ Não	
Os psicotrópicos são armazenados em armário fechado com chave, conforme preconizado na Portaria n.344/98?	☐ Sim ☐ Não	
Os armários, estantes, estrados, refrigeradores para o armazenamento dos medicamentos são:	☐ Inadequados ☐ Pouco Adequados ☐ Parcialmente Adequados ☐ Adequados ☐ Muito Adequados	
Há alvará sanitário?	☐ Sim ☐ Não	O alvará está atualizado? ☐ Sim ☐ Não
Há certidão de regularidade técnica?	☐ Sim ☐ Não	A certidão de RT está atualizada? ☐ Sim ☐ Não
Há POPs ou manuais de Boas Práticas para as atividades desenvolvidas na unidade?	☐ Sim ☐ Não	Se sim para quais atividades? (investigar se apenas algumas etapas ou todas)
Há controle de estoque?	☐ Sim ☐ Não	Se SIM. Qual a periodicidade? E como é feito?

PARTE 2-A VERIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA HAS		
Medicamento	Existência	Observações (Verificar no estoque os prazos de validade dos medicamentos, anotar se encontrar)
Anlodipino 5mg e/ou 10mg	☐ Sim ☐ Não	
Atenolol 50mg e/ou 100mg	☐ Sim ☐ Não	
Captopril 25mg	☐ Sim ☐ Não	
Carvedilol 3,125mg e/ou 6,25mg e/ou 12,5mg e/ou 25mg	☐ Sim ☐ Não	
Cloridrato de amiodarona 200mg	☐ Sim ☐ Não	
Cloridrato de propranolol 10mg e/ou 40mg	☐ Sim ☐ Não	
Cloridrato de verapamil 80mg e/ou 120mg	☐ Sim ☐ Não	
Digoxina 0,25mg	☐ Sim ☐ Não	
Dinitrato de isossorbida 5mg	☐ Sim ☐ Não	
Espironolactona 25mg e/ou 100mg	☐ Sim ☐ Não	
Furosemda 40mg	☐ Sim ☐ Não	
Hidroclorotiazida 12,5mg e/ou 25mg	☐ Sim ☐ Não	
Losartana potássica 50mg	☐ Sim ☐ Não	
Maleato de enalapril 5mg e/ou 10mg e/ou 20mg	☐ Sim ☐ Não	
Mesilato de doxazosina 2mg e/ou 4mg	☐ Sim ☐ Não	
Metildopa 250mg	☐ Sim ☐ Não	
Mononitrato de isossorbida 20mg e/ou 40mg	☐ Sim ☐ Não	
Nifedipino 10mg	☐ Sim ☐ Não	
Succinato de metoprolol 25mg e/ou 50mg e/ou 100mg	☐ Sim ☐ Não	



ACESSO ÀS MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Tartarato de metoprolol 100mg	() Sim () Não
-------------------------------	-----------------

PARTE 2-B: VERIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS

Medicamento	Existência	Observações (verificar no estoque a existência de medicamentos a vencer ou vencidos)
Insulina humana regular 100 UI/mL	() Sim () Não	
Insulina humana NPH 100 UI/mL	() Sim () Não	
Glibenclamida 5 mg	() Sim () Não	
Glizazida 30mg e/ou 6mg e/ou 80 mg	() Sim () Não	
Cloridrato de metformina 500mg e/ou 850mg	() Sim () Não	

PARTE 2-C: VERIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS DO PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

Medicamento	Existência	Observações (verificar no estoque a existência de medicamentos a vencer ou vencidos)
Acetato de Drospirogesterona 10 mg e/ou 50 e/ou 150 mg/mL	() Sim () Não	
Enantato de noretisterona + valerato de Estradiol 0,03 mg + 0,15 mg	() Sim () Não	
Levonorgestrel 5 mg e/ou 0,75 mg e/ou 1,5mg	() Sim () Não	
Noretisterona 0,35 mg	() Sim () Não	

PARTE 2-D: VERIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Medicamento	Existência	Observações (verificar no estoque a existência de medicamentos a vencer ou vencidos)
Minociclina 100 mg comprimido	() Sim () Não	
Ofloxacino 400 mg comprimido	() Sim () Não	
Pentoxifilina 400 mg comprimido	() Sim () Não	
Prednisona 5 mg comprimido	() Sim () Não	
Prednisona 20 mg comprimido	() Sim () Não	
Rifampicina 300 mg cápsula	() Sim () Não	
Rifampicina 2% solução oral	() Sim () Não	
Talidomida 100 mg comprimido	() Sim () Não	
Clofazimina 50 e/ou 100 mg cápsula	() Sim () Não	
MB adulto = caixa com 6 blisters cada blister contendo 3 cápsulas Clofazimina 100 mg+27 cápsulas de Clofazimina 50 mg + 28 comprimidos Dapsona 100 mg+ 2 cápsulas Rifampicina 300mg	() Sim () Não	
MB infantil = caixa com 6 blisters cada blister contendo 16 cápsulas Clofazimina 50 mg+ 28 comprimidos Dapsona 50 mg+1 cápsula Rifampicina 150 mg + 1 cápsula Rifampicina 300 mg	() Sim () Não	
PB adulto = caixa com 6 blisters contendo cada blister 28 comprimidos Dapsona 100 mg+ 2 cápsulas Rifampicina 300 mg	() Sim () Não	
PB infantil = caixa contendo 6 blisters cada blister contendo 28 comprimidos Dapsona 50 mg+ 1 cápsula Rifampicina 150 mg + 1 cápsula Rifampicina 300 mg	() Sim () Não	

Outras observações:

APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



ACESSO À MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

MUNICÍPIO	NOME DO ENTREVISTADO		
COLETA CONDUZIDA POR			DATA E HORÁRIO DA COLETA
TEMPO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO	TEMPO DE TRABALHO NA ATUAL FUNÇÃO	FORMA DE CONTRATAÇÃO	
TEM OUTRO VÍNCULO TRABALHISTA? SE SIM, O TRABALHO É NO SETOR PÚBLICO OU PRIVADO?			
FARMACÊUTICO(A)? SE NÃO, -QUAL É SUA FORMAÇÃO?			

BLOCO 1: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
1. Coordenação da Assistência Farmacêutica
1. A Assistência Farmacêutica está instituída na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)? <u>Se SIM:</u> - Ela está formalmente instituída por meio de portaria ou organograma? - A assistência farmacêutica (AF) é uma coordenação, departamento, gerência, núcleo, segmento? Se outro, especificar. - O que esta posição na estrutura administrativa significa para a gestão da AF? Como fica a tomada de decisão nesta situação? Há uma relação de subordinação a algum outro setor que dificulte as decisões? - Para você, poderia ter outra forma de organização formal do setor? <u>Se NÃO:</u> - Por quê? O que é preciso para que a AF seja instituída no organograma? Ela deve ser vinculada a qual estrutura administrativa? - Qual é o setor que gerencia as atividades relacionadas à AF?
2. A coordenação da Assistência Farmacêutica: - Formula diretrizes para a organização da AF no município? (sim/não) <u>Se SIM:</u> Quais as últimas diretrizes formuladas? - Decide sobre aspectos de seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para o município? <u>Se SIM:</u> As questões são totalmente decididas no âmbito da AF ou são decididas em conjunto com outro departamento? <u>Se NÃO:</u> Quem decide sobre estes aspectos? - Acompanha, orienta e supervisiona as farmácias das Unidades de saúde a respeito de ações da AF?
3. A coordenação da Assistência Farmacêutica participa das discussões e decisões sobre programas e/ou atividades de saúde do município? (sim/não) – DEIXAR ABERTA <u>Se SIM:</u> Quais foram as últimas discussões realizadas e com quem foi discutido? (tentar entender como esses processos ocorrem) - Participou na elaboração do plano municipal de saúde. - Elaboração do Relatório Quadrimestral. - Participa de reuniões de planejamento e avaliação da atenção básica.
4. Há alguma articulação entre a coordenação da Assistência Farmacêutica e as coordenações de Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações que envolvem medicamentos? (sim/não) <u>Se SIM:</u> As discussões costumam ser demandadas pela AF ou pelas outras coordenações? Quais articulações já aconteceram? <u>Se NÃO:</u> Por que não ocorre essa articulação? Há dificuldades para desenvolver estes tipos de articulação?
5. Há alguma articulação entre a coordenação da AF e a coordenação de Atenção Primária à Saúde? (sim/não) <u>Se SIM:</u> De que forma elas ocorrem? Quais articulações já aconteceram? <u>Se NÃO:</u> Por que não ocorre essa articulação? Há dificuldades para desenvolver estes tipos de articulação?
6. Há alguma parceria entre a coordenação municipal da AF e a coordenação estadual da Assistência Farmacêutica? (sim/não) <u>Se SIM:</u> Qual tipo de colaboração? - A parceria com a coordenação estadual de AF incorpora recursos/ apoio técnico, financeiro e/ou logístico? - O apoio do Estado é suficiente para a gestão municipal da AF? O que poderia ser diferente? Por quê? <u>Se NÃO:</u> Por que não ocorre este apoio? Que tipo de apoio está faltando?



ACESSO À MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

7. Existe um monitoramento das ações da AF? De que forma é feito? Este monitoramento é utilizado para o planejamento das ações da AF? (sim/não) <u>Se SIM:</u> Como é feito este monitoramento? - Os dados obtidos no monitoramento são utilizados para o planejamento das ações da AF? - Quais instrumentos ou indicadores são utilizados para monitorar a assistência farmacêutica e como os dados obtidos são empregados no processo de planejamento das ações?
8. Quantos trabalhadores têm a equipe da Coordenação da Assistência Farmacêutica? Destes trabalhadores, quantos são estatutários?
9. Existe algum mecanismo de registro do farmacêutico em prontuário da família no município? (sim/não) <u>Se SIM:</u> Como é feito o registro? Qual é a importância desse registro? Esses dados são utilizados no planejamento das ações?
II - Financiamento
10. Houve investimentos em infraestrutura dos serviços de Assistência Farmacêutica nos últimos 2 (dois) anos em: - Reforma ou ampliação de Farmácia de Unidade de Saúde? - Reforma ou ampliação da CAF? - Programas de capacitação de recursos humanos? - Informatização da rede? - Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica? - Outro? Especificar.
11. Detalhamento dos gastos da Assistência Farmacêutica em 2022: - Qual o valor total gasto no município para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em 2022? - Quanto foi a contrapartida federal em 2022? - Quanto foi a contrapartida estadual em 2022? O estado contribuiu somente com a compra de medicamentos da Portaria n. 3.193/19? - Qual o valor empregado em aquisição de medicamentos por via judicial no município? (Explorar: quais são os medicamentos, se constam na RENAME, se o município tem dificuldade para adquirir) - Há algum outro mecanismo de compra de medicamentos não constantes na Remume, além da licitação e judicialização? <u>Se SIM:</u> quanto do orçamento foi destinado a esse tipo de compra?
III. Controle Social
12. Nos últimos 2 (dois) anos, a AF discutiu algumas dessas questões junto ao Conselho Municipal de Saúde? (sim/não) - Discussão e aprovação da REMUME. - Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço. - Discussão sobre novos projetos da área. <u>Se SIM:</u> - Qual foi a última discussão a respeito da AF que foi discutida no Conselho Municipal de Saúde(CMS)? - Os conselhos (municipal e local) atuam como parceiros para a Assistência Farmacêutica? Há esta possibilidade? - Esses temas ou outros foram demandados pelo Conselho ou a AF pediu a pauta na reunião do conselho? <u>Se NÃO:</u> - Por que as questões não são discutidas juntos ao Conselho? - O que é preciso fazer para que o CMS participe da discussão de questões relacionadas à AF?
IV. Plano Municipal de Saúde
13. Os farmacêuticos do município participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde? <u>Se SIM:</u> Como foi essa participação?
14. Quais profissionais estiveram envolvidos na elaboração dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde? Como se deu essa construção?
15. O (a) senhor (a) conhece o Plano Municipal de Saúde vigente?
V. Serviços Farmacêuticos
16. Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na Secretaria Municipal de Saúde ou o município participa de alguma CFT regional? <u>Se SIM:</u> - Ela está formalizada por meio de portaria ou de outro instrumento? - A comissão de farmácia e terapêutica realizou mais do que três reuniões no último ano? <u>Se NÃO:</u> Por quê?
17. Existe uma relação municipal de medicamentos? <u>Se SIM:</u> Ela está instituída formalmente?
18. Como é realizada a seleção de medicamentos que são disponibilizados na Atenção Primária à Saúde (APS) para os tratamentos de Hipertensão Arterial, Diabetes e dos programas de saúde da mulher e controle e prevenção da hanseníase?
19. Quais os mecanismos de divulgação da REMUME para os farmacêuticos e prescritores?
20. Como é feita a programação do município para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica? (Sim/Não) (Explorar a pergunta tentando perceber como essa programação acontece)



ACESSO ÀS MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

21. Na programação de medicamentos são utilizados critérios técnicos? São considerados alguma especificidade da região nessa programação (distância, épocas sazonais – explorar resposta). Se Sim: Qual o método utilizado? São aplicados critérios técnicos para determinar a prioridade de cada medicamento e auxiliar no planejamento da aquisição de medicamentos, levando em conta as particularidades do município? Se sim, qual método? Método de classificação sob o ponto de vista econômico, do usuário, do fornecedor, ou do processo operacional: ABC – Econômico; b) XYZ – Usuário; c) 123 – Fornecedor; d) PQR – Processo operacional; e) VEM – Essencialidade. Não utiliza método (s) de classificação da prioridade.
22. Como é feito o cronograma de abastecimento dos medicamentos da unidade central para as unidades de saúde (urbana, rural, planalto e ribeirinha)? Se Sim: Esse cronograma é adaptado para considerar questões relativas às distâncias e épocas do ano? (Explorar a pergunta tentando perceber como essa programação acontece)
23. Como é realizada a distribuição desses medicamentos para as unidades da zona rural e ribeirinha? Existem instrumentos de verificação e garantia das condições físicas e ambientais durante este transporte? (Explorar toda a logística realizada até o medicamento chegar no ponto de dispensação). - Como são estabelecidos os modos de transporte por terra e/ou água, a rota a ser seguida e o tempo necessário para entregar medicamentos nas zonas rural e ribeirinha? - Quais estratégias são empregadas para garantir a preservação da identidade, qualidade e integridade dos medicamentos durante o processo de distribuição em regiões de difícil acesso dentro do município? - Qual abordagem é implementada para assegurar o acesso à insulina e a outros medicamentos para diabetes e hipertensão a pacientes que vivem em comunidades rurais remotas? - Que tipo de veículo transporta os medicamentos termolábeis? Possui refrigeração? Tem instrumentos para monitorar a temperatura destes medicamentos durante o percurso? - Que tipo de veículo realiza o transporte dos medicamentos para a zona rural e ribeirinha? Tem instrumentos para monitorar as condições físicas e ambientais dos medicamentos? (termômetro, ar-condicionado, etc.). - Qual é a distância e o tempo estimado de entrega dos medicamentos nas comunidades mais distantes da sede do município? - Os medicamentos termolábeis são acondicionados durante o transporte para áreas rurais e ribeirinhas? Qual material é empregado para armazenar a insulina durante o seu transporte? - Os profissionais da APS participam no processo logístico de distribuição de medicamentos até as regiões rurais e remotas?
24. A quantidade de medicamentos disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?
25. A diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?
26. Existem unidades de saúde em que a dispensação dos medicamentos é realizada por farmacêutico? Se Sim, em quantas UBS isso ocorre? (Explorar se este profissional faz parte do quadro da secretaria ou é residente).
27. A dispensação de medicamentos nas unidades de saúde é realizada por meio de instrumentos de padronização (POP, manuais)?
28. A SMS possui um sistema informatizado que contemple as necessidades da AF? Se Sim: solicitar mais informações sobre o sistema: - Qual é o nome? - Como ele funciona? - O sistema é integrado ao prontuário dos usuários? O farmacêutico tem acesso a esse prontuário? Ele pode registrar o atendimento realizado? - Ele é integrado ao sistema da rede de atenção à saúde do município? Se a resposta for não, por que não é integrado? Se Não: verificar se o município aderiu ao Hórus.
29. A Secretaria Municipal de Saúde e as Unidades Básica de Saúde tem um plano de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde? Poderia me mostrar o plano? (O plano possui todas as etapas do manejo? Analisar o plano) As etapas do Manejo de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS): Seção I: Segregação, acondicionamento e identificação; Seção II: Coleta e transporte interno; Seção III: Armazenamento interno, temporário e externo; Seção IV: Coleta e transporte. - Possui plano, mas não executa as etapas. - Não possui plano, mas executa as etapas do manejo, quais? - Não tem plano e nem executa nenhuma das etapas de manejo. Por quê? Quais motivos?
30. Existe alguma estratégia/projeto sendo desenvolvido pela coordenação da AF que reconheça as práticas tradicionais/locais da população (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia, outras)? Se sim, explorar quando iniciou e de que forma acontece, pedir para ver o projeto se possível.
VI. Acesso e itinerário dos medicamentos
31. O município tem alguma dificuldade para garantir o acesso aos medicamentos para a população? (Explorar a pergunta)
32. O município tem alguma dificuldade com a atração de fornecedores para o processo licitatório? (Explorar se os preços são maiores, se tem barreiras geográficas que dificultam a entrega dos produtos, se tem poucos fornecedores na região, de onde são os principais fornecedores, como os medicamentos chegam até o município, e o tempo de entrega).
33. Existe falta de medicamentos no município? (Explorar a pergunta) Se Sim: Qual a frequência que isso ocorre? Se Não: Quais estratégias o município tem adotado para que não ocorra o desabastecimento dos medicamentos?



ACESSO ÀS MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

34. (Quando o usuário precisa de medicamentos no município qual o percurso dele para acessá-lo? Explorar se precisa consultar, se pode receber os medicamentos em qualquer unidade). Aqui com base nas respostas poderíamos construir um fluxograma e depois mostrar para o município se é dessa forma. Caso já exista, pergunta posterior, explorar como funciona.
35. Existe no município algum fluxograma que oriente o usuário do serviço onde ele pode conseguir os seus medicamentos (Explorar a questão dos medicamentos dos componentes básico, estratégico e especializado). ANALISAR O FLUXOGRAMA.
36. Quantos pontos de apoio terapêutico existem no município e onde estão localizados? Documentos a serem solicitados ao coordenador, conforme informações obtidas na entrevista: • Documento que institucionalize a coordenação da AF • Portaria ou outro documento da instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica • Plano Municipal de Saúde • Publicação oficial da Remume • Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde da SMS • Instrumentos de padronização da dispensação de medicamentos • Planilha de gastos da Assistência Farmacêutica • Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) • Relatório Anual de Gestão (RAG) • Registro/relatório sobre o diagnóstico da Assistência Farmacêutica

ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

APÊNDICE J – ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR MUNICIPAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



ACESSO À MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR MUNICIPAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MUNICÍPIO	NOME DO ENTREVISTADO		
NOME DO ESTABELECIMENTO			
COLETA CONDUZIDA POR			DATA E HORÁRIO DA COLETA
TEMPO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO	TEMPO DE TRABALHO NA ATUAL FUNÇÃO	FORMA DE CONTRATAÇÃO	
TEM OUTRO VÍNCULO TRABALHISTA? SE SIM, O TRABALHO É NO SETOR PÚBLICO OU PRIVADO?			
FARMACÊUTICO(A)? SE NÃO, -QUAL É SUA FORMAÇÃO?			

1. Qual a cobertura da Atenção Primária à saúde no município?
2. Quantas UBS possuem farmácia e disponibilização de medicamentos?
3. Quando o usuário do serviço precisa de medicamentos, qual o percurso que ele realiza? (Explorar qual o fluxo que deve ser seguido).
4. A Atenção Primária à saúde recebe algum recurso específico para a compra dos medicamentos?
5. O município tem dificuldades para garantir o acesso a medicamentos para a população? (Explorar possíveis barreiras: geográficas, distância, logística, financiamento, gestão)
6. O município tem alcançado as metas previstas para a Atenção Primária? (Explorar quais metas e indicadores que o município tem buscado melhorar e quais têm sido suas principais dificuldades)
7. Como funciona o cadastro e o acompanhamento dos pacientes nas unidades de saúde?
8. Existe alguma articulação entre a secretaria estadual de saúde e o município para o acompanhamento destes pacientes?
9. No último ano houve algum período que o município teve dificuldades de disponibilização de medicamentos para os usuários das unidades de saúde?
10. Existe alguma articulação entre a coordenação de assistência farmacêutica e a coordenação de Atenção Primária à Saúde? (Explorar, e sim quando foi a última ação conjunta)
11. A coordenação de Assistência Farmacêutica realiza reunião com a Atenção Básica para pensar estratégias para a garantia do acesso aos medicamentos na APS? (Desenvolve capacitações, reuniões para explicar algum fluxograma de disponibilização de medicamentos específico, explorar a pergunta).
12. Quantos pacientes com doenças crônicas (HAS/diabetes) estão registrados no município? (zona rural/urbano)
13. Quantos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) há no município? (Analisar o registro das áreas de atuação dos ACS no município e cobertura populacional)

ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR MUNICIPAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

APÊNDICE K – ROTEIRO DE ENTREVISTA - FARMACÊUTICO E-MULTI OU UBS MUNICIPAL



ACESSO ÀS MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – FARMACÊUTICO E-MULTI OU UBS MUNICIPAL

MUNICÍPIO		NOME DO ENTREVISTADO	
NOME DO ESTABELECIMENTO			
COLETA CONDUZIDA POR		DATA E HORÁRIO DA COLETA	
TEMPO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO	TEMPO DE TRABALHO NA ATUAL FUNÇÃO	FORMA DE CONTRATAÇÃO	
TEM OUTRO VÍNCULO TRABALHISTA? SE SIM, O TRABALHO É NO SETOR PÚBLICO OU PRIVADO?			
FARMACÊUTICO(A)? SE NÃO, -QUAL É SUA FORMAÇÃO?			

1. O (a) senhor (a) é sindicalizado (a)?
2. O (a) senhor (a) participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde ou do Conselho Local de Saúde? (Sim/Não)
3. O (a) senhor (a) participou de alguma capacitação na área de AF nos últimos 2 anos? (Sim/Não)
4. Existe uma coordenação de Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde? (Sim/Não) Se a resposta da pergunta 7 for SIM, fazer as perguntas de 8 e 9. Se NÃO, ir direto para a pergunta 10.
5. Para o (a) senhor (a), qual é o papel desta coordenação?
6. Esta coordenação costuma organizar os farmacêuticos do município para discutir: - A organização do processo de trabalho? () Sim / () Não - Questões trabalhistas? () Sim / () Não - Discussões políticas de Assistência Farmacêutica e Saúde? () Sim / () Não - Outros temas? Especificar:
7. Existe alguma estratégia de comunicação entre a coordenação da AF e as UBS? (Grupo de whats app, reuniões mensais, e-mail, outra forma).
8. O (a) senhor (a) conhece o Plano Municipal de Saúde vigente? (Sim/Não)
9. Como é realizado o pedido de medicamentos da UBS? Ele é feito pela sua unidade ou as quantidades são determinadas pelo nível central? Se a UBS faz o pedido: o que é solicitado no pedido é atendido diretamente? Ou o pedido passa por uma aprovação do nível central?
10. Como é realizado a programação de medicamentos? São adotados critérios técnicos? (Sim/Não) São feitas adaptações considerando as especificidades da UBS? (distância, período) Se SIM, qual o método utilizado?
11. A quantidade de medicamentos disponíveis nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda dos pacientes? (Sim/Não)
12. A diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda? (Sim/Não)
13. No último ano houve algum período que o município teve dificuldades de disponibilização de medicamentos para os usuários das unidades de saúde?
14. Como o (a) senhor (a) encaminha as questões relacionadas aos medicamentos junto ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde?
15. Quando o usuário precisa de medicamentos, qual o percurso que ele realiza?
16. Existe algum fluxograma no município ou local, site, número que o usuário pode se informar onde consegue receber seus medicamentos (explorar sobre os medicamentos de outros componentes básico, estratégico, especializado).
17. A coordenação de AF realiza ações para orientar os profissionais das UBS sobre os fluxos para a disponibilização de medicamentos?
18. A coordenação de AF informa quando o município está com alguma dificuldade para a disponibilização dos medicamentos?
19. Quando há falta de medicamentos nas UBS, como são orientados os profissionais e os pacientes?
20. Você conhece alguma estratégia/projeto desenvolvido pela coordenação da AF que reconhecem as práticas tradicionais/locais da população (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia, outras)? Se sim explorar quando iniciou e de que forma acontece?
21. A Unidades Básica de Saúde tem um plano de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde? Poderia me mostrar o plano? - Plano possui todas as etapas do manejo? (Analisar o plano) As etapas do Manejo de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS): Seção I: Segregação, acondicionamento e identificação; Seção II: Coleta e transporte interno; Seção III: Armazenamento interno, temporário e externo; Seção IV: Coleta e transporte. - Possui plano, mas não executa as etapas. - Não possui plano, mas executa as etapas do manejo, quais? - Não tem plano e nem executa nenhuma das etapas de manejo. Por quê? Quais motivos?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – FARMACÊUTICO E-MULTI OU UBS (MUNICIPAL)

APÊNDICE L – ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR DE UNIDADE DE SAÚDE



ACESSO À MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR DE UNIDADE DE SAÚDE

MUNICÍPIO				NOME DO ENTREVISTADO			
COLETA CONDUZIDA POR				DATA E HORÁRIO DA COLETA			
NOME DO ESTABELECIMENTO							
TEMPO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO			TEMPO DE TRABALHO ATUAL FUNÇÃO			FORMA DE CONTRATAÇÃO	
TEM OUTRO VÍNCULO TRABALHISTA? SE SIM: É NO SETOR PÚBLICO OU PRIVADO?							
NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:				QUAL É SUA FORMAÇÃO?			

1.	É do seu conhecimento que existe no município uma lista de medicamentos ou uma relação municipal de medicamentos? () Sim / () Não
2.	Existe uma coordenação de Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde? () Sim / () Não
3.	O pedido de medicamentos é feito pela sua unidade ou as quantidades são determinadas pelo nível central? Se a UBS faz o pedido: o que é solicitado no pedido é atendido diretamente? Ou o pedido passa por uma aprovação do nível central?
4.	Quando o usuário precisa de medicamentos no município qual o percurso dele para acessá-lo? (Explorar se precisa consultar, se pode receber os medicamentos em qualquer unidade)
5.	Existe no município algum fluxograma que oriente o usuário do serviço onde ele pode conseguir os seus medicamentos (Explorar a questão dos medicamentos dos componentes básico, estratégico e especializado).
6.	A quantidade de medicamentos disponíveis nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda? () Sim / () Não
7.	A diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda? () Sim / () Não
8.	No último ano houve algum período de desabastecimento de medicamentos na UBS que você trabalha? Qual foi o motivo informado pela gestão (caso ocorra)?
9.	A coordenação da AF realiza algum treinamento ou reunião com a equipe da UBS para repassar orientações quanto a disponibilização de medicamentos, fluxos, informar alterações no serviço ou informar falta de medicamentos no município?
10.	Como o (a) senhor (a) encaminha as questões relacionadas aos medicamentos junto ao nível central da Secretaria de Saúde ou para a coordenação da Assistência Farmacêutica?
11.	Existe alguma estratégia de comunicação entre a coordenação da AF e as UBS? (Grupo de whats app, reuniões mensais, e-mail, outra forma).
12.	Quando os usuários precisam fazer críticas ou deixar sugestões sobre a dispensação de medicamentos nessa unidade como eles fazem?
13.	A Unidades Básica de Saúde tem um plano de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde? Poderia me mostrar o plano? - Plano possui todas as etapas do manejo? (Analisar o plano) As etapas do Manejo de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS): Seção I: Segregação, acondicionamento e identificação; Seção II: Coleta e transporte interno; Seção III: Armazenamento interno, temporário e externo; Seção IV: Coleta e transporte. - Possui plano, mas não executa as etapas. - Não possui plano, mas executa as etapas do manejo, quais? - Não tem plano e nem executa nenhuma das etapas de manejo. Por quê? Quais motivos?
14.	Você conhece/sabe de alguma estratégia/projeto desenvolvida pela coordenação da AF que reconheçam as práticas tradicionais/locais da população (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia, outras)? Se sim explorar quando iniciou e de que forma acontece.
15.	Na sua opinião, quais as principais dificuldades e desafios que esta unidade de saúde enfrenta para manter a assistência a pacientes intoxicados de forma adequada?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR DE UNIDADE DE SAÚDE

APÊNDICE M – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PRESCRITOR – ATENÇÃO PRIMÁRIA



ACESSO ÀS MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PRESCRITOR

MUNICÍPIO	NOME DO ENTREVISTADO		
COLETA CONDUZIDA POR	DATA E HORÁRIO DA COLETA		
NOME DO ESTABECIMENTO			
TEMPO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO	TEMPO DE TRABALHO NA ATUAL FUNÇÃO	FORMA DE CONTRATAÇÃO	
TEM OUTRO VÍNCULO TRABALHISTA? SE SIM, NO SETOR PÚBLICO OU PRIVADO?			
NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:	QUAL É SUA FORMAÇÃO?		

Assistência Farmacêutica	
1.	É do seu conhecimento se existe no município uma lista padronizada de medicamentos ou uma relação municipal de medicamentos? () Sim / () Não
2.	O (a) senhor (a) recebe informações sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia da Unidade de Saúde? () Sim / () Não
3.	O senhor recebe alguma orientação da Coordenação da AF sobre fluxos para orientar os usuários o acesso a medicamentos? (explorar sobre os medicamentos do componente básico e também de outros componentes)
4.	Como faz para consultar a lista de medicamentos do município? () Lista impressa na unidade de saúde () Lista própria () Sistema Informatizado da Secretaria de Saúde () Internet () Já conhece toda a lista, não precisa mais consultá-la. () Outra situação. Especificar:
5.	O (a) senhor (a) é informado (a) quando a lista de medicamentos do município sofre alguma modificação (inclusão ou exclusão de medicamentos)? () Sim / () Não
6.	Na sua percepção, a quantidade de medicamentos disponíveis na Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda dos pacientes? () Sim / () Não
7.	A diversidade de tipos de medicamentos disponíveis na Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda? () Sim / () Não
8.	Qual é o profissional na unidade de saúde que é responsável pela entrega (dispensação) de medicamentos?
9.	É de seu conhecimento se este profissional fornece alguma orientação ao usuário sobre o medicamento prescrito e entregue (dispensado)? () Sim / () Não
10.	Você conhece/sabe de alguma estratégia/projeto desenvolvida pela coordenação da AF que reconhecem as práticas tradicionais/locais da população (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia, outras)?
OBSERVAÇÕES:	

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PRESCRITOR (MUNICIPAL)

APÊNDICE N – ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIO



ACESSO À MEDICAMENTOS NA AMAZÔNIA: INFLUÊNCIA DO FATOR AMAZÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIO

MUNICÍPIO	NOME DO ENTREVISTADO		
NOME DO ESTABELECIMENTO			
GÊNERO:	IDADE	PROFISSÃO	
COLETA CONDUZIDA POR	DATA E HORÁRIO DA COLETA		

Assistência Farmacêutica	
1.	Quando você precisa de atendimento, qual serviço procura primeiro? (Explorar se vai na UBS, hospital, farmácia?)
2.	Sobre a Unidade de saúde ou Ponto de apoio terapêutico (PAT): a) O ponto de apoio terapêutico/unidade de saúde é distante da sua residência? b) Quanto tempo gasta de deslocamento? c) Qual meio de transporte utiliza para chegar até a unidade/PAT? (Se precisa de transporte: investigar qual? Próprio ou público, ou se vai até a unidade/PAT andando)
3.	Possui algum problema de saúde? (Histórico) Explorar: Como descobriu? a. Onde foi procurar ajuda? b. Qual primeiro profissional que lhe atendeu? c. Fez exames complementares, como foi o diagnóstico? d. Foram prescritos medicamentos: quantos e quais medicamentos? Possui prescrição no momento da entrevista? (Se sim, verificar quais medicamentos) e. Qual situação mais desafiadora passou para receber os medicamentos?
4.	Sobre o recebimento de medicamentos: a) Caso não tenha recebido medicamentos na UBS, qual o motivo lhe informaram por não serem disponibilizados? b) Gostaria de receber todos os medicamentos na UBS? (Investigar se precisa comprar algum medicamento, ou participa do programa aqui tem farmácia popular, ou outra alternativa) c) Caso não tenha medicamento na UBS, o que o usuário faz? (Se precisa comprar, se sim isso compromete o seu orçamento). Especifique.
5.	Na UBS eles lhe orientam sobre como receber algum medicamento que não seja disponibilizado naquele local? (Qual setor procurar, documentos necessários, fluxos a serem seguidos)
6.	Em caso de patologia existente, como está sendo o acompanhamento? a. Tem feito consultas recorrentes (com qual profissional) - qual a última consulta b. Faz exames com frequência - quando fez o último exame c. Houve alteração nos medicamentos prescritos d. Teve alguma dificuldade para aderir o tratamento (investigar)
7.	Além da UBS que outras práticas de autocuidado você realiza? (Explorar se faz uso de plantas medicinais, fitoterapia ou alguma outra prática tradicional, se procura outro local para atendimento de saúde)
8.	Na UBS eles lhe perguntam sobre essas práticas? (Explorar se os profissionais reconhecem estas práticas e incluem no plano terapêutico do paciente).
9.	A coordenação da AF ou da UBS divulga informações sobre falta de medicamentos para HAS no município? () Sim / () Não
10.	Há algum meio onde o (a) senhor (a) possa criticar, elogiar ou deixar alguma sugestão sobre o serviço de farmácia prestado nessa unidade/PAT? () Sim / () Não Se SIM, como?
11.	Que nota de 0 a 5 o (a) senhor (a) daria em relação a satisfação sobre o recebimento dos medicamentos na UBS? Considere 0 (zero) com a pior nota e 5 (cinco) como a melhor nota. 0 1 2 3 4 5
12.	Que nota de 0 a 5 o (a) senhor (a) daria em relação ao atendimento prestado pelo profissional que entregou o medicamento? Considere 0 (zero) com a pior nota e 5 (cinco) como a melhor nota. 0 1 2 3 4 5
13.	Que nota de 0 a 5 o (a) senhor (a) daria em relação às condições físicas da farmácia? Considere 0 (zero) com a pior nota e 5 (cinco) como a melhor nota. 0 1 2 3 4 5
Observação: Para aqueles que o percurso for desafiador. Verificar se pode fazer um vídeo falando ou desenhar o caminho até conseguir o medicamento prescrito, destacando os pontos onde é possível adquirir os medicamentos.	

ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIO (MUNICIPAL)