



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

NOEMIA LIEGE MARIA DA CUNHA BERNARDO

**A ABORDAGEM SOCIOTÉCNICA APLICADA PARA A REORIENTAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Florianópolis
2021

Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo

**A ABORDAGEM SOCIOTÉCNICA APLICADA PARA A REORIENTAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Orientadora: Prof.^a Silvana Nair Leite Contezini, Dra.

Florianópolis

2021

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

Bernardo, Noemia Liege Maria da Cunha
A Abordagem Sociotécnica aplicada para a reorientação da
Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde /
Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo ; orientador, Silvana
Nair Leite Contezini, 2021.
204 p.

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

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. Assistência Farmacêutica; Avaliação em
Saúde; Política de Saúde. I. Contezini, Silvana Nair Leite
. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Farmácia. III. Título.

Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo

**A ABORDAGEM SOCIOTÉCNICA APLICADA PARA A REORIENTAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Prof.^a Marení Rocha Farias, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.^a Sieglinde Kindel da Cunha, Dra.

Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)

Prof. Filipe Carvalho Matheus, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

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

Prof.^a Prof.^a Thaís Cristine Marques Sincero, Dra.

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Prof.^a Silvana Nair Leite, Dra

Orientadora

Florianópolis, 2021

Este trabalho é dedicado ao meu esposo, filho e mãe.

AGRADECIMENTOS

Expresso meu agradecimento às pessoas que foram fundamentais durante todo esse processo e aqui deixo a minha profunda gratidão e a dedicação desta tese ao meu Esposo Franklin, meu Filho João Gabriel, minha Mãe Ada.

Gratidão aos meus Enteados; Sogra; Imãos e Cunhadas, Otavio, Laura, Ormindia, Merce, Luiz Alfredo, Naomi, Glaucia, Sandra e Renata.

Minha profunda gratidão a todas as pessoas que, sem eu menos esperar, foram singulares no seu apoio, em alguma etapa, para a concretização desta tese, desde o processo seletivo, aulas, seminários, discussões, pesquisa, assuntos acadêmicos, elaboração de manuscritos, apresentações, processo de orientação, cumprimento de prazo, correções, suporte físico e emocional, até chamar a atenção e apresentar críticas.

Em nome dos professores da UFSC, agradeço à Silvana Nair Leite Contezini, Marení Rocha Farias, Norberto Rech e Luciano Soares e Filipe Carvalho Matheus.

Gratidão aos(as) farmacêuticos(as) companheiros(as) Patricia Bernardi, Rita Kudo, Marina Rover, Fernanda Manzini, Kaite, Ana Carolina, Fabiola, Karen Denez, Rinaldo Ferreira, Flora, Camila, Ana Paula Capeleto, Marla, Ligia Hoepfner, Pheandro, Leandro, Patricia Belandra, Luciana e Fabio.

Às professoras de outros Programas de Pós-graduação e Instituições, Marcia Grisotti, Rita de Cassia Souza e Lima, Sieglinde Kindel Cunha e Yára Lúcia Mazziotti Bulgacov

À equipe de Assistência Farmacêutica, Gestores da Secretaria de Saúde, Equipe da Atenção Básica e Residentes dos municípios envolvidos nesta tese, porque, sem vocês, nada disso teria sido possível acontecer. Gratidão pela confiança e parceria.

Meu sincero reconhecimento e agradecimento à Marcia Ino, pelos ensinamentos sobre Atlas Ti e Equipe de revisão, que não mediram esforços e horário para esta construção: Thayna, Melissa e Natanael.

Exerno, aqui, o meu profundo sentimento de reconhecimento e respeito pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia (PGFAR), por seu compromisso com a produção científica de altíssima qualidade na busca de inovações para o desenvolvimento da sociedade.

Agradeço à Universidade do Vale do Itajaí, por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Gerência de Projetos e ao Curso de Farmácia.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Este trabalho se propõe a apresentar um modelo de avaliação e design sociotécnico para a reorientação da estrutura organizacional, das práticas e cultura da Assistência Farmacêutica (AF). Partindo do pressuposto de que esta abordagem pode ser uma estratégia em resposta às problematizações apontadas nos estudos de avaliação da AF municipal, evidenciou-se a necessidade de promover a organização dos serviços farmacêuticos na lógica das necessidades, pautando-se na satisfação com os serviços e/ou com o atendimento de demandas referidas por usuários e/ou por gestores e trabalhadores, na autonomia decisória, na participação, na disseminação de conhecimentos estratégicos, bem como na expectativa de que os resultados aqui obtidos possam contribuir para implementações de inovações para um desenvolvimento sustentável. A metodologia utilizada foi o estudo de caso retrospectivo, de natureza qualitativa que utiliza dados quantitativos, cuja abordagem foi a triangulação de métodos, o que possibilitou a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação. Os resultados obtidos evidenciaram que as fragilidades na estrutura organizacional da AF foram influenciadas por uma concepção reducionista da sua finalidade, como uma estrutura técnica para promover a disponibilidade dos medicamentos. A aplicação da visão sistêmica nesta tese, desde a revisão teórica até a proposição dos modelos de design e avaliação, oportunizou a compreensão de sua complexidade e contribuiu para elencar necessidades relacionadas com suas operações fundamentais e, assim, implementar inovações no sistema sociotécnico da AF para que atendam às necessidades sociais, promovam o acesso e uso racional de medicamentos e contribuam com o desenvolvimento sustentável do sistema de saúde municipal.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Avaliação em Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

This doctoral thesis proposes a socio-technical evaluation and design model for the reorientation of the organizational structure, practices and culture of pharmaceutical assistance. Assuming that this approach can be a strategy in response to the problems raised in studies on the municipal pharmaceutical assistance, the need to promote the organization of pharmaceutical services according to the logic of needs turned evident. It comprised inter alia satisfaction with the services and/or with the fulfillment of the demands pointed out by users and/or managers and employees, decision-making autonomy, team engagement, strategic knowledge dissemination, and the expectation that such results can contribute to implementing innovations towards sustainable development. The method consisted of a retrospective case study, a qualitative one based on quantitative data, whose approach relied on triangulation of methods, which enabled interaction, intersubjective criticism, and comparison. The results obtained showed that the weaknesses in the organizational structure of pharmaceutical assistance were influenced by a reductionist conception of its own purpose, with a technical structure aimed at promoting the availability of medicines. The adoption of a systemic view in the present thesis, from the theoretical review performed to the design and evaluation models proposed, allowed for an understanding of the complexity thereof. It as well contributed to listing needs related to its key functioning towards the implementation of innovations in the socio-technical system of pharmaceutical assistance for the meeting of social needs, promotion of access and rational use of medicines and sustainable development of the municipal health system.

Keywords: Pharmaceutical Assistance; Health Evaluation; Health Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Elementos do sistema sociotécnico.....	31
Figura 2. Proposta de design para o sistema sociotécnico.....	32
Figure 3. The social and technical components of the municipal Pharmaceutical Policy and Services (PPS) system.....	58
Figure 4. PPS organizational structure.....	63
Figura 5. Fluxograma da seleção dos artigos conforme aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.....	78
Figura 6. Tipificação dos componentes sociais e técnicos da Assistência Farmacêutica municipal.....	81
Figura 7. Representação das etapas do percurso metodológico.....	102
Figura 8. Representação da etapa 1 do percurso metodológico: Descrição do sistema da AF da APS.....	103
Figura 9. Representação da etapa 2 do percurso metodológico: Análise das Necessidades do Sistema.....	104
Figura 10. Representação da etapa 3 do percurso metodológico: Avaliação das modificações no sistema sociotécnico da AF na APS.....	107
Figura 11. Representação da etapa 4 do percurso metodológico: Avaliação do experimento de transição.....	108
Figura 12. Análise da rede do SST da AF na APS no ano de 2017.....	112
Figura 13. Análise do componente força de trabalho do SST da AF na APS no ano de 2017.....	112
Figura 14. Análise do componente estrutura do SST da AF na APS no ano de 2017....	112
Figura 15. Análise do componente processo do SST da AF na APS no ano de 2017....	113
Figura 16. Análise do componente tecnologia do SST da AF na APS no ano de 2017..	114
Figura 17. Análise do componente cultura do SST da AF na APS no ano de 2017.....	114
Figura 18. Interação entre a dimensão operacional da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF e os componentes do SST da AF municipal.....	117
Figura 19. Descrição das necessidades do sistema da AF na APS componente força de trabalho.....	118
Figura 20. Descrição das necessidades do sistema da AF na APS componente processo.....	119
Figura 21. Estrutura organizacional da AF na APS em 2017.....	124
Figura 22. Estrutura organizacional da AF na APS em 2019.....	124
Figura 23. Proposição do novo modelo de Sistema Sociotécnico de Assistência Farmacêutica para Atenção Primária a Saúde.....	129

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pontuação obtida na dimensão organizacional por município.....	46
Gráfico 2. Percentual de divergências identificadas na dimensão operacional.....	47
Gráfico 3. Pontuação obtida na dimensão sustentabilidade por município.....	49
Gráfico 4. Representação do número de citações relacionadas ao meio ambiente da AF na APS.....	93
Gráfico 5. Representação do número de citações relacionadas do sistema interno da AF na APS.....	93
Gráfico 6: Peso dos medicamentos descartados por vencimento em dezembro de 2019....	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Categorias básicas da teoria dos sistemas.....	30
Quadro 2. Descrição dos elementos do sistema sociotécnico.....	31
Quadro 3. Características distintas dos experimentos de transição.....	37
Quadro 4. Descrição dos dados coletados para a elaboração da matriz avaliativa da AF.....	43
Quadro 5. Descrição das necessidades da AF municipal relacionadas à dimensão organizacional.....	46
Quadro 6. Descrição das necessidades da AF municipal relacionadas à dimensão operacional.....	47
Quadro 7. Descrição qualitativa da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF na APS na dimensão sustentabilidade.....	49
Quadro 8. Caracterização das publicações selecionadas segundo critérios de inclusão.....	79
Quadro 9. Componentes do Meio Ambiente (Cenário) e do Sistema Interno do Sistema Sociotécnico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária.....	81
Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF.....	83
Quadro 11. Componentes e indicadores da avaliação sociotécnica da AF na APS proposto por Bernardo, Soares e Leite (2021).....	104
Quadro 12. Categorias descritivas do experimento de transição.....	108
Quadro 13. Conceitos-chave para a caracterização do experimento de transição.....	109
Quadro 14. Citação relacionada ao objetivo da AF municipal.....	110
Quadro 15. Necessidades identificadas pela Gestão da SMS e da AF sobre a causa da falta de medicamentos.....	116
Quadro 16. Descrição das modificações realizadas nas operações fundamentais no componente processo do SST da AF.....	120
Quadro 17. Trechos das entrevistas sobre as modificações realizadas ns práticas do sistema da AF.....	122
Quadro 18. Opinião dos gestores da secretaria de saúde, da equipe da APS e da AF e de usuários sobre as modificações do sistema da AF na APS.....	125
Quadro 19. Descrição do experimento de transição.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos municípios.....	45
Tabela 2. Descrição da pontuação obtida na elaboração da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF na APS, 2017.....	45
Table 3. Data extracted from consulted databases.....	56
Table 4. Environmental (Scenario) and the internal systems components of the Sociotechnical System of PPS in primary healthcare (PHC).....	58
Table 5. Narrative from articles published in the municipal media about access to medicines in the Municipal Health Network.....	60
Table 6. PPS goals, indicators, actions, and budget in the 2015 AHP in the municipality.....	62
Table 7. Description of the purpose and goal for PPS in the municipal health plans (MHP) 2010–2013 and 2014–2017.....	63
Table 8. Summary: Assessment matrix of the management capacity of municipal PPS—diagnostic stage in 2017.....	64
Table 9. Number of attendance in dispensing services, items dispensed, and its price in 2017.....	67
Tabela 10. Descrição do número de artigos excluídos relacionados ao critério de exclusão e à base de dados consultada.....	77
Tabela 11. Categorização dos componentes sociotécnicos da AF na APS avaliados nos estudos selecionados.....	91
Tabela 12. Relação do número de citações por componentes analisados nos artigos relacionados ao SST da AF.....	92
Tabela 13. Descrição dos indicadores demográficos e socioeconômicos.....	101
Tabela 14. Descrição dos indicadores das condições de saúde e da estrutura de serviços da Atenção primária dos municípios.....	101
Tabela 15. Síntese da matriz avaliativa da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica – etapa de diagnóstico em 2017 – Componente Gestão.....	111
Tabela 16. Número de atendimentos nas unidades de dispensação.....	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACT	Assertive Community Treatment
AF	Assistência Farmacêutica
AHP	Annual Health Program
AMMC	Assessment Matrix of the Management Capacity
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative framework
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPSs	Centros de Atenção Psicossocial
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestora Bipartide
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCB	Denominação Comum Brasileira
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GDP	Gross Domestic Product [Produto Interno Bruto - PIB]
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDMS	Índice de Desenvolvimento Sustentável de Municípios
MESH	Medical Subject Headings
MHP	Municipal Health Plans
MHS	Municipal Health Secretariat
MT	Transition Management [Gestão da Transição]
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PGFAR	Programa de Pós-Graduação em Farmácia
PHC	Primary Healthcare
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPS	Pharmaceutical Policy and Services

REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SIDEMS	Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Municipal Sustentável
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNM	Strategic Niche Management [Gestão Estratégica de Nicho]
SST	Sociotechnical Systems Theory [Teoria dos Sistemas Sociotécnicos]
SUS	Sistema Único de Saúde
TNO	Organização de Pesquisa Científica Aplicada dos Países Baixos
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UD	Unidade de Dispensação
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization [OMS]

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
CAPÍTULO 1	25
1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....	25
1.1 Assistência Farmacêutica	25
1.2 Teoria Sociotécnica	29
1.2.1 Abordagem sociotécnica aplicada na área da saúde.....	33
1.3 Teoria do Experimento de Transição.....	36
CAPÍTULO 2.....	40
2. ANÁLISE DOS FATORES CONDICIONANTES TÉCNICOS E SOCIAIS SOBRE A CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL: AVALIAÇÃO EM QUATRO MUNICÍPIOS CATARINENSES	40
2.1 Metodologia.....	41
2.1.1 Local de estudo.....	42
2.1.2 Coleta dos dados.....	42
2.1.3 Análise dos dados	44
2.2 Aspectos Éticos	44
2.3 Resultados.....	44
2.4 Discussão.....	50
2.5 Conclusão	51
CAPÍTULO 3.....	53
3. A SOCIOTECHNICAL APPROACH TO ANALYZE PHARMACEUTICAL POLICY AND SERVICES MANAGEMENT IN PRIMARY HEALTH CARE IN A BRAZILIAN MUNICIPALITY	53
3.1 Introduction	53
3.2 Materials and Methods	55
3.2.1 The place of study.....	55

3.2.2 Data collection.....	55
3.2.2.1 Sources, search strategies and data characterization.....	55
3.2.2.2 Assessment matrix of the management capacity of municipal PPS	57
3.2.3 Data analysis.....	57
3.2.4 Ethical aspects	59
3.3 Results	60
3.3.1 Organization of environment.....	60
3.3.2 Socio-technical characterization of the municipal PPS.....	62
3.3.2.1 Goal of the sociotechnical system of PPS in PHC	62
3.3.2.2 PPS management in PHC.....	63
3.3.2.3 Workforce of municipal PPS in PHC	65
3.3.2.4 PPS infrastructure and processes in PHC	66
3.3.2.5 Technology in PHC	68
3.3.2.6 Organizational culture in PHC	69
3.4 Discussion.....	70
3.5 Conclusions	73
CAPÍTULO 4.....	74
4 UM OLHAR SOCIOTÉCNICO PARA OS ESTUDOS BRASILEIROS DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	74
4.1 Introdução.....	74
4.2 Metodologia.....	76
4.3 Resultados e Discussão.....	82
4.4 Discussão	93
4.5 Conclusão	95
CAPÍTULO 5.....	96
5. EXPERIMENTO DE TRANSIÇÃO SOCIOTÉCNICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um estudo de caso	96

5.1 Introdução.....	96
5.2 Metodologia.....	99
5.2.1 Local de estudo.....	101
5.2.2 Percurso metodológico	101
5.3 Aspectos éticos	109
5.4 Resultados.....	110
5.4.1 Descrição do sistema sociotécnico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde	110
5.4.2 Análise do experimento de transição	130
5.5 Discussão	133
5.6 Conclusão	137
6. CONCLUSÃO.....	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
ANEXOS	153

APRESENTAÇÃO

O processo de construção desta tese tem uma relação direta com a minha história de vida e trajetória profissional. Desde o princípio da minha carreira, meu foco sempre foi desenvolver projetos que estivessem conectados com as necessidades sociais, implantando uma cultura de qualidade na prestação de serviços farmacêuticos que contribuíssem para o desenvolvimento do sistema de saúde.

Essa prática esteve presente nos diversos papéis sociais que atuei, os quais incluem: farmacêutica hospitalar; proprietária de farmácia; profissional na área de consultoria para a implantação de serviços farmacêuticos, tanto no setor privado quanto no público; docente, em projetos comunitários de extensão universitária; conselheira do Conselho Regional de Farmácia, na defesa da categoria farmacêutica; e conselheira do Conselho Municipal de Saúde, na participação do controle social.

No desenvolvimento das minhas práticas profissionais, sempre havia um ritual inicial, quando buscava conhecer a realidade que se impõe e identificar as necessidades. Para isso, era importante saber:

- A expectativa dos gestores em relação ao desempenho do setor e do resultado da organização;
- A opinião das pessoas que executavam as rotinas sobre o desempenho do setor e o resultado da organização;
- A opinião dos demais setores e organização que se inter-relacionava sobre os resultados;
- A satisfação das pessoas quanto ao serviço recebido;
- O impacto do setor e/ou da organização na modificação dos resultados na saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo;
- Como os sistemas se organizavam para atender às expectativas e necessidades sociais de saúde, infraestrutura, sistemas de informação e força de trabalho;
- Como ocorria a inter-relação entre os setores e/ou organização com a sociedade;
- O papel social da organização.

No desenvolvimento dessas experiências, diversas estratégias foram utilizadas, tais como: acompanhamento dos serviços, diário de campo, entrevistas, reuniões e ferramentas de avaliação. A partir disso, era possível avaliar:

- Quais eram os problemas existentes;

- Quais eram os recursos que estavam disponíveis para realização das práticas;
- Quais eram as fragilidades;
- Quais eram as necessidades de inovação para alcançar o resultado esperado.

Em todos os trabalhos desenvolvidos, sempre tive pessoas interessadas a contribuir de maneira direta ou indireta, com financiamento e apoio institucional. As principais barreiras estavam relacionadas à resistência para modificar a cultura organizacional do foco de um trabalho específico (farmacêutico) para uma prática interprofissional, com desenvolvimento de competências e habilidades colaborativas.

Evoluir de um sistema fragmentado para um integrado, de uma visão analítica para uma sistêmica, de uma gestão por processo para uma gestão do sistema e avaliação, em que o foco recaía prioritariamente sobre interesses econômicos em vez de sobre o resultado em saúde.

Nesta retrospectiva, analiso quais foram os resultados obtidos ao longo dessa trajetória profissional antes da concretização desta tese. Esses resultados incluem:

- Na área hospitalar – o desenvolvimento de sistematização de implantação distribuição de medicamentos por dose unitária, que teve impacto na qualidade do medicamento administrado ao paciente, na redução de perdas de medicamentos, na satisfação da equipe e dos gestores;

- Na área da farmácia privada – a construção de um modelo de farmácia que atuava integrada com demais serviços de saúde do bairro tanto público quanto privado e com ações planejadas e executadas visando às necessidades da comunidade. A farmácia era reconhecida como um dos equipamentos de saúde, além de ser uma unidade docente assistencial de campo de estágio do curso de farmácia e campo de pesquisa em serviços farmacêuticos da Universidade Federal do Paraná;

- Na rede de farmácia privada – a sistematização dos serviços farmacêuticos com foco na gestão, nos serviços de dispensação e no acolhimento da demanda espontânea, cujo objetivo principal foi desenvolver protocolos de atendimento com foco na segurança do paciente. O impacto no setor de farmácia privada traduz-se na contribuição para a prestação de serviços farmacêuticos qualificados, na qualificação da força de trabalho, na formação de novos profissionais e na satisfação dos gestores. Quanto ao resultado financeiro, houve aumento da margem de lucro contribuindo para a sustentabilidade econômica, a construção de vínculos entre a equipe, a gestão e os clientes.

- Na área de farmácia escola – a transição de uma farmácia com práticas fragmentadas, com foco no serviço de manipulação e dispensação para uma farmácia de ensino de serviços farmacêuticos desenvolvidos a partir das necessidades da comunidade acadêmica e da estrutura existente. O impacto desse projeto inclui a qualificação da força de trabalho, o desenvolvimento de autonomia para os profissionais, a construção de um serviço docente assistencial e o desenvolvimento de inovações que contribuíram para a sustentabilidade econômica da farmácia, a prestação de serviços inovadores e o fortalecimento do vínculo com a comunidade acadêmica;

- Na área do Sistema Único de Saúde – projetos desenvolvidos que resultaram na criação do Ambulatório de Cuidados Farmacêuticos como unidade docente de assistencial. Esse serviço foi construído com os farmacêuticos que atuavam na assistência farmacêutica municipal cujo objetivo era criar uma unidade de especialidade em serviços de cuidados farmacêuticos. Atualmente, o ambulatório é cenário de prática tanto para a graduação quanto para a pós-graduação;

- No âmbito do mestrado – no ano de 2010, concluí o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Farmácia (PGFAR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), orientada pela professora Dra. Marení Rocha Farias, coordenadora do Grupo de Pesquisa sobre Políticas e Serviços Farmacêuticos. O título da dissertação foi: “Oportunidade de intervenção farmacêutica no tratamento de pacientes com hepatite viral C crônica: estudo de caso no município de Itajaí/SC”, uma pesquisa realizada nos serviços de atendimento clínico dos pacientes e na unidade de dispensação. Esse trabalho foi um destaque no que se refere ao meu interesse em desenvolver pesquisas com foco na gestão e no desenvolvimento de inovações para o setor;

- Na área de coordenação de programas – a partir das expertises obtidas, atuei, em 2015, como coordenadora de um programa de Residência Multiprofissional em atenção básica em quatro municípios catarinenses, o que representava a valorização dos serviços como espaços privilegiados para a formação profissional, significando oferecer aos trabalhadores a oportunidade de compreender e potencializar uma formação comprometida com a defesa dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde, o que, em última instância, representa uma melhor resposta às necessidades de saúde da população atendida.

A universidade envolvida no projeto acima mencionado oferece graduação nos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudióloga, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Educação Física, além de diversos cursos de pós-graduação, com um histórico de franca cooperação com o SUS, buscando articular a formação com as políticas nacionais de

educação e saúde. Nesse processo, chamou-me a atenção o fato de que, dos quatro municípios envolvidos no projeto, apenas um abriu vaga para farmacêutico. Os demais justificaram que não tinham preceptor de área específica e não existia serviço da Assistência Farmacêutica (AF) organizado na Atenção Primária à Saúde (APS).

No município que disponibilizou a vaga, a AF na APS estava estruturada com farmacêutico atuando na coordenação, na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), na dispensação dos medicamentos do Componentes Especializado e Básico localizados na farmácia municipal e na dispensação do Componente Estratégico disponível no serviço de infectologia municipal. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), havia dispensação, porém, era gerenciada exclusivamente pela coordenação da UBS, cabendo à AF o reabastecimento dos medicamentos.

Nesse contexto, em paralelo às atividades profissionais, iniciei o doutorado no PGFAR, orientada pela professora Dra. Silvana Nair Leite, docente do Grupo de Pesquisa sobre Políticas e Serviços Farmacêuticos, pesquisadora na área de gestão da AF e com vasta experiência em projetos de educação para a qualificação da AF. O objetivo do projeto era desenvolver um modelo para a estruturação da dispensação de medicamentos enquanto serviço de atenção à saúde na atenção primária, a partir do desenvolvimento de um experimento prático nos municípios, os quais eram campos de prática da Residência Multiprofissional na atenção básica.

Em 2015, fui cursar a disciplina de Inovação na Universidade Positivo de Curitiba, da área de concentração “Organizações, gestão e sociedade” e da linha de pesquisa “Organização e mudança e inovação”, ministrada pelas professoras Dra. Sieglinde Kindel Cunha e Dra. Yára Lúcia Mazziotti Bulgacov, cuja ementa envolvia os seguintes temas: fundamentos ontológicos, epistemológicos e metodológicos da pesquisa, sob o conceito de prática social enquanto unidade de análise para o estudo de práticas de inovação.

O projeto de estruturação da dispensação não aconteceu como havia sido planejado. Logo, implementou-se uma nova proposta para promover a reorientação da AF na APS, envolvendo a implantação da área de residência em farmácia no Programa de Residência Multiprofissional em quatro municípios catarinenses.

O projeto de reorientação da AF para a APS nos quatro municípios tinha como objetivo central promover a organização dos serviços farmacêuticos na APS, na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença, suportado por um modelo de gestão pautado na satisfação com os serviços e/ou com o atendimento de demandas referidas por usuários e/ou por gestores e trabalhadores, na autonomia decisória, na participação e na disseminação

de conhecimentos estratégicos. O ponto de partida em todos os municípios foi disponibilizar vaga para a área de farmácia no edital do ano de 2018, e foi pactuado que nos primeiros 6 meses seria realizado um diagnóstico relacionado às necessidades da AF.

Na fase do diagnóstico, houve a elaboração da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF municipal (GUIMARÃES *et al.*, 2004; MANZINI; MENDES, 2015), além da análise de documentos municipais, reuniões com gestores e equipe da atenção primária. O processo de construção e efetivação do projeto de reorientação da AF nos municípios foi desenvolvido durante o período de 2016 a 2019.

Elaborou-se uma matriz avaliativa em quatro municípios do sul do País, de fevereiro a julho de 2017. Após apresentação dos resultados aos gestores, observou-se que nos municípios 1 e 4 não foram desenvolvidas novas implementações para a AF. Por outro lado, no município 2, as implementações tiveram foco tanto em atividades operacionais quanto em estratégicas e táticas, sendo implantando um processo de planejamento e acompanhamento das ações com uma equipe multidisciplinar que envolveu atores da AF, gestão municipal e da secretaria de saúde. No município 3, realizaram-se apenas atividades operacionais.

A partir dessa experiência, decidimos, nesta tese, estudar o processo de reorientação da AF na APS no município 2, pois, apesar do curto período de tempo de desenvolvimento – dois anos –, o referido projeto caracterizou-se como um ponto de partida para o desenvolvimento de um experimento de transição. Foram implementadas inovações com foco na superação de problemas sociais persistentes relacionados ao sistema sociotécnico da AF municipal, como a falta de medicamentos nas unidades de saúde e o desperdício com medicamentos da atenção básica.

A proposição desta tese visa a desenvolver uma estrutura de sistemas sociotécnicos e princípios subjacentes para ajudar a ampliar a estratégia de avaliação da AF na atenção primária, baseada nos estudos clássicos de Trist (1981). A modelagem sociotécnica, desenvolvida a partir do método proposto por Davis *et al.* (2014) e com base em diversos autores que vêm desenvolvendo sua aplicação em vários setores, foi aplicada na saúde para avaliar estratégias de incorporação e inovações dos sistemas de informação, com foco na segurança do paciente, como os estudos financiados pelo National Health Service (NHS), conduzidos por Meeks *et al.* (2014), Novak *et al.* (2013), Sittig e Ash (2011) e também em serviços farmacêuticos realizados por Harvey *et al.* (2015) e Szeinbach *et al.* (2007).

O desenvolvimento da avaliação sociotécnica da AF para a APS teve como referencial teórico os apontamentos e pressupostos de gestão de Carlos Matus sobre a organização da assistência farmacêutica no Brasil (GUIMARÃES *et al.*, 2004; BARRETO, GUIMARÃES,

2010; MENDES *et al.*, 2015; LEITE *et al.*, 2015; GERLACK *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2017). Na área do desenvolvimento organizacional, design e avaliação do sistema da AF na APS, o aporte foi fornecido pela abordagem sociotécnica em publicações de Szeinbach *et al.* (2007); Phipps *et al.* (2009); Sittig e Singh (2010), Sittig e Ash (2011); Harvey *et al.* (2012); Meeks *et al.* (2014); Harvey *et al.* (2015); e em outros setores, como em publicações de Leavitt (1965); Emery e Trist (1965); Appelbaum (1997); Trist (1981); Davis *et al.* (2012); Clegg (2000); Challenger e Clegg (2011).

A metodologia de experimento de transição aplicada ao contexto da AF na APS foi conduzida a partir dos estudos de Rotmans e Loorbach (2010), Bosch (2010), Oliveira *et al.* (2016), Bosh e Neuteboom (2017), Twillert e Bosch (2017), Marjanovic *et al.* (2016); Ward e Chijoko (2018), Deloitte (2019) e Marjanovic *et al.* (2020), aplicadas na avaliação sociotécnica na área de inovações no setor de saúde.

A metodologia utilizada foi do estudo de caso retrospectivo, de natureza quantitativa e qualitativa. A abordagem foi a triangulação de métodos, o que possibilitou a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação, segundo Minayo, Assis e Souza (2005). A triangulação de métodos representa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada, a visão de informantes diversos e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A pesquisa aqui ensejada faz parte de um estudo de métodos mistos de dois anos, com foco em quatro questões-chave, a saber:

1. Quais fatores sociais interferem no desenvolvimento de uma gestão da AF na atenção primária que promova a organização dos serviços farmacêuticos na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença, na autonomia decisória, na participação e na disseminação de conhecimentos estratégicos?

2. Quais fatores-chave, no sistema da AF na APS, influenciam a reorientação da AF organizada na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença?

3. À luz das duas primeiras perguntas, que mudanças nas estruturas práticas e culturais os gestores podem considerar para melhorarem o sistema de apoio à inovação na AF na APS de forma a contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde?

A partir dos resultados obtidos deste estudo, espera-se comprovar a contribuição do entendimento da AF, numa perspectiva sistêmica, visando ao seu processo de reorientação.

Esta pesquisa está direcionada à análise da realidade e ao cotidiano da implementação de um projeto de reorientação da AF na atenção primária, em quatro municípios catarinenses,

realizado em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, durante o período de julho 2017 a novembro de 2019. O estudo centrou-se principalmente no município que desenvolveu um projeto sistematizado com planejamento, execução, acompanhamento e avaliação dos resultados, aqui denominado Município 2 (M2).

No Capítulo 1, fazemos nossas considerações teóricas, pois, no decorrer do desenvolvimento desta tese, deparamo-nos com a necessidade de inicialmente apresentar o arcabouço teórico com as concepções, categorias analíticas e as estratégias aplicadas nesta tese para a avaliação das premissas, definições dos problemas e desenvolvimento da proposta de recursos para a efetivação da AF no âmbito municipal como uma política pública. Apresentamos uma revisão sobre:

- As necessidades relacionadas à reorientação da AF na APS com vistas a efetivá-la como uma política pública municipal;
- Teoria do sistema sóciotécnico, em que se abordam aspectos vinculados aos princípios, design, categorias de avaliação e aplicação na área da saúde;
- Teoria do experimento de transição, em que se abordam o conceito, as características e as categorias de avaliação e aplicação na área da saúde.

No Capítulo 2, analisamos os resultados obtidos a partir da elaboração da matriz avaliativa sobre a capacidade de gestão da AF municipal nos quatro municípios catarinenses que tinham interesse em implementar o processo de reorientação da AF. O objetivo foi analisar a influência dos fatores sociais na gestão da assistência farmacêutica.

O Capítulo 3 é dedicado ao estudo de caso do Município 2 (M2) sobre a análise do seu processo de reorientação da AF para a APS, que forneceu subsídio para o desenvolvimento de um modelo de design e avaliação para a AF na APS e gerou um artigo que foi publicado na revista *Pharmacy*, em 16 de fevereiro de 2021.

O Capítulo 4 traz uma revisão integrativa sobre os estudos publicados no Brasil nos últimos 20 anos sobre avaliação da AF na APS. Esse capítulo foi incluído nessa ordem devido ao fato de que aplicamos a matriz de avaliação sociotécnica da AF na APS, desenvolvida no Capítulo 3, como ferramenta de análise.

No Capítulo 5, demonstramos os resultados da avaliação sociotécnica do M2. Dois anos após o início do projeto de reorientação da AF na APS, apresentamos o seu impacto de implementação nas operações fundamentais e demonstramos seu impacto sobre a organização, cultura e práticas da AF na APS e seu efeito no sistema sóciotécnico da AF, como um exemplo de experimento de transição sociotécnica.

A seguir, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos que nortearam a condução do presente estudo.

Objetivo geral

Aplicar a abordagem sociotécnica para desenvolver e validar um modelo de design¹ e avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde.

Objetivos específicos

- Construir um arcabouço teórico e metodológico para a aplicação da abordagem sociotécnica, para a reorientação da Assistência Farmacêutica da atenção primária à saúde;
- Analisar a influência dos fatores técnicos e sociais para o desenvolvimento da gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária integral, autônoma e participativa;
- Analisar um projeto de reorientação da Assistência Farmacêutica na atenção primária como um modelo de experimento de transição.

¹ Design refere-se ao processo de projeção e desenvolvimento da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde.

CAPÍTULO 1

1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

No decorrer da elaboração desta tese, deparamo-nos com a necessidade de apresentarmos inicialmente o arcabouço teórico e metodológico para o desenvolvimento do design e avaliação da assistência farmacêutica (AF) na atenção primária à saúde. Igualmente, percebemos a necessidade de uma melhor compreensão das dimensões de avaliação e desenvolvimento de experimentos de transição sociotécnica, uma vez que são uma tendência na definição de práticas transformadoras para a sustentabilidade – uma estratégia para interligar as políticas com as práticas.

1.1 Assistência Farmacêutica

O termo Assistência Farmacêutica, no Brasil, possui um caráter polissêmico, com dois sentidos diferentes: um se refere à prática profissional do farmacêutico; o outro aporta um sentido de política pública, que estabelece os serviços e as responsabilidades em nível nacional, estadual e municipal de governança, para garantir o acesso a medicamentos por meio dos serviços farmacêuticos (SANTOS, 1996; SANTOS, 2011).

A concepção de AF, vista como prática profissional, é utilizada para designar o conjunto de prestações de serviços farmacêuticos que envolvem as atividades de seleção, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação de produtos farmacêuticos e o monitoramento da terapia medicamentosa (SANTOS, 2011; BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020). Esse significado também é empregado na literatura internacional, pois o termo “assistência farmacêutica” é traduzido como “Pharmaceutical Services”, no inglês, e “Servicios Farmacéuticos”, no espanhol (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020).

O termo, no sentido relacionado à concepção de política pública, é entendido como: “o conjunto de ações destinadas a propiciar o acesso da população aos medicamentos necessários ao tratamento de sua saúde” (SANTOS, 1996).

A primeira política instituída no País para a garantia de acesso a medicamentos surgiu em 1971 com a criação da Central de Medicamentos (CEME), cuja finalidade era o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas de adquiri-los e cujas

ações eram planejadas e articuladas para manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos (BRASIL, 1971).

A concepção de AF era centrada nas atividades logísticas, e seus objetivos priorizavam as atividades técnicas com foco na avaliação da incidência de doenças por região por faixa de renda, levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, organização de eventos científicos, planejamento e coordenação de mecanismos de distribuição, venda de medicamentos em todo o território nacional (BERMUDEZ; POSSAS, 1995).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, trouxe consigo a necessidade de reorganização do sistema de saúde dentro de uma lógica de abordagem integral do processo saúde-doença, com prioridade para as atividades preventivas e de promoção de saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais, um modelo fundamentado na ideia de integralidade (BRASIL, 1988; MATTOS, 2001).

Nesse contexto, com o objetivo do desenvolvimento da Política de Assistência Farmacêutica, na lógica da integralidade, a reorientação da AF constituiu uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM). O contexto histórico das necessidades da AF estava fundamentado na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitassem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 1999).

Essa diretriz da PNM (1999) estava alinhada às prioridades da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo principal na pauta de medicamentos era ampliar o acesso a medicamentos, principalmente às populações desfavorecidas. As estratégias compreendiam: implementação da política nacional de medicamentos; acesso; qualidade e segurança; uso racional, por meio de ações sobre o sistema de distribuição, financiamento, administração e criação de recurso (WHO, 2000).

O desenvolvimento da AF para o SUS exigiu uma nova concepção para a AF, deslocando o conceito das atividades técnicas para um movimento de caráter sistêmico, multidisciplinar, com abrangência de múltiplas ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, visando ao acesso e ao uso racional de medicamentos, indispensáveis à integralidade da atenção à saúde como direito social e dever do Estado, promulgada em 2004 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e construída com base nas discussões e nas propostas oriundas da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e

Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004; MARIN *et al.*, 2003; COSTA *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2018).

A publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004) foi um ponto de partida da concepção da AF como uma política pública, relacionada à integralidade da atenção, sob a compreensão da AF enquanto um componente indissociável do SUS, indispensável à integralidade da atenção em saúde (COSTA *et al.*, 2017; BERMUDEZ, 2018). Conforme argumentam Bermudez, Costa e Noronha (2020, p. 21):

A assistência farmacêutica (AF) é, portanto, utilizada no Brasil para designar um conjunto de ações de caráter complexo relacionadas ao medicamento como insumo essencial e que tem como imagem-objetivo a concretização do acesso e o uso racional ou apropriado.

Desde a publicação da PNAF, aconteceram alterações profundas, a partir das quais foi possível desenvolver estratégias que favorecessem a ampliação do acesso aos medicamentos com foco no fortalecimento da capacidade de gestão e de planejamento, com estratégias ancoradas no tripé formado pela descentralização, financiamento e ações logísticas. Nota-se que ocorreram avanços significativos nas modalidades licitatórias e na implantação de sistemas de aquisição eficiente de medicamentos (BERMUDEZ, 2018).

A partir de 2008, foram favorecidas ações voltadas ao uso racional de medicamentos na atenção primária, por meio da integração do farmacêutico junto aos demais profissionais de saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além da implantação de serviços clínicos, tanto na atenção primária quanto no âmbito especializado e hospitalar (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; BERMUDEZ *et al.*, 2018). Evidenciou-se um alto acesso aos medicamentos para doenças crônicas na atenção primária no Brasil –uma prevalência de 94,3% (GERLACK *et al.*, 2017).

No entanto, algumas fragilidades importantes são apontadas nas pesquisas realizadas no Brasil nos últimos anos sobre a avaliação da organização do sistema da assistência farmacêutica na atenção primária, com destaque para a ausência da integração das políticas e das ações que promovem a organização dos serviços farmacêuticos na lógica de uma abordagem integral ao processo saúde-doença (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; 2018; GERLACK *et al.*, 2017).

Por outro lado, constatou-se também a ausência de questões técnicas para a institucionalização da AF na atenção primária, tais como: acesso pouco equitativo dos medicamentos; ausência de responsável pela assistência farmacêutica, instituição da

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e da relação de medicamentos essenciais; deficiência na estruturação dos serviços farmacêuticos; ausência de sistemas informatizados; necessidade de aprimoramento da logística, da gestão e de implantação de ações voltadas ao cuidado farmacêutico nas unidades de saúde; limitada integração dos farmacêuticos na equipe de saúde e da assistência farmacêutica nas demais ações de saúde; baixa participação dos responsáveis da assistência farmacêutica no controle social (AKERMAN; FREITAS, 2017; GERLACK *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

Costa *et al.* (2017) publicaram um estudo sobre as concepções da AF na APS, sob a perspectiva do secretário de saúde municipal, dos responsáveis pela entrega de medicamentos e responsáveis pela AF. Ao todo, foram entrevistadas 2.015 pessoas de 272 municípios brasileiros. Foram observadas concepções diferentes entre os atores. Para os farmacêuticos e representantes da AF, a concepção mais prevalente era centrada nas orientações e informações aos usuários sobre o uso de medicamentos e, em segundo lugar, com foco no ciclo logístico. Para os secretários de saúde da AF, as concepções relevantes relacionavam-se com assistência –apoio ao usuário, à população – e, coincidentemente, com o ciclo logístico, como na visão dos outros atores.

No referido estudo, foram observados baixos percentuais nas concepções da AF relacionadas à integralidade da atenção, bem como pouca compreensão da AF enquanto um componente indissociável do SUS, indispensável à integralidade da atenção em saúde (COSTA *et al.*, 2017).

Na revisão publicada por Jacobs *et al.* (2012) sobre as barreiras para o acesso aos medicamentos nos países, os autores destacam a concepção tecnicista e restrita sobre as demandas relacionadas aos medicamentos que exigem consideração de relações múltiplas e dinâmicas. A maioria das intervenções de fortalecimento do sistema de saúde é relacionada às demandas com os medicamentos e ignora as interconexões entre os componentes do sistema.

Esse modelo se reproduz no Brasil com a centralidade da concepção da AF na APS no ciclo logístico entre os atores, culmina no desenvolvimento de um modelo reducionista do sistema da AF, centrado na gestão de atividades técnicas, e favorece ações fragmentadas, verticais, com foco na disponibilidade do medicamento (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; 2018; GERLACK *et al.*, 2017).

A evolução da concepção da AF relacionada à integralidade da atenção pode fortalecer o modelo sistêmico, com foco em uma abordagem conectada com a realidade social, integrada aos sistemas essenciais para a AF e com a valorização da ação humana, capaz de gerar

produção de práticas integradas nas perspectivas técnica, social e política (SOARES; SANTOS, 2016; COSTA *et al.*, 2017).

1.2 Teoria Sociotécnica

A escola sociotécnica teve início quando os pesquisadores do Tavistock Institute of Human Relations foram atuar nas indústrias de mineração de carvão, em Durham, ao norte da Inglaterra, em 1949, onde havia a necessidade de implementação de novas tecnologias, bem como a busca da recuperação industrial e inovação na organização de trabalho (MUMFORD, 2006; SAWYER; JARRAHI, 2015).

Eric L. Trist e Kenneth W. Bamforth, pesquisadores do instituto Tavistock, analisaram a inter-relação dos aspectos técnicos, organizacionais, sociais e psicológicos do trabalho de extração, aplicando as bases da psicologia e da sociologia. Essa análise foi denominada “análise sociotécnica” (BIAZZI, 1994). A teoria do sistema sociotécnico se desenvolveu a partir da aplicação da teoria geral dos sistemas (TGS) nas organizações, descrita inicialmente por Ludwig von Bertalanfly, por volta do ano de 1940, a partir dos estudos na área da biologia.

Em 1967, Miller e Rice correlacionaram a teoria dos sistemas para a área das organizações industriais e comerciais. Com essa aplicação na mudança de concepção dos aspectos organizacionais, as entidades deixam de ser analisadas em termos de suas partes e começaram a ser entendidas como organização de seus elementos e das partes em si (SILVA, 2005).

As organizações passaram a ser compreendidas como um conjunto de porções que interagem e são interdependentes, cada porção relacionada ao seu ambiente de modo a formar um todo organizado. O foco da avaliação são os elementos dos sistemas e sua cadeia de efeitos, em que se analisam as interações e interdependências (SILVA, 2005). A teoria dos sistemas nas organizações considera cinco elementos básicos que compõem um sistema organizacional, como descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias básicas da teoria dos sistemas

Descrição	Explicação
Objetivos	São as metas, a direção do sistema. Os objetivos devem ser definidos em termos de operações identificáveis e repetíveis.
Ambiente	O ambiente constitui tudo o que está do “lado de fora” do sistema. Caracteriza-se pelo controle dos fatores internos e determina como o sistema vai funcionar com esses elementos. Os ambientes interno e externo devem atuar simultaneamente.
Recursos	Os recursos são todos os meios disponíveis ao sistema para a realização das atividades necessárias, para o alcance do objetivo. São a força de trabalho, recurso financeiro, equipamentos, entre outros.
Componentes	São todas as atividades que contribuem para a realização dos objetivos do sistema. Podem ser identificadas como os subsistemas que o compõem.
Gestão	Exercem três funções básicas: o planejamento, controle e avaliação.

Fonte: Silva (2005, p. 353)

Posteriormente, Simon (1960) estabeleceu que as organizações fossem construídas de três camadas, a saber:

- Um sistema básico, onde acontece a produção física e os processos de distribuição, as chamadas operações de rotina;
- Uma segunda camada, onde acontecem os processos de decisões programadas, como guia das operações de rotina do sistema físico;
- A terceira camada sucede os processos de decisões não-programadas, com o fim de monitorar os processos do primeiro nível por meio de avaliação e alteração dos valores de parâmetros.

O conceito sociotécnico apresenta-se como um meio contemporâneo, em que as organizações são tratadas como sistemas sociotécnicos e são entendidas como um conjunto aberto que interage com o ambiente, com capacidade de autorregulação e composta por dois subsistemas – o social e técnico (EMERY; TRIST, 1965).

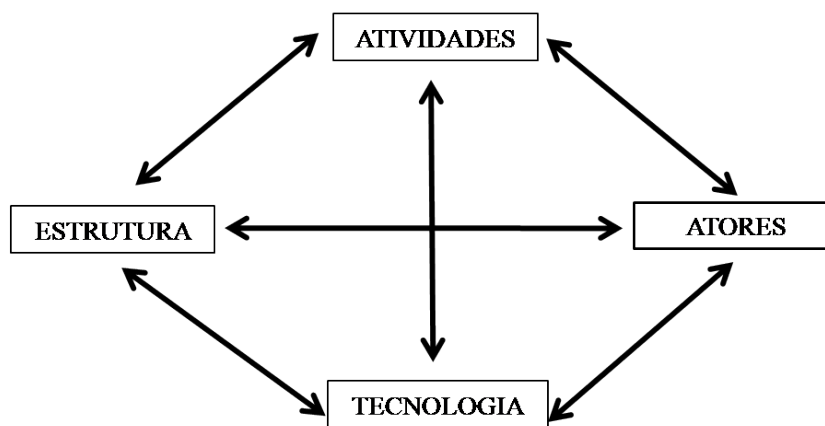
Essa abordagem estabelece que as organizações sejam formadas pelo social e técnico funcionando ao mesmo tempo, interagindo constantemente e inter-relacionando-se de modo a produzir resultados. O técnico é composto por máquinas, ferramentas, tecnologia, normas e técnicas; já o social é constituído pelas pessoas, suas relações, habilidades e culturas. O entendimento desse sistema permitiu um trabalho com menores conflitos entre a tecnologia e o social (LEAVITT, 1965; DAVIS *et al.*, 2014).

Por meio da modelagem sociotécnica, é possível estabelecer estruturas organizacionais flexíveis que facilitem a comunicação e contribuam para a compreensão de fenômenos e situações que requerem explicações baseadas na inter-relação de múltiplas forças ou fatores, a partir da interação das dimensões técnicas e humanas do trabalho (CLEGG, 2000).

Para Appelbaum (1997), os elementos sociais e técnicos trabalham juntos para realização de tarefas, produzindo, tanto produtos físicos, quanto resultados sociais e psicológicos. Esse sistema contrasta com os métodos tradicionais, que primeiro definem o componente técnico e, então, encaixam as pessoas a ele, levando a baixos desempenhos com altos custos sociais. As organizações podem ser consideradas sistemas complexos, com muitos fatores interdependentes. A ação ou alteração em parte do sistema pode afetar outras partes, implicando a eficácia e eficiência dos sistemas como um todo (BENNETT, 2013).

O design proposto por Leavitt (1965) considera as organizações industriais como sistemas complexos, com pelo menos quatro variáveis interagindo intensamente: atividades, estrutura, tecnologia e atores, como pode ser visualizado na Figura 1. No Quadro 2, são descritos os elementos propostos por esse autor.

Figura 1. Elementos do sistema sociotécnico



Fonte: Leavitt (1965)

Quadro 2. Descrição dos elementos do sistema sociotécnico

Atividades	Definidas como a razão de ser da organização, as atividades para a produção de bens ou serviços e seu grande número de tarefas operacionais.
Atores	São as pessoas, com sua qualificação, sua cultura e suas relações.
Tecnologia	São os equipamentos, sistemas de informação, técnicas envolvidas na produção de bens e serviços.
Estrutura	Refere-se a sistema de comunicação, sistema de organização e sistema de fluxo de trabalho.

Fonte: Leavitt (1965)

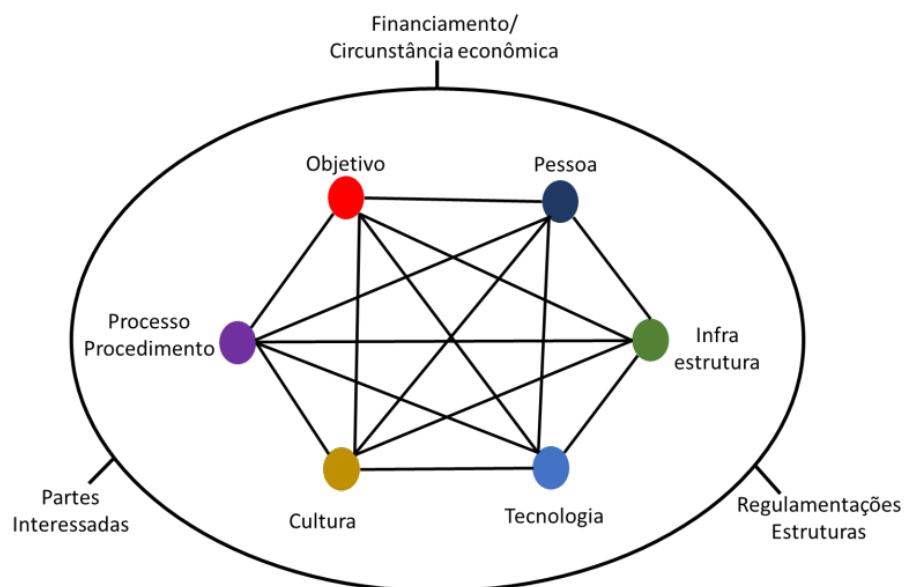
Essas variáveis são fortemente interdependentes, de tal modo que uma mudança em qualquer variável usualmente resulta em mudanças compensatórias ou retaliatórias nas outras variáveis (LEAVITT, 1965; CLEGG, 2000).

Davis *et al.* (2012), fundamentados em suas experiências organizacionais e no esquema inicial de Leavitt, propõem uma estrutura sociotécnica ampliada, usando seis elementos inter-relacionados envolvidos por um ambiente externo: objetivo, pessoas, infraestrutura, tecnologia, cultura e processos.

O objetivo do design sociotécnico é esclarecer, oferecer ideias, promover mais debates, incentivar a ação e criar inovações para soluções não encontradas, com a intenção geral de fazer uma contribuição para projetar (CLEGG, 2000).

Os novos sistemas incluíram em sua estrutura um ambiente externo que envolveu três componentes: Partes interessadas, que incluem usuários finais, gestão, fornecedores e representantes da sociedade civil; Sistema regulatório, que fornece as normas e leis; Sistema financeiro e Circunstância econômica, que determinam os recursos financeiros e a conjuntura econômica sob os quais o sistema será desenvolvido e deverá operar, conforme ilustrado na Figura 2 (CLEGG, 2000; CLEGG; WALSH, 2004; CHALLENGE; CLEGG, 2011).

Figura 2. Proposta de design para o sistema sociotécnico



Fonte: Clegg (2000)

A teoria dos sistemas sociotécnicos (SST, do inglês: *Sociotechnical Systems Theory*) tem como estratégia de intervenção muitos pontos fortes, mas deve ser utilizada dentro de um plano estratégico de mudança para o desenvolvimento organizacional, em vez de uma estratégia isolada para o desenvolvimento organizacional (APPELBAUM, 1997; CHALLENGER; CLEGG, 2011).

A estratégia principal para o desenvolvimento organizacional é a implementação de equipes autogerenciadas, que podem ser chamadas grupos de trabalho, responsáveis por um produto ou serviço. Essas equipes são apoiadas por sistemas de recompensa, educação e informação da organização. São responsáveis pelo autogerenciamento de uma unidade relativamente independente, com identidade e *modus operandi*, em que os participantes dos grupos autorreguláveis e autônomos devem ter autoridade para tomar decisões (APPELBAUM, 1997).

A SST foi aplicada em avaliações de desastres que envolveram grandes multidões, segundo afirmam Challenger e Clegg (2011). No Canadá e Estados Unidos, na década de 90, foi utilizada para a reorientação do trabalho nas empresas Cincinnati Milacron, Amoco, USAA, Stanley Works, General Electric e Caterpillar (APPELBAUM, 1997).

As pesquisas da SST visam identificar os múltiplos elementos do sistema, suas interações e seu impacto na qualidade dos cuidados, bem como entender o papel adaptativo essencial das pessoas (BOTLA; KONDUR, 2018).

1.2.1 Abordagem sociotécnica aplicada na área da saúde

A aplicação da abordagem sociotécnica na área da saúde emergiu a partir da problemática de como mudar a prática de trabalho para a implementação de novas tecnologias, uma vez que o sistema de saúde é considerado um sistema complexo e com forte interferência das pessoas. A expectativa era de contribuir para a qualidade do sistema e segurança do paciente, por meio das explicações baseadas na inter-relação de múltiplas forças ou fatores, a partir da interação das dimensões técnicas e humanas do trabalho (BOSCH; 2010; HARVEY *et al.*, 2012; MEEKS *et al.*, 2014; HARVEY *et al.*, 2015).

Carayon *et al.* (2006; 2007; 2010; 2011) demonstraram a aplicação da teoria sociotécnica no desenvolvimento de modelos de satisfação do paciente, segurança do paciente, avaliação de implementação de novas tecnologias e sua inter-relação no processo de trabalho para avaliar estruturas, processos e resultados nos cuidados de saúde e nas suas relações, e suas pesquisas corroboraram para que, em 2011, propusessem uma agenda de pesquisa de avaliação de sistemas sociotécnicos na área de saúde (CARAYON *et al.*, 2011).

Sitting e Singh (2010; 2011) aplicam a teoria sociotécnica na compreensão e avaliação de origens complexas dos erros no estudo de tecnologia da informação na área da saúde. Eles propõem modelos conceituais para enfrentar os desafios inerentes. O modelo proposto apresentou oito dimensões: sistemas de informática e equipamentos; conteúdo clínico;

interface computador-humano; pessoas; fluxo de trabalho e comunicação; políticas, procedimentos e cultura organizacionais internos; regras, regulamentos e pressões externas; mediação e monitoramento.

O estudo realizado por Harvey *et al.* (2012) aponta o modo como os elementos sociais e técnicos se reúnem para formar práticas de trabalho em farmácia comunitária e analisa como o prontuário eletrônico (inovação técnica) poderia mudar a prática de trabalho. Os autores identificaram que não havia um protocolo único para as práticas de dispensação e essas eram orientadas baseadas em três abordagens: tecnicamente orientadas, improvisadas ou socialmente orientadas. A implantação do prontuário eletrônico seria um desafio, principalmente para as farmácias cuja abordagem não havia orientação técnica; por outro lado, a tecnologia poderia qualificar o serviço de dispensação (HARVEY *et al.*, 2012).

Meeks *et al.* (2014) realizaram um estudo de caso em 12 hospitais na Inglaterra durante o processo de implantação de um software para integração de informação de saúde dos pacientes com os sistemas nacionais. A aplicação da abordagem sociotécnica contribuiu para desenvolver dois modelos operacionais: um modelo sociotécnico com oito dimensões e um modelo de segurança para a implantação do registro eletrônico de saúde em três fases. O principal objetivo dessa pesquisa foi entender os aspectos sociotécnicos da implantação segura de registro eletrônico de informação em saúde e as complexas interações da tecnologia com fatores não tecnológicos em tempo real. O resultado da pesquisa foi o desenvolvimento de um modelo que contribuiu para minimizar os riscos para a segurança do paciente e, de uma maneira, possibilitou a integração entre as áreas de tecnologia da informação, administração e clínica.

Em 2015, Harvey *et al.* (2015) publicaram um estudo realizado em 15 farmácias comunitárias da Inglaterra, cujo objetivo foi explorar a segurança para a saúde em relação ao serviço de dispensação de medicamentos. Foi realizada uma avaliação ST levando-se em consideração a relação dos componentes do processo de dispensação com a equipe de pessoas da farmácia comunitária. Os resultados indicaram que alguns fatores sociais e organizacionais têm impacto potencial na segurança dos medicamentos dispensados. As categorias encontradas foram: relacionamentos envolvendo farmacêutico, demandas do farmacêutico, gestão e governança dos farmacêuticos.

O pensamento desenvolvido com a aplicação da abordagem sociotécnica sensibiliza a reflexão de como ocorrem as interações entre nichos de inovação, com as forças do cenário externo (por exemplo, forças políticas, socioeconômicas, de demanda do usuário), e os

sistemas sociotécnicos estabelecidos se desdobram na formação de mudanças e trajetórias de transformação, de acordo Marjanovic *et al.* (2020).

Uma das conclusões do referido estudo foi que a interação entre diversos fatores como: as habilidades, competências, liderança, motivações e responsabilidades, as relações, as redes para cooperação, financiamento, comissionamento e compras, as informações e evidências, o envolvimento e engajamento do público e do paciente – todos fatores importantes para apoiar o sistema de saúde inovador, segundo Marjanovic *et al.* (2020).

Diante desse contexto, destaca-se a importância de apresentar e estudar evidências sobre as inovações com potencial para contribuir com a qualidade do setor de saúde. Segundo Malerba e Orsenigo (2002), Chataway, Tait e Wield (2006), Schot e Steinmueller (2017) e Marjanovic *et al.* (2020), os estudos de inovação em saúde, em sua maioria, concentram-se nas estratégias industriais, na perspectiva de competitividade econômica, ou enfocam processos técnicos dentro de um contexto organizacional. Existem poucos estudos abrangentes que consideram o que precisa acontecer, em todo o sistema, para resolver gargalos de maneira sistêmica e sustentável, além de, em sua maioria, não apontarem o que precisa acontecer para contribuir na tomada de decisão (MARJANOVIC *et al.*, 2020; ALBURY *et al.*, 2018; COX *et al.*, 2018).

Seguindo a abordagem sociotécnica, os estudos de gerenciamento de transição são considerados como um novo modelo de gestão voltado para o desenvolvimento sustentável – uma perspectiva eficaz para o desenvolvimento sustentável, com foco no enfrentamento de problemas persistentes em sociedades industrializadas, que só podem ser tratadas em longo prazo (décadas ou mais) através de tipos específicos de rede e tomada de decisão (BOSCH, 2010). Essa teoria foi desenvolvida no ano 2000 e foi aplicada nas áreas de energia, construção, saúde, mobilidade e gestão da água. Sua estrutura pode ser utilizada para implementação de estratégias e instrumentos de governança e desenvolver uma estratégia útil, cada vez mais robusta, para acelerar e orientar os processos de inovação social (ROTMANS; LOORBACH, 2010; LOORBACH, 2007).

A literatura relacionada à *Strategic Niche Management* (SNM), ou gestão estratégica de nicho, atribui um papel importante à experimentação sobre projetos inovadores para a sustentabilidade e se baseia em diferentes abordagens. Um dos principais instrumentos da *Transition Management* (MT), ou gestão da transição, são os experimentos de transição realizados na prática para explorar maneiras radicalmente novas de atender às necessidades sociais, definidas como “experimentos práticos” (ROTMANS, 2005; BOSCH, 2010).

1.3 Teoria do Experimento de Transição

A experimentação para a sustentabilidade como linhas de investigação promissoras, no contexto do estado de bem-estar abrangem: experimentos de nicho, experimentos sociotécnicos limitados, experimentos de transição, experimentos de sustentabilidade e experimentos de base, cada um com seus próprios fundamentos teóricos e pontos focais discursivos e empíricos (SENGERS; WIECZOREC; RAVEN, 2016).

O experimento de transição pode ser definido como uma iniciativa inclusiva, baseada na prática e liderada por desafios projetados para promover a inovação do sistema por meio da aprendizagem social em condições de incerteza e ambiguidade (SENGERS; WIECZOREC; RAVEN, 2016; BOSCH, 2010).

Os experimentos transicionais são definidos como inovação de projetos, com o objetivo de exploração proativa, que são radicalmente novas formas de atender às necessidades da sociedade, como a de energia, mobilidade ou saúde (ROTMANS, 2005; BOSCH, 2010). Tais problemas envolvem estrutura, cultura e práticas da sociedade dominante (BOSCH, 2010; ROTMANS *et al.*, 2000; ROTMANS; KEMP; VAN ASSELT, 2001). Para Bosch (2010, p. 26), essa inovação é especificamente “um projeto de inovação com um desafio social e são descritos como o ponto de partida para uma aprendizagem que visa a contribuir para uma transição”. Além disso, Bosch (2010) salienta que um experimento de transição apresenta três características distintas de um projeto convencional, considerados como um desafio social, uma inovação e um processo de aprendizagem.

Nesse contexto, um desafio social pode ser definido como uma questão relacionada a um problema social persistente, que orienta a pesquisa e o processo de aprendizagem em um experimento de transição. Exemplos disso são problemas de envelhecimento da população, aumento dos custos dos serviços de cuidado em saúde, problemas causados pelas mudanças climáticas. Uma inovação pode ser caracterizada como uma “inovação de sistema”, que transcende a organização e que altera drasticamente a relação entre as empresas, organizações e indivíduos envolvidos no sistema (ROTMANS, 2005). É uma novidade em termos de mudanças inter-relacionadas (radicais) na estrutura, cultura e práticas do sistema (KEMP; ROTMANS, 2010). Aprendizagem pode ser entendida como um processo interativo de obtenção e desenvolvimento de novos conhecimentos, competências, normas e valores. Seu objetivo é contribuir para uma mudança fundamental na estrutura, cultura e práticas – vários atores, em toda a sociedade, desenvolvem novas formas de pensar (cultura), fazer (práticas) e organizar (estrutura).

Os experimentos de transição possuem características distintas dos projetos de inovação convencionais no que concerne ao seu desenvolvimento, como pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3. Características distintas dos experimentos de transição

Características	Experimento tradicional de inovação	Experimento de transição
Ponto de partida	Possível solução	Desafio social
Natureza do problema	Definido e bem estruturado <i>a priori</i>	Incerto e complexo
Objetivo	Identificação de solução satisfatória (desenvolvimento de uma inovação)	Contribuições para uma transição (inovação para promover mudanças fundamentais na estrutura, cultura, práticas)
Perspectiva	Curto e médio prazo	Médio e longo prazo
Método de demonstração	Teste e demonstração	Exploração, pesquisa e aprendizado
Aprendizagem	Domínio único e individual	Vários domínios e o coletivo (aprendizagem social)
Equipe	Especializada	Aliança de multi-atores
Contexto do experimento	Contexto controlado	Contexto social real
Contexto de gerenciamento	Gerenciamento tradicional de projetos (focado nas metas do projeto)	Gestão de transição (com foco em objetivos de transição social)

Fonte: Adaptado de Bosch (2010, p. 65).

O objetivo desses experimentos é influenciar e direcionar as transições de sustentabilidade, os quais têm suas raízes na teoria do sistema complexo e na teoria da evolução. A orientação normativa dos experimentos de transição é estimular mudanças em direção aos objetivos sociais. A ênfase analítica da transição de experimentos acontece em três processos: aprofundamento (*deepening*), difusão (*broadening*) e ampliação (*scaling-up*) (BOSCH, 2010; SENGERS; WIECZOREC; RAVEN, 2016).

O aprofundamento é definido como um processo de aprendizagem através do qual os atores podem aprender o máximo possível sobre um experimento de transição dentro de um contexto específico – é o momento de criar as condições para aprender tanto quanto possível no contexto específico (BOSCH, 2010; SENGERS; WIECZOREC; RAVEN, 2016). A difusão é a repetição de um experimento de transição em diferentes contextos, ligando-o a outras funções ou domínios, propiciando a criação de condições para difundir o experimento a contextos e funções mais amplas. Já a ampliação diz respeito à incorporação de um

experimento de transição em modos de pensar (cultura), fazer (práticas) e organizar (estrutura) ao nível do sistema social, ou seja, refere-se à incorporação social do experimento (BOSCH, 2010; SENEGERS; WIECZOREC; RAVEN, 2016).

A teoria do experimento de transição foi descrita especificamente por Bosch (2010) por meio de estudos empíricos e estudos de caso. Um dos estudos foi o Transudo, realizado no período de 2004 a 2009, nos Países Baixos, na área de mobilidade sustentável, cujo objetivo era acelerar e encorajar a transição para a mobilidade sustentável. Bosch (2010) descreve dois experimentos de transição na área da saúde: o “Housing and care for the elderly” (habitação e cuidados para os idosos) e o “Assertive Community Treatment (ACT) for the youth in Rotterdam” (tratamento comunitário assertivo para jovens em Rotterdam). O sistema de saúde holandês enfrenta problemas persistentes em relação ao envelhecimento da população, aumentando os custos e diminuindo a força de trabalho no atendimento ao setor. Esses problemas são especificamente visíveis no campo da habitação, assistência e bem-estar para idosos, desejosos de viver de forma independente o maior tempo possível, enquanto sua necessidade de cuidados aumenta. Somando-se à necessidade geral de reduzir a pressão ambiental em sociedade, essas necessidades sociais exigem uma transição no “sistema de habitação e cuidados” para idosos.

O desafio social pautava-se em: “Como os idosos podem viver de forma independente com maior qualidade de vida, a custos aceitáveis?”. Isto foi um ponto de partida para a criação de um experimento de transição em Hubertus Drieschoten (um distrito em Apeldoorn, nos Países Baixos). O experimento foi conduzido por uma instituição de cuidado e uma corporação habitacional, trabalhando em conjunto com a Organização de Pesquisa Científica Aplicada (TNO) dos Países Baixos. O experimento de transição envolveu o desenvolvimento de um conceito inovador de “habitação e cuidados sustentáveis para idosos” no distrito de Hubertus Drieschoten (BOSCH, 2010).

No primeiro projeto, o “Housing and care for the elderly”, foi desenvolvida uma visão de sustentabilidade – um projeto que incluía imagens com projeções futuras desejáveis sobre como idosos no futuro poderiam receber cuidados em um ambiente doméstico. Com base nessa visão, desenvolveram um conceito inovador integrado de habitação e cuidados para os idosos, que foi (parcialmente) realizado em 2009/2010. O projeto coloca muita ênfase na participação do usuário (idosos e profissionais de saúde) para desenvolver soluções inovadoras e questões sociais e, como resultado, contribuir para uma mudança social (BOSCH, 2010).

O segundo projeto, o “Assertive Community Treatment for the youth in Rotterdam”, foi um experimento de transição que fazia parte do Programa de Transição em atenção à saúde a longo prazo, dos Países Baixos. O ponto de partida dessa experiência é o desafio social da juventude com problemas sociais complexos, que não podem ser resolvidos pelas instituições de saúde existentes. A aprendizagem e os objetivos desse experimento foram formulados em termos de mudanças desejadas na estrutura (mudar as estruturas de atendimento profissionais para os jovens), cultura (por exemplo, mudar a cultura organizacional) e práticas (por exemplo, uma integração e abordagem de divulgação). Para realizar o desafio social, os jovens trabalham em conjunto com as outras instituições e têm outras experiências. Esse Programa de Transição cumpre um papel importante na facilitação da interação com outros experimentos (ampliação) e contribui para o desenvolvimento de uma estratégia em direção às mudanças desejadas na estrutura, cultura e práticas (BOSCH, 2010).

Acredita-se que o emprego dessa teoria no presente estudo pode contribuir para estimular estratégias inovadoras que promovam a transição no âmbito da AF na APS. Sabemos que o medicamento representa uma tecnologia essencial para a sociedade, sendo considerado o recurso terapêutico mais utilizado para a proteção e recuperação da saúde e que, no contexto apresentado, problemas no seu acesso podem levar a problemas sociais crescentes na sociedade atual e futura, por exemplo, o acesso pouco equitativo dos medicamentos (WHO, 2020).

CAPÍTULO 2

2. ANÁLISE DOS FATORES CONDICIONANTES TÉCNICOS E SOCIAIS SOBRE A CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL: AVALIAÇÃO EM QUATRO MUNICÍPIOS CATARINENSES

Este capítulo apresenta uma análise dos fatores técnicos e sociais da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica (AF) em âmbito municipal e leva em consideração que o desenvolvimento da gestão da AF municipal na atualidade implica uma análise que remonta à sua origem e finalidade sócio-histórica.

Nesse sentido, a realidade atual dos municípios brasileiros em relação a esse nível de desenvolvimento da gestão da AF no âmbito municipal está intimamente imbricada à sua origem e finalidade sócio-histórica, uma vez que, no passado, desde 1971, com a criação da Central de medicamentos (CEME), o objetivo da AF era “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem, por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado”, assim, o modelo de gestão era centralizado na união, e a CEME foi responsável pela AF até 1997 (BRASIL, 2007; KORNIS *et al.*, 2008).

Em 1998, com a publicação da Política Nacional de Medicamentos, ocorreu a transição para um modelo de atenção universal, cujo objetivo era promover o acesso e o uso racional de medicamentos e desenvolver a gestão da AF na lógica das demais políticas públicas de saúde do país, baseada nos princípios orientadores do SUS, tais como descentralização, participação, autonomia e transparência (CONASS, 2007; LEITE, 2005).

Nesses 23 anos, ocorreram avanços significativos em relação ao acesso aos medicamentos, como foi possível evidenciar com os resultados obtidos na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), o qual evidencia que, em todas as regiões do país, 96% dos usuários do SUS declararam que obtiveram acesso total ou parcial a medicamentos nos últimos 3 meses e um amplo acesso aos medicamentos para o tratamento das doenças crônicas mais prevalentes (COSTA *et al.*, 2017).

De acordo com Kielmann *et al.* (2020), esses resultados foram possíveis devido aos avanços ocorridos em relação à organização da AF com as responsabilidades executivas no âmbito do pacto federativo, pela ampliação do investimento pelos entes federados para o acesso a medicamentos. No âmbito municipal, ocorreram avanços estruturais, como a

estrutura física e a existência de sistemas informatizados (GERLAK *et al.*, 2017; KIELMANN *et al.*, 2020).

Entretanto, reconhece-se que ainda persistem barreiras e desafios a serem enfrentados, principalmente sobre a institucionalização da gestão da AF, visto que, em 24% dos municípios, a AF não consta no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, no plano municipal de saúde (18% dos municípios); não há participação dos gestores no Conselho Municipal de Saúde, nem referência desse tema na pauta das reuniões (58,4%), falta de autonomia financeira (61,5%) e conhecimento dos valores disponíveis (81,7%) (GERLAK *et al.*, 2017).

Acreditamos que, no processo de desenvolvimento e implementação da AF no âmbito municipal, houve a influência do entendimento da AF enquanto um processo analítico para disponibilizar um insumo e não como uma política pública constituída de dimensões técnicas e sociais, como preconizado por Harold Lasswell (1948), fato este que foi decisivo no modelo de gestão da AF implementado e, conseqüentemente, na efetivação da AF sustentada por um processo político numa perspectiva sistêmica.

Diante desse contexto, destaca-se a importância do desenvolvimento de metodologias de avaliação das políticas de acesso e uso racional de medicamentos que contribuam para melhorar o entendimento relacionado a essa política, assim como auxiliar na formulação de propostas, agregando conhecimento ao processo de elaboração de políticas e às tomadas de decisão.

Nosso objetivo foi avaliar a capacidade de gestão da AF em municípios catarinenses e identificar fatores sociais e técnicos que influenciam a capacidade de gestão, bem como detectar quais são os componentes do sistema da AF fragilizados nos sistemas analisados.

2.1 Metodologia

Este estudo pertence a uma pesquisa mais abrangente que teve como objetivo desenvolver um modelo sociotécnico para a avaliação e organização da AF na atenção primária à saúde (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021).

Esta pesquisa está direcionada à análise da realidade e ao cotidiano da AF na atenção primária em quatro municípios catarinenses – um estudo realizado em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde durante o período de fevereiro a julho de 2017, período este que consistia na etapa de diagnóstico da AF na APS como etapa para a implementação de projetos de reorientação para a AF.

É um estudo descritivo, de natureza exploratória, que buscou apreender as necessidades da AF mediante análise de conteúdo dos resultados obtidos na elaboração da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF para a APS. A análise de conteúdo constitui em uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda a classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum (BARDIN, 2011).

2.1.1 Local de estudo

O presente estudo retrata os dados relacionados ao projeto de reorientação da AF na APS de quatro municípios catarinenses, descritos anteriormente no Capítulo 1, Tabela 1, e retrata um cenário de desigualdade socioeconômica em: 1 município de pequeno porte (município 1); 1 de médio porte (município 4); 2 de grande porte (municípios 2 e 3), o que representa um desenvolvimento do sistema sociotécnico da AF em um cenário com distintas estruturas sociais.

2.1.2 Coleta dos dados

Os dados foram coletados a partir do conteúdo da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF para a APS. Elaborada em 2017, a matriz é composta de 44 indicadores, distribuídos em 3 dimensões: Organizacional (13 indicadores); Operacional (16 indicadores); e Sustentabilidade (15 indicadores). A matriz foi elaborada com dados foram coletados em um dia típico de atendimento nas unidades de dispensação, cujos entrevistados foram: Secretário de Saúde; coordenadores das unidades de saúde; farmacêuticos atuando na atenção básica; prescritores atendendo nas unidades de dispensação da atenção básica; e usuários. As ferramentas utilizadas foram checklists e entrevistas estruturadas. No Quadro 4, estão descritos os conteúdos dos dados coletados.

Quadro 4. Descrição dos dados coletados para a elaboração da matriz avaliativa da AF

Fonte	Dados coletados
Checklist das unidades de dispensação	Existência de algum sistema de controle de temperatura do ambiente; incidência direta de raios solares nos medicamentos armazenados; condições de armazenamento dos termolábeis; se os psicotrópicos são armazenados em armário fechado com chave, conforme preconizado na Portaria n.º 344/98; verificação do prazo de validade dos medicamentos.
Prescrição	Nome do usuário da receita; nome do medicamento (conforme redigido na receita); concentração e forma farmacêutica; descrição segundo Denominação Comum Brasileira (DCB); nome comercial; se indicação constava na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e se era pactuado no âmbito do Componente Básico, Especializado ou Estratégico da AF e as pactuações da Comissão Intergestora Bipartite (CIB).
Entrevista com o farmacêutico	Tempo que trabalha no município; forma de contratação; vínculo trabalhista; se é sindicalizado; se participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde; se conhece sobre a existência de coordenação da AF no município; se conhece o papel da coordenação da AF; se existe discussão com a gestão da AF sobre organização do processo de trabalho, questões trabalhistas, discussão sobre a política da AF, sobre saúde e outros temas; se conhece o plano municipal de saúde; sobre o método de solicitação de medicamento para a CAF; sobre a utilização de critérios técnicos para realizar a programação de medicamentos; satisfação em relação à diversidade de medicamentos disponibilizados para a UBS; sobre o fluxo de comunicação sobre a AF com o Secretário de Saúde e a coordenação da AF.
Entrevista com o prescriptor	Tempo que trabalha no município; conhecimento sobre a lista de medicamentos padronizados no município; método utilizado para consultar as listas de medicamentos disponibilizados; conhecimento sobre as alterações realizadas nas listas de medicamentos; satisfação em relação à diversidade de medicamentos disponibilizados para a UBS; se conhece o profissional responsável pela dispensação de medicamentos na UBS; e se sabe se o profissional responsável pela dispensação fornece orientações sobre o uso do medicamento.
Entrevista com o usuário	Se mora no bairro da UBS; se recebeu todos os medicamentos que foi buscar; se conhece sobre a existência de mecanismo de avaliação da AF pelo usuário da AF na APS; a existência de meios para que possa criticar, elogiar ou deixar alguma sugestão sobre o serviço de farmácia prestado nessa unidade; a nota de 0 a 5 que o usuário daria em relação à satisfação sobre o recebimento dos medicamentos prescritos; a nota de 0 a 5 que o usuário daria em relação ao atendimento prestado pelo profissional que entregou o medicamento; a nota de 0 a 5 que o usuário daria em relação às condições físicas da farmácia.
Entrevista com o Secretário de Saúde	Tempo que ocupa o cargo; forma de contratação; se tem outro vínculo trabalhista; profissão; conhecimento sobre a AF instituída na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); se a AF está formalmente instituída por meio de portaria ou organograma; se a AF é uma coordenação, departamento, gerência, segmento; se a AF é articulada entre as unidades da secretaria; se o trabalho é realizado de forma conjunta com a APS; se conhece o motivo pelo qual a AF precisa ser instituída na estrutura administrativa da SMS; qual é o setor que gerencia as atividades relacionadas à AF; se considera que o Plano Municipal de Saúde incorpora propostas relativas à AF; se existe REMUME; se é possível adquirir medicamentos fora da lista; se os médicos e dentistas prescrevem medicamentos padronizados no município; se existe algum outro mecanismo de compra de medicamentos não constantes na REMUME, além da licitação e judicialização; sobre sua satisfação quanto a se a quantidade de medicamentos disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender à demanda; sobre sua satisfação quanto a se a diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender à demanda; se a coordenação de AF do município recebe o apoio necessário da coordenação estadual; sua opinião sobre o que deve ser melhorado na AF do município.

Fonte: Leite *et al.* (2015)

2.1.3 Análise dos dados

Os dados coletados foram extraídos e codificados com apoio do software ATLAS.ti. Os municípios foram categorizados em municípios de pequeno porte (com menos de 25 mil habitantes), médio porte (de 25 a 100 mil habitantes) e municípios de grande porte (com mais de 100 mil habitantes). Os resultados obtidos na matriz avaliativa foram categorizados quanto às necessidades de melhorias nas dimensões: organizacionais, operacionais e de sustentabilidade.

2.2 Aspectos Éticos

O presente trabalho seguiu os preceitos da Resolução 196/96 para pesquisas envolvendo seres humanos, aos quais será assegurado o sigilo dos dados. Este trabalho foi baseado em uma análise de banco de dados existente e em informações do processo da reorientação da AF na atenção primária em quatro municípios catarinenses. Este estudo faz parte de um projeto denominado “Aplicação da Teoria Sociotécnica na Reorientação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde”, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Univali (CAAE: 28471320.2.0000.0120) (Anexo B).

2.3 Resultados

Os resultados apresentados foram extraídos da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF na APS. Para elaborar a matriz, os dados foram coletados nas Unidades de Dispensação (UDs) na atenção primária em um dia típico de atendimento, nos quatro municípios em estudo, no período de fevereiro a setembro de 2017. O estudo envolveu 3 UD municipais e 66 UD localizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foram entrevistados 3 farmacêuticos responsáveis pelas unidades de dispensação na APS, 66 auxiliares de serviços farmacêuticos, 65 coordenadores de UBS, 1 coordenador da AF municipal, 3 secretários de saúde e 325 usuários.

Em relação ao perfil sociodemográfico, econômico e das condições de saúde dos municípios estudados, foram observadas diferenças populacionais, territoriais e econômicas. Os municípios com melhores condições socioeconômicas são o dois (M2) e o três (M3), como se observa na Tabela 1. O município 1 é o com maior fragilidade econômica e social e com maior grau de desigualdade em relação à distribuição de renda.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos municípios

Indicadores	M1	M2	M3	M4
Populacionais				
População no último censo [2010] (pessoas)	17.078	105.503	183.373	45.797
População urbana	90,76	96,70	94,59%	97,52%
População rural	9,24	3,30	5,41%	2,48%
Densidade demográfica [2010] (hab/km ²)	171,79	372,51	636,11	792,29
Educação				
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	95,5 %	98 %	97,9 %	98 %
Economia				
PIB per capita [2016] (R\$)	27.970,84	42.682,64	92.266,86	26.725,94
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0,756	0,795	0,795	0,796
Saúde				
Mortalidade Infantil [2014] (óbitos/mil vivos)	7,12	10,26	9,64	14,65
Esperança de vida ao nascer (anos)	77,2	78,6	78	77,9
Território e ambiente				
Área da unidade territorial [2017] (Km ²)	99.424	283.223	288.286	57.803
% esgotamento sanitário adequado [2010]	90,6	89,00	88,6	86,6
% da população em domicílios com água encanada	99,0	99,00	96,33	97,93
% da população em domicílios com energia elétrica	99,8	99,79	99,92	99,92
% da população em domicílios com coleta de lixo	99,35	99,35	99,66	99,86
Vulnerabilidade social				
Índice de Gini	0,51	0,42	0,46	0,45
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	4,37%	1,27%	2,96%	1,56%
% de vulneráveis e dependentes de idosos	0,94%	0,22%	0,57%	0,47%
% de crianças extremamente pobres	1,94%	0,61%	1,07%	1,23%

Legenda: M (município)

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

A análise dos resultados obtidos mostrou que os municípios 2, 3 e 4 tinham resultados desfavoráveis para a qualidade em saúde, como a taxa de mortalidade infantil – superior a 8%. Constatou-se que, dos 44 indicadores descritos, 35 estavam em desacordo com o ideal; as divergências foram observadas em um ou mais dos municípios analisados, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Descrição da pontuação obtida na elaboração da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF na APS, 2017

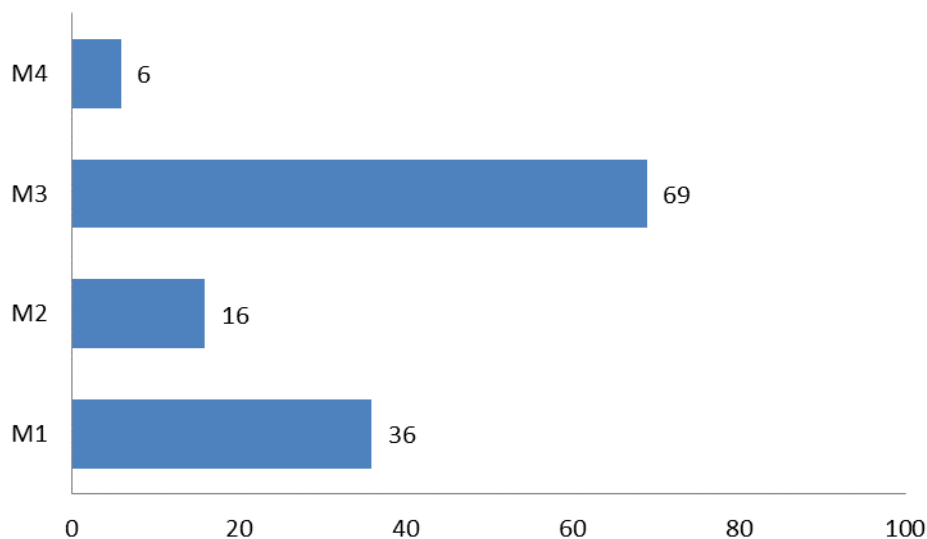
Dimensão	Valor de referência	M1	M2	M3	M4
Organizacional	94	36	16	69	6
Operacional	100	40	49	70	37
Sustentabilidade	96	36	60	92	42

Fonte: Elaborada pela autora (2020)

Segundo Leite *et al.* (2015), o desempenho na área organizacional impacta na capacidade da gestão da AF em decidir e planejar de forma participativa, autônoma e transparente. No Gráfico 1, pode ser observado que os municípios 4, 2, 1, respectivamente,

apresentaram os piores desempenhos na dimensão organizacional. No Quadro 5, observa-se a descrição das necessidades relacionadas à organização da AF.

Gráfico 1. Pontuação obtida na dimensão organizacional por município



Legenda: M1: município 1; M2: município 2; M3: município 3; M4: município 4
 Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Quadro 5. Descrição das necessidades da AF municipal relacionadas à dimensão organizacional

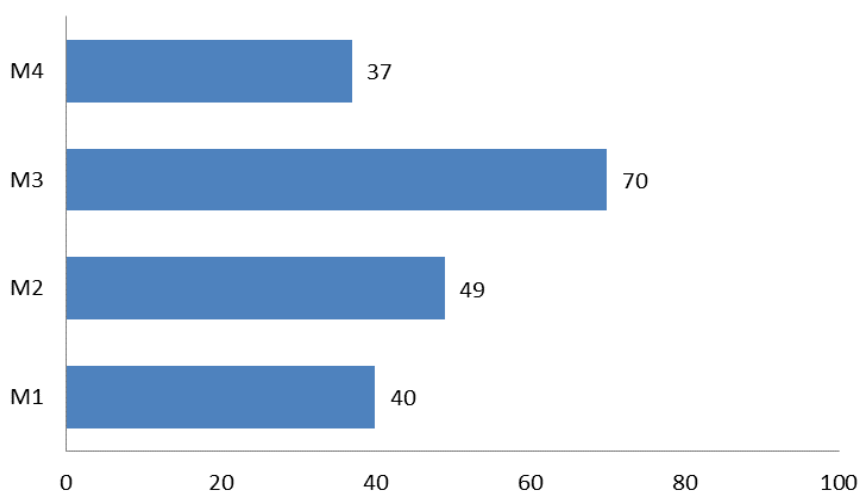
Descrição da necessidade	Município(s)
Inexistência da coordenação da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).	1, 2 e 4
Não possui grau de autonomia decisória da coordenação de AF, pois não tem esse cargo.	1, 2 e 4
O coordenador da AF não é farmacêutico, pois esse cargo é inexistente.	1, 2 e 4
No município que existe coordenação da AF, a equipe das unidades básicas de saúde não a conhece.	3
A comissão de farmácia e terapêutica não existe formalmente.	1 e 2
A comissão de farmácia e terapêutica não tem funcionamento regular.	4
Os farmacêuticos não participaram da elaboração do plano municipal de saúde.	2 e 4
Os farmacêuticos não conhecem o plano municipal de saúde.	2 e 4
Os farmacêuticos não participam da coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	1, 2 e 4
Não existe programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	2 e 4
Não são utilizados critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	2 e 4
Não existe responsável(is) pela definição dos parâmetros de programação para a distribuição de medicamentos às Unidades de Saúde (US).	1, 2 e 3
Não existe sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.	1 e 4

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

A dimensão operacional avalia os aspectos da qualificação e da estruturação técnica da gestão, aferindo a capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais que contribuem para a capacidade de decidir e é definida pela existência de um conjunto de procedimentos e mecanismos em relação a aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da Assistência Farmacêutica (LEITE *et al.*, 2015).

Conforme o Gráfico 2, observa-se um melhor desempenho da AF na dimensão operacional; entretanto, as fragilidades apresentadas no Quadro 6 demonstram o risco de comprometimento para o acesso e uso racional de medicamentos da gestão da AF. Observou-se que: não há supervisão do farmacêutico nas unidades de dispensação localizadas nas UBS; nenhum dos municípios apresentou plano de gerenciamento de resíduos; não há registro de produtividade da AF; e as ações de planejamento são praticamente inexistentes. Somente um município investiu em infraestrutura nos últimos 4 anos e a maioria dos municípios (1, 2 e o 4) não tem registro e nem conhecimento sobre os valores investidos nas ações judiciais.

Gráfico 2. Percentual de divergências identificadas na dimensão operacional



Legenda: M1: município 1; M2: município 2; M3: município 3; M4: município 4

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Quadro 6. Descrição das necessidades da AF municipal relacionadas à dimensão operacional (continua...)

Descrição	Municípios
Existência da REMUME.	NC
Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (Componentes Básico, Especializado e Estratégico) adotadas/padronizadas pelo município.	1,2
Medicamentos que constam e que não constam na REMUME 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB.	NC
Existência de medicamentos, destinados à dispensação, fora do prazo de validade no estoque da Unidade de Saúde (US).	NC

Quadro 6. Descrição das necessidades da AF municipal relacionadas à dimensão operacional (concurso)

Descrição	Municípios
Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	2,4
Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	1, 2, 3, 4
Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 4 (quatro) anos em serviços de AF.	1,2
US que contam com a presença de farmacêutico.	1,2
Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico.	1, 2, 3, 4
Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para a dispensação de medicamentos.	1, 2
Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado à aquisição de medicamentos no último ano.	1, 2
Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US, conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	4
Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.	2
Conhecimento de mecanismos de divulgação da REMUME pelos prescritores.	2
Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda, segundo referido por Secretário de Saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	2, 3
Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para atendimento da demanda, segundo Secretário de Saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	1
Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	1, 2, 3, 4

Legenda: NC (não consta)

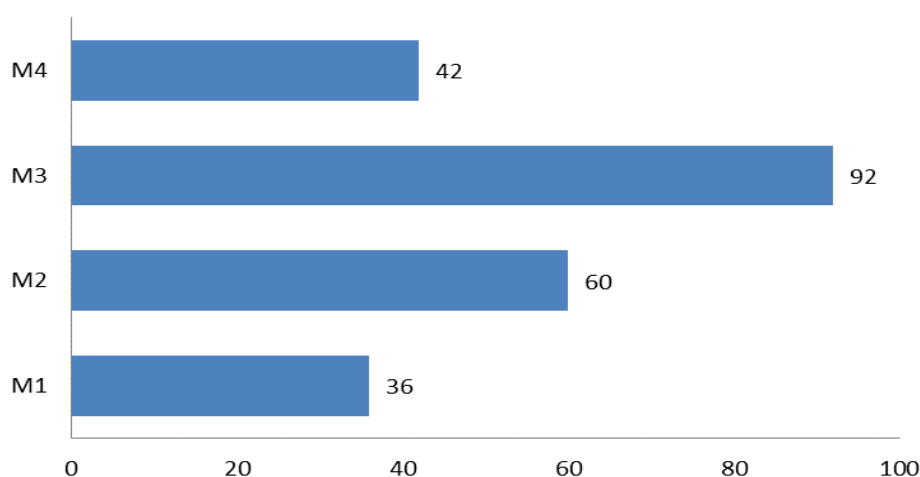
Fonte: Elaborado pela autora (2020)

A gestão da AF nos municípios estudados apresenta avanços na operacionalidade do sistema. Entretanto, é necessário avançar para práticas mais estratégicas e participativas como, também foi citado nos estudos de Barreto e Guimarães (2010) e Gerlak *et al.* (2017).

A dimensão sustentabilidade avalia o potencial que a gestão tem de sustentar as ações da AF, ou seja, de continuar suas atividades operacionais e manter seus resultados ao longo do tempo – refere-se à uma inter-relação da AF com outros setores da saúde e a satisfação dos usuários e trabalhadores com a qualidade dos serviços (LEITE *et al.*, 2015).

O desempenho dessa dimensão foi melhor, visto que todos os municípios obtiveram pontuação acima de 36 (Gráfico 3). Entretanto, verificou-se a necessidade de os municípios aperfeiçoarem os processos de comunicação da AF com os gestores, profissionais da atenção primária e com os usuários, assim como de manterem uma gestão participativa e fortalecerem uma relação de reciprocidade com o Conselho Municipal de Saúde (Quadro 7).

Gráfico 3. Pontuação obtida na dimensão sustentabilidade por município



Legenda: M1: município 1; M2: município 2; M3: município 3; M4: município 4

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Quadro 7. Descrição qualitativa da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF na APS na dimensão sustentabilidade

Descrição do indicador	Municípios
Os entrevistados desconhecem as estratégias de comunicação entre a US e a coordenação de AF para a resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de US e farmacêuticos.	1
Não existe estratégia de articulação entre a coordenação da AF e as coordenações da Estratégia de Saúde da Família (ESF).	1, 2, 4
Não existe parceria entre a coordenação da AF do município e a coordenação estadual.	1, 2, 4
É satisfatório os tipos (diversidade) de recursos incorporados à AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual.	1, 4
Não houve discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.	1, 4
A elaboração dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde não foi participativa.	1, 2, 3, 4
Os farmacêuticos não participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva/saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	1, 2, 3, 4
Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	1, 2, 4
Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos.	1, 2, 4
Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	1, 4
Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de AF, segundo usuários.	1, 4
Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	1, 2
Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e às informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos	3
Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	3

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

2.4 Discussão

Os resultados apresentados neste estudo foram capazes de demonstrar que a maior fragilidade era a gestão da AF e estava relacionada com a dimensão organizacional, e o fator de maior impacto foi a ausência de coordenação da AF em três municípios, além de não haver supervisão dos serviços farmacêuticos nas unidades de dispensação das unidades de saúde.

Gerlack *et al.* (2017), em um cenário nacional, também evidenciaram divergências e ausências na dimensão organizacional, como a ausência da AF na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde em um dos quatro municípios analisados.

A dimensão organizacional da matriz avaliativa é constituída por fatores condicionantes do desenvolvimento da capacidade de planejar, decidir de forma participativa, autônoma e transparente. Os municípios estudados, com exceção do três (M3), apresentam baixa capacidade de gestão, além da fragilização da sustentabilidade das ações (LEITE *et al.*, 2015; GERLACK, 2017; MENDES, 2008).

Mesmo em um cenário favorável para o desenvolvimento dos serviços de saúde, os municípios 2 e 3 apresentaram divergências relacionadas à dimensão operacional da matriz, revelando: reduzida capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais; falta de incorporação de critérios técnicos de programação de medicamentos; falta de suporte para realizar a organização do armazenamento, do controle de estoque e da entrega dos medicamentos nas unidades básicas de saúde (com divergências em três dos quatro municípios).

Observou-se que, nos municípios com maior inequidade social e econômica, as fragilidades da gestão da AF se concentravam principalmente nas dimensões organizacionais e operacionais, demonstrando a reduzida capacidade no desenvolvimento da AF municipal, voltada para uma gestão sem direção, sem sentido, sem transparências, fragmentada (LEITE *et al.*, 2015).

O impacto desses resultados sobre o sistema da AF na APS reflete-se em desabastecimentos de medicamentos, aumento de gastos com processos judiciais, aumento de medicamentos vencidos, além do descontentamento dos atores envolvidos, como gestores, servidores e usuários (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020).

Os municípios 1, 2 e 4 apresentam a capacidade reduzida de gestão, em que a efetivação do objetivo da política de AF fica comprometida, com o modelo de gestão representando a fragmentação da AF e da atenção à saúde. Verificam-se fragilidades nas

atividades organizacionais, estratégicas e políticas (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; GERLAK *et al.*, 2017; KIELMANN *et al.*, 2020).

Os problemas apontados a partir da elaboração da matriz avaliativa comprometem o desenvolvimento das práticas da AF enquanto sistema de apoio integrado à rede de atenção à saúde; desqualificam o saber e o fazer político e social da gestão da AF no sistema de saúde para a condução das atividades de forma que se alcancem os resultados esperados; impactam no desenvolvimento de uma gestão que traduza os princípios da autonomia, transparência e descentralização, fragilizando a capacidade de decidir da gestão da Assistência Farmacêutica (MANZZINI, 2013; LEITE *et al.*, 2015; GERLACK *et al.*, 20017; MEDEIROS, 2020).

O alcance dos objetivos da AF está condicionado à vinculação das suas ações de forma qualificada às demais ações de cuidado da equipe de saúde e de maneira integrada à APS, com foco nos fatores sociais e não apenas nos técnicos. Os serviços de AF precisam estar integrados às práticas de cuidado na equipe de saúde, fazer parte de todas as políticas de saúde existente para atender a todas as especificidades da população e somar esforços para a integralidade e integração do cuidado, evitando a sua fragmentação (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021; BRASIL, 2018).

2.5 Conclusão

Os modelos de organização da AF e de gestão existentes nos municípios não contribuíram com avanços para a reorientação da AF na APS de modo sistêmico; pelo contrário, foram reducionistas, pois focaram principalmente os componentes técnicos da AF. Vale ressaltar que a AF é parte da política de saúde que visa ao acesso a medicamentos eficazes e seguros para todos os pacientes. Esta é uma meta política fundamental para governos em todo o mundo e, para realizar esse objetivo, é imprescindível que a capacidade organizacional, operacional e de sustentabilidade estejam implementadas, pois significa verificar o cumprimento das diretrizes e a integração com as demais políticas públicas; caso contrário, poderá fragilizar a garantia do paciente de receber o medicamento certo na hora certa.

De acordo com os dados apresentados, apesar de mostrarem resultados satisfatórios na dimensão operacional, o cenário não representa uma organização que favorece o desenvolvimento de ações ou de sistematizações que promovam a organização dos serviços farmacêuticos na atenção básica sustentadas na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença, tampouco apresentam um modelo de gestão participativa e transparente, visto

que o atual mostrou-se com baixa integração com o Conselho Municipal e desconectado quanto às necessidades da atenção primária.

Diante desse contexto, recomenda-se, para os cenários estudados e para as realidades que se assemelham que se invista na organização da AF numa lógica sistêmica, que possibilite a integração tanto dos componentes técnicos quanto dos sociais do sistema da AF na APS por meio de alterações na estrutura e na cultura organizacional e, dessa forma, se construam práticas integradas às necessidades sociais.

No Capítulo 3, a partir de um aprofundamento da análise do município 2, propõe-se um modelo de design e avaliação para a AF na APS.

CAPÍTULO 3

3. A SOCIOTECHNICAL APPROACH TO ANALYZE PHARMACEUTICAL POLICY AND SERVICES MANAGEMENT IN PRIMARY HEALTH CARE IN A BRAZILIAN MUNICIPALITY

3.1 Introduction

Access to medicines and its rational use are persistent global concerns. These issues have a major impact on the quality of the health system and, consequently, on the health outcomes (KRUK *et al.*, 2018). The expansion of access to medicines was listed as one of the 10 biggest problems that demand attention from World Health Organization (WHO, 2020). A systematic review of rational use of medicines showed the inappropriate use of pharmaceutical products remains a public health problem (HOLLOWAY *et al.*, 2013). It included 900 studies from 104 countries. Ensuring access to medicines and their proper use is a mission that requires coordinated action. Pharmaceutical policies cannot be based on either market decisions or collective common sense.

In Brazil, access is a mission defined as a public policy (BRASIL, 2004). The National Pharmaceutical Policy defines services and responsibilities at all levels of governance of the Unified Health System (SUS) to guarantee access to medicines and pharmaceutical services. With the decentralization of the health system, municipalities took a “series of responsibilities that demand the mobilization of knowledge and technical, managerial, and political skills relative to pharmaceutical policy and services” (MARIN *et al.*, 2003). These new responsibilities, especially from the beginning of the 2000s, demanded theoretical-methodological definitions and operational services in the health departments that were well described by Marin *et al.* (2003), and disseminated as the “pharmaceutical policy and services cycle”.

This “cycle” defines an interconnected set of processes, involving selection, programming, acquisition, storage, distribution, and use of medicines. That framework was crucial for establishing the importance and technical-scientific characteristics of a new field of public health in Brazil. In almost two decades, the role of pharmaceutical professionals and technical management in the access to and rationality in the use of medicines has been established (ROVER; LEITE, 2015). The high level of access to medicines for chronic diseases in primary healthcare (PHC) achieved a prevalence of 94.3% in Brazil between 2013 and 2014 (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

However, some important weaknesses can be identified in the prevailing theoretical framework used in recent studies on the organization of the pharmaceutical policy and services (PPS) system in PHC. Particularly, research reports highlight the lack of integration of policies and practices for the organization of pharmaceutical services with a comprehensive approach to the health-disease process [BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; GERLACK *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2018).

Beyond the unequal access to medicines, gaps in technical issues for the institutionalization of PPS in PHC were also uncovered. They included low availability of PPS manager jobs; few pharmacy and therapeutics committees and few lists of essential medicines; poor structuring of pharmaceutical services; low availability of computerized systems; limited logistics, management, and pharmaceutical care management in health facilities; limited integration between pharmacists and the health team; limited intersectoral governance; low participation of PPS managers in social control councils (GERLACK *et al.*, 2017; AKERMAN; FREITAS, 2017; BARROS *et al.*, 2017; BRASIL, 2018). All these weaknesses described above were identified as technical problems, in a perspective of the pharmaceutical policy and practice as an independent part of the health system, and a techno-focused field. The personal and social factors influencing the field are currently underestimated in the studies.

This scenario outlines the premise that the complexity of the PPS requires its understanding as a complex system. Its functioning is best explainable from an interconnected multidimensional perspective. With this in mind, this article analyses an in-service experience of a municipal PPS diagnosis from the perspective of sociotechnical system. The theory of sociotechnical systems is a contemporary way to provide support for various aspects of technical and human activities in organizational development. It consists of interdependent subsystems, organized as an open system that interacts with the external environment and with its own internal environment (BOTLA; KONDUR, 2018). It first characterizes organizations as sociotechnical systems made up of two subsystems, the technical and the social, which work together to accomplish the organization's task or mission (EMERY; TRIST, 1965).

In this study, sociotechnical theory was the method framework for the evaluation and design of systems, from the classic studies by Trist (1981), developed by several authors who applied the theory in different sectors. In health systems, this theory has been used to evaluate strategies for incorporating technological innovations (MEEKS *et al.*, 2014; NOVAK *et al.*, 2013; SITTIG; ASH, 2011; HARVEY *et al.*, 2015), and in pharmaceutical services

(HARVEY *et al.*, 2015; SZEINBACH *et al.*, 2007). However, this is the first approach of the sociotechnical systems theory to characterize and analyze the PPS of a municipality in Brazil, aiming to prepare the interventions plan.

3.2 Materials and Methods

We conducted the study during the situational diagnosis of PPS of a municipality. The diagnosis was a step in a project to include the pharmaceutical field in a PHC inter-professional collaboration residency course. It reports an in-service experience to develop a sociotechnical assessment of PPS in PHC. The diagnosis design aimed to promote the reorientation of the system. We reported the diagnosis results from one of the four municipalities participating in the project. The study had the partnership of the Municipal Health Secretariat (MHS).

3.2.1 The place of study

The municipality is located in the European Valley, in the state of Santa Catarina/Brazil, and has an estimated population of 135,000 inhabitants. The Human Development Index (HDI) is approximately 0.8, and the main economic activities are industry, agriculture, and services (IBGE, 2010).

3.2.2 Data collection

The search in different data sources helped to reach the scope of the interpretation in a sociotechnical analysis. The collection covered data until June 2017.

3.2.2.1 Sources, search strategies and data characterization

The extraction of sociodemographic and financial data took place in public databases available on the internet. The variables collected from each source are in Table 3.

Table 3. Data extracted from consulted databases

Database	Link	Description of the Data
IBGE ¹	https://cidades.ibge.gov.br/	Year of Installation, territorial area, distance from the capital, estimated population, human development index, predominant economic activity, GDP per capita, percentage of urban households (IBGE, 2010).
SIDEMS ²	https://indicadores.fecam.org.br/index/index/ano/2020	Municipal sustainable development index (IDMS), health situation analysis (SIDEMS, 2017).
Municipal Transparency Portal	https://brusque.atende.net/?pg=transparencia#!/	Expenses with pharmaceutical policy and services (BRUSQUE, 2017).

¹IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics); ² SIDEMS (System of Sustainable Municipal Development Indicators)

Source: The authors (2020)

Other sources included the chapters “Structure of the health care network” and “Pharmaceutical Policy and Services” of the Municipal Health Plans of 2010 and 2014, municipal guidelines for PPS, the municipal controllership evaluation report, Government Plan of the mayor elected in 2016, and the municipal PPS regulations until 2017. Municipal Health Plans are instruments that define the municipality’s commitments to Unified Health System (SUS) management and are required for the municipality to receive funds from the federal system financing responsibility. Strategy involved exhaustive systematic search and document analysis. The collected data included:

- Municipal health system: Infrastructure, organizational structure, Family Health Strategy coverage, workforce description of the Family Health Support Center, health funding, and financial circumstances;

- PPS: Goals, organizational structure, available workforce and infrastructure, processes, and organizational culture.

An institutional documentary published on the proposal for reorienting PPS in the municipality provided testimonies from managers, pharmacists, coordinators of health units, doctors, and patients of municipal health services. The testimonies were collected in 2018, after the projects were implemented. So, they inform about the viewpoint of the participants about the PPS situation until 2017 (BERNARDO, 2020). Other sources of data were newspaper articles on issues related to the PPS published in the city between January 2016 and February 2017, radio stations news, and internet blogs’ information about the municipal PPS. The search strategy combined the terms “medicine” and “pharmaceutical policy and services”.

3.2.2.2 Assessment matrix of the management capacity of municipal PPS

We used the Assessment Matrix of the Management Capacity (AMMC) instruments to collect the municipal PPS data. Manzini and Mendes (2015) developed and validated AMMC in PPS of Santa Catarina municipalities. The matrix framework uses Carlos Matus' management assumptions, first adopted by Barreto and Guimarães (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

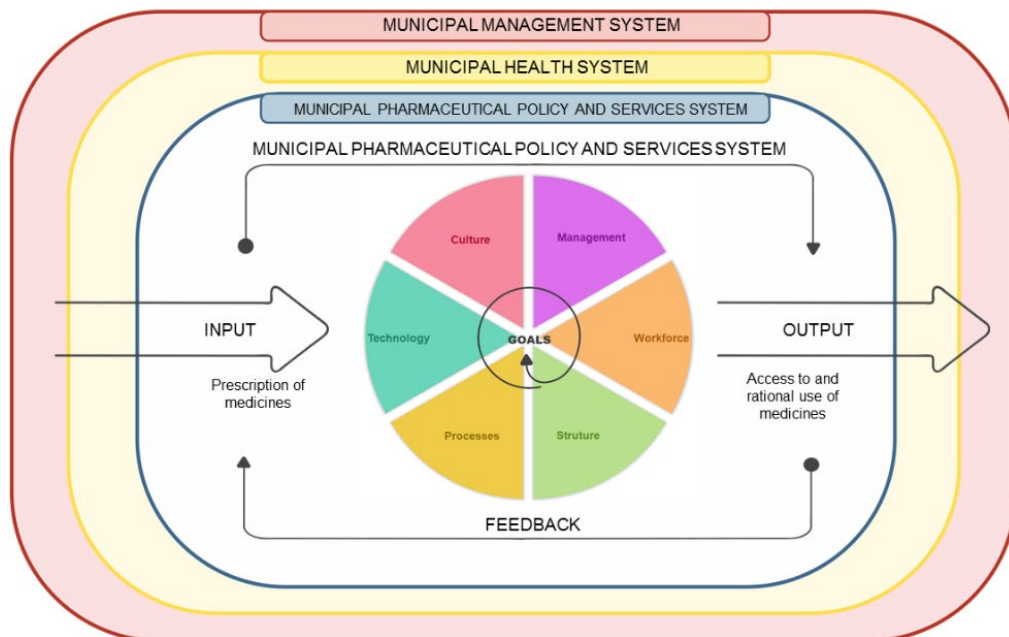
The collection was performed at the pharmacies from the municipal health department. Among the collection sites, one isolated pharmacy dispensed PHC medicines and another pharmacy provided specialized medicines and some medicines dispensed under judicial process. Other sites included 23 pharmacies located into PHC centers, a pharmaceutical center for distribution and supply, and the pharmacy located in the Health Municipal Secretariat. Participants of this phase were: One health secretary, one PHC Coordinator, one pharmacist, 17 nurses/coordinators of the PHC Centers, 18 doctors, 18 pharmacy assistants, and 86 patients.

3.2.3 Data analysis

The documents evaluation was performed by content analysis. The social and technical components of the municipal PPS system were typified according to the sociotechnical framework described in Figure 3.

The model components were chosen after researching the literature on the analysis of sociotechnical systems in the health field (MEEKS *et al.*, 2014; SITTIG, ASH, 2011; HARVEY *et al.*, 2015; SZEINBACH *et al.*, 2007; PHIPPS *et al.*, 2009; SITTIG; SINGH, 2010; HARVEY *et al.*, 2012) and in other sectors (EMERY; TRIST, 1965; LEAVITT, 1965; APPELBAUM, 1997; TRIST, 1981; DAVIS *et al.*, 2014; CLEGG, 2000; CHALLENGER, CLEGG, 2011) and about PPS organization in Brazil [LEITE *et al.*, 2015; GERLACK *et al.*, 2017; PHIPPS *et al.*, 2009; GUIMARÃES *et al.*, 2004; LIMA *et al.*, 2017). PPS is represented in its external environment composed by the management of the municipality and the health system, and characterized by components of its internal system that modulate the process from the input (Prescription of medicines) to the outcomes (Access to and rational use of medicines).

Figure 3. The social and technical components of the municipal Pharmaceutical Policy and Services (PPS) system



Source: The authors

The results were stratified in the socio-technical dimensions and typified based on the characteristics of the components described in Table 4. The meanings provided by the components allowed the different aspects of the PPS reality to be reframed, considering the complexity inherent in the sociotechnical nature of this system.

Table 4. Environmental (Scenario) and the internal systems components of the Sociotechnical System of PPS in primary healthcare (PHC)

(continues...)

	Literature Description	Adaptation to the Study
Components		<i>Components of the External System: Municipal Management System; Municipal Health System</i>
Environment	Context where the study's focus system is inserted.	Characterization of the environment where PPS is inserted according to: Objective, guidelines, and society's goals for PPS.
Interested parts	Objective of the system for patients, management, suppliers, and representatives of civil society.	PPS expected outcomes from the perspective of municipal management, the health department, and patients.
Financing	Economic situation under which the system is developed and what financial resource the system should operate.	Annual financing of PPS. Budgeted amount and amount paid.
Regulations	Rules and laws that regulate the organization.	Rules and municipal laws that regulate the organization and activities of PPS.

Table 4. Environmental (Scenario) and the internal systems components of the Sociotechnical System of PPS in primary healthcare (PHC)
(conclusion)

Components		<i>Components of the Internal System</i>
Goals	Targets of the system, its operation, or that generated the demand for its construction.	Objective of municipal PPS for the different healthcare actors.
Management	Organizational structure and its technical operations.	Organizational structure of municipal PPS at its management capacity in PHC. Dimension Organizational, operational, and sustainability
Workforce	Number of people able to participate in the social division of labor process.	Group of people with the capacity and ability to carry out PPS activities. Workgroups where tasks are performed.
Structure	Equipment or the physical structure required for the performance of system activities.	Structures and infrastructure by workgroup of the PPS system.
Processes	Main activities that are part of the system, including the main and routine activities.	Main activities by PPS workgroup in PHC. Why does the unit of work exist? How does it communicate with the system and the environment in its technical and relational aspects?
Technology	Equipment and methods used to produce products or services. A health technology can be defined as a way, knowledge, and the instruments used to produce health actions.	Description of drug treatments and instruments used for their access, use, and monitoring. Drug treatment: Criteria and places for selection, access, and monitoring of outcomes. Instruments: Municipal List of Medicines, Electronic Health Record, protocol, computerized system.
Culture	Organizational culture of the system, the way it thinks and acts, the beliefs and values held in organization and society.	Organizational culture of PPS on three aspects: Symbols: Names, logos, and physical characteristics used to convey the organization's image. Rituals: Usual and repeated actions within an organization. Ideology: Beliefs, moral principles, and values provide the basis for organizational decision making.

Source: The authors

3.2.4 Ethical aspects

This study is part of a project called “Application of Sociotechnical Theory in the Reorientation of Pharmaceutical Care in Primary Health Care”. The Univali Research Ethics Committee approved it (CAAE: 28471320.2.0000.0120). All participants signed a written form of consent after having received information about the study. We do not identify the municipality by name to prevent identifying individual participants. Individual participants were indicated by professional title and job position.

3.3 Results

The results of the socio-technical evaluation of PPS in PHC will be presented below in two sections: 1—organization of the environment in terms of stakeholders, objective; financial circumstances and health funding, the general regulations and those related to PPS system performance; and 2—description of the of socio-technical elements of PPS in PHC.

3.3.1 Organization of environment

In 2016, the sustainable municipal development index (IDMS) was 0.726 (scale from 0.00 to 1.00), a medium high level. In the economic and social participation dimensions, the levels were low (0.630) and medium low (0.524), respectively. The analysis of the health situation falls within a medium high level, with an index of 0.798. In 2017, the municipality experienced weaknesses in the economic and political contexts, attributed to the impeachment of the mayor and the vice-mayor in 2015. This scenario was accompanied by a strict control process, especially in the acquisition of products, and in the hiring of services and staffing by public management, with a financial surplus at the end of 2016 (BRUSQUE, 2017).

The main stakeholders identified in the municipality's PPS were the social control council, the municipal health department, and the press. The Municipal Health Plan (2014–2017) embraces the guarantee of the dispensation of medicines from the Municipal List of Medicines (called REMUME) and, secondarily, building a laboratory to produce herbal medicines. Table 5 illustrates expectations and demands about PPS based on the summary of reports published in local media outlets. The demands regarding the results to be produced by PPS focus on the availability of medicines, given the understanding that the system failed to meet this expectation.

Table 5. Narrative from articles published in the municipal media about access to medicines in the Municipal Health Network

Date	Headline	Narrative	Source
1/26/16	Lack of medication	“The article on the cover of the newspaper Município Dia a Dia, last Thursday (21), speaks of the lack of medicines in public pharmacies. According to the report, there are 53 drugs missing from the downtown basic pharmacy, and the list contains drugs prescribed very frequently, as is the case of the omeprazol, amoxicillin and buscopan”.	http://araguaiabrusque.com.br/noticia/geral/falta-de-medicamentos-29926 (RÁDIO ARAGUAIA, 2020)

(continues...)

Table 5. Narrative from articles published in the municipal media about access to medicines in the Municipal Health Network

(conclusion)

Date	Headline	Narrative	Source
5/27/16	City Hall clarifies about lack of medicines in the Municipal Health Network	“The Health Secretariat informs that some medications are missing in the Primary Health Centers and in the Basic Pharmacy, located in the Center. The items have already been requested and the situation can be regularized at any time. According to the folder, the situation occurs due to several situations, such as lack of raw material for production, discontinuation of imports and lack of supplier. However, some of the remedies await only the supply of the bidding company”.	https://brusque.portaldacidade.com/noticias/saude/prefeitura-de-brusque-esclarece-sobre-falta-de-medicamentos-na-rede-municipal-de-saude (BRUSQUE, 2020)
9/19/17	Patients suffer from lack of medication to relieve back pain	“Patients who have a back problem, suffer from severe pain and need Tramadol to relieve symptoms since the last week, face the shortage of medication.	https://omunicipio.com.br/pacientes-sofrem-com-falta-de-medicamentos-para-aliviar-dores-nas-costas/ (O MUNICÍPIO, 2020)

Source: The authors

Regarding the financing of PPS in 2017, the budget was R\$5,245,270.18. Data from the municipality’s transparency portal show that between 2014 and 2017, actual expenses with PPS represented, respectively, 4.5%, 3.8%, 4.3%, and 4.7% of the expenses incurred by the municipal health system, which grew at a constant rate in the period. PPS payments increased from R\$ 3,110,001.97 in 2014 to R\$ 4,040,022.63 in 2017, varying from R\$25.98 to R\$ 31.36 per capita. The 2016 management report points out that “considering the high consumption of medicines by patients, this policy [PPS] was insufficient to reach its totality in the face of a lack of resources”. The 2017 report described a balance of R\$ 366,312.02 not spent on PPS. The program and action expenses section of the municipality’s transparency portal shows that in the action “Family Health Strategy and Pharmaceutical Assistance”, the percentage of the executed budget was 99.68% in 2014, 96.70% in 2015, 93.88% in 2016, and 84.16% in 2017.

The municipality’s 2015 Annual Health Program (AHP) defined the “Guarantee of pharmaceutical assistance within the scope of SUS” in its Guideline H translated into objective H1 of “Ensuring the availability of medicines to the population” with the following planning, described in Table 6:

Table 6. PPS goals, indicators, actions, and budget in the 2015 AHP in the municipality

Goal	Indicator	Action	Budget (RS)	Budget Origin
Implement actions to dispense medication and inventory maintenance regularly	Number of actions implemented	-Take actions to ensure adequate dispensing of medication; - Promote regular stock maintenance; - Ensure adequate distribution in the municipal health network.	5000.00	Municipal resource.
Maintain the supply of medicines regularly.	Number of pharmacies in operation	- Ensure the distribution of selected drugs on a regular basis; - Regular stock maintenance; - Adequate distribution in the municipal health network.	2,034,534.40	Federal resource. Municipal resource.

Source: 2015 Annual Health Program in the municipality (BRUSQUE, 2015a, p. 29)

Municipal PPS regulations, published until 2017, were related to:

- Complementary Law No. 224/2014: Institutes the Municipal Health Code, which defines pharmacy as a health service and medicines as products subject to sanitary control (BRUSQUE, 2014).

- Normative No. 005/2015: It defined the organization and assignments of the tasks, the prescription, dispensing and supply of medicines, and the parameters for the functioning and structure of the services (BRUSQUE, 2015b).

- Decree No. 7826, July 8, 2016: Disciplines procedures to be adopted by doctors and dentists, municipal civil servants, and service providers for the Unified Health System at the municipal level in the prescription of medications (BRUSQUE, 2016).

3.3.2 Socio-technical characterization of the municipal PPS

3.3.2.1 Goal of the sociotechnical system of PPS in PHC

The data collected were described and referred to by several stakeholders that affected the social and technical factors of PPS, as shown by the evidence below.

One promise of the mayor-elect campaign (2017–2020) was to increase the accessibility of medicines in health facilities. The government plan carried the slogan “Medicines basic and of chronic use to the entire needy community”. In the municipal health plans (MHP) for the periods 2010–2013 and 2014–2017, the objectives focused on the accessibility of medicines, as described in Table 7.

Table 7. Description of the purpose and goal for PPS in the municipal health plans (MHP) 2010–2013 and 2014–2017

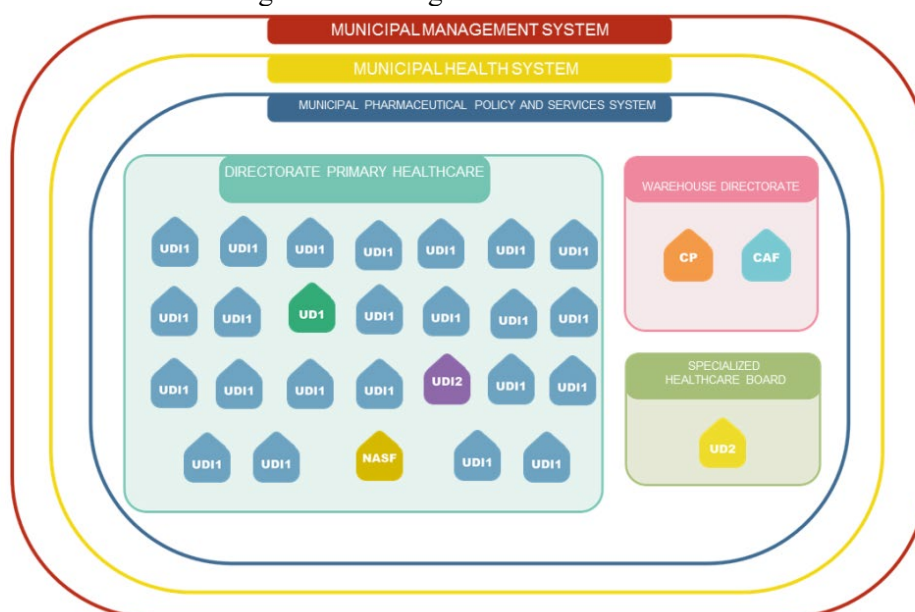
Period	Purpose	Goal
2010 to 2013	“The municipal PPS’s main purpose is to provide regular and free supply of selected drugs, in order to contemplate the outpatient drug treatment of the different pathologies that affect the population”.	Ensure the supply of medicines to all SUS patients in accordance with the list of selected medicines. Constantly review the list of selected medicines. Deploy Phytotherapeutic Handling Pharmacy.
2014 to 2017	“Guarantee the dispensation medicines of municipal list to the population”. Implement the herbal medicine production laboratory.	- Consolidate drug purchase, dispensing and inventory control routines, and the use of the G-MUS management system to improve purchase and dispensing monitoring. - Forward a fundraising project at the Ministry of Health to implement the herbal medicine laboratory.

Source: MHP 2010–2013 and 2014–2017.

3.3.2.2 PPS management in PHC

In 2017, the municipal PPS did not have a formalized organizational structure, there was no coordination of the system, nor the formation of a PPS team. Six pharmacists work in services and with tasks considered independent. A representation of this organizational structure is shown in Figure 4 to illustrate the nature of administrative relationships.

Figure 4. PPS organizational structure



Legend: UDI1: Dispensing unit in PHC unit; UDI2: Dispensing unit in specialized care service (medications for STI / AIDS, leprosy, tuberculosis, and other strategic control diseases for Ministry of Health); UD1: Central Pharmacy—PHC medications dispensing center; UD2: Specialized and Judicial Dispensing Unit (mainly high-priced drugs, for rare or chronic diseases or for judicial access); CP:

Purchasing department; CAF: Pharmaceutical Distribution and Supply Center; NASF: Family Health Support Center (Ministry of Health program to support PHC).

Source: The authors

Table 8 describes managerial and sociotechnical dimensions of the Management Capacity Assessment of municipal PPS in 2017.

Table 8. Summary: Assessment matrix of the management capacity of municipal PPS—diagnostic stage in 2017

(continues...)	
Description	MS
Management component	
Organizational	96
Operational	100
Sustainability	96
<i>Total</i>	
Workforce component	
Condition of existence of the PPS Coordination in the Municipal Health Department (MHD).	5
Degree of decision-making autonomy of the PPS Coordination.	10
Profession of the PPS coordinator.	7
Participation of pharmacists in the preparation of the Municipal Health Plan.	10
Participation of PPS coordination in health programs or activities in the municipality (in other MHD sectors).	10
Responsibility for defining the programming parameters for distributing medicines to health units.	7
Health units with pharmacists working in the team.	7
Pharmacists trained in PA, management, public health, or related fields in the past 2 years.	7
Type of employment contract of the PPS coordinator.	7
Pharmacist position in the list of municipal public service positions.	7
<i>Total</i>	
77	
Infrastructure component	
Integration of the PA information system with that used in the health care network.	6
Instruments to assess physical and environmental conditions to store medicines (external and internal conditions, lighting, refrigeration, security).	6
Investments in infrastructure in the last 4 years in PPS services.	7
<i>Total</i>	
19	
Processes component	
Pharmacists and health unit coordinators recognize the existence of PPS coordination.	8
Regular functioning of the Pharmacy and Therapeutics Committee in the last year.	6
Pharmacists know the Municipal Health Plan.	8
PHC drugs purchased based on the schedule.	6
Prescribed medicines based on lists of medicines adopted by the municipality.	6
Medicines out of date available for dispensing.	6
Health services have a waste management plan.	5
The pharmacist's productivity record has a defined procedure.	7
Spending on medicines to meet legal demands in relation to the budget to buy medicines, in the last year.	6
Schedule for regular distribution of medicines to health units: Monthly, biweekly, or weekly.	6
Prescribers receive information about the availability of medicines in pharmacies at health facilities.	7
Prescribers know how to find updates to the municipal list of medicines.	8

Table 8. Summary: Assessment matrix of the management capacity of municipal PPS—diagnostic stage in 2017

Description	MS
Amount of medications available in health facilities suitable to meet patients' demands (perceptions of health secretary, PA coordinator, pharmacists, and prescribers).	4
Diversity of medications available in health facilities suitable to meet patients' demands (perceptions of health secretary, PA coordinator, pharmacists, and prescribers).	4
Procedures for monitoring the PPS and using data to plan actions.	6
Resources diversity introduced in the municipal PPS in partnership with the State PPS.	7
Shared definitions about goals, guidelines, and targets PPS in the Municipal Health Plan.	10
Official means to receive criticisms and suggestions about medicines from patients (referred by the health unit coordinator).	7
Official means to receive criticisms and suggestions about medicines from patients (referred by patients).	8
<i>Total</i>	125
Technology component	
Pharmacy and Therapeutics Committee has formal institution at the MHD.	5
Technical criteria used to prepare the medication schedule.	6
Municipal Medicines List Availability.	6
Municipal List of Medicines includes drugs are outside National List of Essential Medicines or lists agreed in SUS.	5
Instruments to standardize medication dispensing (SOP, manuals).	6
<i>Total</i>	28
Organizational culture component	
Communication strategies between health units and PPS coordination to resolve medications issues (referred by health unit coordinators and pharmacists).	7
Articulation between PPS coordination, the Family Health Strategy coordination, and Community Agents Team.	7
Partnership between the municipality's PPS Coordination and the State PPS Coordination.	7
PPS agenda at the meetings of the Municipal Health Council in the last 4 years.	10
<i>Total</i>	31

Source: The authors. Legend: MS: Maximum score; SO: Score obtained.

3.3.2.3 Workforce of municipal PPS in PHC

Ten indicators of Assessment Matrix of the Management Capacity of municipal PPS correspond to sociotechnical dimension “workforce”, according to Table 6. Coordination was the responsibility of two nurses and an administrative assistant. Six pharmacists were active staff of the PPS, two with a fixed-term employment contract and four civil servants. The experience of pharmacists in the municipal health service ranged from to five years.

Nursing technicians and assistants were the major workforce to dispense medicines in health facilities. There was no predefined scale to work and the premise was “whoever is out of activity stays at the pharmacy”. The health services coordination (usually a nurse) asked for medicines from the warehouse. In the Central Pharmacy Dispensing Unit (UD1), there were

two pharmacists and six assistants (a nurse and five administrative staff). These pharmacists planned PPS services in an independent way.

We found a pharmacist in the dispensing services in specialized care service center (UDI2). Two pharmacists and three assistants in specialized and judicial dispensing centers (UD2). One pharmacist worked at the Pharmaceutical Distribution and Supply Center. In all these services, pharmacists planned PPS activities themselves. None of the pharmacists had previous training to work in the public service or in PPS, nor have they received training in the area in the past two years. The quotes below show PHC professionals opinions about the pharmacists qualifying the healthcare processes:

PHC manager: “When I was at the PHC, we didn’t have this process in place yet, I can’t say it was a mess because it was part of the process, but we have two or three technicians in each health center and each one who had a little time at the pharmacy and dispensing medication, with that we had a lot of puncture in the stock, there were several complications”.

Family Health Strategy Doctor: “I believe that a pharmacist fixed in the PHC center would help us a lot, due to the knowledge, you know, for being a qualified professional for that. Although we have a technician in a finished shift, but we do not have the technical knowledge of that job, which has to be performed”.

3.3.2.4 PPS infrastructure and processes in PHC

The infrastructure component has three indicators described in Table 8. We analyzed 22 UDI in PHC, UD1 (PHC medicines), and the Pharmaceutical Distribution and Supply Center. All facilities had internal and external areas in good conditions and hygiene. The structure offered no risk to patients and employees, meeting the recommended standards. We found computers and internet access in all units. Fifteen percent of facilities had insufficient number of computers. These computers had no technical maintenance for two years. An information system manages the stock of medicines in PHC. A third party company provides the system.

The processes component includes 23 indicators. It was detailed in Table 8. In 2017, PPS services performed 20,406 attendance, as shown in Table 9.

Table 9. Number of attendances in dispensing services, items dispensed, and its price in 2017

Description	Patients	Number of Visits	Number of Items	Quantity of Dispensed Items	Values of Total Dispensed Items (RS)
Daily average ¹	928	971	145	71,043	8375.00
Monthly Average ²	20,406	21,355	3193	1,562,936	184,254.00

Source: The authors. 1—daily average calculated based on the data of dispensation of July 1st days to December 31st of 2017; 2—monthly average calculated based on six month dispensation data.

In 2017, PPS services included scheduling, ordering purchases, storing and dispensing medicines. The procurement department of the city hall held bids to buy medicines with no pharmacist participation. We observed no services related to: (1) Discard health care waste (there is no Health Services Waste Management Plan); (2) review patients' pharmacotherapy or perform pharmaco-therapeutic follow-up; (3) provide technical support for the health team or health education for patients and the community. There were no standard technical criteria for programming, purchasing, distributing, and dispensing drugs. Only in Central Pharmacy Dispensing Unit (UD1) did we find defined routines and procedures. There were no procedures related to pharmaceutical care and support from pharmacists for healthcare teams.

Pharmacists inferred the lack of standardized technical parameters can compromise availability of medicines. The availability of drugs was only 60%, and there was a large amount of drugs out of date. Several actors point to other deficits in PPS services. They attribute to this: Problems in the work process, waste of products, lack of access, and treatments with inferior quality. The quotes below illustrate the statements.

Secretary of Health: "... the current management found primary healthcare with 'unstructured teams by the lack of professionals', lack of medicines—60% of the items listed in the Municipal List of Medicines, 500 kilos of expired medicines and an empty warehouse".

Pharmacists from Pharmaceutical Distribution and Supply Center:

"When I started at the warehouse, our purchases were based on the transfers that we made to the healthcare centers and then these values, these amounts that we had, they were not very reliable, because they were not based on the real demand that we had in the units at that time".

"I worked in the health store, in the medication sector and in the period 2014–2016, we did not have stock control, we did not have the management of stock control in health units, nor which distributions in the stockroom. The distribution was made to health units once a month and that was the supply that the units have".

Family Health Strategy doctor: “We had a very serious problem, in terms of user access, the medications in the unit, a difficulty due to the lack of professionals to take care of the medication release and this influenced the entire work process of other professionals”.

PHC center Coordinator: “So three years ago when I started in the municipality, at the health unit, PPS was very deficient in many ways, in the sense of stock control, waste, user guidance, professional guidance, that we didn’t have a lot of accessibility to some information and guidance regarding the delivery of the medication and PPS”.

PHC Manager:

“When I was at the healthcare center, we didn’t have this process in place yet, I can’t say it was a mess because it was part of the process, but we have two or three technicians in each healthcare center and each one who had a little time went into the pharmacy and dispensed medication. With that, we had a lot of puncture in the stock, and there were several complications like that. Even for the nurse, it was difficult to charge someone who was a continuous process and walked smoothly”.

3.3.2.5 Technology in PHC

The technology component consists of five indicators, detailed in Table 8. It includes drug treatment and the instruments for its access and monitoring. The municipality regulates the prescription and dispensing of medicines. It defines facilities to provide pharmaceutical services, as indicated in Figure 4. The municipality’s PHC Medicines List had the National Essential Medicines List as reference. In 2017, 202 drugs were available. About 16% (33) did not appear in the 2017 edition of the National Essential Medicines List. Some of these items had no prescription for over a year.

There was a municipal program for access to medicines, which were not selected by PPS. Patients should submit a medical request based on scientific evidence to have access. This program allowed access to 148 selected medicines. Most of them were outside the National List of Essential Medicines. However, such products had therapeutic equivalents on the municipality’s Medicines List. The program cost was R\$540.00 a year. The municipality’s attorney analyzed the medicines lawsuits, without the participation of the pharmacists or the Health Department support. We observed some constraints on the instruments used in the municipality’s PPS:

a) Municipality's Medicines List: Edition not reviewed for five years, not approved by the Municipal Health Council, and not published in an official bulletin. There were no defined procedures for disclosing the list.

b) Computerized PPS management system: Outsourced service, restricted to inventory management in PHC.

c) Electronic medical record: Pharmacists had access to patient data in all PPS facilities.

d) Standard operating procedures: Outdated and used only by Central Pharmacy staff.

3.3.2.6 *Organizational culture in PHC*

The organizational culture has four indicators (Table 8). The pharmacists working in the municipal health system did not know each other. There was no integration strategy between pharmacists and their work processes. The organizational culture has four indicators. Some pharmacists working in the municipal health system did not know each other. There was no integration strategy between pharmacists and their work processes. Some evidences of these we can found in pharmacists citations.

Pharmacist of Central Pharmacy: "When I started working here ..., there was no PPS system, we worked each pharmacist in his workplace. We didn't have any contact between us, some of us didn't even know each other and that made the job very bad and very unrelated".

Pharmacist of the Specialized Care Dispensing Center said "Specialized service has always been a very isolated sector of PHC".

PHC workers expressed dissatisfaction with the lack of support for PPS actions. The nursing team managed the stock beside delivering medicines to patients. This caused overload for them. The following quotes illustrate this point.

Pharmacist in Specialized and Judicial Dispensing Center: "Until 2017, the municipality did not have a policy for PPS, we had pharmacists working one in each pharmacy, in the PHC pharmacies, in the out, in the specialized pharmacy, each one worked individually, not as a team or a group".

Secretary of Health in 2017 said:

"When I arrived and took over the portfolio of the health department, PPS was quite confused, there was no line or better a municipal policy for PPS, and this is what we need today. We are not only ensuring insuring costs or expenses, but working with the public money in a responsible way. So, we had a very messy house, a lot of expired medicines and

put in stock, something that today we prioritize the right purchase, good purchase, right and something that each health center worked on dispensing medication in the way that best suits them”.

3.4 Discussion

The results of this real life project revealed the complexity involved in a PPS system. A Municipal PPS is characterized as an open system and interrelates with the municipal management and the municipal health systems as described in Figure 3. Within the sociotechnical approach, these larger systems represent the environment of the municipal PPS.

Despite the political weaknesses, the studied municipality showed good economic development. Its health indicators have a high average level. Social participation was the only indicator that was below average (BRUSQUE, 2017). We can better understand some aspects of the sociotechnical nature of PPS in this context in which the stakeholders (health professionals, managers, and patients) were not pleased with the results of the municipal PPS.

The aim of the organizational structure was identified as the central element of the model. The other system components interrelate with its scope. For municipal managers, health professionals, and patients, the lack of medicines was the main frustration. The central aim of the Municipal Health Plan and PPS was the same. So, the aim of the PPS was “to have medicine available from the Municipal List of Medicines in the dispensing centers”. This aim exposes a conceptual reduction of the aim of one PPS sector in a public health system. A broader perspective comes from WHO: Availability is a dimension of access to medicines. So are affordability, acceptability, and rational use of medicines (WHO, 2004; 2016). In Brazil, access is the purpose of PPS and involves its many dimensions (BRASIL, 2004). It is more complex than the mere availability of medicines.

Nonetheless, medicines availability is a key part of the PPS architecture. This dimension can suffer many constraints. We need supply-side strategies to ensure medicine availability and help expanding access to medicines in health care systems (FROST; REICH, 2009). However, when a PPS system chooses medicine availability as a central goal, its commitment is narrowed down to delivering medicines (ROVER; LEITE, 2015; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

We identified weaknesses in the PPS management component. Lack of central coordination, pharmaceutical services with more than a manager, and a fragmented

organization prevented integrated planning with other sectors (Figure 4). At the health secretariat, there were no human resources available to plan the actions that involved the services. PPS issues were discussed and decisions were made with no integration of the directorates (PHC, specialized services, or warehouse). In 76% of Brazilian municipalities, PPS coordination is nominated in the health department organization chart (GERLACK *et al.*, 2017).

PPS has a management logic based on an input distribution model. The environment refers only to technical elements of the system: Infrastructure, technical process, and technology. The social components of workforce and culture are not mentioned in the Municipal Health Plan. However, the organizations' reality is based on social components. People are essential sociotechnical elements, as well as the components affecting them (CARAYON *et al.*, 2011). The architecture of municipal PPS should not ignore general and organizational culture.

We did not find working groups organized in the municipal PPS. The working group is considered the elementary construction of the sociotechnical system. Self-regulation, semi-autonomy, and specific functions, but with interrelated tasks, are working group features. What connects the groups is a common goal. This increases the capacity to meet the demands of the internal and external environments (TRIST, 1981).

The organizational culture established was the culture of isolation: "Each one does their own". People working in the health system did not know each other in a municipality system with only 130,000 inhabitants. There were no shared symbols or collective rituals. The ideology was based on the care logic of contribution. The national pharmaceutical policy advocates PPS with a comprehensive approach to the health-disease process (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; 2018; GERLACK *et al.*, 2017).

The distribution and dispensing centers' infrastructure is the indicator that showed the best result. The result is better than those observed in other municipalities in the state (HOEPFNER, 2019). However, the infrastructure does not seem to be enough to provide articulated pharmaceutical services. This component is connected to the PPS aim, restricted to distributing medicines.

The processes of the municipal PPS emphasized medicine supply. We highlight the regulation of technical processes for making medicines available. It involved prescription, acquisition, inventory control, and dispensing. Even with technical components in focus, pharmacists did not take part in planning or executing scheduling and purchasing services. In most municipalities in the state, this process involves the pharmacist. This reality affects

availability, reasonableness of costs, and sustainability of the access to medicines. In view of the volume of financial resources allocated, this aspect is fundamental (HOEPFNER, 2019). Processes that need intersectionality and participation, such as a Pharmacy and Therapeutics Committee and participatory planning, have not been carried out either.

The PPS technology component at PHC did not meet the needs of prescribers or patients. The problems involved both the diversity of medication available and their recurrent scarcity. Here the key factors are: The formal constitution of the Pharmacy and Therapeutics Committee; and the consumption of 10% of the budget, but the “non-selected medicines’ program”. In both situation, there were no defined access criteria. These factors are like those found in the studies by Hoepfner and Gerlack (HOEPFNER, 2019; GERLACK *et al.*, 2017).

We can understand the weaknesses of the municipal PPS by looking at some results obtained by the system. The resource applied for the PPS (R\$38.90/inhabitant) is higher than the national or state average (R\$20.00) (CONASEMS, 2018). Even with a high cost, the observed effects show professionals’ and users’ dissatisfaction, as well as a waste of medicines.

What works in one configuration may not work elsewhere. We must adapt improvements to the local context and check. The sociotechnical systems approach is capable of answering to local specificities. It also helps to produce incremental results and contributes to building flexible organizational structures (TRIST, 1981; MEEKS *et al.*, 2014). Understanding the municipal PPS as a sociotechnical system contributed to developing an intervention project. For Carayon *et al.* (2011), such understanding has the ability to transfer and put in place new knowledge and methods to influence the entire health system (CARAYON *et al.*, 2011).

The results presented here suggest that the municipal PPS is a complex system, like the one Appelbaum found (APPELBAUM, 1997). In a sociotechnical intervention, there are many strengths. They should be used within a strategic plan for organizational development instead of as an isolated approach. Policymakers and managers should target their support to systemic solutions, rather than contributing to proliferate fragmented efforts.

Some limitations of this study need to be highlighted. One difficulty is collecting data from different and poorly systematized sources. The lack of good electronic systems and transparency of public data weaken the ability to study this field. The scarcity of references to sociotechnical systems applied to PPS required the adaptation of study instruments, such as the management capacity assessment protocol, besides using references from administration and sociology fields.

3.5 Conclusions

The study revealed that the municipal PPS implemented had limited scope as a public policy. It had constrained the characteristics of a complex and open system. Stakeholders understood PPS as a set of technical procedures, without planning or integration. Its absence in the health secretariat organization's chart symbolizes the poor understanding of the system in its policy dimension.

The municipal PPS was a fragmented set of operations and produced unsatisfactory results. The aim of the PPS was focused on the availability of medicines only; this subverts the logic of a system whose purpose is to provide access to medicines and its rational use. PPS was reduced to the availability of the input, with a low capacity to promote advances in health care. Even if pharmacists had technical-scientific training for developing clinical pharmaceutical services and go further, the situation found in the municipality did not offer the minimum conditions for doing so.

PPS has had a great development in all levels of government in Brazil in the last twenty years. A turning point strategy to understand municipal PPS as a sociotechnical system can push the development of a new level of policy and practice to ensure the population the right to the access to and rational use of medicines. It will allow advancing its contribution to the health care progress.

CAPÍTULO 4

4 UM OLHAR SOCIOTÉCNICO PARA OS ESTUDOS BRASILEIROS DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4.1 Introdução

A partir do arcabouço teórico elaborado no Capítulo 1 e da proposta de modelo de design e avaliação para a Assistência Farmacêutica (AF) na atenção primária à saúde (APS), desenvolveu-se uma revisão integrativa dos estudos brasileiros de avaliação da AF na APS.

A AF, como política pública, surgiu em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas de adquiri-los. Suas ações eram planejadas e articuladas para manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos (BRASIL, 1971; SANTOS, 2011).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, trouxe consigo a necessidade de reorganização do sistema de saúde dentro de uma lógica de abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 1988; PINHEIRO; MATTOS, 2006). No entanto, apenas 10 anos depois, é publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituindo a descentralização da gestão da AF e algumas diretrizes para a promoção do uso racional dos medicamentos (BRASIL, 1999).

O desenvolvimento da AF para o SUS exigiu uma nova concepção para a AF, deslocando o conceito das atividades técnicas isoladas para um movimento de caráter sistêmico, multidisciplinar, com abrangência de múltiplas ações voltadas à promoção do acesso e uso racional de medicamentos, indispensável à integralidade da atenção à saúde como direito social e dever do Estado. Essa concepção foi adotada em 2004 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e construída com base nas propostas oriundas da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004; MARIN *et al.*, 2003; COSTA *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2018).

A publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004) foi um ponto de partida da concepção da AF como uma política pública, componente indissociável do SUS, indispensável à integralidade da atenção em saúde (COSTA *et al.*, 2017; BERMUDEZ, 2018). Desde a publicação da PNAF, aconteceram alterações profundas na gestão da promoção do acesso e uso dos medicamentos, a partir das quais foi possível

desenvolver estratégias que favorecessem a ampliação do acesso aos medicamentos ancoradas no tripé formado pela descentralização, financiamento e ações logísticas, bem como ocorreram avanços significativos nas modalidades licitatórias e na implantação de sistemas de aquisição de medicamentos (BERMUDEZ, 2018).

A partir de 2008, foram favorecidas ações voltadas ao uso racional de medicamentos na atenção primária por meio da integração do farmacêutico junto aos demais profissionais de saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), assim como a implantação de serviços clínicos em algumas localidades (ainda que poucas), tanto na atenção primária quanto no âmbito especializado e hospitalar (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; BERMUDEZ, 2018). Foi evidenciado, recentemente, um alto acesso aos medicamentos para doenças crônicas na atenção primária no Brasil, uma prevalência de 94,3% (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Apesar dos avanços, algumas fragilidades importantes são apontadas nas pesquisas realizadas no Brasil nos últimos anos sobre avaliação da organização da AF na Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque para a ausência da integração das políticas e das ações e que promovem a organização dos serviços farmacêuticos na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015; 2018; GERLACK *et al.*, 2017). A institucionalização da gestão da AF na APS ainda é um desafio, com municípios apresentando: ausência de um responsável pela AF, instituição da comissão de farmácia terapêutica e da relação de medicamentos essenciais; deficiência na estruturação dos serviços farmacêuticos e ausência de sistemas informatizados (AKERMAN; FREITAS, 2017; GERLACK *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

Buscando compreender de forma ampla os condicionantes envolvidos no desenvolvimento da AF nos municípios, Bernardo, Soares e Leite (2021) propuseram um modelo teórico metodológico baseado na teoria dos sistemas sociotécnicos (SST). Com essa abordagem, os autores apontam para a importância de a AF ser compreendida como sistema composto por componentes técnicos e sociais que interagem e são interdependentes, num sistema aberto.

Pesquisas com a abordagem dos sistemas sociotécnicos visam a identificar os múltiplos componentes, sua complexidade, suas interações e seu impacto na qualidade dos cuidados, bem como entender o papel adaptativo essencial das pessoas (BOTLA; KONUR, 2018). Sua aplicação na saúde emergiu a partir da problemática de como mudar a prática de trabalho para a implementação de novas tecnologias, uma vez que o sistema de saúde é considerado um sistema complexo e com forte interferência das pessoas. A expectativa era de

contribuir para a qualidade do sistema e segurança do paciente, por meio das explicações baseada na inter-relação de múltiplas forças ou fatores, a partir da interação das dimensões técnicas e humanas do trabalho (SITTIG; SINGH, 2010; SITTIG; ASH, 2011; HARVEY *et al.*, 2012; MEEKS *et al.*, 2014; HARVEY *et al.*, 2015).

O estudo realizado por Harvey *et al.* (2012) pesquisou como os componentes sociais e técnicos se reúnem para formar práticas de trabalho em farmácia comunitária e analisou como uma inovação tecnológica poderia mudar a prática de trabalho. Já Meeks *et al.* (2014) realizaram um estudo de caso, na Inglaterra, durante o processo de implantação em 12 hospitais de um software para a integração de informação de saúde dos pacientes com os sistemas nacionais. O resultado da pesquisa foi o desenvolvimento de um modelo que contribuiu para minimizar os riscos para a segurança do paciente e, de uma maneira, possibilitou a integração entre as áreas da tecnologia da informação, administração e clínica.

Com base na abordagem dos sistemas sociotécnicos, buscou-se no presente estudo analisar os estudos de avaliação da AF municipal desenvolvidos no Brasil, com o objetivo de ampliar a compreensão das múltiplas forças ou fatores que afetam o desenvolvimento da AF municipal, a partir da interação entre as dimensões técnicas e sociais propostas por Bernardo, Soares e Leite (2021).

4.2 Metodologia

Realizou-se, neste estudo, uma revisão integrativa da literatura, uma abordagem metodológica utilizada para revisões de sínteses que permite a combinação de dados da literatura provenientes de estudos que empregaram diversas metodologias e proporcionaram a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2019).

Segundo Souza *et al.* (2010), o estudo de revisão integrativa é realizado em seis fases: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa.

Na etapa inicial, foi definida a pergunta central que orientou o estudo: Quais componentes do sistema sociotécnico da Assistência Farmacêutica municipal foram analisados nas pesquisas sobre avaliação da AF em municípios brasileiros nos últimos 20 anos?

A busca dos estudos envolveu as seguintes palavras-chave, seguindo a orientação dos descritores em ciências da saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH): “pharmaceutical service” e “primary healthcare” e “Brazil” e em português: “assistência farmacêutica” e “atenção primária à saúde” e “Brasil”, no SciELO e no PubMed/ MEDLINE. Realizou-se a busca no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando as palavras “avaliação” e “assistência farmacêutica”. Nessa última base de dados, foram encontrados estudos que não haviam sido localizados na busca anterior.

Para a seleção dos trabalhos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais derivados de pesquisas (artigos clássicos, artigos de jornais, artigos de intervenção, estudos multicêntricos); trabalhos que tratavam de avaliação da AF ou da gestão da AF, desenvolvidos na atenção primária no Brasil; trabalhos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período de 2000 a 2020. Excluíram-se os trabalhos duplicados, de revisão da literatura, sobre acesso a medicamentos; avaliação de prescrição; de cuidados farmacêuticos de forma isolada; estudos que avaliaram componentes isolados do sistema sociotécnico da AF, como: financiamento, regulamentação, aquisição, dispensação; estudos sobre o Componente Estratégico e Especializado; pesquisas realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs); estudos de utilização de medicamentos; estudos realizados na avaliação da estratégia de saúde da família e no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) isoladamente.

Os resumos dos artigos foram lidos e, em seguida, os critérios de inclusão/exclusão foram aplicados. O fluxograma (Figura 5) demonstra esse processo. Os artigos excluídos estão descritos na Tabela 10 e os artigos incluídos na revisão estão descritos no Quadro 8.

Tabela 10. Descrição do número de artigos excluídos relacionados ao critério de exclusão e à base de dados consultada

(continua...)

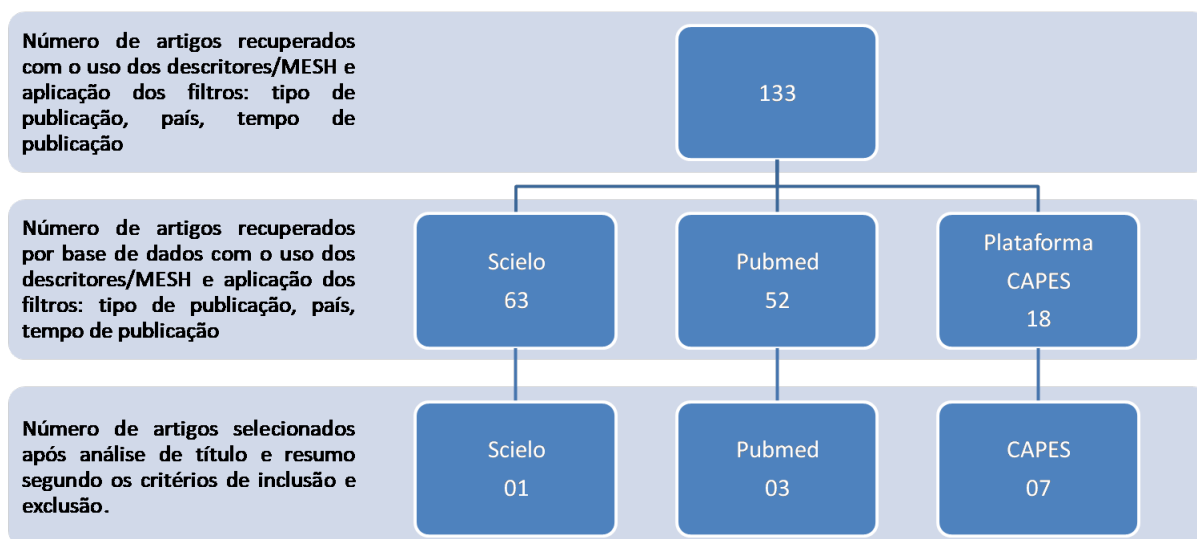
Critério de exclusão	SciELO	Pubmed	Portal CAPES
Avaliação do acesso a medicamentos	4	8	1
Avaliação de prescrição	8	1	0
Componente especializado	0	0	1
Componente estratégico	0	0	2
Cuidados farmacêuticos	3	2	0
Educação Farmacêutica	1	0	0
Estudo de utilização de medicamento	5	1	0
Fitoterapia	1	1	0

Tabela 10. Descrição do número de artigos excluídos relacionados ao critério de exclusão e à base de dados consultada

Critério de exclusão	(conclusão)		
	Scielo	Pubmed	Portal CAPES
Financiamento	2	4	0
Força de trabalho	2	3	0
Infraestrutura	1	0	1
Partes interessadas	0	1	0
Estudos de revisão	4	5	1
Estratégia de saúde da família	1	0	0
Hospitalar	4	0	0
Núcleo de apoio à saúde da família (NASF)	1	0	0
Qualidade de vida	1	1	0
Avaliação da AF no CAPS	0	1	0
Serviço farmacêutico	8	4	0
Uso de Medicamentos	0	2	0
Duplicados	3	28	5
Total	49	62	11

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 5. Fluxograma da seleção dos artigos conforme aplicação dos critérios de inclusão e exclusão



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Quadro 8. Caracterização das publicações selecionadas segundo critérios de inclusão

(continua...)

Número	Ano	Artigo	Autor	Objetivo	Conclusão
1	2005	Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal	Naves JOS	Avaliar aspectos da assistência farmacêutica na atenção primária, em centros de saúde.	Após 30 anos da elaboração da primeira relação de medicamentos essenciais no Brasil, esses ainda estão apenas parcialmente disponíveis na rede pública, inclusive os destinados a doenças crônicas. Os prescritores utilizam a relação atualizada e nomes genéricos, mas a eficiência das ações de assistência farmacêutica está seriamente comprometida pelos baixos níveis de compreensão dos pacientes e pela dificuldade de acesso.
2	2006	Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul	Bernardi CLB de	Avaliar a Assistência Farmacêutica Básica, através de indicadores, nos vinte municípios de abrangência da 17.ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.	Necessidade de intervenção no financiamento, força de trabalho, estrutura e processos.
3	2008	Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil	Vieira MRS	Avaliar a assistência farmacêutica ofertada na rede básica de saúde em município da Região Metropolitana da Baixada Santista, Estado de São Paulo, Brasil, delimitando-se para a análise a saúde da mulher, especialmente no período gestacional.	Os resultados encontrados sugerem que para o aperfeiçoamento da atenção primária à saúde, garantida a ampliação do acesso, a equidade e a integralidade, a avaliação da assistência farmacêutica deveria ser incorporada cotidianamente.

Quadro 8. Caracterização das publicações selecionadas segundo critérios de inclusão

(continua...)

Número	Ano	Artigo	Autor	Objetivo	Conclusão
4	2010	Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil	Barreto JL	Analisar a gestão descentralizada da atenção farmacêutica no município. Nível (local) no Estado da Bahia, Brasil Metodologia Desenvolvimento da matriz avaliativa da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na APS.	Necessidade de intervenção na gestão da AF.
5	2011	Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da Assistência Farmacêutica em município do estado de Sergipe	Souza LS	Avaliar a Assistência Farmacêutica em um município do Estado de Sergipe. Foi realizado um estudo descritivo e transversal no período de outubro de 2009 a maio de 2010.	Foi possível notar o quanto a Assistência Farmacêutica é uma área incipiente no município estudado.
6	2014	Avaliação do processo de reestruturação da assistência farmacêutica no município de Aracaju-SE	Castro AV	Avaliar o efeito da reestruturação da Assistência Farmacêutica (AssistFar) no município de Aracaju-SE.	Necessidade na gestão e processos da AF.
7	2014	Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos.	Bruns SF	Verificar o desempenho de distintos aspectos da assistência farmacêutica em municípios da Paraíba.	Houve importantes problemas de gestão que afetaram processos e a qualidade da prestação dos serviços aos cidadãos.

Quadro 8. Caracterização das publicações selecionadas segundo critérios de inclusão

(conclusão)

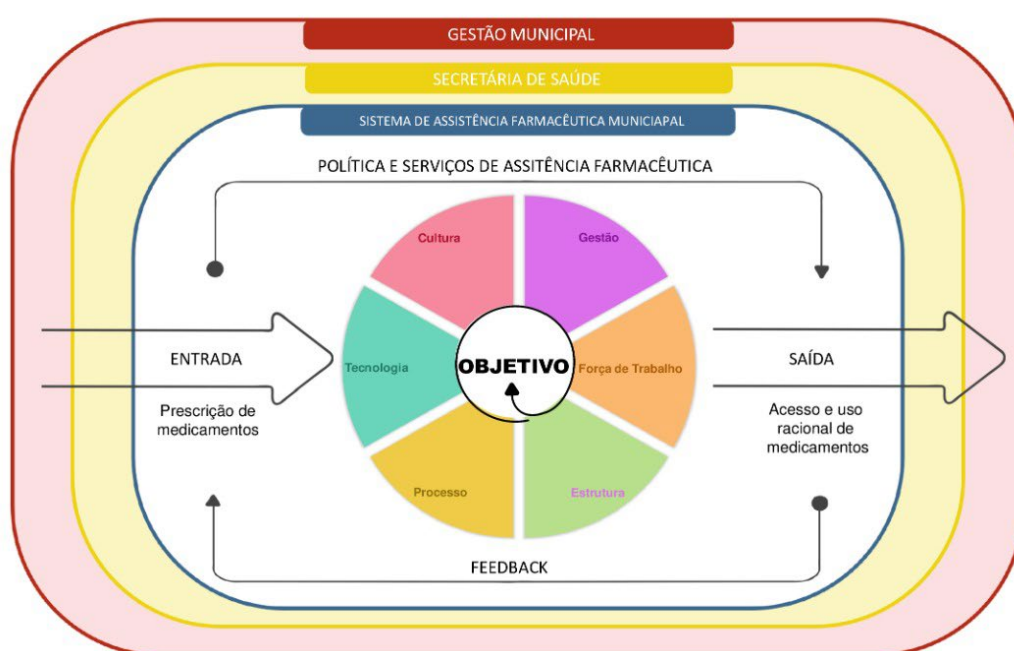
Número	Ano	Artigo	Autor	Objetivo	Conclusão
8	2015	Gestão da assistência farmacêutica avaliação de um município catarinense.	Mendes SJ	Avaliar a gestão da assistência farmacêutica em um município catarinense, sob as dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade.	Necessidade de intervenção na gestão da AF.
9	2017	Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil	Souza GS	Caracterizar o estágio atual da institucionalização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros.	O estudo mostrou um processo de institucionalização heterogêneo e parcial da assistência farmacêutica em municípios brasileiros, revelando desigualdades regionais. Destacaram-se positivamente as variáveis relacionadas aos aspectos normativos da institucionalização em todas as dimensões, entretanto faz-se necessário novos estudos para avaliar a institucionalização das atividades finalísticas da assistência farmacêutica.
10	2017	Gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Brasil	Gerlack LF	Identificar fatores condicionantes da gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde.	A gestão da Assistência Farmacêutica encontra-se respaldada em um arcabouço legal e político, que deveria nortear e contribuir para melhoria da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. No entanto, há um descompasso entre os objetivos fixados por essas normativas e o que se observa na realidade.
11	2017	Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil.	Bittencourt RA	Avaliar a situação da AF no município de Uruguaiana.	Os resultados encontrados parecem demonstrar a deficiência da AF em Uruguaiana quanto ao planejamento, à gerência e à assistência ao paciente. A ausência de gestão efetiva pode resultar em desperdícios e no uso incorreto de medicamentos.

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Após a seleção dos artigos, os mesmos foram analisados com o apoio do software ATLAS.ti e foram extraídas as descrições dos indicadores de avaliação da AF municipal e categorizados segundo os componentes do sistema sociotécnico da AF propostos por Bernardo, Soares e Leite (2021) (Figura 6 e Quadro 9).

O sistema da AF na APS proposto por Bernardo, Soares e Leite (2021) propõe uma estrutura sociotécnica ampliada usando sete elementos inter-relacionados envolvidos por um meio ambiente, como representado na Figura 6.

Figura 6. Tipificação dos componentes sociais e técnicos da Assistência Farmacêutica municipal



Fonte: Bernardo, Soares e Leite (2021)

Quadro 9. Componentes do Meio Ambiente (Cenário) e do Sistema Interno do Sistema Sociotécnico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária

(continua...)

Componentes	Adaptação para o estudo
Meio ambiente	Caracterização do ambiente onde a assistência farmacêutica está inserida de acordo com: objetivo, das diretrizes e metas da sociedade para a assistência farmacêutica.
Partes interessadas	Descreve a expectativa e resultados esperados da assistência farmacêutica na perspectiva da gestão municipal, da secretaria de saúde, dos usuários.
Financiamento	Financiamento da Assistência farmacêutica anual. Valor orçado, valor da receita.
Regulamentação	Descrição das normas e as leis municipais que regulamenta a organização e as atividades da assistência farmacêutica.

Quadro 9. Componentes do Meio Ambiente (Cenário) e do Sistema Interno do Sistema Sociotécnico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária

(conclusão)

Componentes	Adaptação para o estudo
Objetivos	Descrição do objetivo da assistência farmacêutica municipal para os diferentes atores envolvidos.
Gestão da assistência farmacêutica	Descreve a estrutura organizacional e apresenta processo de avaliação e monitoramento da assistência farmacêutica municipal.
Força de trabalho	Descrição do conjunto de pessoas com capacidade e habilidade para realizar as atividades da assistência farmacêutica. Os grupos de trabalho onde as tarefas são executadas, descrição das pessoas envolvidas no trabalho e sua formação.
Estrutura	Descrição das estruturas e infraestrutura por grupo de trabalho do sistema da assistência farmacêutica
Processos	Descreve as principais atividades por grupo de trabalho da assistência farmacêutica da atenção primária. Porque a unidade de trabalho existe, o que a equipe faz, como se comunica com o sistema e com o meio ambiente em seus aspectos técnicos e relacionais
Tecnologia	Descrição do tratamento medicamentoso e dos instrumentos utilizados para seu acesso, uso e monitoramento. Tratamento medicamentoso: Critérios e locais de padronização, acesso e acompanhamento dos resultados do tratamento medicamentos. Instrumentos: Relação municipal de medicamentos (REMUME), Prontuário eletrônico, protocolo, sistema informatizado.
Cultura	Descreve a cultura organizacional da assistência Farmacêutica sobre três aspectos: Símbolos: são nomes, logomarcas e características físicas usadas para conduzir a imagem da organização. Rituais: são as ações costumeiras e repetidas dentro de uma organização. Ideologia: são as crenças, princípios morais e valores que proveem a base para a tomada de decisão organizacional.

Fonte: Bernardo, Soares e Leite (2021)

4.3 Resultados e Discussão

Quanto ao número de artigos recuperados, foram 133 documentos, dos quais 11 artigos foram selecionados segundo os critérios de inclusão. O período de publicação dos estudos selecionados foi de 2005 a 2017. Dos artigos selecionados, 3 representam amostra de municípios com abrangência nacional (estudos 8, 9 e 11); 2 artigos referem-se ao contexto de municípios da região Centro Oeste (1, 3); 4 publicações referentes à região Nordeste (4, 5, 6, 7) e 2 à região Sul do país (2, 11).

Em relação ao objetivo dos estudos selecionados, todos (n=11) avaliaram a organização da AAF e alguns dos componentes do sistema da AF na APS para a promoção do

acesso e uso racional de medicamentos na atenção primária. Foram localizadas 221 citações relacionadas à avaliação desses componentes, conforme descritas no Quadro 10.

Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF

(continua...)

Partes interessadas	Identificação	Conteúdo da Citação
<i>Barreto et al.</i> (2010) ¹⁴	4:30	Percentual de gestores, farmacêuticos e prescritores que consideram suficiente a quantidade de medicamentos nas UBS para atendimento da demanda.
	4:31	Percentual de gestores, farmacêuticos e prescritores que consideram adequada a diversidade de tipos de medicamentos disponível nas UBS para atendimento da demanda.
	4:39	Grau de satisfação de prescritores com a qualidade da informação para a prescrição de medicamentos.
	4:46	Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia onde recebeu o medicamento.
	4:47	Grau de satisfação do usuário em relação ao tempo de espera e atendimento pelo profissional na dispensação de medicamentos.
	4:48	Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.
<i>Mendes et al.</i> (2015) ³⁵	8:27	Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda segundo referido por secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.
	8:28	Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.
	8:41	Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.
	8:42	Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.
	8:43	Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.
	<i>Gerlak et al.</i> (2017) ¹⁵	10:24
10:25		Avaliação da organização da AF no município/DF, pelo gestor.
Financiamento	Identificação	Conteúdo da Citação
<i>Barreto et al.</i> (2010) ¹⁴	4:33	Existência de recursos orçamentários específicos para a aquisição de medicamentos dentro do orçamento global da saúde.
	4:34	Existência de contrapartida financeira municipal do PIAFB exigida pela legislação para aquisição de medicamentos pactuados.
	4:35	Percentual dos recursos do PIAFB gastos com aquisição de medicamentos pactuados em relação ao orçado.
	4:36	Observância de regularidade recomendada no envio da prestação de contas dos recursos aplicados em aquisição de medicamentos pelo município para o estado.

Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF

(continua...)

<i>Bruns et al.</i> (2014) ³⁴	7:3	Fracionamento de despesas para aquisição de medicamentos.
	7:4	Aquisição de medicamentos com preço superior ao do fornecedor ou do banco de preços em saúde (BPS).
	7:11	Desvio de recursos e fraudes do programa de Assistência Farmacêutica.
	7:12	Desvio de recursos e fraudes do programa de Assistência Farmacêutica.
	7:13	Falta de comprovação dos gastos com os recursos da Assistência Farmacêutica.
	7:14	Falta de contrapartida da Secretaria Estadual de Saúde (SES).
<i>Mendes et al.</i> (2015) ³⁵	8:19	Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 4 (quatro) anos em serviços de AF.
	8:23	Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos no último ano.
<i>Souza et al.</i> (2017) ³⁶	9:6	Realização de gasto com estruturação da AF municipal.
	9:7	Aplicação do valor total da contrapartida municipal com AF.
	9:18	Realização de gasto com estruturação da AF municipal.
<i>Gerlak et al.</i> (2017) ¹⁵	10:8	Municípios onde há prestação de contas dos gastos com AF feita no conselho municipal de saúde do município.
	10:21	Municípios que receberam do Estado ou União recursos destinados à estruturação da AF primária no último ano (reformas, construção etc.).
	10:22	Municípios que realizaram gastos com a estruturação da AF no último ano.
Regulamentação	Identificação	Conteúdo da Citação
<i>Vieira et al.</i> (2008) ²⁹	3:9	Atendimento à legislação vigente das licitações públicas
Gestão da Assistência Farmacêutica	Identificação	Conteúdo da Citação
<i>Barreto et al.</i> (2010) ¹⁴	4:1	Condição de existência da CMAF na SMS.
	4:2	Percentual de farmacêuticos que conhecem a existência da CMAF.
	4:3	Percentual de gestores (secretário, coordenadores de programa e dirigentes de unidades básicas) que conhecem a CMAF.
	4:5	Participação do CMS nas decisões sobre questões concernentes à assistência farmacêutica no município.
	4:8	Percentual de gestores (gerentes de unidades e coordenadores de programa) que participam da elaboração do PMAF.
	4:9	Percentual de farmacêuticos que participam da elaboração do PMAF.
	4:10	Grau de incorporação das propostas para a assistência farmacêutica no PMS.
	4:11	Participação da CMAF na elaboração do PMS.
	4:12	Participação da CMAF na PPI do estado.
	4:16	Grau de autonomia decisória da CMAF.
	4:37	Percentual de gestores e farmacêuticos que referem a existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as UBS e a unidade central da SMS para resolução de questões sobre medicamentos.
	4:40	Percentual de gestores que referem a existência de estratégias de articulação entre a coordenação da assistência farmacêutica e o PSF e PACS.

Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF

(continua...)

	4:41	Existência de parceria entre a CMAF e o estado.
	4:44	Percentual de gestores que referem a existência de canais institucionalizados nas UBS para receber críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos.
	4:45	Percentual de usuários que referem conhecer a existência de canais institucionalizados para receber críticas, sugestões sobre os serviços relacionados com medicamentos oferecidos na unidade.
Souza <i>et al.</i> (2011) ³²	5:1	Institucionalização da AssistFar.
	5:2	Planejamento da organização da AssistFar.
	5:3	Estruturação e organização dos serviços da AssistFar.
	5:4	Avaliar as ações de AssistFar.
Castro <i>et al.</i> (2014) ³³	6:2	Capacidade para realizar a Gestão do Ciclo da Assistência farmacêutica.
Bruns <i>et al.</i> (2014) ³⁴	7:15	Percentual de farmacêuticos que participam da elaboração do PMAF.
Mendes <i>et al.</i> 2015 ³⁵	8:1	Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF.
	8:3	Conhecimento da existência da Coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US.
	8:6	Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde.
	8:7	Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos.
	8:8	Participação da Coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).
	8:29	Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.
	8:30	Estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de US e farmacêuticos.
	8:31	Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações da ESF e da EACS.
	8:32	Existência de parceria entre a Coordenação de AF do município e a coordenação estadual.
	8:34	Existência de parceria entre a Coordenação de AF do município e a coordenação estadual.
	8:35	Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.
	8:39	Elaboração participativa dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde.
8:40	Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	
Souza <i>et al.</i> (2017) ³²	9:1	Coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde.
	9:2	A AF consta do Plano Municipal de Saúde.

Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF

(continua...)

	9:9	Coordenação da AF tem autonomia total ou parcial na gestão dos recursos financeiros.
	9:15	Existe mecanismos para receber críticas e sugestões dos trabalhadores
	9:16	Existência de mecanismos para receber críticas e sugestões dos usuários.
	9:17	Conselho Municipal de Saúde discute e delibera sobre AF.
	9:19	Usuários participam das decisões relacionadas à gestão da AF.
Gerlack <i>et al.</i> (2017) ¹⁵	10:1	AF no organograma da Secretaria de Saúde.
	10:2	AF no plano municipal/Distrital de saúde.
	10:9	Municípios onde participação do gestor da AF no CMS.
	10:10	Municípios onde o CMS delibera sobre questões concernentes à AF.
	10:11	Municípios que possuem mecanismos para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF.
	10:12	Municípios que possuem mecanismos para receber críticas e sugestões dos trabalhadores da saúde sobre a AF.
	10:20	Municípios onde a coordenação da AF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF.
Força de Trabalho	Identificação	Nome da Citação
Silva e Naves <i>et al.</i> (2005) ²⁷	1:2	Presence of a pharmacist.
Bernardi <i>et al.</i> (2006) ²⁸	2:1	Número de farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica (AF).
	2:2	Capacitação/reciclagem de trabalhadores em AF.
Barreto <i>et al.</i> (2010) ¹⁴	4:15	Percentual de UBS em que o farmacêutico é o responsável pela elaboração da programação de necessidades de medicamentos essenciais.
	4:22	Percentual de UBS em que o farmacêutico é o profissional responsável pela dispensação de medicamentos.
	4:43	Percentual de farmacêuticos que participam de treinamento na área de assistência farmacêutica.
Castro <i>et al.</i> (2014) ³³	6:8	Capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a Assistência Farmacêutica.
Bruns <i>et al.</i> (2014) ³⁴	7:10	Ausência do farmacêutico (responsável pelo Serviço de Assistência Farmacêutica)
Mendes <i>et al.</i> (2015) ³⁵	8:2	Responsável (is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às unidades de saúde.
	8:11	Unidade de saúde que contam com a presença de farmacêutico.
	8:20	Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.
	8:36	Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde co...
	8:37	Vínculo trabalhista do coordenador da AF.
	8:38	Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos.

Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF

(continua...)

<i>Souza et al.</i> (2017) ³⁶	9:8	Responsável pela AF é farmacêutico.
	9:13	Existe qualificação de profissionais da AF.
<i>Gerlack et al.</i> (2017) ¹⁵	10:13	Grau de escolaridade do gestor.
	10:14	Porcentagem de municípios que oferecem qualificação ou capacitação para profissionais da AF.
	10:16	Municípios onde o farmacêutico é quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados.
	10:19	Municípios onde a secretaria conta com assessoria jurídica para responder as demandas judiciais.
Estrutura	Identificação	Nome da Citação
<i>Mendes et al.</i> (2015) ³⁵	8:12	Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistem...
	8:17	Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições...
<i>Souza et al.</i> (2017) ³⁶	9:11	Existência de sistema informatizado para gestão da AF.
<i>Gerlack et al.</i> (2017) ¹⁵	10:27	Municípios onde há registros de medicamentos...
	10:28	Municípios onde há um sistema informatizado para gestão da AF?
	10:30	Municípios onde o sistema informatizado contempla...
	10:31	Municípios onde o sistema informatizado está ligado em rede com UB...
	10:32	Municípios onde o sistema informatizado possui cadastro de usuári...
Processos	Identificação	Nome da Citação
<i>Silva e Naves et al.</i> (2005) ²⁷	1:3	Identification of non-dispensed drugs.
	1:5	Overall knowledge was considered positive if a patient knew the drug name, dose and duration of treatment.
	2:3	Adequação às Boas Práticas de Armazenagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).
	2:4	Número de UBS que possuem a REMEB disponível nas farmácias municipais.
	2:5	Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas de armazenamento municipais.
<i>Vieira et al.</i> (2008) ²⁹	3:3	Regularidade no funcionamento da CFT.
	3:4	Percentual de gestores que conhecem o PMAF.
	3:5	Percentual de farmacêuticos que conhecem a existência de PMAF.
	3:6	Percentual de UBS que realizam programação de necessidades de medicamentos essenciais.
	3:7	Percentual de informantes que referem a utilização de critérios técnicos na elaboração da programação necessidades de medicamentos
	3:10	Percentual de gestores, farmacêuticos e prescritores que conhecem a REMUME.
	3:11	Existência de regularidade recomendada na revisão da REMUME pela CFT.
3:12	Existência de medicamentos vencidos no estoque da farmácia da UBS.	

Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF

(continua...)

<i>Barreto et al.</i> (2010) ¹⁴	4:4	Existência de condições físicas e ambientais mínimas/indispensáveis para armazenamento de medicamentos.	
	4:6	Tipo de orientação fornecida pelo farmacêutico ao paciente no ato de dispensação do medicamento.	
	4:7	Percentual de UBS com cadastro do paciente em uso regular de medicamentos.	
	4:13	Existência de banco de preços para orientar a aquisição de medicamentos.	
	4:14	Existência do uso da DCB no processo de programação e aquisição de medicamentos.	
	4:17	Existência de parecer técnico para aquisição de medicamentos fornecidos pela coordenação de assistência farmacêutica.	
	4:19	Existência da aquisição de medicamentos fora da lista dos pactuados	
	4:20	Percentual de gestores que referem a existência de regularidade do fluxo de abastecimento de medicamentos da unidade central para UBS.	
	4:21	Condições adequadas do transporte de medicamentos para distribuição nas UBS.	
	4:23	Percentual de prescritores que referem receber material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias da unidade.	
	4:24	Regularidade no funcionamento da CFT.	
	4:25	Regularidade no funcionamento da CFT.	
	4:26	Percentual de gestores que conhecem o PMAF.	
	4:27	Percentual de farmacêuticos que conhecem a existência de PMAF.	
	4:28	Percentual de UBS que realizam programação de necessidades de medicamentos essenciais.	
	4:29	Percentual de informantes que referem a utilização de critérios técnicos na elaboração da programação necessidades de medicamentos	
	4:32	Percentual de gestores, farmacêuticos e prescritores que conhecem a REMUME.	
	4:38	Existência de regularidade recomendada na revisão da REMUME pela CFT.	
		4:4	Existência de medicamentos vencidos no estoque da farmácia da UBS.
	<i>Souza et al.</i> (2011) ³²	5:6	Utilização ou elaboração da Rename.
5:9		Programação adequada.	
5:10		Defragação do processo de aquisição em tempo oportuno.	
5:11		Programação adequada.	
5:14		Garantia do armazenamento correto no almoxarifado.	
5:15		Garantia de transporte adequado dos medicamentos.	
5:16		Armazenamento nas unidades dispensadoras e/ ou nas U.S.	
5:17		Promoção da adesão dos prescritores à Rename.	
5:18		Promoção da qualidade das prescrições.	
5:19		Promoção de educação para o uso racional de medicamentos para os prescritores.	
5:20		Organização da farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas U.S.	
5:21		Garantia do processo de trabalho adequado na dispensação.	
5:22	Garantia do processo de trabalho adequado na dispensação.		

Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF

			(continua...)
<i>Castro et al.</i> (2014) ³³	6:3	Capacidade para trabalhar com uma Relação de Medicamentos Essenciais ou para elaborá-la.	
	6:4	Capacidade para assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos.	
	6:5	Capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas.	
	6:6	Capacidade de avaliar a prescrição.	
	6:7	Capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde.	
	6:9	Capacidade para implantar o sistema de farmacovigilância no município.	
<i>Bruns et al.</i> (2014) ³⁴	7:1	Ausência de programação e/ou procedimentos de controle.	
	7:2	Inobservância das normas de aquisição de medicamentos/processo licitatório irregular.	
	7:5	Aquisição de medicamentos sem licitação.	
	7:6	Controle de estoque deficiente/inexistente de medicamentos.	
	7:7	Condições inadequadas de armazenamento.	
	7:8	Medicamentos com validade expirada.	
	7:9	Falta de controle na dispensação de medicamentos.	
<i>Mendes et al.</i> (2015) ³⁵	8:5	Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	
	8:9	Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	
	8:10	Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	
	8:16	Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US.	
	8:18	Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	
	8:21	Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico.	
	8:25	Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.	
	8:26	Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume pelos prescritores.	
<i>Souza (2017)</i> ³⁶	9:12	Realização de atividade de caráter clínico.	
	9:14	Disponibilizam-se informações para a população dos locais de entrega de medicamentos.	
<i>Gerlack et al.</i> (2017) ¹⁵	10:4	Reunião da CFT com regularidade mínima semestral em Municípios/DF.	
	10:6	Municípios/DF com frequência de atualização da lista de medicamentos pelo menos anual.	
	10:7	Municípios onde há comissão permanente de licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos.	
	10:18	Municípios onde a relação da porcentagem média de medicamentos vencidos pelo total de aquisições é de até 5%.	
	10:23	Gestores que não souberam informar qual foi o gasto total do município com a AF no último ano.	

Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF

(continua...)		
	10:26	Municípios onde há algum mecanismo para o registro de queixa técnica e notificação de eventos adversos dos medicamentos.
	10:29	Municípios onde há monitoramento das condições local de armazenamento dos medicamentos.
<i>Bittencourt et al. (2017)</i> ³⁷	11:2	Percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME11, edição 2011 (vigente no período do estudo).
	11:3	Percentual de consultas médicas com prescrição de medicamento injetável.
	11:5	Percentual de consultas médicas com prescrição de medicamento injetável.
Tecnologia	Identificação	Identificação
<i>Silva e Naves et al. (2005)</i> ²⁷	1:1	40 drugs considered most important for primary care was selected by researchers after consultation with local experts and the local Essential Drug List (Annex).
	1:4	Essential Drug List were also collected.
<i>Bernardi et al. (2006)</i> ²⁸	2:6	Disponibilidade de medicamentos marcadores nas UBS.
	2:7	Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido nas UBS.
	2:8	Número médio de itens de medicamentos por prescrição nas UBS.
	2:9	Porcentagem de medicamentos prescritos da REMEB/RS nas UBS.
	2:10	Quantidade de medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) nas UBS.
	2:11	Porcentagem de itens de medicamentos prescritos atendidos nas UBS.
<i>Vieira et al. (2008)</i> ²⁹	3:1	Para a avaliação da seleção, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 13 foi utilizada como referência por traduzir o resultado de estudos sobre as opções de medicamentos mais seguros e eficazes disponíveis no mercado brasileiro.
	3:8	Padronização específica para gestante, parto e neonato.
	3:2	Existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica.
	3:5	RENAME como referencial de padronização.
<i>Barreto et al. (2010)</i> ¹⁴	4:18	Percentual de medicamentos prescritos com base no elenco pactuado de medicamentos para a atenção básica.
	4:42	Tipo (diversidade) de recursos incorporados a assistência farmacêutica através de parceria com o estado.
<i>Vieira et al. (2008)</i> ²⁹	5:12	Garantia da disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportuno para atender às necessidades de saúde.
	5:13	Garantia da qualidade dos medicamentos adquiridos.
	5:7	Existência de Remume impressa e disponível aos prescritores nos consultórios.
	5:8	Existência de protocolos Clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas U.S.
<i>Bruns et al. (2014)</i> ³⁴	7:16	Falta de medicamentos à população/Descumprimento do estoque mínimo e obrigatório.

Quadro 10. Descrição das citações relacionadas aos componentes do SST da AF

			(conclusão)
<i>Mendes et al.</i> (2015) ³⁵	8:13	Existência da Remume.	
	8:14	Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas/padronizadas pelo município.	
	8:15	Medicamentos que constam na Remume e que não constam na Rename 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB. 5 0 Vermelho 4.	
	8:22	Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos.	
	8:24	Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	
	8:33	Tipo (diversidade) de recursos incorporados a AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual.	
	8:4	Existência formal da CFT na SMS.	
<i>Souza et al.</i> (2017) ³⁶	9:10	Existe POP para recebimento, armazenamento, distribuição e entrega de medicamento.	
	9:3	Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica.	
	9:4	Existe Lista Padronizada de Medicamentos.	
	9:5	Existe Comissão Permanente de Licitação exclusiva para aquisição de medicamento.	
<i>Gerlack et al.</i> (2017) ¹⁵	10:15	Municípios onde há POP.	
	10:3	Municípios/DF com CFT.	
	10:5	Municípios/DF que possuem lista de medicamentos.	
<i>Bitencourt et al.</i> (2017) ³⁷	11:1	Número médio de medicamentos por consulta médica (observado a partir da prescrição médica logo após a saída da consulta).	
	11:4	Quantidade de medicamentos dispensados entre os prescritos (observada após a consulta, no ato da dispensação).	

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Nos estudos avaliados (n=11), observou-se um total de 221 citações de itens avaliados. Dessas citações, 32 estavam relacionadas ao meio ambiente e 189 ao SST da AF na APS. A relação dos componentes avaliados de acordo com a categorias proposta por Bernardo *et al.* (2020) estão categorizadas na Tabela 11.

Tabela 11. Categorização dos componentes sociotécnicos da AF na APS avaliados nos estudos selecionados

(continua...)			
Categoria Estrutural	Componentes	Número de citações (N)	Porcentagem na Categoria estrutural (%)
	Partes interessadas	13	41
Meio ambiente	Financiamento	18	56
	Regulamentação	1	3
Subtotal		32	100

Tabela 11. Categorização dos componentes sociotécnicos da AF na APS avaliados nos estudos selecionados

			(conclusão)
Categoria Estrutural	Componentes	Número de citações (N)	Porcentagem na Categoria estrutural (%)
Sistema sociotécnico da AF na APS	Objetivo	0	0
	Gestão da AF	48	25
	Força de trabalho	20	11
	Estrutura	8	4
	Processo	77	41
	Tecnologia	36	19
	Cultura	0	0
Subtotal		189	100

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Sobre a avaliação dos componentes do meio ambiente, identificou-se que 5 estudos avaliaram o financiamento (4, 7, 8, 9, 10); apenas o estudo 3 avaliou regulamentação; e 3 avaliaram as partes interessadas (4, 8 e 10). Quanto aos componentes do SST da AF, os componentes Objetivo e Cultura não foram avaliados em nenhum estudo. Os demais componentes avaliados nos estudos estão descritos na Tabela 12.

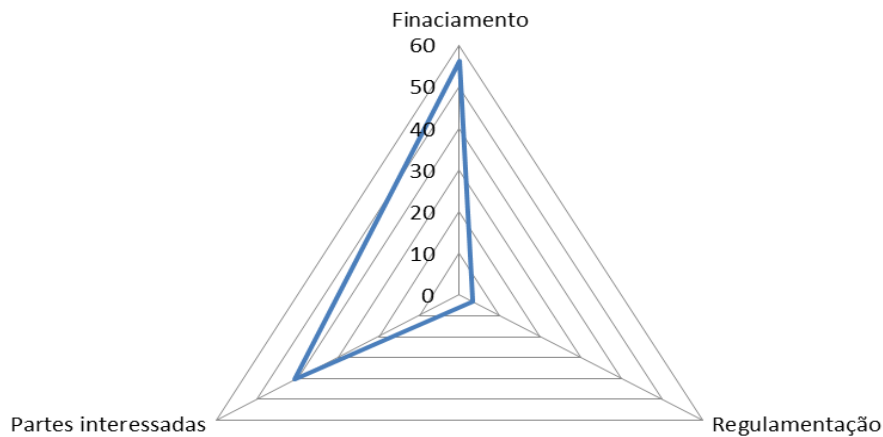
Tabela 12. Relação do número de citações por componentes analisados nos artigos relacionados ao SST da AF

Componente da SST-AF	Nº de Citações	Identificação dos artigos
Gestão da Assistência Farmacêutica	48	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Força de trabalho	20	1, 4, 6, 7, 8, 9, 10
Estrutura	8	8, 9, 10
Processos	77	Todos
Tecnologia	36	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

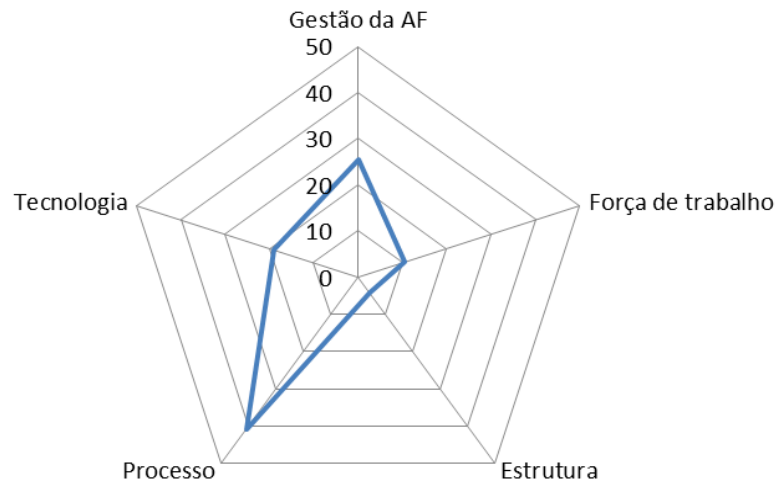
Pode-se observar uma heterogeneidade na distribuição dos componentes avaliados nos estudos, tanto no meio ambiente quanto no SST da AF (Gráficos 4 e 5).

Gráfico 4. Representação do número de citações relacionadas ao meio ambiente da AF na APS



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Gráfico 5. Representação do número de citações relacionadas do sistema interno da AF na APS



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Como pode ser visualizado nas Tabelas 10 e 11, houve maior número de citações relacionadas aos componentes técnicos do SST da AF na APS (188 citações) do que aos sociais (33 citações).

4.4 Discussão

Para Clegg (2000), os princípios da abordagem sociotécnica devem ser considerados desde a avaliação até a organização dos sistemas e destinam-se a capturar uma visão ampliada sobre eles. Para o autor, a avaliação e a organização dos sistemas devem ter os seguintes aspectos: envolver tanto os aspectos técnicos quanto os sociais; ter centralidade nas decisões de em quem o usa, os gera e os mantém, ou seja, da sua força de trabalho e dos usuários; a

avaliação do sistema deve ser feita considerando os objetivos da organização e sua força de trabalho – um aspecto social e essencial; envolver multidisciplinaridade; ter investimento de recursos, tempo, esforço, conhecimento, habilidades e experiência; ser considerado como um processo político no qual várias partes interessadas são afetadas pelo desenvolvimento, implementação, gestão e uso.

A sistematização das avaliações da AF municipal aqui apresentada indica a focalização dos processos avaliativos que constroem sua capacidade de identificar e compreender a complexidade da AF municipal de forma sistêmica, como defendido por Clegg (2000). O baixo número de estudos que se dedicaram a avaliar a AF em múltiplos aspectos já é, em si, um resultado importante: a maior parte dos estudos publicados busca respostas para os problemas reconhecidos na implementação da política de AF, avaliando elementos de seus componentes, como o financiamento, ou a prescrição de medicamentos, ou os serviços farmacêuticos clínicos, isolando-os do sistema em que ocorrem. Muitos desses estudos buscam indicar as intervenções que governos ou profissionais deveriam realizar, baseados em uma visão recortada da realidade social e, quase que unanimemente, técnica e tecnicista.

Entre os estudos incluídos nesta revisão, é importante observar que, ainda que tenham buscado uma visão de múltiplos fatores, têm um claro entendimento da AF como um conjunto de componentes técnicos, como descritos no Quadro B. A AF, em seu processo de implementação da descentralização das responsabilidades e da execução da política pelos municípios, foi didaticamente descrita como o “ciclo da AF” em algumas publicações, como a de Marin *et al.* (2003). A proposta organizadora dos processos envolvidos na AF como ciclo autoalimentado, fechado, foi essencial para o desenvolvimento inicial da gestão municipal AF. Havia grande deficiência de qualificação profissional para essa atividade, pois a formação farmacêutica não incluía a gestão pública e os serviços farmacêuticos (LEITE *et al.*, 2015; BERMUDEZ *et al.*, 2018).

Essa visão pode contribuir para sistematizações que promovam a organização dos serviços farmacêuticos na atenção primária, sustentadas na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença e que atendam às necessidades, utilizando um modelo de gestão descentralizado e compartilhado na atenção básica (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE *et al.*, 2015).

Nos estudos analisados, Vieira *et al.* (2007) apontou que a assistência farmacêutica se desenvolve de maneira fragmentada no Sistema Único de Saúde (SUS), o que poderia ser

revertido com a adoção de um enfoque sistêmico na sua organização, integrada às demais políticas e instituída de acordo com a legislação vigente, corroborando, assim, para com a evidente necessidade da importância da institucionalização da AF na APS como um sistema da APS.

4.5 Conclusão

Esta revisão integrativa da literatura mostra que a aplicação da abordagem sociotécnica tanto para avaliar quanto para subsidiar a organização da AF na APS seja um caminho para a ampliação de sua efetividade enquanto política pública. Entretanto, se as avaliações dos sistemas não privilegiam um olhar sistêmico, ocorre um comprometimento do seu entendimento e efetivação nessa perspectiva. O objetivo da avaliação e da organização sociotécnica é auxiliar a esclarecer, oferecer ideias, promover mais debates e incentivar a ação, criar inovações para soluções não encontradas (CLEGG, 2000; CLEGG; WALSH, 2004; CHALLENGER; CLEGG, 2011).

A ausência de avaliação sobre os componentes Objetivos e Cultura, do sistema da AF, demonstra que o foco principal nos componentes técnicos dos sistemas evidencia a ausência de uma visão sistêmica nos estudos analisados.

CAPÍTULO 5

5. EXPERIMENTO DE TRANSIÇÃO SOCIOTÉCNICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

5.1 Introdução

Sabemos que o cenário da saúde pública não será o mesmo nos próximos 10 anos. Os sistemas de saúde em todo o mundo enfrentam pressões crescentes a serem superadas para oferecer atendimento de alta qualidade com recursos limitados, problemas estes que decorrem de uma combinação de fatores de mudanças demográficas, sociais e tecnológicas que impactam as condições de saúde da população, como o envelhecimento e o aumento da população urbana, o aumento de incidência de doenças crônicas, aliados à crescente incorporação tecnológica nos sistemas de saúde, o que alteram as necessidades de atendimento, gerando pressões econômicas e trazendo impactos na gestão e na prestação dos serviços de saúde (WHO, 2018; OLIVEIRA, 2014; KRUK *et al.*, 2018).

Esses desafios se agravaram com o enfrentamento da pandemia da COVID-19, com a crescente demanda por instalações de saúde e escassos profissionais de saúde, deixando os sistemas de saúde sobrecarregados e incapazes de operar de maneira eficaz, decorrendo desse contexto a possibilidade do aumento da mortalidade por doenças evitáveis e tratáveis. Por outro lado, os gestores da área de saúde reconhecem cada vez mais o potencial da inovação para ajudar a responder a esse desafio e apoiar o atendimento de alta qualidade (WHO, 2020).

Para o desenvolvimento de sistemas de saúde de alta qualidade, é necessário otimizar os cuidados de saúde em cada contexto, disponibilizar entregas consistentes de cuidados que melhorem ou mantenham a saúde e que respondam às mudanças nas necessidades da população (KRUK *et al.*, 2018).

No Brasil, as mortes por doenças cardiovasculares representaram 180,3 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2016, sendo que aquelas relacionadas à hipertensão representaram uma taxa geral de 11,5 óbitos para cada 100 mil habitantes e, para o diabetes *mellitus*, essa taxa foi de 27,07 óbitos para cada 100 mil habitantes; diante desse contexto, o Brasil assumiu compromisso sobre prevenção e tratamento de DCNT perante a Organização das Nações Unidas (ONU).

Segundo Malta e Silva (2013), esse contexto culminou para que o Brasil aderisse ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022 e, conseqüentemente, atendesse às metas globais da Organização de Saúde (OMS). Entre os problemas a serem superados nos sistemas de saúde, destaca-se o acesso a medicamentos e cuidados primários, e dentro das metas a serem alcançadas destacamos:

- A garantia de que 50% das pessoas recebam medicamentos e aconselhamento.
- A disponibilidade de 80% dos medicamentos essenciais para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis prioritárias nas instalações de cuidados primários.

Essas metas foram traçadas a partir do entendimento de que, para o desenvolvimento de sistemas de saúde sustentáveis, os medicamentos foram priorizados pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um recurso essencial (WHO, 2020; MARJANOVIC *et al.*, 2020), considerada a estratégia terapêutica mais utilizada pela sociedade para a proteção e recuperação da saúde. O desafio para os países no que tange às políticas de medicamentos é prover o acesso a medicamentos seguros e de qualidade garantida, pois a baixa disponibilidade e a descontinuidade desse insumo impactam na cadeia assistencial e indicam possíveis deficiências na gestão da cadeia logística (WHO, 2020; OZAWA *et al.*, 2019; WHO, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Diante do cenário apresentado e no contexto do desenvolvimento sustentável da sociedade, destaca-se a importância de apresentar e estudar evidências sobre inovações na organização da AF municipal, que se apresentem como potencial para gerar a transição no sistema de saúde e contribuir para sua sustentabilidade.

Segundo Malerba e Orsenigo (2002), Chataway *et al.* (2006), Schot e Steinmueller (2017) e Marjanovic *et al.* (2020), os estudos de inovação em saúde, em sua maioria, concentram-se nas estratégias industriais, na perspectiva de competitividade econômica, ou enfocam processos técnicos dentro de um contexto organizacional. Existem poucos estudos abrangentes que consideram o que precisa acontecer, em todo o sistema, para resolver gargalos de maneira sistêmica e sustentável.

Na sua maioria, os estudos também são generalistas e não apontam o que precisa ser feito para contribuir na tomada de decisão sobre pontos-chave para a melhoria dos sistemas (MARJANOVIC *et al.*, 2020; ALBURY *et al.*, 2018; COX *et al.*, 2018).

Os estudos de transição são considerados um campo recente de pesquisa, cujo objetivo inclui o estudo de transições para a sustentabilidade. As transições podem ser entendidas como um tipo específico de mudança social, uma mudança de como uma necessidade social (energia, saúde, mobilidade, habitação ou agricultura) é realizada (SENGERS *et al.*, 2016).

Para Rotmans *et al.* (2000), a transição foi primeiramente definida como uma mudança estrutural da sociedade, que é o resultado de uma coevolução de desenvolvimentos econômicos, culturais, tecnológicos, ecológicos e institucionais em diferentes níveis de escala. Rotmans e Loorbach (2010, p. 19) definiram uma transição como “uma mudança fundamental na estrutura, cultura e práticas”.

O desenvolvimento de uma transição pode explicar um tipo específico de mudança social, de uma mudança fundamental na forma dominante de uma necessidade social, como a necessidade de cuidados de saúde, mobilidade, habitação e agricultura. Aprender sobre os caminhos de transição possíveis e desejáveis de determinados segmentos da sociedade é um importante instrumento e um importante processo para o desenvolvimento social compreendidos como práticas de gestão participativa e integrativa da transição sociotécnica (BOSH, 2010).

Segundo Verbong (2000) e Geels (2002), os estudos de caso de transições históricas enfatizam o importante papel dos experimentos. O paradoxo é que estudos de caso de experimentos contemporâneos com práticas sustentáveis mostram que experimentos em pequena escala raramente surgem e não se tornam parte de práticas dominantes (HOOGMA *et al.*, 2002; SMITH, 2007).

No setor da saúde, no Brasil, nos últimos 30 anos, ocorreram várias modificações significativas em relação às políticas de acesso a medicamentos. Saímos de um cenário onde o direito ao acesso era para pessoas de baixa renda, das políticas instituídas na década de 70 para o direito universal na década de 90, em que, alavancadas pela criação do SUS, confeririam ao Estado um papel em sentido mais amplo e contemporâneo, no dever de assegurar o direito à saúde de forma universal, integral e equânime (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), podemos considerar que essa transição oportunizou o acesso a medicamentos para aproximadamente 47,5% dos adultos e idosos portadores de doenças crônicas no Brasil; infelizmente, esse acesso não foi igualitário em todas as regiões do Brasil

e entre as classes de medicamentos disponíveis, porém podemos considerar que tal processo indicou um caminho para a redução das desigualdades socioeconômicas e contribuíram para um desenvolvimento sustentável do país (TAVARES *et al.*, 2016).

Em relação ao acesso aos serviços farmacêuticos na atenção primária, foi constatado, na PNAUM, que apenas 21,3% dos farmacêuticos declararam realizar atividades de natureza clínica, e para a maioria dos que não dispõem de local adequado para realizá-las, por outro lado, foram observados avanços quanto o aumento de sistemas informatizados, conhecimento das listas de medicamentos essenciais pelos prescritores; entretanto, revelaram-se desafios, como os problemas de infraestrutura das unidades de dispensação (COSTA *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2017).

Este trabalho apresenta um estudo de caso desenvolvido na complexidade do cenário das práticas da atenção primária à saúde e se propõe a apresentar, tanto para a comunidade científica quanto para os gestores que almejam pesquisar e implementar inovações com relevância social, um modelo de experimento de transição sociotécnica na AF municipal, que foi um ponto de partida para um processo de reorientação da AF na atenção primária.

Este artigo é a continuidade da pesquisa desenvolvida anteriormente (Capítulos 2 e 3), que busca propor um modelo de experimento de transição sociotécnica na AF para APS, e foi um ponto de partida para um processo de reorientação da AF na atenção primária.

O modelo foi construído com foco em desenvolver a metodologia para implementar modificações no SST da AF na APS para reduzir a redução na escassez de medicamentos nas unidades de dispensação do componente básico da assistência farmacêutica e, assim, efetivar a promoção do acesso e uso racional de medicamentos na atenção primária à saúde.

O objetivo foi identificar as modificações ocorridas no sistema de AF na atenção primária e os seu impacto nos componentes do sistema, a fim de identificar as potencialidades ou barreiras concernentes para instituição da AF como uma política pública desenvolvida na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença e integradas às políticas e às ações de saúde municipal. à ampliação dos resultados da AF na APS.

5.2 Metodologia

O presente trabalho fez parte do projeto no nível estratégico da Assistência Farmacêutica municipal, realizado no período de 2017 a 2019. O estudo foi fundamentado na teoria do experimento de transição de Rotmans *et al.* (2000; 2001), Rotmans (2003; 2005),

Van den Bosch (2006, 2010; 2017), Loorbach (2007), Guimarães *et al.* (2004); alinhado à visão sobre Gestão da Assistência Farmacêutica, conforme preconizam Barreto e Guimarães (2010), Mendes *et al.* (2015), Leite *et al.* (2015), e sustentado pela proposta de design e avaliação do sistema sociotécnico da AF na APS, criado por Bernardo, Soares e Leite (2021).

A metodologia utilizada foi um estudo de caso retrospectivo, de natureza quantitativa e qualitativa, cuja abordagem foi a triangulação de métodos, o que possibilitou a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação e apropriada, segundo Minayo, Assis e Souza (2005). A triangulação de métodos representa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a visão de informantes diversos e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanham o trabalho de investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A triangulação dos métodos ocorreu entre as teorias da gestão da AF, design e avaliação sociotécnica com a de experimento de transição.

Para a avaliação da capacidade de gestão municipal, foram aplicados conceitos de Barreto e Guimarães (2010), Mendes *et al.* (2015) e Leite *et al.* (2015); para o design e avaliação sociotécnica da AF na APS, foi utilizado o modelo proposto por Bernardo, Soares e Leite (2021) e, para análise do sistema sociotécnico, foram aplicadas fundamentações propostas por Rotmans *et al.* (2000), Rotmans (2003; 2005), Bosch (2006; 2010; 2017) e Loorbach (2007).

Esta pesquisa direcionou-se à análise da realidade e ao cotidiano da implementação de um projeto de reorientação da AF na atenção primária em um município catarinense que realizou um projeto de reorientação da AF de julho de 2017 a novembro de 2019, com foco na resolução de três problemas persistentes de longa duração relacionados à AF municipal, quais sejam:

1. Superar o desabastecimento de medicamentos nas unidades básicas de saúde e a insatisfação dos atores envolvidos;
2. Evitar o desperdício dos medicamentos, devido ao histórico do município de perda por grande quantidade de medicamentos vencidos.
3. Reduzir a insatisfação dos gestores, da equipe de saúde e dos usuários em relação aos serviços da AF no âmbito da atenção primária.

5.2.1 Local de estudo

Os dados utilizados são referentes a um município de médio porte, localizado na região do vale do Itajaí. As informações socioeconômicas e de saúde no município podem ser observadas nas Tabelas 13 e 14.

Tabela 13. Descrição dos indicadores demográficos e socioeconômicos

Informação	Município 2
População estimada [2019]	134.723 Pessoas
População no último censo [2010]	105.503 Pessoas
Densidade demográfica [2010]	372,51 hab/km ²
Percentual de domicílios urbanos	96,70%
PIB <i>per capita</i> [2016]	42.682,64 R\$
Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2016]	2,4 salários mínimos
Proporção de Pessoas ocupadas em relação à população total	44%131.703
Percentual de extrema pobreza	3,45%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0,795

Fonte: IBGE (2010)

Tabela 14. Descrição dos indicadores das condições de saúde e da estrutura de serviços da Atenção primária dos municípios

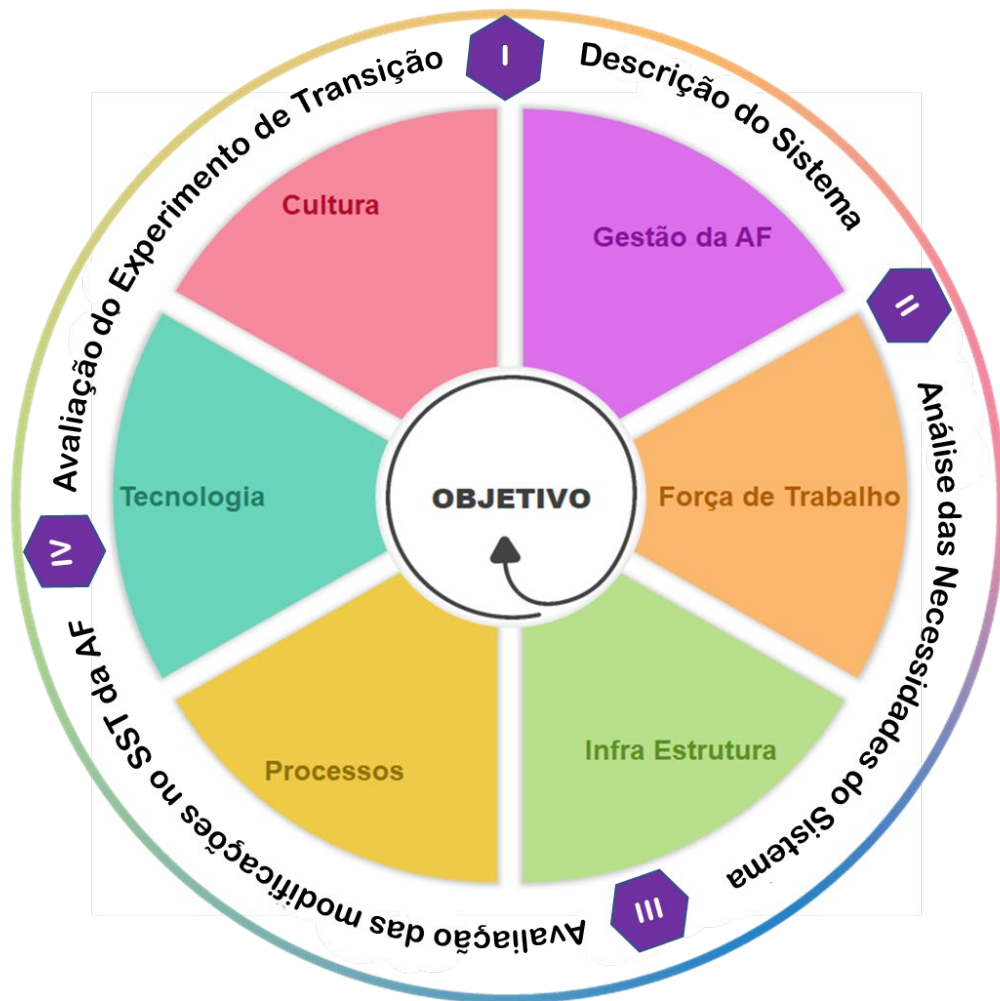
Informação	Resultados
Esperança de vida ao nascer estimada	78,6 anos
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade	10,26 óbitos por mil nascidos vivos
Cobertura da saúde da família	81,21%
Número de núcleo de apoio à estratégia da saúde da família	02

Fonte: IBGE (2010)

5.2.2 Percurso metodológico

O percurso metodológico foi adaptado do ciclo de transição desenvolvido por Bosch (2006) e Rotmans (2008) e compreendeu quatro etapas: avaliação do experimento de transição; descrição do sistema; análise das necessidades do sistema; avaliação das modificações no SST da AF (Figura 7).

Figura 7. Representação das etapas do percurso metodológico para desenvolver experimento de transição da AF na APS

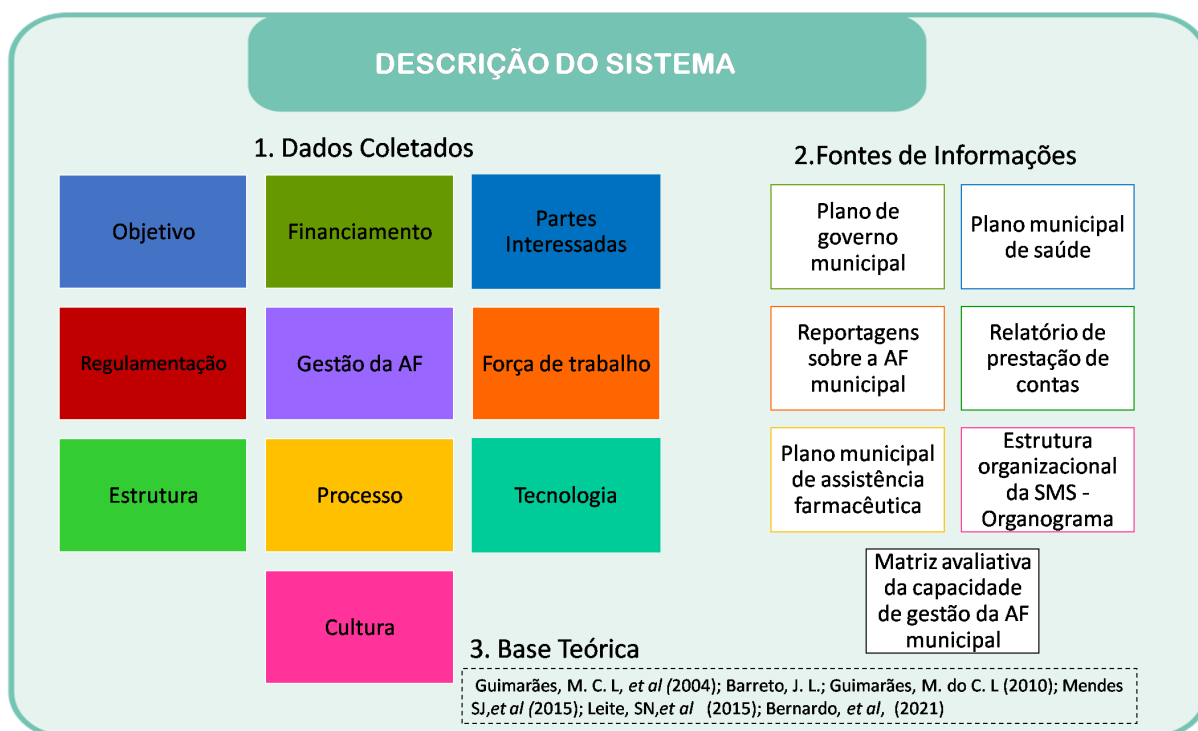


Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Etapa 1: Caracterização do SST da AF na APS

O sistema sociotécnico da AF na APS foi descrito referente ao cenário de julho de 2017, cuja caracterização foi realizada de acordo com o design e avaliação do SST proposto por Bernardo, Soares e Leite (2021). Na Figura 8, estão representadas as informações coletadas, a fonte de informação dos dados e a base teórica utilizada aplicada no desenvolvimento desta etapa.

Figura 8. Representação da Etapa 1 do percurso metodológico: Descrição do Sistema da AF da APS



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Etapa 2. Análise das necessidades do sistema sociotécnico da Assistência Farmacêutica municipal

A identificação das necessidades se baseou no conceito de operações fundamentais, caracterizadas por Segundo Bosh (2010) como sendo os componentes essenciais do processo produtivo, definidas pelas categorias analíticas e aplicadas para a compreensão de qualquer processo produtivo. As categorias descritas na Etapa 1 foram analisadas, classificando quais componentes não apresentavam de 0 a 25% das operações fundamentais relacionadas a ele.

Na Figura 9, estão representadas as informações coletadas, as fontes de informações e a base teórica para o desenvolvimento dessa etapa.

Figura 9. Representação da Etapa 2 do percurso metodológico: Análise das Necessidades do Sistema



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Neste estudo, a categorização das operações fundamentais seguiram as categorias propostas por Bernardo, Soares e Leite (2021) e a sua parametrização foi adaptada da matriz avaliativa descrita por Guimarães *et al.* (2004); Barreto e Guimarães (2010), Mendes *et al.* (2015), Leite *et al.* (2015), apresentadas no Quadro 11.

Quadro 11. Componentes e indicadores da avaliação sociotécnica da AF na APS propostos por Bernardo, Soares e Leite (2021)

(continua...)

Objetivo da AF	
Estar relacionado com o acesso e uso racional dos medicamentos	
Gestão da Assistência Farmacêutica	Pontuação
Dimensão organizacional	94
Dimensão operacional	102
Dimensão de sustentabilidade	96
Força de trabalho	
Condição de existência da coordenação da AF na SMS.	5
Grau de autonomia decisória da coordenação de AF.	10
Profissão do coordenador da AF	7
Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde.	10
Participação da coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	10
Responsável(is) pela definição dos parâmetros de programação para a distribuição de medicamentos às US.	7

Quadro 11. Componentes e indicadores da avaliação sociotécnica da AF na APS propostos por Bernardo, Soares e Leite (2021)

(continua...)

Força de trabalho	
US que contam com a presença de farmacêutico.	7
Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva/saúde pública ou áreas afins nos últimos dois 38 anos.	7
Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	7
Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos.	7
Estrutura	
Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.	6
Existência de instrumentos para verificar condições físicas e ambientais para o armazenamento de medicamentos.	6
Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 4 (quatro) anos em serviços de AF.	7
Processo	
Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US.	8
Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	6
Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos	8
Realização de programação para aquisição de medicamentos do componente Básico da AF.	6
Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (Componentes Básico, Especializado e Estratégico) adotadas/padronizadas pelo município.	6
Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	5
Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico	7
Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado à aquisição de medicamentos no último ano.	6
Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US, conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	6
Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.	7
Conhecimento de mecanismos de divulgação da REMUME pelos prescritores.	8
Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	4
Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	4
Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	6
Estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de US e farmacêuticos.	7
Tipo (diversidade) de recursos incorporados à AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual.	7
Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas de sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo o coordenador da US.	8

Quadro 11. Componentes e indicadores da avaliação sociotécnica da AF na APS propostos por Bernardo, Soares e Leite (2021)

	(conclusão)
Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de AF, segundo usuários.	8
Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	4
Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.	4
Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	4
Tecnologia	
Existência formal da CFT na SMS.	5
Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	6
Existência da REMUME.	5
Medicamentos que constam na REMUME e que não constam na REMUME.	5
Existência de medicamento fora do prazo de validade.	6
Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos.	6
Cultura	
Existência de articulação entre a coordenação da AF e as coordenações da ESF e da EAC.	7
Existência de parceria entre a coordenação de AF do município e a coordenação estadual.	7
Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.	10
Elaboração participativa dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde.	10

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

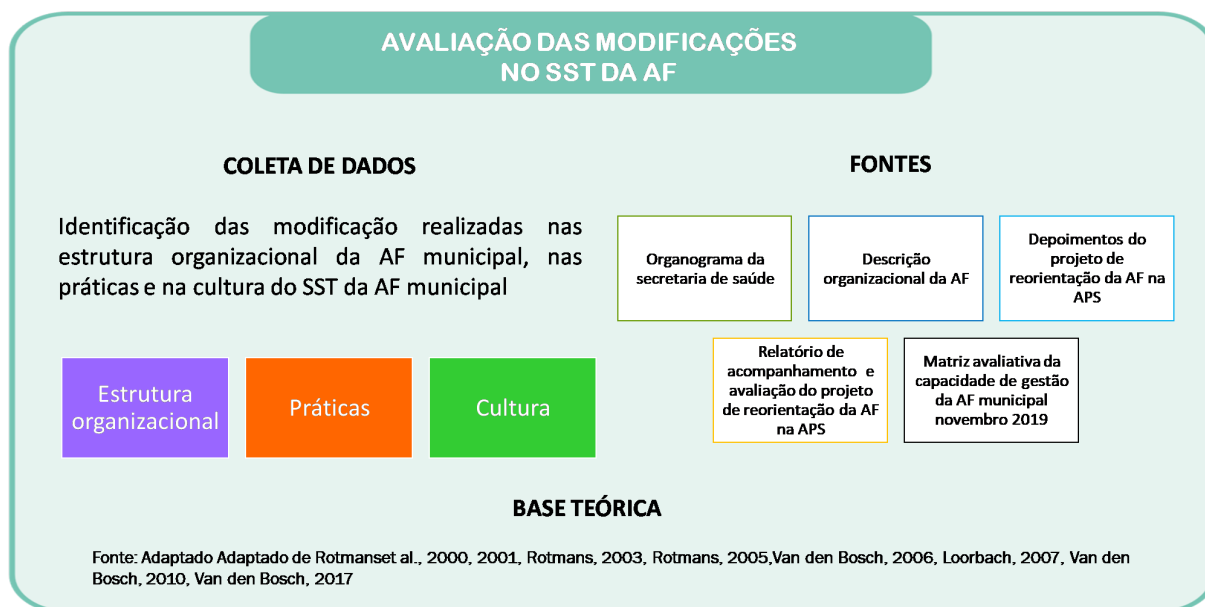
Para elencar as necessidades do sistema da AF na APS, foi realizada uma classificação por cores, relacionando a porcentagem alcançada da pontuação máxima obtida em cada indicador: 0% a 25% verde; 26 a 50% amarelo; 51% a 75% roxo; 76% a 100% vermelho.

Etapa 3. Avaliação das modificações no SST da AF

Nesta etapa, descrevem-se quais foram as modificações realizadas no sistema da AF na APS, bem como analisa-se sua influência sobre o objetivo, estrutura organizacional capacidade de gestão da AF e os componentes do SST da AF referentes às informações coletadas do projeto de reorientação da AF na APS no período de julho de 2017 a novembro

de 2019. Os dados coletados, as fontes de informações e a base aplicados nesta etapa estão representadas na Figura 10.

Figura 10. Representação da Etapa 3 do percurso metodológico: Avaliação das Modificações no Sistema Sociotécnico da AF na APS



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Foram descritas e analisadas as modificações realizadas no sistema e o seu impacto sobre a efetividade do SST da AF na APS por meio dos seguintes indicadores: comparação entre o número de pacientes atendidos nas unidades de dispensação em 2017 e 2019; peso de medicamentos vencidos/ano; valor gasto em processo judicial de acesso a medicamentos; satisfação dos atores sobre a entrega do sistema.

Etapa 4. Avaliação do Experimento de Transição

Nesta etapa, foi realizada a caracterização do experimento de transição segundo as categorias propostas por Bosh *et al.* (2010), conforme Figura 11 e Quadro 11.

Figura 11. Representação da Etapa 4 do percurso metodológico: Avaliação do Experimento de Transição



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

No Quadro 12, são apresentadas as categorias descritivas e, no Quadro 13, os conceitos-chave para a caracterização do experimento de transição.

Quadro 12. Categorias descritivas do experimento de transição

Categoria do experimento de transição	Explicação
Ponto de partida	É o desafio social, o ponto de partida para o experimento. Exemplos de desafios sociais são: atender à necessidade de energia, habitação ou cuidados de saúde de forma sustentável.
Natureza do problema	Em geral, são os problemas para os quais os projetos procuram uma solução; são complexos e incertos. Relaciona-se com a persistência dos problemas e sua integração com o desenvolvimento sustentável.
Objetivo	Contribuir para uma transição (inovação para promover mudança fundamental na estrutura, cultura, práticas).
Perspectiva	Proposição de soluções a curto e médio prazo
Método de demonstração	A metodologia do projeto dever ser um processo aberto que busca exploração, aprendizagem e aprendizado.
Aprendizagem	Está relacionada com o aprendizado em segunda ordem, em que o processo de aprendizagem visa explicitamente a permitir que os atores olhem diferentemente para suas rotinas, problemas e/ou soluções atuais. A descrição do aprendizado social.
Equipe (atores envolvidos)	A descrição de todos os atores envolvidos (públicos e não públicos).
Contexto do experimento	Descrição do contexto social onde o projeto foi desenvolvido.
Contexto de gerenciamento	Descrição da estrutura de gestão do projeto (com foco em objetivos de transição social)

Fonte: Adaptado Bosh (2010, p. 99)

Quadro 13. Conceitos-chave para a caracterização do experimento de transição

Categoria	Definição
Desafio Social	Como uma questão relacionada a um problema social persistente, que orienta o processo de busca e aprendizagem em um experimento de transição (BOSCH; ROTMANS, 2008).
Inovação de sistema	Refere-se à inovação que atende a uma necessidade social existente de uma maneira fundamentalmente diferente (BOSCH; ROTMANS, 2008).
Escala	Os experimentos de transição ocorrem em um local de menor escala (por exemplo, na escala de várias organizações, um bairro ou município) (BOSCH; ROTMANS, 2008).
Regime	Pode ser definido como a estrutura dominante, cultura e práticas com o poder incumbente e investido em interesses em um sistema social (ROTMANS, 2005). Esses são conceitos centrais para entender as mudanças em um processo de transição (ROTMANS; LOORBACH, 2006; VAN RAAK, 2008).
Cultura	Refere-se à soma de imagens e valores compartilhados (paradigmas) que, juntos, constituem a perspectiva a partir da qual os atores pensam e agem. Alterações em cultura compreendem mudanças no pensamento, modelos mentais e percepções. São conceitos centrais para entender as mudanças em um processo de transição (ROTMANS; LOORBACH, 2006; VAN RAAK, 2008).
Práticas	Referem-se à soma das atividades (rotinas, comportamento, práticas diárias). Alterações nas práticas compreendem mudanças no que os atores realmente fazem, como trabalham ou se comportam. São conceitos centrais para entender as mudanças em um processo de transição (ROTMANS; LOORBACH, 2006; VAN RAAK, 2008).
Estrutura	É o institucional (estruturas jurídicas, organizações e poder estruturas), estruturas físicas (infraestrutura, tecnologias, recursos, materiais) e estruturas econômicas (financeiras ou fiscais). Mudanças na estrutura compreendem mudanças na forma como os atores organizam as coisas que fazem, seja física, institucional ou economicamente. São conceitos centrais para entender as mudanças em um processo de transição (ROTMANS; LOORBACH, 2006; VAN RAAK, 2008).
Aprendizado	Pode ser entendido como um processo (inter)ativo de obtenção e desenvolvimento de novos conhecimentos, competências ou normas e valores (BOSCH; ROTMANS, 2008).

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

5.3 Aspectos éticos

O presente trabalho seguiu os preceitos da Resolução 196/96 de Pesquisas envolvendo seres humanos, aos quais será assegurado o sigilo dos dados. Este trabalho baseou-se em uma análise de banco de dados existentes e em informações do processo da reorientação da AF na atenção primária em quatro municípios catarinenses. Este estudo faz parte de um projeto denominado “Aplicação da Teoria Sociotécnica na Reorientação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde”, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Univali (CAAE: 28471320.2.0000.0120).

5.4 Resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em 4 seções: 1 - Descrição do sistema da AF na APS; 2 – Análise das necessidades do sistema; APS 3 – Avaliação das modificações do sistema sociotécnico da AF; 4 - Avaliação do experimento de transição.

5.4.1 Descrição do sistema sociotécnico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

O município em estudo está localizado na região do Vale do Itajaí, cuja população estimada em 2020 é de 137.689 habitantes. Apresenta um índice de desenvolvimento municipal sustentável (IDMS) de 0,69, o que significa um nível médio para o desenvolvimento econômico e social. Em 2018, observou-se uma piora dos indicadores do IDMS do ano de 2016 para 2018, que pode estar relacionada ao contexto de fragilidade econômico e político pelo qual o município passou devido ao impeachment do prefeito e vice-prefeito em 2015. Esse período foi de controle rigoroso na aquisição de produtos e na contratação de serviços e de pessoal da gestão pública.

Até o ano de 2017, o objetivo do Sistema Sociotécnico da Assistência Farmacêutica era a disponibilidade de medicamento, como pode ser observado o Quadro 14.

Quadro 14. Citação relacionada ao objetivo da AF municipal

Identificação	Nome da Citação	Documento	Conteúdo de Citação
17:3	Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS	Plano Municipal de Saúde 2014-2017	Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS

Fonte: Adaptado do Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Em relação ao financiamento, o município vem aumentando o percentual de cobertura na atenção primária nos últimos anos, tendo como referência 3.000 pessoas por equipe da Estratégia de Saúde da Família, visto que, em 2017, a cobertura na APS era de 89,42% (PMS, 2018).

Em 2017, o orçamento da AF municipal foi de R\$ 5.245.270,18. Dados do Portal da Transparência do município mostram que, entre 2014 e 2017, as despesas reais com a AF representaram, respectivamente, 4,5%, 3,8%, 4,3% e 4,7% das despesas incorridas pela

Secretaria Municipal de Saúde – o percentual do orçamento executado foi de 99,68% em 2014, 96,70% em 2015, 93,88% em 2016, e 84,16% em 2017.

Em relação à gestão da AF, houve baixa capacidade de gestão. A dimensão organizacional é a que apresentou pior resultado; entretanto, as demais também mostram fragilidades, o que compromete atender ao objetivo primário dessa política, que é o acesso ao medicamento, sendo necessárias uma estrutura organizacional a implementação de práticas que contribuam para tal finalidade. A Tabela 15 apresenta o resultado da avaliação da capacidade de gestão considerando as dimensões: organizacional, operacional e de sustentabilidade.

Tabela 15. Síntese da matriz avaliativa da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica – etapa de diagnóstico em 2017 – Componente Gestão

Dimensão	Valor de Referência	Valor obtido
Organizacional	96	16
Operacional	100	49
Sustentabilidade	96	60

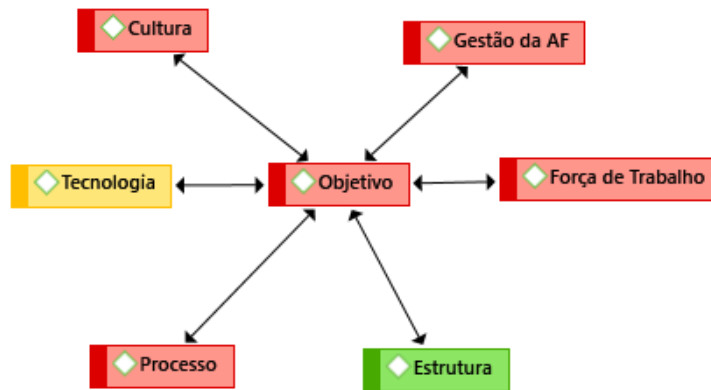
Fonte: Bernardo, Soares e Leite (2021)

De acordo com Leite *et al.* (2015), esta realidade demonstra uma baixa capacidade de decidir e planejar de forma participativa e autônoma, além de não contribuir com práticas que favoreçam a efetividade da AF, contribuindo para uma insatisfação dos atores envolvidos.

As representações das redes formadas, relacionando o componente do SST da AF e suas operações fundamentais, demonstram a inexistência de atividades que contribuam para uma imagem objetiva alinhada à finalidade da política, como é o caso da cultura. Por outro lado, podemos observar avanços nas operações técnicas, como estrutura e tecnologia, bem como uma grande fragilidade com relação a processos.

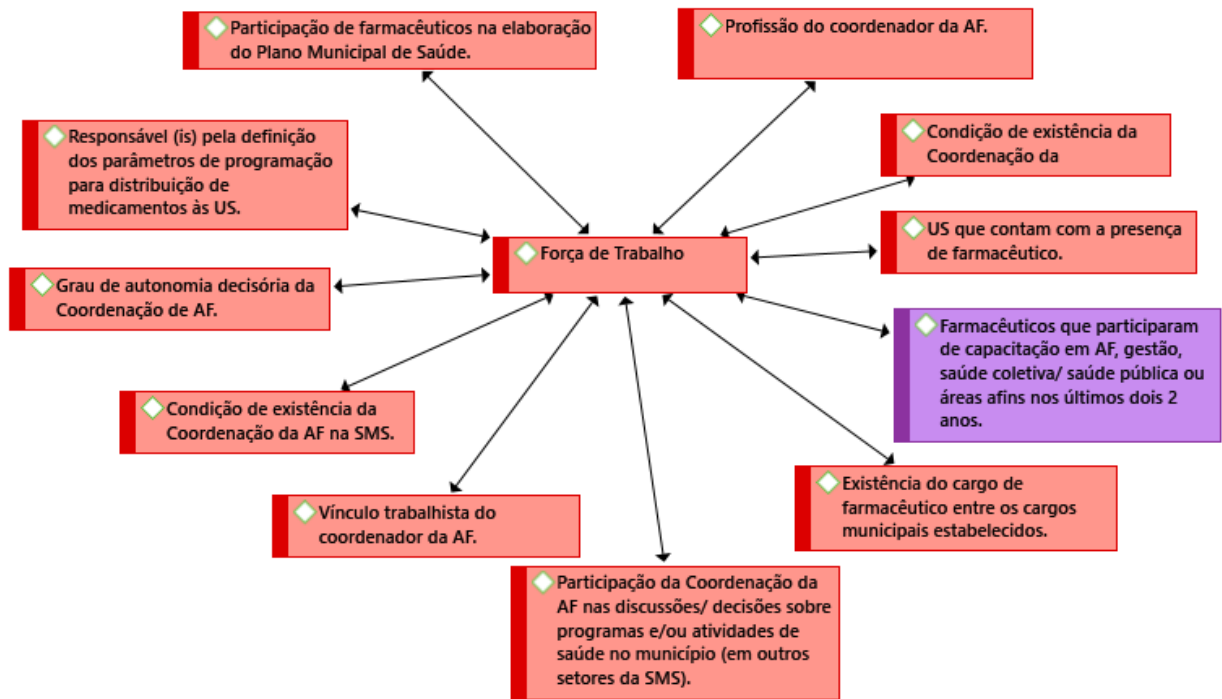
Nas Figuras 12, 13, 14, 15, 16 e 17, estão representadas por cores as dimensões do SST, cujos significados indicam a fragilidade devido à ausência de operações fundamentais do sistema. A cor verde representa que há ausência de 0 a 25% de operação fundamental relacionada à dimensão; a amarela de 26% a 50%; a roxa de 51% a 75%; e a vermelha de 76% a 100%, de acordo com os parâmetros citados no Quadro 9, no item de Metodologia.

Figura 12. Análise da rede do SST da AF na APS no ano de 2017



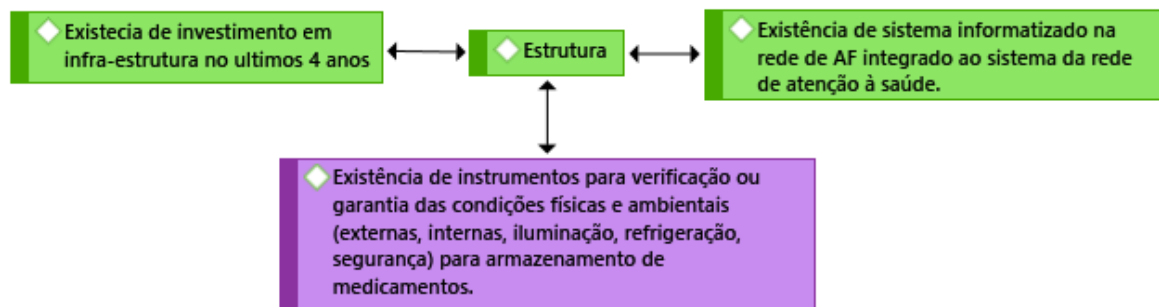
Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 13. Análise do componente Força de Trabalho do SST da AF na APS no ano de 2017



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 14. Análise do componente estrutura do SST da AF na APS no ano de 2017



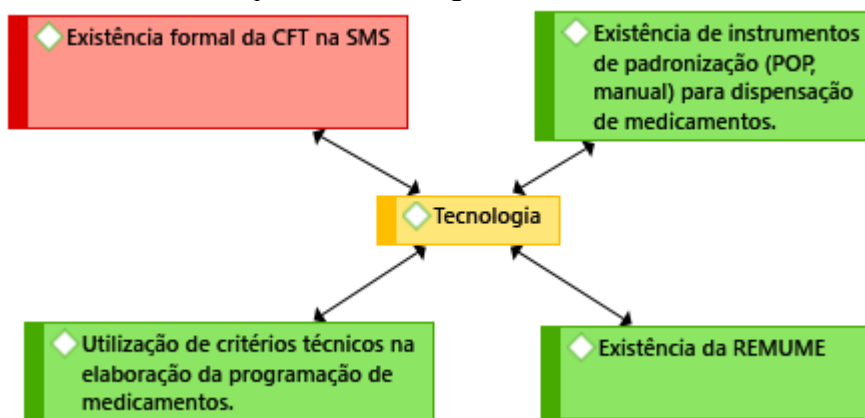
Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Figura 15. Análise do componente Processo do SST da AF na APS no ano de 2017



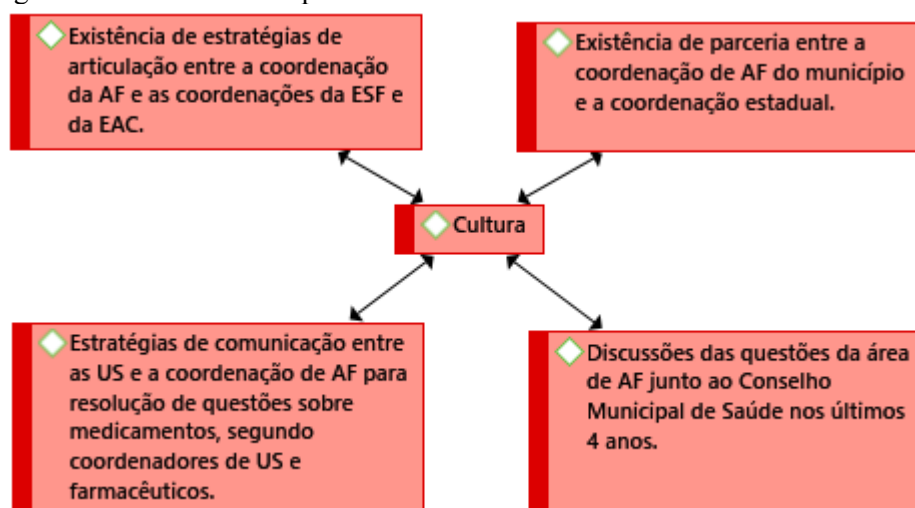
Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 16. Análise do componente Tecnologia do SST da AF na APS no ano de 2017



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 17. Análise do componente Cultura do SST da AF na APS no ano de 2017



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

A estrutura organizacional fragmentada reduz as práticas a operações técnicas e inviabiliza uma construção pautada em um processo técnico, político e social, promovendo a centralidade do SST da AF em disponibilizar medicamentos, além de negligenciar o compromisso fundamental do sistema, que é a promoção do acesso e uso racional. Desse modo, mesmo sendo o foco principal a disponibilidade do medicamento o sistema municipal, não efetivava tal finalidade, pois a disponibilidade de medicamentos nas unidades de dispensação, em 2017, era de 60% e havia uma grande quantidade de medicamentos vencidos, como pode ser observado no discurso do secretário de saúde.

Etapa 2: Análise das necessidades do sistema

Nesta etapa, o problema priorizado foi “a falta de medicamentos na unidade de dispensação, que era de 60%”.

Em julho de 2017, foi apresentado para a gestão da Secretaria de Saúde da atenção primária e para a equipe de farmacêuticos o resultado da matriz avaliativa com os dados informados no item anterior. Podemos observar, nos discursos analisados das reportagens e documentários, que a visão dos atores até março de 2017 recaía sobre os componentes do meio ambiente: partes interessadas, no caso, os fornecedores.

Reportagem veiculada no dia 27/05/16, em informe da SMS referente à gestão municipal de 2013 a 2016:

Sobre falta de medicamentos na Rede Municipal de Saúde: A Secretaria de Saúde informa que alguns medicamentos estão em falta nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Farmácia Básica, localizada no Centro. Os itens já foram solicitados e a situação pode ser regularizada a qualquer momento. De acordo com a pasta a situação ocorre por diversas situações, como falta de matéria-prima para a produção, descontinuação da importação e falta de fornecedor. No entanto, alguns dos remédios aguardam apenas o fornecimento da empresa licitada. (SECOM/BRUSQUE, 2016)

Em 2017, na nova gestão municipal, o gestor menciona que o problema de falta de medicamentos está relacionado com a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde.

Reportagem veiculada em 17/03/2017, referente à nova gestão 2017 a 2020:

A atual gestão encontrou a atenção básica com “equipes desestruturadas pela falta de profissionais”, falta de medicamentos – sendo 60% dos itens listados na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), 500 quilos de remédios vencidos e um almoxarifado “totalmente desabastecido”. Para mudar essa situação, explicou, o governo quer promover a reestruturação. (CÂMARA MUNICIPAL DE BRUSQUE, 2017)

Em Reportagem veiculada em 19/07/17, do gestor da SMS:

O secretário de Saúde de Brusque [...] reconhece que, ao chegar ao cargo máximo da secretaria, teve que rever conceitos sobre sua gestão. De fora, afirma, tudo parecia mais fácil. Na prática, deparou-se com uma secretaria desabastecida de medicamentos e uma licitação que não contemplava todos. Além disso, havia R\$ 1,7 milhão em dívidas com fornecedores. “[...] A principal dificuldade nesses primeiros seis meses foi administrar as contas. Tínhamos uma licitação para compra de medicamentos ainda a ser construída, que demorou uma eternidade”, relata o secretário. (O MUNICÍPIO, 2017)

No Quadro 15, estão expressas as necessidades identificadas pela gestão da SMS e da AF sobre a causa da falta de medicamentos, após análise dos resultados da matriz avaliativa, em julho de 2017.

Quadro 15. Necessidades identificadas pela Gestão da SMS e da AF sobre a causa da falta de medicamentos

(continua...)

Necessidade	Documento	Citações
Implementar uma política de AF municipal	Depoimento bruto meio do projeto (vídeo 1) – Secretário de Saúde	Até o ano de 2017, o município de Brusque, ele não tinha uma política instituída pra assistência farmacêutica. Nós tínhamos farmacêuticos trabalhando um em cada farmácia, na farmácia básica, no SAE, na farmácia excepcional – cada um trabalhava individualmente, não como uma equipe, grupo [...] (12:7)
Necessidade de intervenção na estrutura organizacional das unidades de dispensação localizadas na UBS	Depoimento bruto 2017 do projeto (vídeo 1) – Diretora da Atenção Básica	Então, pelo diagnóstico que nós fizemos nas unidades de saúde, a gente percebeu que não havia uma organização do processo de trabalho, não só da assistência farmacêutica, mas outros processos que já estavam em andamento. Dentro do projeto da assistência farmacêutica, nós vimos que eram técnicos de enfermagem que ficavam na farmácia e existia uma rotatividade também desses profissionais porque eles têm outras atribuições, além da entrega das medicações, e ficou bem claro pra nós também a dificuldade na questão do estoque, da validade desses medicamentos, que muita coisa se perdia por não ter realmente um projeto ou uma política para assistência farmacêutica [...] (12:5)

Quadro 15. Necessidades identificadas pela Gestão da SMS e da AF sobre a causa da falta de medicamentos

Necessidade	Documento	Citações
Necessidade de mudança nas práticas relacionadas aos serviços da AF	Depoimentos da farmacêutica que atua na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	Eu trabalhei no almoxarifado da saúde, no setor de medicamentos, e, no período de 2014-2016, nós não tínhamos o controle de estoque, não tínhamos o gerenciamento do controle de estoque das unidades de saúde e nem quais distribuições pelo almoxarifado. A distribuição era realizada para unidades de saúde uma vez por mês e esse era o abastecimento que as unidades tinham [...]

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Na rede de influência sobre quais componentes possuem interação direta com a dimensão organizacional, foram observados: estrutura, tecnologia, força de trabalho e processo, como mostra a Figura 18.

Figura 18. Interação entre a dimensão operacional da matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF e os componentes do SST da AF municipal



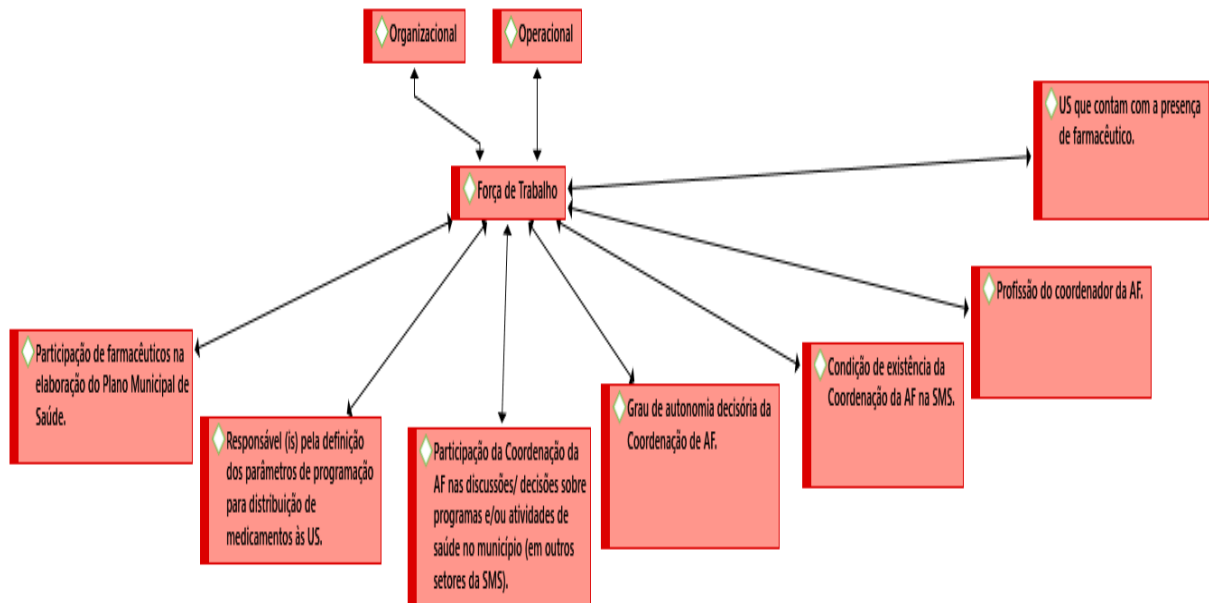
Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Para a análise das necessidades, a ferramenta técnica (aplicação da matriz avaliativa) como estratégia de diagnóstico, corroborou a visão dos atores envolvidos na organização e práticas da AF, em que a prioridade de intervenção no projeto de reorientação da AF na APS foi intervir na dimensão organizacional do sistema. Isto significa que foi necessário intervir

prioritariamente nos componentes: força de trabalho e processo, de acordo a identificação de maior ausência de operações fundamentais do sistema.

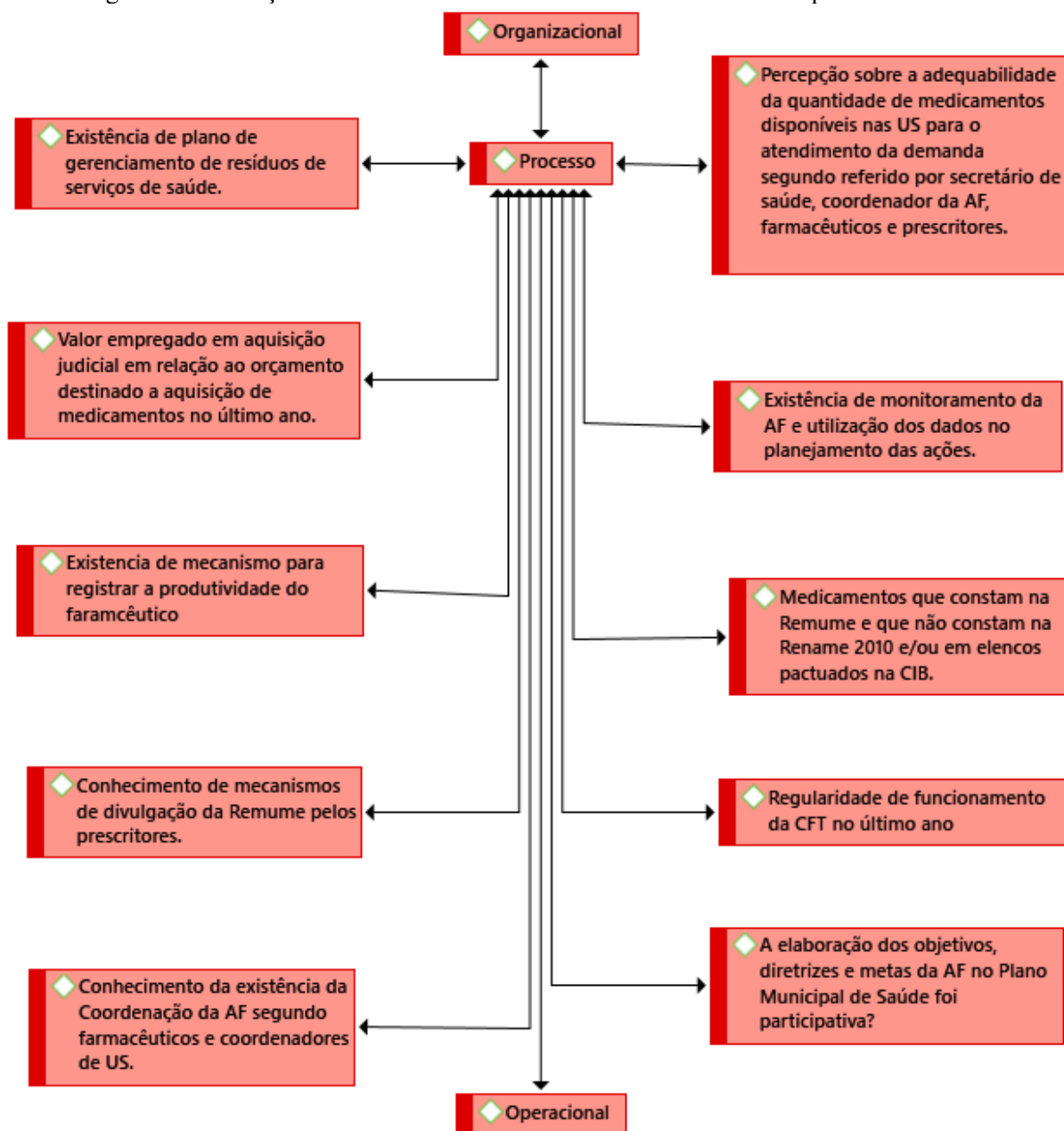
Nas Figura 19 e 20, estão representadas quais operações fundamentais estavam vinculadas à dimensão elencada.

Figura 19. Descrição das necessidades do sistema da AF na APS componente Força de Trabalho



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 20. Descrição das necessidades do sistema da AF na APS componente Processo



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Etapa 3. Avaliação das modificações no SST da AF

O objetivo das modificações realizadas foi promover a reorientação do sistema da AF municipal com foco no desenvolvimento de ações e estratégias inovadoras para superar os problemas da AF e contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde municipal.

As modificações foram pautadas nas necessidades relacionadas às operações fundamentais identificadas anteriormente. Diante do contexto de escassez de recursos e fragilidade na força de trabalho, o ponto inicial do projeto foi o estabelecimento de parceria com instituição de ensino superior, que apoiou com consultoria para o planejamento, execução, acompanhamento e avaliação, por meio do Programa de Residência Multiprofissional. Durante o período do projeto, foram envolvidos uma professora e 5 farmacêuticos residentes. Foi viabilizado aos farmacêuticos do município formação na área de gestão da AF e em serviços farmacêuticos, e foi oportunizado o Curso de Cuidados Farmacêuticos, financiado pelo Conselho Federal de Farmácia.

No Quadro 16, estão descritas as modificações realizadas nas operações fundamentais do componente Processo.

Quadro 16. Descrição das modificações realizadas nas operações fundamentais no componente Processo do SST da AF

(continua...)

Descrição da operação	Modificação	Estratégia	Resultado Pontuação		
			2017	2019	Nota máxima
Condição de existência da coordenação da AF na SMS	Foi instituído o cargo de coordenador da Secretaria Municipal de Saúde vinculada à diretoria financeira Foi remanejado um farmacêutico da unidade de dispensação do componente especializado para a coordenação da AF municipal	Divisão de trabalho entre a equipe gestão da Secretaria de Saúde	0	5	5
Grau de autonomia decisória da coordenação de AF	Criação quatro grupos de trabalho autorreguláveis e semiautônomos responsáveis pela gestão dos serviços farmacêuticos nos municípios NASF, CAF, educação permanente para auxiliares	Parceria com demais serviços da Secretaria de Saúde: NASF, coordenação da UBS, CAF	0	10	10
Profissão do coordenador da AF	Este cargo não existia, e foi alocado um farmacêutico para a coordenação	Divisão de trabalho entre a equipe gestão da Secretaria de Saúde	0	7	7
Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde	Plano de 2017 a 2018 foi elaborado pelos farmacêuticos estatutários da Secretaria Municipal de Saúde	Inclusão do farmacêutico nas atividades de planejamento da Secretaria de Saúde	0	10	10
Participação da coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS)	A coordenação da AF foi inserida nas pautas de planejamento da Secretaria de Saúde	Inclusão do farmacêutico nas atividades de planejamento da Secretaria de Saúde	0	10	10
Responsável(is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às US	Definição dos parâmetros é realizada semanalmente pelo farmacêutico da CAF	Estruturação do serviço farmacêutico na CAF em dois blocos, coordenados por dois farmacêuticos. 1. Programação de aquisição 2. Programação de distribuição para as UD	0	7	7

Quadro 16. Descrição das modificações realizadas nas operações fundamentais no componente Processo do SST da AF

(conclusão)

Descrição da operação	Modificação	Estratégia	Resultado Pontuação		
			2017	2019	Nota máxima
Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US	Foi instituído o cargo de coordenador da Secretaria Municipal de Saúde vinculado à diretoria financeira. Foi remanejado um farmacêutico da unidade de dispensação do componente especializado para a coordenação da AF municipal	Divisão de trabalho entre a equipe de Assistência Farmacêutica	0	8	8
Regularidade de funcionamento da CFT no último ano	Foi definido cronograma de reuniões, e a primeira atividade foi a revisão da REMUME, realizada somente em 2014	Divisão de trabalho entre equipe da assistência farmacêutica e médica	0	6	6
A elaboração dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde foi participativa?	Plano Municipal de Saúde foi elaborado pelos farmacêuticos com foco em resolver os problemas relacionados com as operações fundamentais do SST da AF na APS	Divisão de trabalho entre equipe da Assistência Farmacêutica	0	8	8

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Além das modificações e estratégias apontadas acima, realizou-se a adequação da infraestrutura da CAF, ampliando a equipe da AF com auxiliares de serviços farmacêuticos, bem como promoveu-se a qualificação dos farmacêuticos e equipe de auxiliares.

Fez-se a adequação da infraestrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) com recurso/investimento no valor de R\$ 65.387,14 e custeio R\$ 24.000,00 do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica.

Investiu-se na contratação de 47 auxiliares de serviços farmacêuticos para atuarem nas unidades de dispensação nível estagiário, bem como desenvolveu-se um curso de capacitação para auxiliares. Todos os procedimentos operacionais padrão foram revisados.

No Quadro 17, estão apresentadas entrevistas fornecidas pela gestão da AF, coordenação do almoxarifado da Secretaria de Saúde, sobre as modificações realizadas nas práticas do sistema da AF.

Quadro 17. Trechos das entrevistas sobre as modificações realizadas nas práticas do sistema da AF
(continua...)

2:10	“Foram avaliados indicadores e a partir disso foi realizada a proposta...”	Reportagem revisa a Política de Assistência Farmacêutica do município de Brusque	“Foram avaliados indicadores e a partir disso foi realizada a proposta de descentralização do serviço de farmacêutico. Espera-se que tenha assistência técnica em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tanto no âmbito da gestão de estoque quanto no cuidado ao usuário”, explica a coordenadora de Assistência Farmacêutica. Para isso a Secretaria de Saúde iniciou a contratação de 47 estagiários de nível técnico e de graduação que atuarão nas UBS para auxiliar no controle da gestão de estoque. Os farmacêuticos do almoxarifado visitarão todas as unidades periodicamente para fazer esse controle. Já o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) realizará o acompanhamento dos pacientes na parte que se refere ao cuidado. “Contamos com a ajuda de quatro farmacêuticas na equipe NASF, essas pessoas auxiliarão os usuários nas dificuldades com os medicamentos. Por exemplo, caso a pessoa tenha dificuldade em saber como administrar o medicamento, se deve tomar em jejum ou após as refeições, se há alguma interação medicamentosa”, As primeiras unidades a receberem os profissionais foram do bairro Guarani, Centro, Santa Rita e Jardim Maluche. “Tivemos uma boa receptividade. Conversamos com alguns usuários e todos estão gostando da nova forma como está sendo feito”.
------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 17. Trechos das entrevistas sobre as modificações realizadas nas práticas do sistema da AF
(conclusão)

2:13	A logística de distribuição obedece a uma rigorosa rotina para não falta...	Reportagem: Política de Assistência Farmacêutica do município de Brusque	A logística de distribuição obedece a uma rigorosa rotina para não faltar nenhum rótulo nas prateleiras das 23 UBSs e da Farmácia Central, conforme comenta a Coordenadora de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde. “A cidade é dividida em quatro setores, e a distribuição é feita mensalmente para cada unidade, com a uma reposição quando necessária a cada 15 dias”.
2:15	Secretaria de Saúde abre consulta pública para atualizar lista de remé...	Reportagem: Política de Assistência Farmacêutica do município de Brusque	Secretaria de Saúde abre consulta pública para atualizar lista de remédios de Brusque
2:20	Segundo Fantini, a Secretaria de Saúde está na fase piloto de implanta...	Reportagem: Política de Assistência Farmacêutica do município de Brusque. Entrevista com coordenador do almoxarifado.	Segundo [...], a Secretaria de Saúde está na fase piloto de implantação do programa de controle para tentar ter uma noção exata de qual é a demanda por remédios e insumos nas UBS de Brusque...

Fonte: Elaborado pela autora (2021) a partir de Secom/Brusque (2018)

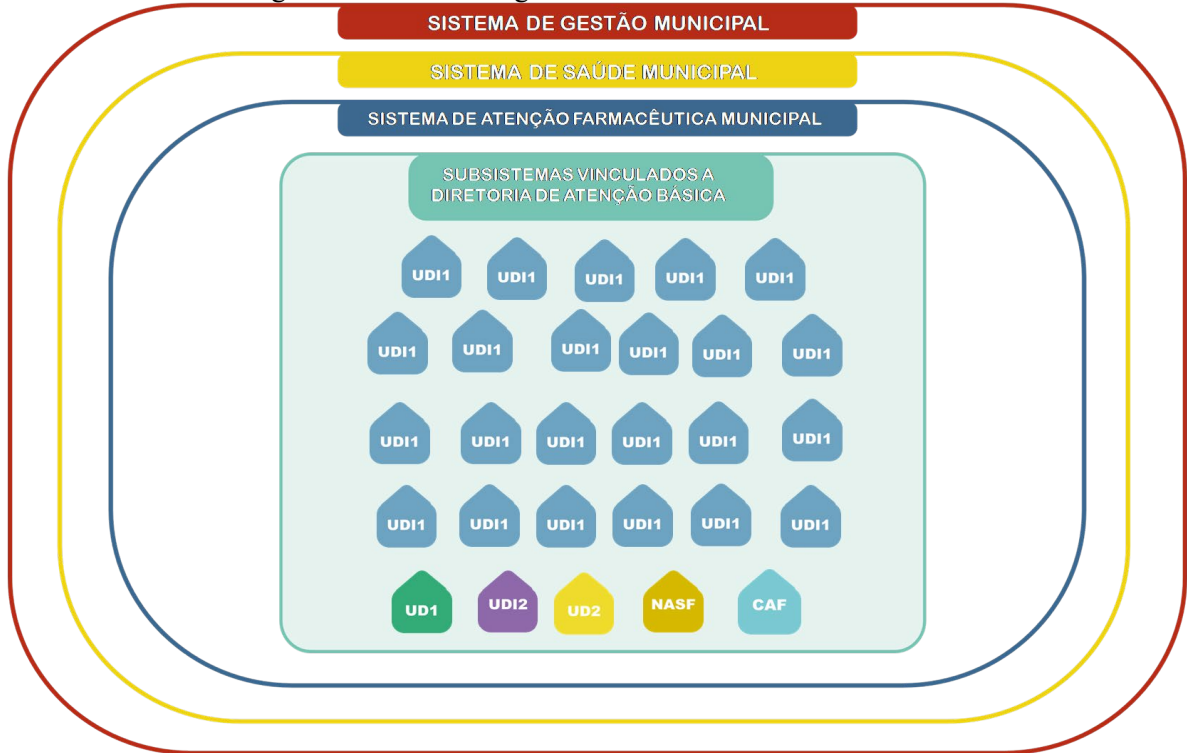
As modificações implementadas resultaram em uma nova estrutura organizacional, como está representada nas Figuras 21 e 22.

Figura 21. Estrutura organizacional da AF na APS em 2017



Fonte: Bernardo, Soares e Leite (2021)

Figura 22. Estrutura organizacional da AF na APS em 2019



Fonte: Produzido pela autora (2021)

A partir dos depoimentos dos atores, observou-se modificação na cultura do SST da AF, pois a AF passa a ser identificada como uma política pública, a qual disponibiliza serviços farmacêuticos que visam ao acesso e uso racional de medicamentos, estruturada para atender às necessidades dos gestores, profissionais e usuários, integrada aos demais serviços da Secretaria de Saúde. No Quadro 18, estão descritos os depoimentos dos atores sobre as modificações implementadas no SST da AF.

Quadro 18. Opinião dos gestores da Secretaria de Saúde, da equipe da APS e da AF e de usuários sobre as modificações do sistema da AF na APS

(continua...)

ID	Nome da Citação	Documento	Conteúdo de Citação
12:1	Olha realmente esse projeto veio nos ajudar bastante, nós tínhamos um p...	Depoimento do projeto Médico da ESF	“Olha, realmente esse projeto veio nos ajudar bastante, nós tínhamos um problema bastante sério, na questão do acesso do usuário, as medicações na unidade, uma dificuldade da falta de profissional pra tomar conta da liberação dos medicamentos e isso influenciada todo processo de trabalho dos outros profissionais. A partir do momento que nós tivemos um profissional fixo na unidade, responsável pela farmácia, nos ajudou muito com o manejo do estoque. Era muito frequente o usuário chegar até a unidade e não ter aquele medicamento básico né, depois que a gente teve essa profissional fixa, isso nos ajudou muito.”
12:5	Então, pelo diagnóstico que nós fizemos nas unidades de saúde, a gente...	Depoimento do projeto Médico da ESF – gerente da atenção básica	“Então, aí em 2017 iniciaram as discussões né, juntamente com a universidade, com os farmacêuticos, com coordenadores, gestão, sobre o projeto da assistência farmacêutica. Hoje eu vejo esse projeto, como um dos projetos mais importantes pro município de Brusque.”
12:14	Então, quando eu cheguei no município de Brusque a assistência farmacê...	Depoimento do projeto Residente de Farmácia	“Então, quando eu cheguei no município de Brusque a assistência farmacêutica estava se estruturando, ela tinha começado a ganhar forma e daí coma implantação do projeto a gente começou a ir nas unidades pra organizar as farmácias e daí a gente percebeu que sempre tinha um técnico que era responsável pela farmácia, ele ficava sobrecarregado e não exercia as outras funções de técnico.”

Quadro 18. Opinião dos gestores da Secretaria de Saúde, da equipe da APS e da AF e de usuários sobre as modificações do sistema da AF na APS

(continua...)

ID	Nome da Citação	Documento	Conteúdo de Citação
12:17	A minha experiência de trabalhar como farmacêutico no NASF, foi muito...	Depoimento do projeto Profissional do NASF	“A minha experiência de trabalhar como farmacêutico no NASF, foi muito interessante porque além de, como o nosso trabalho é equipe multi, só agrego tanto pra equipe, tanto pro usuário e principalmente pro usuário né, porque nós temos muitos problemas com medicação principalmente também em como armazenar a medicação, coisas que as profissões que tínhamos não dava conta disso e com a vinda da farmácia hoje, a atuação direta e indireta, com o matriciamento com os profissionais das UBS, do NASF, hoje conseguimos fazer um bom trabalho em cima da medicação de cada usuário.”
12:21	Então a três anos quando eu comecei no município de Brusque na unidade...	Depoimento do projeto Coordenadora da UBS	“Com a implementação do projeto de assistência farmacêutica, no município, especificamente lá na unidade, essas coisas elas melhoraram muito, a gente reduziu acerta de 99% dos desperdício de medicamento, os erros de estoques, o vencimento de medicamentos, e além disso, a gente conseguiu implementar a questão de orientação ao usuário e de ter uma acessibilidade e ter um profissional vinculado para que a gente possa esclarecer as nossas duvidas enquanto profissional de saúde, pra melhorar assistência pro usuário. E pra questão de melhorar ainda pro futuro, eu acho que a gente pode evoluir em algumas coisas, manter tudo que foi implementado e evoluir, eu acho que a gente sente necessidade de permitir acessibilidade de alguns medicamentos mais próximos do usuário, como a rede de frios que é a questão da insulina...”
13:6	E desde 2017 a gente vem trabalhando com o grupo dos farmacêuticos e...	Depoimentos ao final do projeto Farmacêutica do componente especializado	“E desde 2017 a gente vem trabalhando com o grupo dos farmacêuticos e aí esse serviço ele começou a ficar inserido na rotina mesmo da atenção básica, então, a gente, juntos, a gente consegue ter um diálogo muito maior. A ponta ela tá muito mais preparada, acho que a questão dos residentes vindo pra o NASF, fazendo toda uma assessoria, ajudando nas unidades...”

Quadro 18. Opinião dos gestores da Secretaria de Saúde, da equipe da APS e da AF e de usuários sobre as modificações do sistema da AF na APS

(continua...)

ID	Nome da Citação	Documento	Conteúdo de Citação
13:9	E é muito gratificante pra gente receber o retorno do paciente é, quan...	Depoimentos ao final do projeto Farmacêutica residente	“E é muito gratificante pra gente receber o retorno do paciente é, quando ele nos traz que o índice glicêmico dele melhorou, quando uma hipertensão controlou, é muito gratificante pra gente ouvir de um paciente isso.”
13:11	Eu trabalhei no almoxarifado da saúde, no setor de medicamentos e no p...	Depoimentos ao final do projeto Farmacêutica responsável pelo serviço de distribuição	“Eu trabalhei no almoxarifado da saúde, no setor de medicamentos e no período de 2014-2016, nós não tínhamos o controle de estoque, não tínhamos o gerenciamento do controle de estoque das unidades de saúde e nem quais distribuições pelo almoxarifado. A distribuição era realizada para unidades de saúde uma vez por mês e esse era o abastecimento que as unidades tinham é, eu retornei agora em 2019 e peguei um outro quadro, uma outra realidade, onde há uma maior organização, um planejamento maior, uma equipe na central de distribuição bem estruturada. E agora nós realizamos o abastecimento de medicamentos nas unidades de saúde semanalmente e isso melhorou muito o acesso da população aos medicamentos é, pelo fato de ser uma distribuição semanal.”
13:12	Quando eu comecei a trabalhar aqui em Brusque, não existia assistência...	Depoimentos ao final do projeto do NASF	“Quando eu comecei a trabalhar aqui em Brusque, não existia assistência farmacêutica, nós trabalhávamos cada farmacêutico em seu local de trabalho. Nós não tínhamos nenhum contato entre nós, alguns de nós nem se conhecíamos e isso tornava o trabalho muito ruim, muito sem conexão. Depois que nós começamos o projeto, que nós começamos a nos reunir, que nós começamos a realmente a trabalhar como equipe farmacêutica que a Patrícia entrou como coordenadora da assistência farmacêutica, as coisas começaram a fluir muito melhor. Então hoje eu sou farmacêutica do NASF, na época eu era farmacêutica da farmácia básica, com o progresso do nosso programa de assistência farmacêutica foram chamados os residentes, hoje também eu sou preceptora desses residentes, nós estamos com cinco residente.”

Quadro 18. Opinião dos gestores da Secretaria de Saúde, da equipe da APS e da AF e de usuários sobre as modificações do sistema da AF na APS

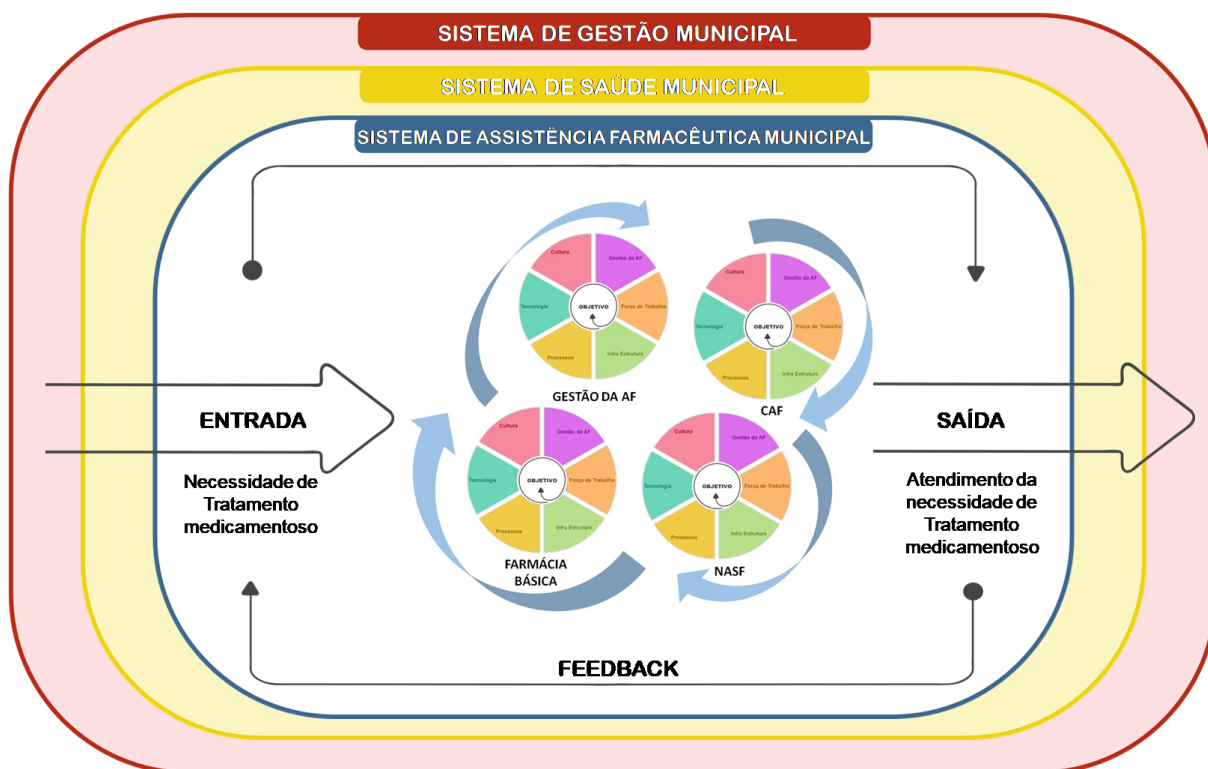
(conclusão)

ID	Nome da Citação	Documento	Conteúdo de Citação
13:15	De 2017 pra cá eu vejo uma melhoria em todos os processos da assistên...	Depoimentos ao final do projeto Coordenadora do SST da AF	“De 2017 pra cá eu vejo uma melhoria em todos os processos da assistência farmacêutica é, desde da aquisição até a distribuição, a gente melhorou o acesso de medicamentos da população é, dentro da aquisição a gente consegue ter compras mais é, mais a gente consegue fazer compras é de uma melhor maneira que a gente tem é, ver as saídas dos medicamentos né e tem a questão da distribuição que a gente melhorou a distribuição, fazendo a distribuição semanal, com isso a gente melhorou o acesso a população.”
14:4	“Iniciamos 2019 com o pé direito, nossas compras estão regularizadas e...	Reportagem revisa a Política de Assistência Farmacêutica do município de Brusque	“Iniciamos 2019 com o pé direito, nossas compras estão regularizadas e à medida que os medicamentos estão chegando em nosso almoxarifado, imediatamente encaminhamos para as Unidades Básicas de Saúde e Farmácia Central”, comenta o Secretário de Saúde.
13:2	Sou diabético, faço parte do grupo na unidade básica do ma...Malucha a...	Depoimentos ao final do projeto Usuário 1	“Sou diabético, faço parte do grupo na unidade básica do ma...Malucha ali né? Em primeiro lugar eu só tenho a agradecer a farmacêutica Rita né, porque assim, a gente fazia parte dos medicamentos, mas a gente sempre ficaria em dúvida, assim sobre como que é que tomava, com a gente fica sempre uma dúvida, às vezes, se tomava mais ou menos. E sempre quando a gente precisa, a partir quando ela começou a acompanhar ali o grupo de diabéticos, ela sempre explica, atende todos com muito carinho né, muito atenciosa, em primeiro lugar ela mostra sorriso ao atender o povo né. E eu quero agradecer ela por isso, porque toda dúvida que a gente tem, a gente pode chegar, explicar e ela estar pronta a atender a todos com muito carinho.”
13:4	Depois que eu começar a fazer o tratamento com a Dona Rita, melhorou b...	Depoimentos ao final do projeto Usuário 2	Depois que eu começar a fazer o tratamento com a Dona Rita, melhorou bastante, eu tive um problema de diarreia que por causados medicamentos, essas coisas. Foi reajustado tudo certinho e ficou...agora já tô bem bom. A minha glicose tava 480, 300 e pouco assim. Agora, depois que comecei a tratar com ela, passou por 99, 100. Depois que eu comecei a tomar o remédio que ela, com parceria com doutor Odair, as minhas dúvidas melhoraram bastante.

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Na Figura 23, está representado o novo SST da AF na APS, em que o centro do sistema é uma integração da gestão da AF com a CAF e o NASF, a fim de atender à demanda do sistema.

Figura 23. Proposição do novo modelo de Sistema Sociotécnico de Assistência Farmacêutica para Atenção Primária à Saúde



Legenda: AF: Assistência Farmacêutica; CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

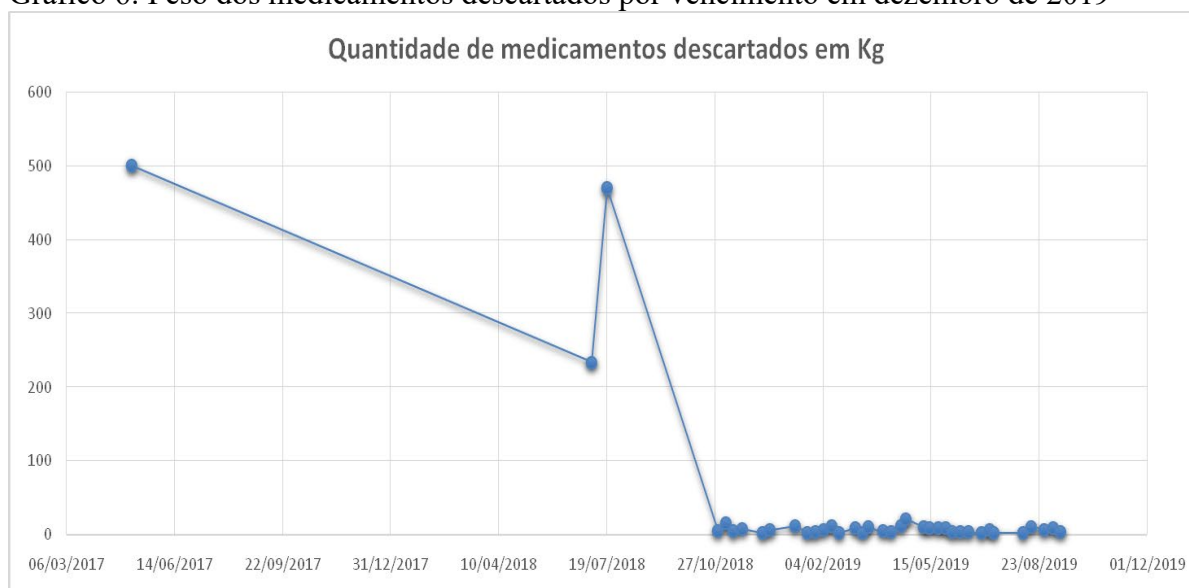
As modificações realizadas na estrutura, nas práticas e na cultura viabilizaram, ao final de 2019, alcançar os resultados definidos no Plano Municipal de Saúde, cujo objetivo era: “Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS” (BRASIL, 2013) e resolver os problemas persistentes no SST. Além da satisfação com o sistema evidenciado no Quadro 18, ocorreu um aumento de pessoas atendidas nas unidades de dispensação (Tabela 16) e redução no desperdício com medicamentos vencidos (Gráfico 6).

Tabela 16. Número de atendimentos nas unidades de dispensação

Datas	Pacientes	Atendimentos	Número de itens	Quantidade dos itens	Valores dos itens (R\$)
Média Mensal Geral ano de 2017	20406	21355	3193	1562936	184254
Média Mensal Geral ano de 2019	26540	26878	3708	1906397	333043

Fonte: Relatório de avaliação do projeto de reorientação da AF na APS (Anexo A)

Gráfico 6: Peso dos medicamentos descartados por vencimento em dezembro de 2019



Fonte: Relatório de avaliação do projeto de reorientação da AF na APS (Anexo A)

5.4.2 Análise do experimento de transição

O presente estudo de caso retrata a experiência em um município de médio porte, com fragilidades políticas e econômicas e baixa vulnerabilidade social. Observou-se que, no desenvolvimento do projeto de reorientação da AF, existia um desafio social, que era superar um modelo de AF centrado na entrega de medicamentos, do serviço de AF fragmentado e desarticulado dos demais serviços de saúde municipal. A inovação do sistema foi utilizar recursos sustentáveis para resolver os problemas persistentes, os quais oportunizaram mudanças na estrutura organizacional, nas práticas e na cultura da AF municipal, a saber:

- Regionalização das unidades de saúde para facilitar o processo de apoio matricial;
- Criação de grupos de trabalho autorreguláveis e semiautônomos e com gestão compartilhada;

- Divisão de trabalho;
- Parcerias entre equipe de gestão da Secretaria de Saúde com as equipes das unidades de saúde, almoxarifado e entre os grupos de trabalho da AF.

No Quadro 19, está descrita a análise das categorias do experimento de transição aplicada à realidade do estudo de caso realizado neste trabalho.

Quadro 19. Descrição do experimento de transição

(continua...)

Categoria do experimento de transição	Transição sociotécnica da AF na APS
Ponto de partida	Desenvolver um sistema sociotécnico da AF para a APS que atenda às necessidades sociais e promova o acesso e uso racional de medicamentos integrado aos demais serviços da Secretaria Municipal de Saúde.
Natureza do problema	Incorporação da AF na gestão da Secretaria Municipal de Saúde e nos serviços de saúde municipais públicos.
Objetivo	Inovações no sistema social e técnico: desenvolvimento de estrutura organizacional transparente e participativa, divisão de tarefas entre gestores, coordenadores e equipe da AF; criação de POPs e protocolos; regulamentação dos serviços e atividades farmacêuticas; investimento em infraestrutura e tecnologia.
Perspectiva	Médio prazo (2 anos)
Método de demonstração	Diagnóstico, pesquisa e aprendizado. Aprender fazendo – a atenção maior estava no processo de desenvolvimento; a centralidade das ações recai sobre os processos de aprendizado, avaliação e monitoramento.
Aprendizagem	O aprendizado foi de vários domínios e de abrangência coletiva. Desde a avaliação das necessidades, ocorre aprendizagem. As pessoas passaram a olhar para o problema a partir de um método sistematizado (matriz avaliativa da capacidade de gestão), discutir e planejar coletivamente e desenvolver habilidades por meio das novas práticas que foram desenvolvidas. A aprendizagem também ocorreu em nível coletivo (incluindo gestores, profissionais, usuários) e vários domínios envolvidos (por exemplo, direito de acesso a medicamentos, gestão da AF municipal, cuidados farmacêuticos).
Equipe (atores envolvidos)	Foi realizada uma aliança multi-atores. O núcleo da APS é a unidade básica de saúde, local onde os usuários realizam atendimento dos usuários profissionais da ESF, equipe de saúde bucal e NASF de várias profissões (por exemplo, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, farmacêutico, auxiliar de serviços farmacêuticos, profissional de educação física, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, cirurgião dentista e auxiliar de consultório odontológicos), trabalhando juntos como uma equipe. Além disso, na ‘aliança multi-ator (em toda a sociedade)’, foi desenvolvida uma equipe de gestão da Secretaria de Saúde e da farmácia básica, da CAF, do serviço especializado e estratégico. Conselho Municipal de Saúde, gestão municipal.

Quadro 19. Descrição do experimento de transição

(continua...)

Categoria do experimento de transição	Transição sociotécnica da AF na APS
Contexto do experimento	<p>O estudo de caso refere-se a um contexto da vida real. O marco inicial do projeto foi a análise dos resultados obtidos da elaboração a matriz de avaliação da capacidade de gestão da AF na APS por gestores da SMS, executivos e farmacêuticos.</p> <p>Em seguida, foram analisados os recursos disponíveis da Secretaria de Saúde, do município e da universidade parceira.</p> <p>Cada estratégia foi criada ao longo da execução do projeto, de acordo com a necessidade e do recurso disponível.</p> <p>Foi criada a coordenação da AF e 4 grupos de trabalho: Gestão da AF, Farmácia Básica, NASF, CAF.</p> <p>Para o apoio matricial do NASF e da CAF às unidades de saúde, foram criadas 4 regiões.</p> <p>De julho de 2017 a julho de 2019, foi oportunizada formação para gestão, serviços e cuidados farmacêuticos.</p> <p>Em setembro de 2017, foi iniciada – na região central, por ter melhor estrutura e aceitação de implementação de mudanças – a contratação e formação dos estagiários e das equipes de auxiliares de serviços farmacêuticos.</p> <p>Em fevereiro de 2018, chegaram três residentes de farmácia e o projeto se estendeu para todo o município, durante todo o projeto oferecendo formação.</p> <p>Em novembro de 2018, foi reformado o almoxarifado e criada a central de abastecimento farmacêutico, com nova metodologia de processo de trabalho.</p> <p>Em fevereiro de 2019, foi criada a metodologia de apoio matricial para as unidades de saúde para a distribuição e programação dos medicamentos.</p> <p>Em março de 2019, foi criado o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes com diabetes e foi descentralizada a dispensação de insulina.</p>
Contexto de gerenciamento	<p>O contexto do projeto tinha foco na transição social no contexto da AF na APS. Contexto de gestão: A gestão dos grupos de trabalho consistia em vários dos serviços em que estava integrado o serviço da AF, e sempre um ou mais farmacêutico(s) responsável(is).</p> <p>Unidade de dispensação da unidade básica de saúde: coordenação compartilhada entre coordenação da UBS e coordenação da AF.</p> <p>NASF: Gestão compartilhada entre coordenação do NASF e coordenação da AF.</p> <p>CAF: Coordenação do almoxarifado compartilhada com a gestão da AF.</p> <p>Os cargos farmacêuticos: farmacêutico do NASF, farmacêutica da CAF e farmacêutico da gestão.</p>

Quadro 19. Descrição do experimento de transição

(conclusão)

Categoria do experimento de transição	Transição sociotécnica da AF na APS
Contexto de gerenciamento	<p>O gerenciamento das operações fundamentais era realizado por cada grupo de trabalho e compartilhado na reunião mensal dos farmacêuticos.</p> <p>A gestão da AF participava das reuniões de planejamento da Secretaria de Saúde e das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>A perspectiva do projeto é ampliar os serviços de cuidados farmacêuticos.</p> <p>Este projeto não foi criado com o objetivo de ser um experimento de transição. Pelo seu objetivo, natureza do problema e desenvolvimento, foi utilizado para estudar experimentos de transição na área da AF municipal.</p> <p>Acreditamos que o projeto foi o início de um experimento de transição.</p>

Fonte: Adaptado de Bosh (2010, p. 99)

5.5 Discussão

O presente estudo se propôs a analisar a realidade e o cotidiano da implementação de um projeto de reorientação da AF na atenção primária em um município, com interesse de investigar seu potencial para o desenvolvimento sustentável no setor de saúde pública.

Apesar do município ser de médio porte, no início de 2017, ele apresentava condições desfavoráveis para projetos de desenvolvimento na área da saúde, pois vinha de um histórico político fragilizado e com baixo poder econômico aquisitivo e de financiamento, o que, segundo Calvo *et al.* (2016), são características da saúde do município. O objetivo da pesquisa foi buscar uma estratégia sustentável com foco na resolução de três problemas persistentes de longa duração relacionados com a AF municipal:

1. Superar o desabastecimento de medicamentos nas unidades básicas de saúde e a insatisfação dos atores envolvidos;
2. Evitar o desperdício dos medicamentos devido ao histórico do município de perda por grande quantidade de medicamentos vencidos;
3. Reduzir a insatisfação dos gestores, da equipe de saúde e dos usuários em relação aos serviços da AF no âmbito da atenção primária.

Em relação aos problemas de desabastecimento de medicamentos nas unidades básicas de saúde e de insatisfação dos atores envolvidos, observou-se estarem intimamente inter-relacionados, até mesmo porque os atores, desde gestores, profissionais de saúde e a população, entendiam que esta era a finalidade do sistema.

Diversos autores criticam esta visão reducionista da AF, compreendida como uma sequência de atividades técnicas cuja finalidade é disponibilizar medicamento (SANTOS, 2011; LEITE *et al.*, 2015; 2018; GERLACK *et al.*, 2017; BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Do ponto de vista epistemológico, esse conceito analítico e reducionista impactou, ao longo da história da AF no Brasil, a organização do sistema e o desenvolvimento das práticas no contexto municipal (SANTOS, 2011; AKERMAN; FREITAS, 2017).

O cenário descrito neste artigo retrata muitas realidades de municípios brasileiros, em que a falta de instituição da AF na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde incorre em fragilidades na infraestrutura das unidades de dispensação, desenvolvimento de operações fundamentais predominantemente técnicas (porém com fragilidades no uso de critérios técnicos para programação e distribuição de medicamentos), poucas e quase ausentes intervenções nos componentes sociais do sistema da AF e de prestação de serviços de cuidados farmacêuticos (GERLACK *et al.*, 2017; BERNARDO, SOARES; LEITE, 2021).

Por outro lado, o problema do abastecimento evidenciado nesse município engloba uma meta mundial para o alcance da cobertura universal da saúde, em que as OMS reconhece o medicamento como sendo essencial para tal fim (OMS, 2019)

Os resultados apresentados oportunizaram um olhar para a solução dos problemas, com recursos que foram além do financiamento e regulamentação, como apontado em outros estudos realizados por Guimarães *et al.* (2004), Bernardi *et al.* (2006); Vieira (2008); Souza *et al.* (2011); Castro *et al.* (2014); Bruns *et al.* (2014); Souza *et al.* (2017); Bittencourt *et al.* (2017). Nesses estudos, os autores empregam um modelo de análise de decisão política racional, cujo foco é buscar a solução centrada no problema que está sendo analisado (RUA, 2014).

Como no caso apresentado nesta tese o problema tem um caráter estratégico e complexo, a aplicação do referencial teórico de Barreto e Guimarães (2010), Mendes *et al.* (2015) e Leite *et al.* (2015) e a teoria sociotécnica revelou uma tendência de deslocamento da centralidade no medicamento para uma concepção mais ampliada, que incluiu o usuário e suas necessidades como o destinatário final dessas ações, buscando produzir evidências de organização, práticas e cultura organizacional da AF, bem como permitiu identificar estratégias para as soluções dos problemas que já eram amplamente utilizadas na teoria

sociotécnica, na de gestão da AF e da atenção primária, porém nunca antes integradas no contexto da reorientação da AF municipal, como discutido abaixo:

Estratégia 1. Utilizar os dados da matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da AF em âmbito municipal como fonte de informação em pesquisa. A matriz avaliativa da capacidade de gestão da AF foi elaborada a partir de pesquisas realizadas no contexto de municípios do Brasil, do Estado da Bahia, realizado por Barreto e Guimarães (2010), em Santa Catarina, aplicado por Mendes *et al.* (2015) e Leite *et al.* (2015) e foi adaptada para inquérito nacional nos estudos da PNAUM, por Gerlack *et al.* (2017), além de ser uma ferramenta elaborada de maneira participativa, realizada por meio de debates e oficinas de consenso, com a participação de pesquisadores da área e com os coordenadores de AF de municípios catarinenses. Essa ferramenta é um recurso fundamental para a coleta de dados e a sistematização das análises e resultados; assim como foi utilizada na sensibilização dos gestores, pela sua apresentação objetiva e de fácil interpretação.

Estratégia 2. Criar grupos de trabalho autorreguláveis e semiautônomos

A construção básica da estrutura sociotécnica é a formação de grupos de trabalho autorreguláveis e semiautônomos, que podem dar à organização a capacidade de atender às demandas decorrentes do meio ambiente ou do ambiente interno do sistema. São caracterizados como componentes sociais e técnicos interdependentes, cujos membros, que executam tarefas inter-relacionadas, podem controlar as tarefas, são responsáveis por um produto ou serviço completo e podem tomar decisões sobre atribuições de tarefas e métodos de trabalho. Em muitos casos, cada grupo define suas metas (APPELBAUM, 1997).

Estratégia 3: Regionalização

A estratégia de regionalização é amplamente utilizada e preconizada para a gestão na área tanto da atenção primária quanto da AF, internalizada como atributo essencial da sua instituição, com bem definido por Leite *et al.* (2015, p. 69):

A assistência farmacêutica, como política, deve ser entendida como parte integrante da Política de Saúde e norteadora para a formulação de outras políticas setoriais. Como parte da Política de Saúde, deve atender aos princípios ideológicos e organizacionais do SUS: basear-se na responsabilização pela universalidade do acesso, na integralidade da atenção, da equidade, na participação social, de forma hierarquizada, regionalizada e descentralizada.

Estratégia 3: Apoio Matricial

A aplicação do apoio matricial como estratégia de qualificar os serviços farmacêuticos nas unidades de dispensação foi fundamental para o planejamento das ações em um contexto de fragilidade em recursos humanos e financeiros. Além disso, foi considerada uma estratégia potente na atenção primária para viabilizar a garantia da atenção integral à saúde do trabalhador, além de possibilitar a ampliação de práticas que reconhecem o usuário enquanto trabalhador e o trabalho como determinante do processo saúde-doença, com o aumento da resolutividade (LAZARINO; SILVA; DIAS, 2019).

Estratégia 4: Divisão de trabalho com atividades integradas

Primeiramente, precisamos destacar que as organizações são feitas de pessoas. Parece óbvio e simplista, mas esta análise, para o entendimento e apreciação do componente humano, é importante por causa da complexidade dos relacionamentos sociais e da variabilidade ou diversidade dos seres humanos; este componente é considerado o mais complexo dos sistemas organizacionais (SILVA, 2001). A estratégia de dividir o trabalho contribuiu para uma prática interprofissional, em todos os espaços (gestão, serviços da AF, unidades de saúde), além de oportunizar um aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo. A OMS, em Alma-Ata 78, reconhece a interprofissionalidade como uma das estratégias para promover “Saúde (BARR, 2015).

A necessidade de práticas interprofissionais decorre diretamente da complexidade e natureza multifacetada da saúde e das necessidades de assistência social dos pacientes, requerendo coordenação eficaz de serviços em função dos desafios de: comunicação entre os diversos saberes; união das diferentes percepções dos profissionais; competências colaborativas (CIHC, 2010).

Estratégia 5. Parcerias

A estratégia de estabelecer parcerias é reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) com uma forma de fortalecer a mobilização de recursos internos, inclusive por meio do apoio internacional aos países em desenvolvimento, para melhorar a capacidade nacional de arrecadação de impostos e outras receitas. No caso do presente estudo, a estratégia foi justamente fortalecer o ambiente interno com recursos municipal, estadual e federal.

O caso em estudo demonstrou ser um ponto de partida para um experimento de transição, pois se relacionou com a solução de um problema social persistente, e o processo foi de aprendizagem multidimensional e coletivo (BOSCH; ROTMANS, 2008); as inovações organizacionais realizadas buscaram atender a uma necessidade social existente, de uma maneira fundamentalmente diferente do que havia sido proposto no município o início desse projeto, como afirma Bosch; Rotmans (2008).

Devemos lembrar que os experimentos de transição acontecem em menor escala, para, posteriormente, serem dimensionados e ampliados.

5.6 Conclusão

O referido estudo demonstrou e possibilitou a criação de um processo de sistematização para promover experimentos de transição por meio de intervenções no SST da AF municipal. Segundo Bosch e Rotmans (2008), os estudos de experimentos de transição contribuem para identificar e solucionar problemas persistentes na sociedade e que impactam seu desenvolvimento. Foi possível observar que, ao escolher uma metodologia com abordagem sistêmica, não recaímos em mecanismos repetitivos no que se refere à escolha de quais serviços são prioritários e os que favorecem o acesso ou o cuidado do paciente, pois essa abordagem demonstrou a importância das operações fundamentais serem executadas na sua plenitude e, assim, com estruturação e práticas voltadas a atender à necessidade social quanto aos serviços são incorporados em sua plenitude, gerando resultados tanto economia, pela redução de desperdício, quanto na saúde dos usuários e, conseqüentemente, uma maior satisfação com o sistema.

O presente experimento foi de abrangência local; entretanto, a metodologia proposta pode ser aplicada a qualquer realidade brasileira. Sugerimos que seja direcionada pelas seguintes etapas: descrição do sistema sociotécnico; análise das necessidades do sistema; planejamento compartilhado das ações; implementação; avaliação das modificações no sistema sociotécnico; avaliação do experimento de transição.

A valorização da AF municipal foi constituída dentro das bases preconizadas por Rotmans e Loorbach (2006) e BOSH (2010), pois, pelos depoimentos estudados, pudemos perceber que foi um resultado dos valores compartilhados que, juntos, constituíram a perspectiva a partir da qual os atores pensam e agem, pela alterações na cultura, nas mudanças de pensamento, nos modelos mentais e percepções – foram estes os conceitos centrais para compreender quais mudanças em um processo foram iniciadas a partir desse projeto. Refere-se à soma das atividades (rotinas, comportamento, práticas diárias).

O modelo proposto foi desenvolvido integrado com a Universidade, em um cenário político favorável para transformação do sistema existente, com aporte de recursos financeiros.

Para implementação em outros contextos é importante avaliar os recursos disponíveis e a força política, estes podem ser considerados fatores limitantes na ampliação do experimento. Por outro lado, o percurso proposto oportuniza conhecer com profundidade as necessidades e planejar o processo.

Segundo Bosh, (2010), os experimentos de transição contribuem para um aprendizado coletivo e desenvolvimento de modelos sustentáveis, aplicar o modelo proposto, em que, inicia pela fase de diagnóstico pode contribuir para elucidar fatores não observados anteriormente como foi neste caso estudado, em que não havia sido instituído um objetivo comum e uma cultura organizacional para a AF na APS, fator este, que impactou na sua estrutura e processos, nos resultados do sistema.

6. CONCLUSÃO

Os capítulos desta tese foram desenvolvidos com o propósito de fornecer sustentação teórico-prática para a construção de um modelo sociotécnico de design e avaliação para Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, com a finalidade de ser aplicado em estudos de experimentos de transição sociotécnica. Segue-se uma continuidade dos estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos, da Universidade Federal de Santa Catarina, criado em 2002 (sob o nome “Estudos de utilização de medicamentos e qualidade dos serviços farmacêuticos”) e congrega pesquisadores, técnicos e estudantes dedicados à pesquisa e extensão para a qualificação dos serviços farmacêuticos e da educação farmacêutica, ao desenvolvimento de tecnologias e processos e à avaliação e acompanhamento de políticas públicas.

No processo de construção desta tese, assumimos um compromisso de selecionar abordagens teóricas e metodológicas que contribuíssem para a construção de uma pesquisa fundamentada na organização sociotécnica, com visão sistêmica e que contemplasse tanto os componentes técnicos quanto os sociais do sistema em estudo. Esperamos que os produtos originários desta tese se traduzam em metodologias de avaliação e design para a criação de inovações no sistema da AF municipal e que contribuam com o desenvolvimento sustentável.

Esta pesquisa se origina com o propósito social de contribuir para a efetivação da AF municipal como uma política pública desenvolvida no contexto das necessidades locais e regionais e integrada às demais políticas municipais de forma a melhorar o acesso e uso racional de medicamentos.

Por meio da revisão bibliográfica, percebeu-se que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), ao longo dos anos analisados, desenvolveu prioritariamente os componentes técnicos do sistema, e as operações técnicas fragilizadas têm uma relação direta com fatores sociais que foram barreiras para o seu avanço, como a organização do sistema, as práticas e a cultura, o que acarretou no cenário nacional de fragilidade no processo de institucionalização da AF municipal e, conseqüentemente, gerou problemas de abastecimento de medicamentos e desperdícios com medicamentos vencidos.

Por essas razões, o percurso de pesquisa buscou encontrar respostas aos seguintes questionamentos:

1. Quais fatores sociais interferem no desenvolvimento de uma gestão da AF na atenção primária que promova a organização dos serviços farmacêuticos na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença, na autonomia decisória, na participação e na disseminação de conhecimentos estratégicos?
2. Quais fatores-chave, no sistema da AF na APS, influenciam a reorientação da AF organizada na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença?
3. Qual modelo de design de avaliação contribui para a reorientação da AF na APS na lógica da abordagem integral?
4. À luz das três primeiras perguntas, que mudanças nas estruturas práticas e culturais os gestores podem considerar para melhorarem o sistema de apoio à inovação na AF na APS de forma a contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde?

No Capítulo 2, tivemos o interesse elencar os fatores sociais da gestão da AF que estavam influenciando os resultados obtidos de uma matriz avaliativa de quatro municípios catarinenses, com cenário socioeconômico e político diferentes, e constatou-se que nesses municípios a principal fragilidade estava relacionada com a estrutura organizacional da AF e que isso impactava na gestão e na organização das práticas e, portanto, não atendia às necessidades do sistema de saúde.

Esse capítulo buscou demonstrar o quanto o conceito de AF, influenciado pelo constructo da década de 1970 (disponibilidade de medicamentos), impactou e levou a organização do sistema da AF municipal a um modelo fragmentado, reducionista, com foco nos componentes técnicos da Assistência Farmacêutica.

Diante dessa análise, observamos que eram necessárias intervenções mais profundas para a reorientação da AF na APS; que era inútil investir nos componentes internos da AF – gestão, força de trabalho, estrutura, processo, tecnologia e cultura –, pois, até o momento, as inovações realizadas focaram tais modificações no componentes, o que se traduz em abordagens analíticas voltadas a um problema e uma solução.

Por essas razões, buscamos soluções na visão sistêmica para compreendermos a natureza complexa da AF na APS, pois, além de ser constituída de inúmeras operações fundamentais técnicas e sociais, tem uma relação com diversos setores da Secretaria de Saúde e inter-relação com as esferas estaduais e nacionais.

Propusemo-nos ao ineditismo e originalidade para desenvolver um modelo de design e avaliação sociotécnica da AF na APS, o qual foi resultado do Capítulo 3, do artigo já

publicado. O resultado desse capítulo nos forneceu suporte para a avaliação de estudos teóricos, o que resultou no Capítulo 4 e na proposição da metodologia para desenvolver inovações para o SST da AF, com a finalidade de contribuir com a sustentabilidade do sistema.

Dessa forma, no referido capítulo, foi possível comprovar que a visão apenas técnica influencia, até os dias de hoje, as pesquisas de avaliação da AF municipal e que os resultados apontados remetem a abordagens analíticas. Logo, estamos há mais de 20 anos em um ciclo vicioso em que avançamos para o acesso de medicamentos na atenção primária, porém não conseguimos avançar para a instituição da política da AF integrada às demais políticas de saúde.

E, finalmente, conseguimos comprovar, no Capítulo 4, o quanto os benefícios da aplicação da abordagem sistêmica de design e avaliação para a AF na APS podem constituir uma estratégia para o desenvolvimento de estratégias inovadoras e sustentáveis para o processo de reorientação da AF e, finalmente, promover a implementação como uma política pública municipal e com resultados que transformem a sociedade por meio dos serviços farmacêuticos que melhorem o acesso e uso racional de medicamentos, numa abordagem do processo integral da saúde-doença.

Por fim, com a construção do Capítulo 5, conseguimos compreender quais mudanças nas estruturas práticas e culturais os gestores podem considerar para melhorarem o sistema de apoio à inovação da AF na APS de forma a contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde: trata-se da incorporação de estratégias sustentáveis, amplamente utilizadas no SUS e no desenvolvimento de inovações sustentáveis, quais sejam:

- Regionalização das unidades de saúde para facilitar o processo de apoio matricial.
- Criação de grupos de trabalho autorreguláveis e semiautônomos, e com gestão compartilhada.
- Divisão de trabalho.
- Parcerias da equipe de gestão da Secretaria de Saúde com as equipes das unidades de saúde, almoxarifado e entre os grupos de trabalho da AF.

Este estudo foi um ponto de partida para o desenvolvimento de estudos com a abordagem sociotécnica e de experimentos de transição na área da Assistência Farmacêutica na atenção primária. Construimos pontes e apresentamos uma nova abordagem conceitual e metodológica, considerada uma questão importante na agenda de pesquisa.

Nos estudos para o desenvolvimento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e seguro, pode-se considerar seis dimensões de qualidade: (1) segurança, (2) eficácia, (3) cuidado centrado no paciente, (4) pontualidade, (5) eficiência e (6) equidade. Um sistema de saúde eficaz oferece serviços baseados no conhecimento científico para todos que poderiam se beneficiar; abstendo-se de fornecer serviços para aqueles que provavelmente não irão se beneficiar. O cuidado centrado no paciente respeita e responde a preferências, necessidades e valores individuais do paciente, garantindo que os valores do paciente guiem todas as decisões clínicas. A pontualidade do atendimento está especificamente preocupada com a redução dos atrasos no atendimento do paciente, e espera-se que, de forma mais ampla, a eficiência do atendimento aborde questões de desperdício, incluindo desperdício de medicamentos.

O cuidado equitativo é o cuidado que não varia de acordo com características pessoais do paciente, como sexo e origem étnica. As organizações de saúde podem criar ineficiências e aumentar o tempo e a energia demandada dos profissionais de saúde. Essas ineficiências podem ser resolvidas conduzindo-se uma análise sistemática de sistemas sociotécnicos.

O cuidado centrado no paciente requer uma compreensão profunda do “trabalho” tanto dos pacientes quanto de seus provedores de saúde e suas interações; isso pode se beneficiar dos modelos de avaliação sociotécnica.

Nesse sentido, pode-se obter informações valiosas à medida que os estudiosos ampliam o alcance geográfico dos estudos de experimentos de transição para além do foco atual nos estados brasileiros ou abordam questões de institucionalização das políticas de medicamentos no âmbito municipal. Além disso, acreditamos que os estudos de experimento de transição podem se beneficiar de maior atenção aos estudos analíticos em diferentes campos, tais como: estudos de políticas públicas que interferem no resultado do sistema, incorporação de tecnologia de informação para a logística de medicamentos; e prestação de serviços de cuidados farmacêuticos. Esse último, especialmente, pode contribuir para melhorar o rigor dos estudos de transição de sustentabilidade e a qualidade dos *frameworks* aplicados para a instituição de políticas de assistência farmacêutica municipal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKERMAN, M.; FREITAS, O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): Avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Saúde Pública**, v. 51, 1s–5s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YZNTwhywfJsNHjkfXSgJJdK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- ALBURY, D. *et al.* **Against the Odds: Successfully Scaling Innovation in the NHS**. London: Innovation Unit & The Health Foundation, 2018. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publication/against-odds-successfully-scaling-innovation-nhs>. Acesso em: 27 out. 2019.
- APPELBAUM, S. Socio-technical systems theory: An intervention strategy for organizational development. **Manag. Decis**, v. 35, p. 452–463, 1997. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235266179_Socio-technical_systems_theory_An_intervention_strategy_for_organizational_development. Acesso em: 16 mai. 2020.
- BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003717&lng=pt&nrm=iso. Acesso 06 mai. 2020.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/z8jxtD6Y5hpYfKcNGbhcYvt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 mai. 2021.
- BARROS, R. D. *et al.* Acesso a medicamentos: Relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Rev. Saude Publica**, v. 51, Supl. 2, p. 8s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fX4p5nP79qYWRwGmZqBqRGk/?lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; POSSAS, C. A. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 119, p. 270-277, 1995. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/436>. Acesso em: 12 abr. 2021.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; COSTA, J. C. S.; NORONHA, J. C. **Desafios do acesso a medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Livres, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41803/2/Desafios_do_Acesso_a_Medicamentos_2020.pdf. Acesso em: 15 mai. 2020.

BERMUDEZ, J. Pharmaceutical Services and comprehensiveness 30 years after the advent of Brazil's Unified Health System. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1937-1951, 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/JJMg4RbRWgtcxnv6fDP5qFq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2021.

BERNARDO, L. Reorientação da assistência farmacêutica na atenção primária do município de Brusque. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MqtG8mI8Srw>.

Acesso em: 10 jan. 2021.

BERNARDO, N. L. M.; SOARES, L.; LEITE, S. N. A Sociotechnical Approach to Analyze Pharmaceutical Policy and Services Management in Primary Health Care in a Brazilian Municipality. **Pharmacy**, v. 9, n. 1, 39-55, 2021. Disponível em:

<https://www.mdpi.com/2226-4787/9/1/39>. Acesso em: 06 mai. 2020.

BIAZZI JR., F. de. O Trabalho e as Organizações na Perspectiva Sócio-técnica. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 1, p. 30-37, jan./fev. 1994. Disponível em:

<https://rae.fgv.br/rae/vol34-num1-1994/trabalho-organizacoes-na-perspectiva-socio-tecnica>.

Acesso em: 06 mai. 2020.

BOSCH, S. V. **Transition experiments: exploring societal changes towards sustainability**. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2010.

BOSH, S. V.; NEUTEBOOM, J. The making of a Transition Programa in the Dutch care sector. *In*: BROERSE, J. E. W; GRIN, J. **Toward Sustainable Transitions in Healthcare Systems**. New York: Routledge, 2017. cap. 7, p. 153-182.

BOTLA, L.; KONDUR, H. Competitiveness of a Company: Dimensionality of Competitiveness. **Research Journal of Social Science & Management**, v. 1, n. 6, p. 41-54, 2011. Disponível em: https://www.cjournal.cz/pdf_fulltexty/joc_4-2016_v2c.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.

BOTLA, L.; KONDUR, H. Socio Technical Systems of a Company: The Dimensionality of Socio Technical Systems. **Purushartha J. Manag. Ethics Spiritual**, v. 11, n. 1, p. 24-38, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988. Disponível:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**, Seção 1, 25/6/1971, p. 4839. Disponível em: [BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: \[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html\]\(https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html\). Acesso em: 27 mai. 2019.](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-68806-25-junho-1971-410656-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=1%C2%BA.,%2C%20n%C3%A3o%20puderem%20adquir%C3%AD%2Dlos. Acesso em: 16 de jun. 2021.</p></div><div data-bbox=)

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** [recurso eletrônico]. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/AF-no-SUS-20-Anos-de-Pol%C3%ADticas-e-Propostas-para-Desenvolvimento-e-Qualifica%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: MS, 1999. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 15 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Programação Anual de Saúde (PAS) 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRUSQUE. **Annual Health Program in the Municipality**. 2015a. Disponível em: <https://brusque.atende.net/#!/tipo/aceso-informacao/valor/especifico/item/5>. Acesso em: 6 mai. 2020.

BRUSQUE. **Annual Management Report**. 2017. Disponível em: <https://brusque.atende.net/#!/tipo/aceso-informacao/valor/especifico/item/5>. Acesso em: 6 mai. 2020.

BRUSQUE. Câmara Municipal de Brusque. **Lei Complementar nº 224/2014, de 26/09/2014**. Institui o Código Sanitário Municipal, estabelece penalidades, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.legislador.com.br/LegislatorWEB.ASP?WCI=LeiTexto&ID=11&inEspecieLei=2&nrLei=224&aaLei=2014&dsVerbete=medicamento>. Acesso em: 6 mai. 2020.

BRUSQUE. **Decreto nº 7826, 08 de julho de 2016**. Disciplina procedimentos a serem adotados pelos médicos e odontólogos servidores públicos municipais e prestadores de serviço para o Sistema Único de Saúde em âmbito municipal na prescrição de medicamentos

e na solicitação de exames e procedimentos de saúde e estabelece outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/b/brusque/decreto/2016/782/7826/decreto-n-7826-2016-disciplina-procedimentos-a-serem-adotados-pelos-medicos-e-odontologos-servidores-publicos-municipais-e-prestadores-de-servico-para-o-sistema-unico-de-saude-em-ambito-municipal-na-prescricao-de-medicamentos-e-na-solicitacao-de-exames-e-procedimentos-de-saude-e-estabelece-outras-providencias>. Acesso em: 6 mai. 2020.

BRUSQUE. **Portal da Cidade Brusque**. 2020. Disponível em: <https://brusque.portaldacidade.com/noticias/saude/prefeitura-de-brusque-esclarece-sobre-falta-de-medicamentos-na-rede-municipal-de-saude>. Acesso em: 6 abr. 2020.

BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Normativa nº 005/2015**. 2015b. Disponível em: <https://portal.brusque.sc.gov.br/secretaria/secretaria-de-saude/>. Acesso em: 6 mai. 2020.

CÂMARA MUNICIPAL DE BRUSQUE. **Saúde pública municipal é debatida em sessão da Câmara**, 15 mar. 2017. Disponível em: <https://www.camarabrusque.sc.gov.br/web/noticia.php?id=3175:sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-municipal-%C3%A9-debatida-em-sess%C3%A3o-da-c%C3%A2mara>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CARAYON, P. *et al.* Evaluation of nurse interaction with bar code medication administration technology in the work environment. *Journal of Patient Safety*, v. 3, n. 1, p. 34-42, 2007.

CARAYON, P. *et al.* Nurses' acceptance of Smart IV pump technology. **International Journal of Medical Informatics**, v. 79, p. 401-411, 2010.

CARAYON, P. *et al.* Sociotechnical systems analysis in health care: A research agenda. **IIE Trans. Healthc. Syst.**, v. 1, p. 145–160, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351758/>. Acesso em: 01 mai. 2021.

CARAYON, P. *et al.* Work system design for patient safety: The SEIPS model. **Quality & Safety in Health Care**, v. 15, supl. I, p. i50-i58, 2006.

CHALLENGER, R.; CLEGG, C. W. Crowd disasters: A socio-technical systems perspective. **Contemp. Soc. Sci**, v. 6, n. 3, p. 343–360, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233329135_Crowd_disasters_A_socio-technical_systems_perspective. Acesso em: 22 mai. 2021.

CHATAWAY, J.; TAIT, J.; WIELD, D. The Governance of Agro- and Pharmaceutical Biotechnology Innovation: Public Policy and Industrial Strategy. **Technology Analysis & Strategic Management**, v. 18, n. 2, p. 169-185, 2006. Disponível: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09537320600624063>. Acesso em: 15 mai. 2020.

CIHC. **Canadian Interprofessional Health Collaborative**. Canada, 2021. Disponível em: <http://www.cihc-cpis.com>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CLEGG, C. W. Sociotechnical principles for system design. **Appl. Ergon**, v. 31, n. 05, p. 463–477. 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11059460/>. Acesso em: 12 mai. 2021.

CLEGG, C. W; WALSH, S. Change Management: Time for a Change! **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 13, n. 2, p. 217-239, 2004.

CONASEMS. Entrevista Mauro Junqueira. **Revista CONASEMS**, n. 72, p. 05–10, 2018. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Conasems_Revista_72_Web_F01.pdf. Acesso em: 6 mai. 2020.

COSTA, M. *et al.* Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, Supl. 2, p. 11s, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007144.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.

COX, A. *et al.* **NHS Innovation Accelerator Evaluation**. Brighton: Institute for Employment Studies, 2018.

DAVIS, M. C. *et al.* Advancing socio-technical systems thinking: A call for bravery. **Appl. Ergon.**, v. 45, n. 2, p. 171–180, 2014. Disponível: https://www.researchgate.net/publication/236690354_Advancing_Socio-technical_Systems_Thinking_A_Call_for_Bravery. Acesso em: 06 mai. 2020.

EMERY, F. E.; TRIST, E. L. **The causal texture of organization environments**. Hum. Relat. 1965. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001872676501800103>. Acesso em: 16 mai. 2020.

FROST, L. J.; REICH, M. R. Creating Access to Health Technologies in Poor Countries. **Health Aff**, v. 28, p. 962–973, 2009.

GERLACK, L. F. *et al.* Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, Supl. 2, p. 15s, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007063.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.

GUIMARÃES, M. C. L. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ks5MqD4WGHmwQZkCPppqFj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mai. 2021.

HARVEY, J. *et al.* Exploring safety systems for dispensing in community pharmacies: Focusing on how staff relate to organizational components. **Res. Soc. Adm. Pharm.**, v. 11, n. 2, p. 216–227, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25108523/>. Acesso em: 01 mai. 2021.

HARVEY, J. *et al.* The socio-technical organisation of community pharmacies as a factor in the Electronic Prescription Service Release Two implementation: A qualitative study. **BMC Health Serv. Res.**, v. 12, p. 471, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23256484/>. Acesso em: 06 mai. 2020.

HOEPFNER, L. **Diagnóstico da Assistência Farmacêutica Pública em Santa Catarina: Uma Avaliação.** Orientador: Silvio Cario. 2019. TCC (Especialização em Gestão em Saúde) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

HOLLOWAY, K. A. *et al.* Have we improved use of medicines in developing and transitional countries and do we know how to? Two decades of evidence. **Trop. Med. Int. Health**, v. 18, p. 656–664, 2013.

IBGE. **Brusque.** Censo. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/brusque>. Acesso em: 06 mai. 2020.

JACOBS, B. *et al.* Addressing access barriers to health services for the poor: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low income countries. **Health Policy and Planning**, v. 27, p. 288–300, 2012.

KRUK, M. E. *et al.* High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a Revolution. **Lancet Glob Health**, v. 6, n. 11, p. e1196-e1252, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30196093/>. Acesso em: 18 mai. 2021.

LEAVITT, H. J. Applied organizational change in industry: Structural, technological, and humanistic approaches. *In*: MARCH, J. G. (eds.). **Handbook of Organizations.** Chicago: RandMcNally & Co., 1965. p. 1144–1170. Disponível em: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455q1t3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=951522](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455q1t3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=951522). Acesso em: 06 mai. 2020.

LEITE, S. N. *et al.* **Gestão da Assistência Farmacêutica: Proposta Para Avaliação no Contexto Municipal: A Experiência em Santa Catarina.** Florianópolis: UFSC, 2015.

LEITE, S. N. *et al.* Science, Technology and Pharmaceutical Policy on the agenda: contributions from the society to the 16th National Conference on Health. **Cien Saúde Col**, v. 23, n. 12, p. 4259-4268, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nBHFxqdc4LJFtWyJHLY4sGf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 mai. 2021.

LIMA, M. G. *et al.* Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Rev Saude Publica**, v. 51, Suppl 2, p. 23s, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007137.pdf. Acesso em: 06 mai. 2020.

LOORBACH, R. **Transition Management: New Mode of Governance for Sustainable Development**. Utrecht: International Books, 2007.

MALERBA, F.; ORSENIGO, L. Innovation and Market Structure in the Dynamics of the Pharmaceutical Industry and Biotechnology: Towards a History-Friendly Mode. **Industrial and Corporate Change**, v. 11, n. 4, p. 667-703, 2002. Disponível em: https://econpapers.repec.org/article/oupindcch/v_3a11_3ay_3a2002_3ai_3a4_3ap_3a667-703.htm. Acesso em: 15 mai. 2020.

MANZINI, F.; MENDES, S. J. Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica em âmbito municipal. *In*: LEITE, S. N. *et al.* **Gestão da Assistência Farmacêutica: Proposta para Avaliação no Contexto Municipal: A Experiência em Santa Catarina**. Florianópolis: UFSC, 2015. p. 95-141. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187614/Gest%c3%a3o%20da%20Assist%c3%aancia%20Farmac%c3%aautica%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 mai. 2020.

MARIN, N. *et al.* **Assistência Farmacêutica Para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro; OPAS/OMS: Washington, DC, USA, 2003. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf. Acesso em: 26 mai. 2021.

MARJANOVIC, S. *et al.* Innovating for improved healthcare: Sociotechnical and innovation systems perspectives and lessons from the NHS. **Science and Public Policy**, v. 47, n. 2, p. 283-297, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/spp/article/47/2/283/5722190>. Acesso em: 16 mai. 2020.

MEEKS, D. W. *et al.* Exploring the sociotechnical intersection of patient safety and electronic health record implementation. **J. Am. Med. Inform Assoc.**, v. 21, n. e1, p. e28–e34, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24052536/>. Acesso em: 01 mai. 2021.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NOVAK, L. L. *et al.* Using a sociotechnical framework to understand adaptations in health IT implementation. **Int. J. Med. Inform.** v. 82, n. 12, p. e331–e344, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23562140/#:~:text=Using%20a%20sociotechnical%20framework%20to%20understand%20adaptations%20in,evolving%20both%20the%20work%20routines%20and%20the%20technology>. Acesso em: 08 mai. 2020.

O MUNICÍPIO. **Contas em atraso e falta de remédios foram entraves na Saúde de Brusque**. 19 jul.2017. Disponível em: <https://omunicipio.com.br/contas-em-atraso-e-falta-de-remedios-foram-entraves-na-saude-de-brusque/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

O MUNICÍPIO. **Pacientes sofrem com falta de medicamentos para aliviar dores na coluna**. Disponível em: <https://omunicipio.com.br/pacientes-sofrem-com-falta-de-medicamentos-para-aliviar-dores-nas-costas/>. Acesso em: 06 abr. 2020.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Rev Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, p. 6s, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006161.pdf. Acesso em: 08 mai. 2020.

OZAWA, S. *et al.* Access to medicines through health systems in low- and middle-income countries. **Health Policy and Planning**, v. 34, supl. 3, dez. 2019, p. iii1-iii3. Disponível em: https://academic.oup.com/heapol/article/34/Supplement_3/iii1/5670624. Acesso em: 10 ago. 2020.

PHIPPS, D. L. *et al.* Medication safety in community pharmacy: a qualitative study of the sociotechnical context. **BMC Health Services Research**, v. 9, p. 158-167, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2745376/pdf/1472-6963-9-158.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2020.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4839855/mod_resource/content/1/As%20Necessidades%20de%20Sa%C3%BAde%20como%20Conceito%20Estruturante%20na%20Luta%20pela%20Integralidade%20e%20Eq%C3%BCidade%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 06 mai. 2020.

RÁDIO ARAGUAIA. Brusque. Disponível em: <https://araguaia Brusque.com.br/index.php/home>. Acesso em: 06 abr. 2020.

ROTMANS, J. *et al.* **Transitions & Transition Management**: the case of an emission-poor energy supply. Maastricht: ICIS (International Centre for Integrative Studies), 2000.

ROTMANS, J. Societal Innovation: Between Dream and Reality Lies Complexity. **DRIFT Research Working Paper**, 2005. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=878564>. Acesso em: 27 out. 2019.

ROTMANS, J.; KEMP, R.; VAN ASSELT, M. B. A. More Evolution than Revolution. **Transition Management in Public Policy**, *Foresight*, v. 3, n. 1, p. 15-31, 2001.

ROTMANS, J.; LOOARBACH, D. Towards a better understanding of transitions and their governance: A systemic and reflexive approach. *In*: GRIN, J.; ROTMANS, J. (eds.). **Transitions to Sustainable Development**. London: Routledge, 2010.

ROVER, M. R. M.; LEITE, S. N. Gestão em saúde e gestão da assistência farmacêutica. *In*: LEITE, S. N. *et al.* **Gestão da Assistência Farmacêutica: Proposta Para Avaliação no Contexto Municipal: A Experiência em Santa Catarina**. Florianópolis: UFSC, 2015. p. 39–58. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187614/Gest%c3%a3o%20da%20Assist%c3%aancia%20Farmac%c3%aautica%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 mai. 2021.

SAWYER, S.; JARRAHI, M. The Sociotechnical Perspective. *In*: **Information Systems and Information Technology**. vol. 2. Boca Raton: Taylor and Francis, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/301777084_The_Sociotechnical_Perspective. Acesso em: 27 out. 2019.

SCHOT, J.; STEINMUELLER, W. E. **Three Frames for Innovation Policy: R&D, Systems of Innovation and Transformative Change**. Brighton: University of Sussex, 2017. Disponível em: http://www.johanschot.com/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Latest-April-2018-3-Frames-Paper-fro-Web-Proofedv8RK-SENT-Schot-Steinmueller_Framings-of-STI-PolicySecondsubmission2-copy-2.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.

SECOM/BRUSQUE. **Medicamentos**: Com o objetivo de rever a política de Assistência Farmacêutica do município, a Secretaria de... Rádio Araguaia, 17 jul. 2018. Disponível em: <https://araguaiabrusque.com.br/noticia/medicamentos/48915>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SECOM/BRUSQUE. **Saúde Pública**: A Secretaria de Saúde informa que alguns medicamentos estão em falta nas Unidades Básicas de Saúde... Rádio Araguaia, 27 maio 2016. Disponível em: <https://araguaiabrusque.com.br/noticia/saude-publica/32428>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SIDEMS. **Índice de Desenvolvimento Sustentável dos Municípios Catarinenses**. 2017. Disponível em: <https://indicadores.fecam.org.br/indice/estadual/ano/2017>. Acesso em: 06 mai. 2020.

SILVA, R. O. da. **Teorias da administração**. São Paulo: Pioneira, Thomson Learning, 2005.

SIMON, H. A. **The New Science Of Management Decision**. New York, NY: Harper and Row, 1960.

SITTIG, D. F.; ASH, J. On the importance of using a multidimensional sociotechnical model to study health information technology. **Ann. Fam. Med**, v. 9, n. 5, p. 390–391, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185480/>. Acesso em: 01 mai. 2021.

SITTIG, D. F.; SINGH, H. A new sociotechnical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems. **Qual. Saf. Health Care**, v. 19, Suppl. 3, p. 68–74, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3120130/>. Acesso em: 06 mai. 2020.

SOARES, L.; SANTOS, R. I. O processo saúde doença-cuidado. In: SANTOS, R. I. *et al.* (orgs.). **Políticas de Saúde e acesso a medicamentos**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. cap. 1. p. 21-58. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187549/1%20-%20Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20e%20acesso%20a%20medicamentos%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 out. 2019.

SOUZA, G. S. *et al.* Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 51, Supl 2, p. 7s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZMYybrcG35KrddWvyVzsrJf/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SZEINBACH, S. *et al.* Dispensing errors in community pharmacy: Perceived influence of sociotechnical factors. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 19, n. 4, p. 203–209, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17567597/>. Acesso em: 02 mai. 2021.

TRIST, E. L. **The Evolution of Socio-Technical System**. Ministry of Labor/Ontario Quality of Working Life. Toronto: Center, 1981.

WHO. **Access and Rational Use of Strategic and High-Cost Medicines and Other Health Technologies**. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-10-e.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2020.

WHO. **Aspectos destacados en el año 2000 sobre medicamentos esenciales y política farmacéutica**. 2000. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=398-aspectos-destacados-ano-2000-sobre-medicamentos-esenciales-politica-farmaceutica-8&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965. Acesso em: 18 nov. 2019.

WHO. **The World Medicines Situation**. 2. ed. 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68735>. Acesso em: 06 mai. 2020.

WHO. **Urgent health challenges for the next decade**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade>. Acesso em: 06 mai. 2020.

ANEXOS

ANEXO A – Relatório de avaliação do projeto de reorientação da AF na APS

IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

1

1. INTRODUÇÃO

A política de Assistência Farmacêutica no município de Brusque, até março de 2017, não contextualizava uma imagem objetiva pública e expressa, ou seja, não existia o entendimento da Assistência Farmacêutica como tal política pública, o foco estava diretamente ligado aos processos de aquisição e entrega do insumo (medicamento).

O projeto de implantação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica propôs alterações nos processos que envolvem os serviços farmacêuticos com objetivo de atender as necessidades para viabilizar a implantação de uma política de assistência farmacêutica municipal reconhecendo a atenção básica como a porta de entrada dos serviços de saúde municipal e ordenadora do cuidado.

O plano da assistência farmacêutica existente não atendia as necessidades sociais e nem a políticas governamentais, os serviços farmacêuticos eram centralizados na farmácia municipal, no almoxarifado e no serviço de atenção especializada.

Na atenção Básica, havia um descontentamento dos servidores com a gestão da Assistência Farmacêutica no município, justificando a falta de suporte para realizar a organização do armazenamento, o controle de estoque e a entrega dos medicamentos nas unidades básicas de saúde, acarretando sobrecarga para a equipe de enfermagem que gerenciava o estoque de medicamentos das unidades de saúde além da responsabilidade sob a entrega dos mesmos aos usuários sendo necessário fazer escalas para funcionários, como aumento da rotatividade das pessoas que atuavam neste setor.

Diante deste contexto foi realizada uma parceria entre o município de Brusque com a Universidade do Vale do Itajaí, com objetivo de realizar uma avaliação da capacidade de gestão pública da Assistência Farmacêutica em Brusque e assim realizar um planejamento para a Implantação de uma Política de Assistência Farmacêutica que atenda as necessidades sociais e os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que compreende:

Neste projeto foi assumido como premissa que a Política de Assistência Farmacêutica no âmbito municipal traz consigo a necessidade de uma organização dos Serviços Farmacêuticos na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença que atenda a necessidade de saúde da população, assegurando o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido.

Este entendimento ampliado de saúde remete a uma gama de possibilidades de ações de saúde que são representadas pela promoção da saúde, prevenção, recuperação e



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE



reabilitação, o que se pode entender como um novo Modelo de Atenção à Saúde, tendo como eixo a Integralidade, reconhecendo que Atenção Primária em Saúde (APS) é o centro de comunicação das redes e tem um papel-chave na sua estruturação como ordenadora das redes e coordenadora do cuidado.

Nesta perspectiva apresentada para que o Serviço Farmacêutico esteja adequado a estes princípios necessita transcender o modelo centrado no ciclo logístico que envolve as atividades de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e entrega e a implantação consultórios farmacêuticos, para um modelo que tenha como foco principal o cuidado das pessoas, da família e da comunidade e as práticas envolvam atividades de regulação, aquisição, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais na rede de atenção básica de saúde pública, garantindo o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, de forma descentralizada e colaborativa.

O município de Brusque, a partir dos compromissos estabelecidos Contrato Organizativo da Atenção Básica, Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, vem implementado os mecanismos para o pleno desenvolvimento de ações e serviços necessários para o alcance das metas propostas que fazem parte desse Plano Municipal. (Brusque, 2017)



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



2. CARACTERIZAÇÃO SÓCIA DEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E DE SAÚDE DE BRUSQUE

As informações coletadas dos municípios foram baseadas no último censo nacional (IBGE, 2010) sobre população, trabalho, rendimento, educação, economia, território, ambiente e saúde, como pode ser observado nos quadros 1, 2, 3 e 4.

Para estes dados, foram definidas categorias básicas de identificação dos indicadores, (a) demográficos (população; densidade demográfica; percentual de indivíduos que vivem em domicílios urbanos); (b) socioeconômicos (PIB *per capita*, percentual da população em extrema pobreza, proporção de Pessoas ocupadas em relação à população total, Índice de desenvolvimento humano municipal - IDHM). O porte populacional foi considerado baseado na estratificação dos municípios proposta por Calvo, *et al*, (2016). Municípios de pequeno porte (com menos 25 mil habitantes), médio porte (de 25 a 100 mil habitantes) e municípios de grande porte (com mais de 100 mil habitantes).

As condições de saúde descritas foram: a esperança de vida ao nascer e taxa de mortalidade de menores de 05 anos de idade. A estruturação da Atenção primária foi descrita a cobertura da saúde da família, número de núcleo de apoio à estratégia da saúde da família.

Quadro 01. Descrição dos indicadores demográficos e socioeconômicos do município de Brusque

Informação	Município 2
População estimada [2018]	131.703 Pessoas
População no último censo [2010]	105.503 Pessoas
Densidade demográfica [2010]	372,51 hab/km ²
Percentual de domicílios urbanos	96,70%
PIB <i>per capita</i> [2016]	42.682,64 R\$
Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2016]	2,4 salários mínimos
Proporção de Pessoas ocupadas em relação à população total	44%
Percentual de extrema pobreza	3,45%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0,795

Fonte: IBGE, (2010).

Quadro 2. Descrição dos indicadores das condições de saúde e da estrutura de serviços da Atenção primária dos municípios

Informação	Resultados
Esperança de vida ao nascer estimada	78,6 anos
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade	10,26 óbitos por mil nascidos vivos
Cobertura da saúde da família	81,21%
Número de núcleo de apoio à estratégia da saúde da família	02

Fonte: IBGE, 2010

3. DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

A estrutura da assistência farmacêutica municipal apresentada no Quadro 3 e 4. está apresentada na lógica da estruturação dos serviços farmacêuticos da Atenção primária, considerando os recursos humanos e os serviços das secretarias de saúde. Todas as unidades de saúde disponibilizam o serviço a entrega dos medicamentos nas unidades de saúde, entretanto, não há farmacêuticos suficientes e nem carga horária disponível para estes profissionais atuarem junto as unidades básicas de saúde. Segundo CARVALHO, M. N., *et al*, (2017), a força de trabalho na assistência farmacêutica da Atenção primária do SUS, foi observado que mais de 90% dos municípios possuíam farmacêuticos na coordenação da AF e o profissional que atua nas unidades de dispensação localizadas nas unidades básica de saúde são predominantemente técnicos ou auxiliares de enfermagem.

Quadro 03. Número de farmacêuticos e auxiliares de serviços farmacêuticos nos estabelecimentos de saúde da secretaria de saúde municipal que disponibilizam os serviços farmacêuticos.

Descrição	Número
Número de farmacêuticos e carga horária semanal para Atenção primária	01 Farmacêutico: 40h
Número de farmacêuticos que atuam na Gestão municipal da assistência farmacêutica	00
Número de farmacêuticos disponibilizados para atuar nas unidades de dispensação das unidades de saúde	00
Número de auxiliares fixo dos serviços farmacêuticos disponibilizados para atuar nas unidades de dispensação das unidades de saúde	00
Número de farmacêuticos disponibilizados para atuar nas unidades de dispensação de medicamentos controlados	01

Quadro 03. Continuação: Número de farmacêuticos e auxiliares de serviços farmacêuticos nos estabelecimentos de saúde da secretaria de saúde municipal que disponibilizam os serviços farmacêuticos.

Número de auxiliares fixo dos serviços farmacêuticos e carga horária semanal disponibilizados para atuar nas unidades de dispensação de medicamentos controlados	06 auxiliares: 20h
Número de farmacêuticos disponibilizados para atuar exclusivamente no armazenamento e distribuição de medicamentos para a Atenção primária	00
Número de auxiliares para os serviços farmacêuticos disponibilizados para atuar no armazenamento e distribuição de medicamentos para a Atenção primária	02



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



Quadro 04. Descrição do número de estabelecimentos de saúde da secretaria de saúde municipal que disponibilizam os serviços farmacêuticos na APS

Descrição	Município 2
Número de unidade de Dispensação de medicamentos do componente da Atenção primária em unidades de saúde (porcentagem da cobertura da Assistência Farmacêutica)	22 (0%)
Número de unidade de Dispensação de medicamentos centralizados (porcentagem da cobertura da Assistência Farmacêutica)	01 (100%)
Número de núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (porcentagem da cobertura da Assistência Farmacêutica)	02 (100%)

A Atenção Básica é composta de 23 Unidades Básicas de Saúde, a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 100 %, com 31 equipes de ESF e 2 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com profissionais da área de farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia. O NASF atualmente realiza apoio matricial a 100% das ESF com a parceria em Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família com a Univali.

4. Avaliação da Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica

Para a avaliação da Assistência Farmacêutica Municipal foi realizado um diagnóstico inicial por meio da elaboração de uma matriz avaliativa, os dados foram coletados em um dia típico de atendimento nestes locais, utilizando as ferramentas descrita por (Leite et al., 2015), os atores entrevistados foram: Secretário de saúde, coordenadores das unidades de saúde, farmacêuticos que atuam na atenção básica, profissionais que atendem nas unidades de dispensação da atenção básica, usuários. As ferramentas utilizadas foram checklists e entrevistas estruturadas.

Como complementação das informações obtidas nas entrevistas, optou-se pela análise de documentos relacionados à gestão da Assistência Farmacêutica, tais como:

- Documento que institucionalize a coordenação da Assistência Farmacêutica.
- Portaria ou outro documento da instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Plano Municipal de Saúde.
- Publicação oficial da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).
- Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.
- Instrumentos de padronização da dispensação de medicamentos.
- Planilha de gastos da Assistência Farmacêutica.
- Cronograma de abastecimento de medicamentos.

Os dados foram classificados e agrupados de metodologia em três dimensões: dimensão organizacional, dimensão operacional e dimensão de sustentabilidade, para cada dimensão foram formuladas premissas balizadoras das questões que embasam os indicadores propostos, os quais devem revelar a situação em que se encontra a gestão da assistência farmacêutica quando comparada com a imagem-objetivo perseguida (LEITE et al., 2015).

A dimensão organizacional avalia a capacidade da gestão de assistência farmacêutica municipal em decidir e planejar de forma participativa, autônoma e transparente. Demonstram quem e como se decide uma gestão. O envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e de decisão traduzem os princípios da autonomia, transparência e descentralização da gestão da assistência farmacêutica (LEITE et al., 2015).

Já a dimensão operacional avalia os aspectos da qualificação e estruturação técnica da gestão, avaliando a capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais que contribuem para a capacidade de decidir e é definida pela existência de um conjunto de procedimentos e mecanismos em relação a aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da assistência farmacêutica. Enquanto que a dimensão da sustentabilidade avalia o potencial que a gestão tem de sustentar as ações da assistência farmacêutica, ou seja, de continuar suas atividades operacionais e manter seus resultados ao longo do tempo e é uma

inter-relação da assistência farmacêutica com outros setores da saúde e a satisfação dos usuários e trabalhadores com a qualidade dos serviços (LEITE et al., 2015).

Os indicadores da matriz são classificados sua natureza em:

- a) Indicadores de participação: Conjunto de indicadores que mensuram o envolvimento de diferentes atores no processo decisório.
- b) Indicadores de autonomia: Conjunto de indicadores que mensuram o grau de autonomia de atores representativos da área da assistência farmacêutica no processo decisório.
- c) Indicadores de conhecimento: Conjunto de indicadores que mensuram a disseminação de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores.
- d) Existência de condições estratégicas: Conjunto de indicadores que mensuram a existência de iniciativas ou de mecanismos voltados para a ampliação da capacidade política da instituição no sentido de elevar a visibilidade da assistência farmacêutica no âmbito municipal.
- e) Existência de condições normativas: Conjunto de indicadores que mensuram a existência de cumprimento ou observância de normas e/ou orientações normativas e institucionais para a organização da assistência farmacêutica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.
- f) Existência de condições técnicas e operacionais: Conjunto de indicadores que mensuram a existência de mecanismos técnicos e operacionais utilizados para elevar a capacidade e resolubilidade da assistência farmacêutica oferecida nas unidades básicas de saúde da rede pública do SUS.
- g) Indicadores de satisfação: Conjunto de indicadores que mensuram a satisfação referida de diferentes atores internos e externos com os aspectos estratégicos na gestão.

Para a análise dos resultados, utilizou-se uma escala numérica, com os respectivos pontos de corte, 25%, 50%, 75% e 100% os quais representam os percentuais de respostas esperadas. Em seguida, para apresentação dos resultados ao público-alvo, essa escala é transformada numa escala de cores, de forma que a coloração verde representa uma situação ideal para cada um dos indicadores, tendo em vista os parâmetros atribuídos e os critérios adotados a partir das respostas obtidas no levantamento dos dados.

Essa decisão se espelhou no modelo da sinalização utilizada no trânsito, incluindo a cor roxa (como intermediária entre o amarelo e o vermelho), significando uma situação de alerta, e com a intenção de remeter à ideia de transitoriedade das cores, uma vez que,



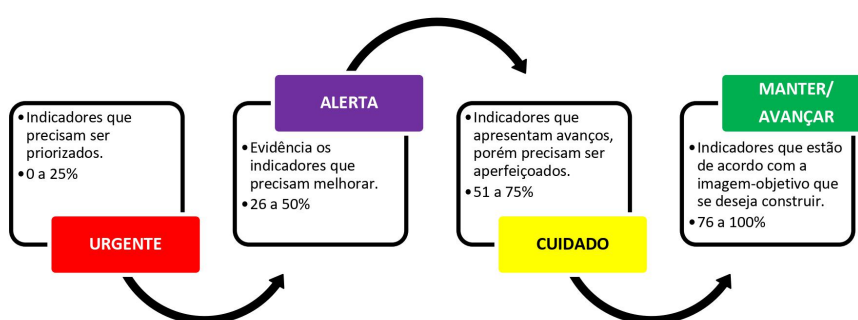
PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



no semáforo, as cores mudam constantemente a depender das circunstâncias. Com isso, buscou-se minimizar a lógica quantitativa de percentual, ou pontos de acertos e erros, prevista pelo modelo original, com a intenção de não fortalecer uma lógica punitiva ou recriminatória.

Para cada indicador expresso na matriz avaliativa, é utilizado uma escala de cores (vermelho, roxo, amarelo e verde) conforme está representado na Figura 1.

Figura 1. Modelo de apresentação em cores dos indicadores utilizados na pesquisa para avaliação da gestão da assistência farmacêutica em Itajaí, 2017:



Fonte: Adaptado de LEITE et al., 2015.

Quadro 05. Síntese da matriz avaliativa da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica no Município de Brusque antes do desenvolvimento do projeto ano de 2017. Dimensão organizacional.

Número	Descrição dos Indicadores	Indicadores	Categoria Sócio-tecnica	Máximo	Resultado	Discussão
1	Condição de existência da Coordenação da AF na SMS.	Condições normativas	Regulamentação	5	0	A capacidade de decisão na gestão da AF é insuficiente A inexistência de coordenação da AF promove um desconhecimento do profissional sobre organização da gestão e do financiamento (Leite, ET AL, 2015)
2	Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF.	Autonomia	Cultura	10	0	
3	Profissão do coordenador da AF.	Condições estratégicas	Partes interessadas	7	0	
4	Conhecimento da existência da Coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US.	Conhecimento	Pessoas	8	0	Este indicador compromete a transparência da gestão da AF e compromete sua capacidade de decisão. (Leite, et al, 2015)
5	Existência formal da CFT na SMS	Condições normativas	Regulamentação	5	0	Segundo os estudos realizados da PNAUM, 12,5 % dos municípios brasileiros contam com CFT (KARNIKOWSKI et al., 2017).



6	Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	0	50% dos municípios brasileira mantém regularidade da reunião pelo menos uma vez por mês. (KARNIKOWSKI et al., 2017)
7	Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde.	Participação	Objetivo	10	0	Significa que os objetivos da AF não estão integrados ao planejamento da saúde municipal, o que fragiliza a tomada de decisão e o planejamento e acompanhamento das metas. (Leite, ET AL, 2015)
8	Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos.	Conhecimento	Pessoas	8	8	Indica que os profissionais possuem informação sobre as metas estabelecidas e pactuadas, o que soma para a capacidade de decidir a gestão da AF (Leite, et al, 2015).
9	Participação da Coordenação da AF nas discussões/ decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	Participação	Pessoas	10	0	Demonstra uma ausência de uma gestão descentralizada e compartilhada, o que compromete a tomada de decisão. (Leite, et al, 2015)
10	Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	0	Indica manutenção do abastecimento de medicamentos, compatibilizando os recursos disponíveis com as necessidades e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF. (Leite, et al, 2015)



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

12

11	Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	0	<p>Indica condições favoráveis ao atendimento das necessidades dos usuários com vistas a assegurar o acesso a medicamentos, o que soma para a capacidade de decidir da AF.</p> <p>(Leite, <i>et al</i>, 2015)</p> <p>50% dos municípios utilizam critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos (KARNIKOWSKI et al., 2017).</p> <p>A disponibilidade média de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde do País variou em torno de 62,5%, inferior aos 80% recomendado pela OMS. O número ressalta a necessidade de otimizar as políticas, apesar da ressalva coincidirem com problemas de desabastecimento global, como a penicilina, por exemplo. (INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD, 2017; NASCIMENTO et al., 2017)</p>
12	Responsável (is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às US.	Condições estratégicas	Partes interessadas	7	7	<p>Indica responsabilidade compartilhada na organização das ações da AF descentralizada e condições favoráveis para garantia do abastecimento de medicamentos e soma para a capacidade de decidir da AF. (Leite, <i>et al</i>, 2015)</p>



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

13

13	Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6	<p>Quase 30% dos entrevistados relataram que o município não contava com sistema informatizado para a gestão da AF; menos da metade estava ligado em rede com outras unidades de saúde e apenas 34,2% não o utilizam para controle e execução financeira.</p> <p>(KARNIKOWSKI et al., 2017).</p> <p>O uso de um sistema informatizado para apoiar as atividades de gestão da AF tem sido incentivado pelo Ministério da Saúde</p> <p>(KARNIKOWSKI et al., 2017)</p>
Total				94	21	



No plano de governo municipal havia comprometimento de reduzir a falta e ampliar o acesso de medicamentos na atenção primária. “Remédio básico e de uso contínuo a toda comunidade carente.”

A dimensão organizacional revela aspectos relacionados à 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 (Manzini, F., 2013).

De acordo com os dados apresentados o município não apresenta um organização que favorece o desenvolvimento de ações ou sistematizações que promovam a organização dos serviços farmacêuticos na atenção básica sustentadas na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença e que atenda às necessidades, utilizando um modelo de gestão descentralizado e compartilhado na atenção básica. (BARRETO, J, GUIMARÃES, M., 2010).

Quadro 05. Síntese da matriz avaliativa da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica no Município de Brusque antes do desenvolvimento do projeto. Dimensão operacional.

Quadro 6. Descrição do quadro das matrizes avaliativas dimensão operacional de Brusque, ano de 2017

Número	Descrição dos Indicadores	Indicadores	Indicadores Sócio-técnicos	Máximo	Resultado	Discussão
14	Existência da Remume.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	5	A Remume é necessária para a organização dos serviços farmacêuticos e orientação da programação, aquisição e prescrição e atenta para o desenvolvimento da AF, o que soma para a capacidade de executar na gestão da AF.
15	Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas/padronizadas pelo município.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6	Coopera para a garantia do acesso ao medicamento, contribuindo para a capacidade de executar na gestão da AF.
16	Medicamentos que constam na Remume e que não constam na Renome 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB.	Condições normativas	Sistema regulatório	5	5	A inserção de medicamentos não padronizados na Renome pode indicar flexibilidade na capacidade de executar a gestão da AF. No entanto, um elevado número de medicamentos adquiridos não constantes na Renome ou elencos pactuados na CIB impacta em acréscimo de custos do orçamento municipal para aquisição de



						medicamentos.
17	Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6	A existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US 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 do medicamento de qualidade e repercute na capacidade de executar da gestão da AF.
18	Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	3	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 e segurança dos medicamentos o que soma para a capacidade de executar da gestão da AF.
19	Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	Condições normativas	Sistema regulatório	5	0	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.
20	Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 4 (quatro) anos em serviços de AF.	Condições estratégicas	Financiamento	7	7	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 a gestão da AF.
21	US que contam com a presença de farmacêutico.	Condições estratégicas	Pessoas	7	1	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 para a capacidade de executar a gestão da AF.
22	Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico.	Condições estratégicas	Processo	7	0	O registro da produtividade do profissional farmacêutico 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 para a capacidade de executar a gestão da AF.
23	Existência de instrumentos de padronização (POP, manual)	Condições técnicas e	Processos	6	6	A padronização e uniformização das condutas realizadas pelos profissionais responsáveis pela



	para dispensação de medicamentos.	operacionais				dispensação garantem a existência de mecanismos técnicos e operacionais de execução e qualificação dos serviços.
24	Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos no último ano.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6	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.
25	Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6	Uma regularidade adequada no abastecimento de medicamentos das farmácias das US pelo nível central da SMS, bem como um abastecimento suficiente em quantidade e diversidade de tipos de medicamentos das farmácias das US para o atendimento dos usuários,
26	Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US segundo prescritores	Condições estratégicas	Pessoas	7	7	Revelam 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.
27	Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume pelos prescritores.	Conhecimento	Pessoas	8	8	idem acima



28	Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas USs para o atendimento da demanda segundo referido por secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Satisfação	Processos	4	1	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.
29	Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Satisfação	Processos	4	2	A Remume é necessária para a organização dos serviços farmacêuticos e orientação da programação, aquisição e prescrição e atenta para o desenvolvimento da AF, o que soma para a capacidade de executar na gestão da AF.
30	Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	0	Um número maior de medicamentos prescritos com base no elenco pactuado nos componentes 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.
TOTAL				102	69	



Quadro 7. Descrição do quadro das matrizes avaliativas dimensão sustentabilidade de Brusque, ano 2017.

Número	Descrição dos Indicadores	Indicadores	Elementos sócio-técnicos	Máximo	Resultado	Discussão
31	Estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de US e farmacêuticos.	Condições estratégicas	Partes interessadas	7	7	A existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de problemas relativos 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 US 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.
32	Estratégia de articulação entre a coordenação da AF e as coordenações da ESF e da EAC	Condições estratégicas	Partes interessadas	7	0	idem acima



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

21

33	Existência de parceria entre a Coordenação de AF do município e a coordenação estadual.	Condições estratégicas	Pessoas	7	0	idem acima
34	Tipo (diversidade) de recursos incorporados a AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual.	Condições estratégicas	Partes interessadas	7	0	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.
35	Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.	Participação	Partes interessadas	10	3	Idem acima
36	Elaboração participativa dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde	Participação	Partes interessadas	10	0	Idem acima
37	Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	Condições estratégicas	Pessoas	7	2	A discussão de questões relacionadas a medicamentos junto ao Conselho Municipal de Saúde revela decisões



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

22

						compartilhadas e garante maior capacidade de decidir de forma participativa e qualificada, que reflete em maior capacidade de sustentar as ações da gestão AF.
38	Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	Condições estratégicas	Partes interessadas	7	0	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, para agregar conteúdos e atualizações, muitas vezes incentivados pela instituição, o que soma para a capacidade de sustentar os resultados de gestão.
39	Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos.	Condições estratégicas	Partes interessadas	7	7	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.
40	Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos	Condições estratégicas	Partes	7	7	A existência do cargo de farmacêutico entre os cargos



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

23

	usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.		interessadas				municipais estabelecidos permite a contratação de profissionais capacitados. Isso demonstra uma preocupação da gestão em garantia da contratação dos profissionais e consolida o setor, influenciando na capacidade de sustentar os resultados de gestão.
41	Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de AF, segundo usuários.	Conhecimento	Partes interessadas	8	3		Maior percentual de coordenadores de US e de usuários que acusam a existência, reconhecimento e adequação de mecanismo para receberem críticas e sugestões, sobre os serviços ofertados nas US envolvendo medicamentos indicam preocupação da gestão com a melhor utilização dos serviços pelos usuários, o que soma para sustentar resultados de gestão.
42	Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	Satisfação	Pessoas	4	3		idem acima
43	Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e informações recebidas	Satisfação	Partes	4	3		Maior percentual de usuários satisfeitos com as condições da



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

24

	pele profissional na dispensação de medicamentos		interessadas				dispensação de medicamentos, com o atendimento e informações recebidas pelo profissional na 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
44	Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	Satisfação		4	3		Idem acima
	TOTAL			96	38		



05. Planejamento para a Estruturação da Assistência Farmacêutica Municipal para a Atenção Básica

A metodologia utilizada para realizar o planejamento da estruturação da Assistência Farmacêutica Municipal deriva da análise do Projeto de Doutorado em andamento cujo principal objetivo é desenvolver uma metodologia sociotécnica para implantação de inovações para a assistência farmacêutica na atenção básica baseada nas necessidades loco regionais, A metodologia foi adaptada Davis, M. C, et al, (2013), A avaliação sociotécnica foi desenvolvida a partir de uma adaptação do método proposto por Davis, M. C, et al, (2013), que se fundamenta em fornecer uma estrutura sistêmica para analisar uma variedade de sistemas complexos, problemas e eventos. Pode ser uma alternativa flexível para aplicação em uma variedade de domínios e problemas, auxiliando na análise e compreensão dos sistemas existentes.

Para Davis, M. C, et al, (2013), um sistema de trabalho geralmente terá um conjunto de objetivos, envolvendo pessoas, com diferentes atitudes e habilidades, usando uma variedade de tecnologias e ferramentas, trabalhando dentro de um infraestrutura, operando com um conjunto de suposições culturais, e usando conjuntos de processos e práticas de trabalho. O sistema fica num contexto mais amplo, incorporando um quadro regulamentar, suas partes interessadas, incluindo usuário, condições econômicas e financeira e do meio-ambiente. A importância desses fatores externos varia em cada sistema, assim como as maneiras pelas quais sua influência é exercida.

Discutir a aplicação dos princípios sociotécnicos para a obtenção de uma nova estrutura organizacional para a gestão da assistência farmacêutica na atenção primária fornece suporte ao desenvolvimento de políticas, diretrizes e ações. A proposição foi realizar uma sistematizaçãol de acordo com a abordagem sociotécnica para o desenvolvimento de uma nova estrutura organizacional. Esta metodologia possibilita o entendimento de um grande número de problemas organizacionais. Inova ao tratar a assistência farmacêutica municipal como um sistema complexo e aberto que interage com o ambiente externo e seus componentes se relacionam a em seu próprio ambiente interno.

5.1 Descrição do sistema sócio técnico da assistência farmacêutica municipal

Brusque, de acordo a contextualização apresentada anteriormente é de pequeno porte, o planejamento das ações de início em julho 2017, para desenvolver uma estrutura mínima que fornecesse suporte à implantação da residência na área da farmácia junto ao núcleo de apoio à saúde da família (NASF), sendo que as demais áreas, medicina, enfermagem, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia e psicologia iniciaram em 2015.

A população estimada do município para 2018 foi de 22.511 pessoas, possui uma densidade demográfica de 171,60 hab/km², um PIB *per capite* 27.970,84 R\$ e um percentual de extrema pobreza é de 15,97%(IBGE,2010). A esperança de vida ao nascer é de 77,2 anos e a taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade é de 7,12 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE,2010).

Os atendimentos dos usuários são realizados nas unidades básicas de saúde (seis), nos serviços especializados e na unidade de pronto atendimento (UPA), sendo que neste município não há atendimento hospitalar.

De acordo com o plano municipal de saúde foi observado que o modelo assistencial e de gestão municipal fortalece as práticas orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades socioculturais e contemplam as ações importantes no campo das práticas integrativas, da vigilância em saúde e de promoção da saúde, a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 87,27% da população.

Quanto a lógica da organização da assistência farmacêutica municipal, os serviços farmacêuticos são centralizados na unidade de saúde localizada no centro do município. O foco da atuação dos farmacêuticos é a execução dos serviços relacionados à programação, aquisição e distribuição dos medicamentos dos componentes da atenção básica, dispensação dos medicamentos componente especializado e estratégico, além da atuação na vigilância sanitária.

De acordo com a abordagem sócio técnica, segue a descrição do planejamento da organização do sistema interno e externo da assistência farmacêutica municipal segundo as dimensões.



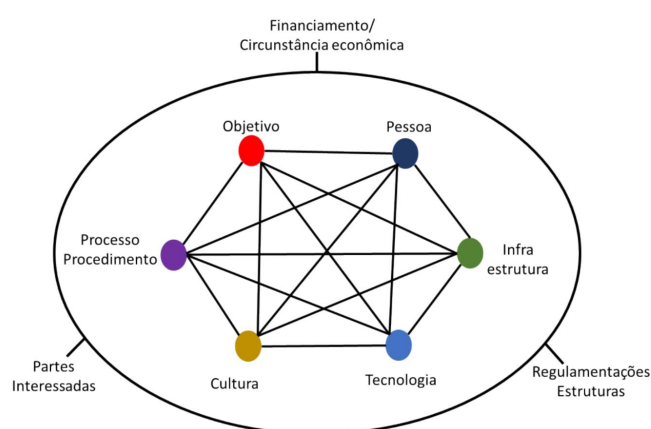
PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



5.2 Dimensões do sistema sóciotécnico interno da assistência farmacêutica na atenção básica

DAVIS, Matthew C., *et al*, (2012), baseado em suas experiências organizacionais e no esquema inicial de Leavitt, propõe uma estrutura uma estrutura sociotécnica ampliada usando seis elementos inter-relacionados envolvidos por um ambiente externo representado pela Figura 2.

Figura 2. Sistema Sociotécnico ilustrando a natureza inter-relacionada de um sistema organizacional inserido dentro de um ambiente externo.



Elaborada por: Bernardo, 2018.

O objetivo da estrutura sociotécnico é auxiliar a esclarecer, oferecer idéias, promover mais debates e incentivar a ação, criar inovações para soluções não encontradas, com a intenção geral de fazer uma contribuição para projetar (CLEGG, 2000).

A partir do modelo proposto por Leavitt, (1965), as mudanças subsequentes exigiram novos arranjos nas estruturas sociotécnicas internas para ser considerado um sistema holístico e destemido otimizar o resultado. As estruturas internas são: objetivos, pessoas, estrutura, tecnologia, cultura, processos e procedimentos que são vistas como interdependentes Figura 1. (CHALLENGE; CLEGG, 2011).

A partir dos estudos de Challenge, Clegg, (2011), parte-se da premissa que é improvável que qualquer indivíduo ou grupo entenda todos os componentes quando se considera o sistema como um todo. Os novos sistemas devem incluir na sua estrutura um ambiente externo que envolve três componentes: Partes interessadas, inclui, usuários finais, gestão, fornecedores, representantes da sociedade civil; Sistema regulatório que fornece as normas e leis; Sistema financeiro e Circunstância

econômica, que determinam os recursos financeiros e conjuntura econômica sob as quais o sistema será desenvolvido e deverá operar (CLEGG et al., 2000.; CLEGG; WALSH, 2004; CHALLENGE; CLEGG, 2011).

5.3 Proposta da nova estruturação da assistência farmacêutica para atenção básica no município de Brusque

5.3.1 *Elementos do sistema interno da assistência farmacêutica*

Objetivo

O objetivo da nova estrutura organizacional é contribuir com o aumento da resolutividade da atenção básica por meio da garantia e de ações concretas que visam o acesso aos serviços farmacêuticos e que se desenvolvam numa perspectiva de uma prática interprofissional, descentralizada e compartilhada, baseada nas necessidades loco regionais. Além da necessidade de estar integrada a outros setores, pois envolve além do setor de saúde o setor social, econômico, educacional e político.

01. Pessoas

As pessoas referem-se aos recursos humanos, sua qualificação, sua cultura e suas relações. A Coordenação da AF seja exercida por farmacêutico. Incluir o cargo farmacêutico do Núcleo ampliado de apoio a saúde da família (NASF), de auxiliar de serviço farmacêutico no Plano de Cargos municipal, afim de garantir a supervisão dos serviços farmacêuticos na atenção básica. Incluir uma agenda de qualificação da equipe da assistência farmacêutica.

02. Infra-estrutura

Esta dimensão refere-se aos recursos físicos para a realização dos serviços da assistência farmacêutica municipal. Disponibilizar instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos e readequar o almoxarifado onde os medicamentos ficam armazenados. Disponibilizar espaço físico para execução dos serviços relacionados ao cuidado farmacêutico na AB.



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



03. Tecnologia

A tecnologia refere-se diretamente aos equipamentos, sistemas de informação, técnicas envolvidas na produção de bens e serviços. Há necessidade de ampliar e atualizar os computadores das unidades de saúde e no almoxarifado. Foi observado que no município há sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde, faz-se necessário otimizar o sistema para atender as necessidades do município. Ter registro sobre informações da assistência farmacêutica prontuário do paciente.



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



04. Cultura

Nesta dimensão foi observado que o foco do serviço farmacêutico é o acesso ao medicamento e não está integrado aos demais serviços de atenção à saúde. O farmacêutico necessita participar diretamente das atividades de planejamento e avaliação da gestão da secretaria de saúde. Haver uma integração entre os serviços farmacêuticos que acontecem no nível central, nas UBSs, nos serviços especializados, no laboratório de análises clínicas, na vigilância sanitária. A integração com a universidade é fragilizada pela inexistência de parcerias anteriores para a construção de projetos.

05. Processo

As atividades que compõem o processo de trabalho garantem a efetividade dos serviços farmacêuticos que compreende: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, os serviços relacionados ao cuidado farmacêuticos e técnicos pedagógicos.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) ser regularizada e manter a periodicidade das reuniões, manter a relação municipal de medicamentos (REMUME), revisada anualmente. Desenvolver ação para avaliar a solicitação de medicamentos não padronizados e qualificar os pareceres dos processos judiciais.

Desenvolver protocolos clínicos. Implantar os serviços de cuidado farmacêutico nas unidades de saúde. Descentralizar medicamentos de alto custo e insulina. Utilizar critérios técnicos na elaboração da programação de aquisição de medicamentos. Disponibilizar um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US conforme a regularidade a atender as necessidades do município. Revisar e atualizar os instrumentos de padronização (POP, manual) dos serviços farmacêuticos. Incluir o farmacêutico no NASF e garantir que as atividades relacionadas ao gerenciamento dos medicamentos nas UBS sejam matriciadas por eles. Implantar o serviço farmacêutico no almoxarifado. Implantar o apoio matricial para a gestão do controle de estoque nas unidades de saúde por um farmacêutico do almoxarifado

Implantar o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e registro da produtividade do farmacêutico.



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



Dimensões do sistema sócio técnico externo para a assistência farmacêutica na atenção básica

1. Financiamento

O financiamento da assistência farmacêutica do município é exclusivo para aquisição de medicamentos. Disponibilizar orçamento para as necessidades estruturais, tecnológicas e de capacitação de pessoas. O valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos deve ser menor que 50%. Buscar recursos incorporados a AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual e nem federa

2. Partes interessadas

As partes interessadas envolvem a gestão do município, da secretaria de saúde, das unidades de saúde, o controle social, o sistema legislativo, judiciário, os usuários e a gestão e coordenação estadual. Ampliar a participação do farmacêutico na elaboração e socialização do plano municipal de saúde.

Fortalecer a relação com o COMUSA, Câmara de Vereadores, com o poder legislativo e executivo. A articulação entre a coordenação da AF e as coordenações das UBS não acontece. Implantar um sistema oficial para recebimento de críticas e sugestões dos usuários e dos profissionais da rede.

3. Regulamentação

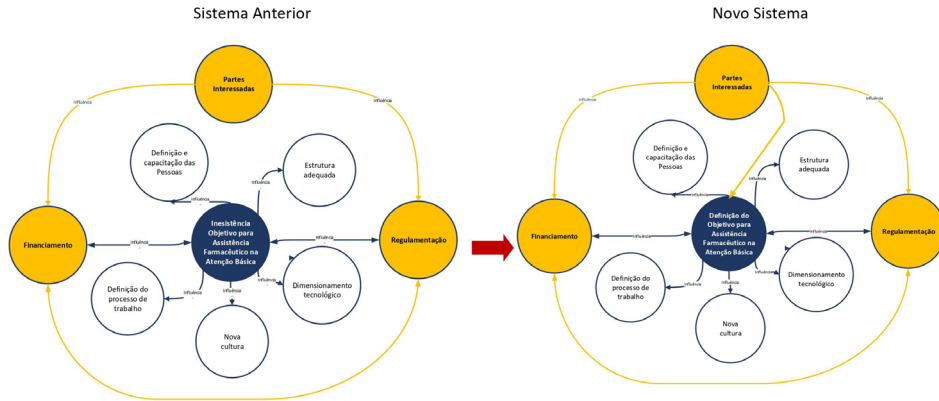
Instituir formalmente a nova estrutura da assistência farmacêutica. Descrever os padrões mínimos sugestivos de equipes e atribuição dos principais. Oficializar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).



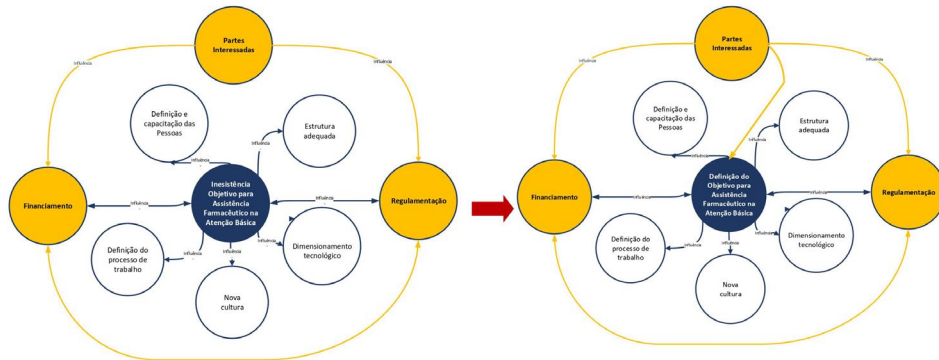
PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



Figura 2. Proposta do Sistema Sócio técnico interno e externo da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica



Elaborado: Bernardo, 2019.



Elaborado: Bernardo, 2019.



Quadro 8. Matriz avaliativa após a implantação do projeto. Dimensão organizacional

Número	Descrição	Dimensão	Indicador	Dimensão ST	Pontuação	Nota
1	Condição de existência da Coordenação da AF na SMS.	Organizacional	Condições normativas	Processos	5	5
2	Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF.	Organizacional	Autonomia	Processos	10	10
3	Profissão do coordenador da AF.	Organizacional	Condições estratégicas	Pessoas	7	7
4	Conhecimento da existência da Coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US.	Organizacional	Conhecimento	Processos	8	8
5	Existência formal da CFT na SMS	Organizacional	Condições normativas	Processos	5	5
6	Regularidade de funcionamento da CFT no último ano	Dimensão	Indicador	Dimensão ST	6	0
7	Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde.	Organizacional	Participação	Processos	10	10
8	A elaboração dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde foi participativa?	Organizacional	Participação	Processos	10	10



Número	Descrição	Dimensão	Indicador	Dimensão ST	Pontuação	Nota
9	Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos.	Organizacional	Participação	Processos	8	4
10	Participação da Coordenação da AF nas discussões/ decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	Organizacional	Participação	Processos	10	10
11	Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	Organizacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6
12	Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	Organizacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6
13	Responsável (is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às US.	Organizacional	Condições técnicas e operacionais	Tecnologia	7	6



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

36

Número	Descrição	Dimensão	Indicador	Dimensão ST	Pontuação	Nota
14	Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.	Organizacional	Condições técnicas e operacionais	Tecnologia	6	6
Total					104	93
Número	Descrição	Dimensão	Indicador	Dimensão ST	Pontuação	Nota
15	Existência da Remume.	Operacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6
16	Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas/padronizadas pelo município.	Operacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6
17	Medicamentos que constam na Remume e que não constam na Rename 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB.	Operacional	Condições normativas	Processos	5	0



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

37

Número	Descrição	Dimensão	Indicador	Dimensão ST	Pontuação	Nota
18	Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US.	Operacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	5
19	Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	Operacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6
20	Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	Operacional	Condições normativas	Processos	5	0
21	Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico.	Operacional	Condições estratégicas	Processos	7	7
22	US que contam com a presença de farmacêutico.	Operacional	Condições estratégicas	Pessoas	7	0
23	Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico.	Operacional	Condições estratégicas	Processos	7	0



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

38

24	Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos.	Operacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6
25	Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos no último ano.	Operacional	Condições técnicas e operacionais	Financiamento	6	0
26	Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	Operacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6
27	Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda segundo referido por secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Operacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	4	4



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

39

Número	Descrição	Dimensão	Indicador	Dimensão ST	Pontuação	Nota
28	Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda segundo referido por secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Operacional	Satisfação	Partes interessadas	4	4
29	Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	Operacional	Condições técnicas e operacionais	Processos	6	6
					100	56
30	Estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de US e farmacêuticos.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Processos	7	7



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

40

31	Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Processos	7	4
32	Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume pelos prescritores.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Processos	8	8
33	Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações da ESF e da EAC S.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Processos	7	7
34	Existência de parceria entre a Coordenação de AF do município e a coordenação estadual.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Processos	7	0
35	Tipo (diversidade) de recursos incorporados a AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Processos	7	0
36	Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.	Sustentabilidade	Participação	Processos	10	0



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

41

Número	Descrição	Dimensão	Indicador	Dimensão ST	Pontuação	Nota
37	Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Pessoas	7	7
38	Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Pessoas	7	0
39	Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Regulamentação	7	7
40	Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	Sustentabilidade	Condições estratégicas	Processos	7	7
41	Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de AF, segundo usuários.	Sustentabilidade	Conhecimento	Processos	8	0
42	Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	Sustentabilidade	Satisfação	Partes interessadas	4	4



IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

42

Número	Descrição	Dimensão	Indicador	Dimensão ST	Pontuação	Nota
43	Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos	Sustentabilidade	Satisfação	Partes interessadas	4	4
44	Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	Sustentabilidade	Satisfação	Partes interessadas	4	4
Total					94	59



7. Avaliação sócio-técnica do Sistema Interno da Assistência Farmacêutica do Município de Brusque

Elementos	Descrição	Evidência
Objetivo	O objetivo da nova estrutura organizacional é contribuir com o aumento da resolutividade da atenção básica por meio da garantia e de ações concretas que visam o acesso aos serviços farmacêuticos e que se desenvolvam numa perspectiva de uma prática interprofissional, descentralizada e compartilhada, baseada nas necessidades loco regionais. Além da necessidade de estar integrada a outros setores, pois envolve além do setor de saúde o setor social, econômico, educacional e político.	Depoimento
Pessoas	A Coordenação da AF é exercida por farmacêutico	Nomeação
	Incluir o cargo farmacêutico do Núcleo ampliado de apoio a saúde da família (NASF), de auxiliar de serviço farmacêutico no Plano de Cargos municipal, afim de garantir a supervisão dos serviços farmacêuticos na atenção básica. Incluir uma agenda de qualificação da equipe da assistência farmacêutica.	Nomeação
	Auxiliar de serviço farmacêutico	Estagiário
	Educação permanente de qualificação da equipe da assistência farmacêutica.	Registro
Infra-estrutura	Disponibilizar instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos e	Registro Imagem
	Readequar o almoxarifado onde os medicamentos ficam armazenados.	Imagem
	Disponibilizar espaço físico para execução dos serviços relacionados ao cuidado farmacêutico na AB.	Agenda
Tecnologia	Ampliar e atualizar os computadores das unidades de saúde e no almoxarifado.	Registro
	Customização do sistema.	Registro
	Registro assistência farmacêutica no prontuário do paciente.	Registro
Cultura	O foco do serviço farmacêutico é o acesso ao medicamento e não está integrado aos demais serviços de atenção à saúde.	Depoimento

7. Continuação. Avaliação Sóciotécnica do Sistema Interno da Assistência Farmacêutica do Município de Brusque

Cultura	O farmacêutico necessita participar diretamente das atividades de planejamento e avaliação da gestão da secretaria de saúde.	Participação nos grupos de trabalho
	Haver uma integração entre os serviços farmacêuticos que acontecem no nível central, nas UBSs, nos serviços especializados, no laboratório de análises clínicas, na vigilância sanitária.	Registro
	Integração com a universidade.	Projeto
Processo	A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) foi instituída.	Portaria
	Regularidade, pelo menos mensal, na reunião da comissão CFT	Sem evidência
	Ação para avaliar a solicitação de medicamentos não padronizados e qualificar os pareceres dos processo judiciais	Instituição de protocolo
	Desenvolver protocolos clínicos.	Sem evidência
	Implantar os serviços de cuidado farmacêutico nas unidades de saúde.	Serviço de Educação em saúde/ Visita domiciliar
	Descentralizar medicamentos de alto custo e insulina.	Insulina foi descentralizada
	Utilizar critérios técnicos na elaboração da programação de aquisição de medicamentos.	Implantado
	Disponibilizar um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US conforme a regularidade a atender as necessidades do município.	Implantado
	Revisar e atualizar os instrumentos de padronização (POP, manual) dos serviços farmacêuticos.	Revisado
	Incluir o farmacêutico no NASF e garantir que as atividades relacionadas ao gerenciamento dos medicamentos nas UBS sejam matriciadas por eles	Implantado
	Implantar o serviço farmacêutico no almoxarifado.	
	Implantar o apoio matricial para a gestão do controle de estoque nas unidades de saúde por um farmacêutico do almoxarifado	Implantado
	Implantar o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e registro da produtividade do farmacêutico.	Sem evidência

8. Avaliação Sócio-técnica do Sistema Externo que Influência a Assistência Farmacêutica do Município de Brusque

Elementos	Descrição	Evidência
Financiamento	Financiamento da assistência farmacêutica municipal foi ampliado para: pessoas, infra-estrutura, tecnologia. é exclusivo para aquisição de medicamentos.	Sem evidência
	O valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos foi maior que 50%.	Registro
	Recursos incorporados a AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual	Sem evidência
	Recursos incorporados a AF municipal por meio de parceria com a coordenação federal	Qualificar SUS
Partes interessadas	Ampliar a participação do farmacêutico na elaboração e socialização do plano municipal de saúde.	Elaboração do plano municipal de saúde
	Fortalecer a relação com o COMUSA, Câmara de Vereadores	Sem evidência
	Fortalecer relação com poder legislativo	Sem evidência
	Fortalecer relação com poder executivo.	Sem evidência
	A articulação entre a coordenação da AF e as coordenações das UBS não acontece.	Reuniões E-mail Watsapp
	Implantar um sistema oficial para recebimento de críticas e sugestões dos usuários e dos profissionais da rede.	Sem evidência
Regulamentação	Instituir formalmente a nova estrutura da assistência farmacêutica.	Sem evidência
	Descrever os padrões mínimos sugestivos de equipes e atribuição dos principais.	Sem evidência
	Oficializar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).	Sem evidência
	Instituir o cargo de auxiliar de serviços farmacêuticos	Sem evidência
	Implantar os serviço farmacêutico na especialidade	Sem evidência
	Implantar o serviço farmacêutico no CAPS	Sem evidência

9. Impacto Sistema Sócio-tecnico da Assistência Farmacêutica sobre o Sistema da Secretária Municipal de Saúde

O objetivo deste sistema é fortalecer o Sistema Único de Saúde como Rede da Atenção à Saúde, trazendo a interface entre as Políticas Nacionais: De atenção básica; De Medicamentos; De Assistência Farmacêutica, De plantas medicinais e fitoterapia, De práticas integrativas e de vigilância em saúde, num movimento que repensa, reorienta e, portanto, inova o modelo hoje constituído, para o acesso e a promoção ao uso racional dos medicamentos.

O medicamento é considerado um bem de consumo essencial para a sociedade e o recurso terapêutico mais utilizado para a proteção e recuperação da saúde. É também uma atividade econômica que ocupa posição de destaque no setor de produção de bens e serviços de saúde (VIEIRA, 2018). O mercado global farmacêutico, até 2020, deve crescer em torno de 30% chegando a US\$ 1,3 trilhões, sendo que o Brasil já ocupa atualmente a sétima posição e em 2020 deve estar ocupando a quinta (United States of America, 2017). Garantir o acesso a produtos farmacêuticos seguros, eficazes e efetivos, dentro deste cenário, tem sido um desafio para os governos de países de todos os estratos socioeconômicos. (VIEIRA, 2018; Hensher, Tisdell e Zimitat, 2017).

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta um cenário em que os medicamentos são considerados uma das principais causas de desperdício de recurso na área da saúde, e reconhece o processo de produção e distribuição de medicamentos um sistema multifásico e complexo (WHO 2010). A partir de 2008 foram favorecidas ações voltadas ao uso racional de medicamentos na atenção básica por meio da integração do farmacêutico junto aos demais profissionais de saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), assim como a implantação de serviços clínicos tanto na atenção básica como no âmbito especializado e hospitalar (CFF, 2017).

A Assistência Farmacêutica, após a nova modelagem trabalha na lógica de supervisão direta na farmácia municipal onde acontece a dispensação de medicamentos controlados (Portaria 344), nos serviços especializados onde acontece a dispensação do componente especializado, judicial e estratégico e no almoxarifado. Nestes serviços estão locados ao todo 5 farmacêuticos e 9 auxiliares de farmácia e 14 estagiários, foi contratado um total de 44 estagiários.

A supervisão indireta, acontece na UBS, o farmacêutico do almoxarifado fornece suporte aos procedimentos de controle de estoque e entrega de medicamentos aos usuários e gerencia em parceria com coordenadora da unidade, esta equipe é composta de um farmacêutico e um auxiliar de farmácia.



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



O apoio matricial é realizado pelo farmacêutico do NASF ele fornece suporte para os serviços técnicos assistenciais (dispensação, educação em saúde, revisão da farmacoterapia, consultas compartilhadas) e de educação permanente, atualmente o município tem um farmacêutico no NASF e três profissionais residentes.



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



Tabela 01. Média das saídas de medicamentos em 2017.

Datas	Pacientes	Atendimentos	Número de itens	Quantidade dos itens	Valores dos itens
03/07/2017	1115	1196	153	83595	10383
04/07/2017	1076	1140	150	85548	11255
05/07/2017	719	746	140	54227	8095
06/07/2017	1126	1194	151	80973	8645
07/07/2017	1080	1132	155	80661	10543
08/07/2017	27	27	11	64	31
10/07/2017	1194	1254	151	98534	11667
11/07/2017	1019	1061	156	76678	9001
12/07/2017	1033	1083	158	77745	8376
13/07/2017	964	1001	147	72810	6618
14/07/2017	896	939	154	62366	6476
17/07/2017	942	982	150	71665	7596
18/07/2017	903	936	153	68604	8094
19/07/2017	606	625	142	47196	6227
20/07/2017	1011	1050	154	80368	9218
21/07/2017	877	935	153	68730	8860
24/07/2017	1120	1173	155	84943	8784
25/07/2017	965	1002	155	72469	8953
26/07/2017	901	934	154	67887	8383
27/07/2017	911	944	146	72156	8583
28/07/2017	872	905	150	71120	8626
31/07/2017	1049	1096	155	84597	9839
Total	20406	21355	3193	1562936	184254
Media diária Geral	928	971	145	71043	8375
Média Mensal Geral	20406	21355	3193	1562936	184254



Tabela 02. Média da saída dos Medicamentos em 2019

Datas	Pacientes	Atendimentos	Número de itens	Quantidade dos itens	Valores dos itens
01/07/2019	1330	1376	167	90870	19572
02/07/2019	1226	1284	159	87481	13732
03/07/2019	855	888	157	57787	12216
04/07/2019	1269	1324	163	90957	14275
05/07/2019	1167	1239	154	91134	14365
06/07/2019	5	5	5	13	3
07/07/2019	1	1	1	1	1
08/07/2019	1419	1510	160	101967	18487
09/07/2019	1262	1340	169	85769	13729
10/07/2019	1110	1173	159	76974	17261
11/07/2019	1159	1226	165	77387	12766
12/07/2019	1131	1194	154	82438	12372
14/07/2019	1	1	2	2	1
15/07/2019	1294	1363	163	90223	14741
16/07/2019	1203	1260	161	88330	15414
17/07/2019	778	803	160	49884	8795
18/07/2019	1155	1215	160	84041	14878
19/07/2019	1118	1192	159	81148	12324
20/07/2019	4	4	7	14	10
22/07/2019	1347	1420	158	129059	36814
23/07/2019	1190	1260	163	78080	11525
24/07/2019	1070	145	159	77942	12163
25/07/2019	1076	1122	163	75494	11321



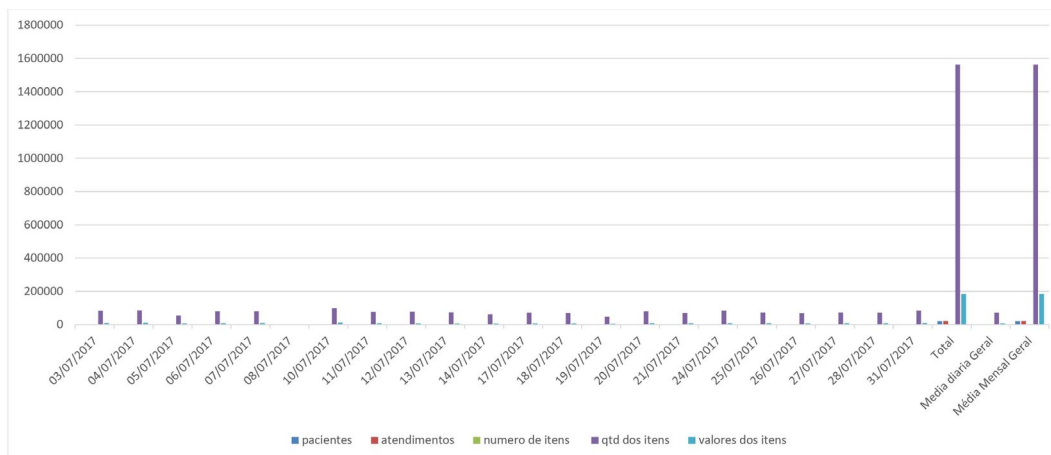
Datas	Pacientes	Atendimentos	Número de itens	Quantidade dos itens	Valores dos itens
26/07/2019	1035	1069	158	73943	10936
27/07/2019	3	3	5	64	6
29/07/2019	1204	1269	155	89940	13702
30/07/2019	1118	1151	164	77728	12029
31/07/2019	1010	1041	158	67727	9606
Total	26540	26878	3708	1906397	333043
Média diária Geral	948	960	132	68086	11894
Média Mensal Geral	26540	26878	3708	1906397	333043

Tabela 03. Comparação entre as médias de saída de medicamentos entre os anos 2017 e 2019

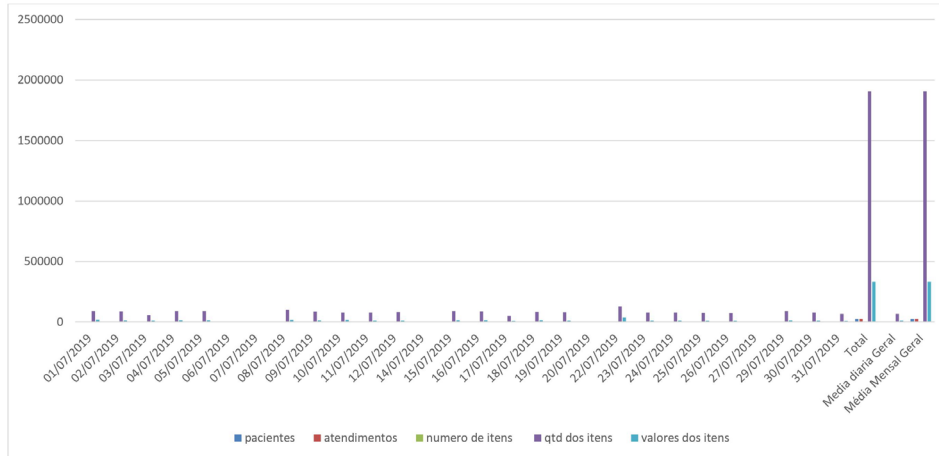
2017					
Total	20406	21355	3193	1562936	184254
Média diária geral	928	971	145	71043	8375
Média Mensal geral	20406	21355	3193	1562936	184254
2019					
Total	26540	26878	3708	1906397	333043
Média diária geral	948	960	132	68086	11894
Média Mensal Geral	26540	26878	3708	1906397	333043
Diferença (%)	30%	26%	16%	22%	81%



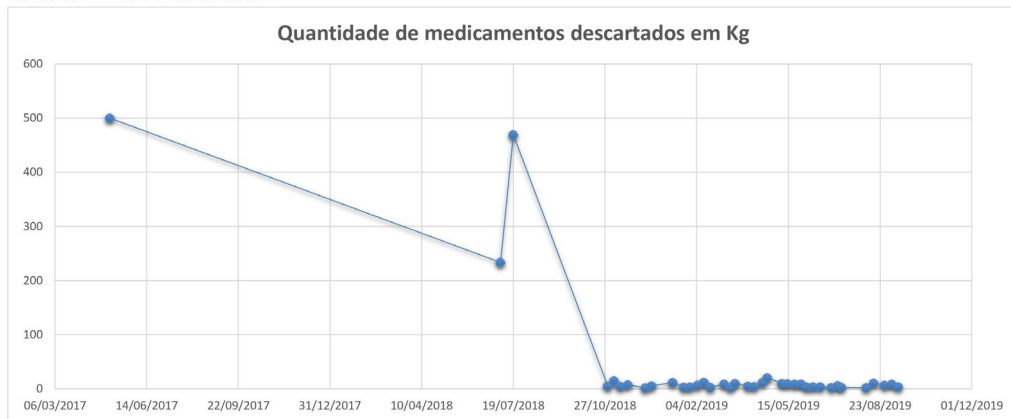
1. Gráfico 01. Média de Saída de Medicamentos nas Unidades de Saúde em Julho de 2017



2. Gráfico 02. Média de Saída de Medicamentos nas Unidades de Saúde em Julho de 2019



3. Gráfico 03. Descarte de Medicamento



Os valores gastos com medicamentos judiciais em 2019, tiveram uma média de aumento em 19%, no ano de 2018 houve uma aquisição que gerou um aumento no orçamento de 900% a mais. Na tabela abaixo estão apresentados os valores. Tabela 1.

Tabela 01. Demonstrativo dos gastos com medicamentos judiciais.

222063	
2.003.629,31	900%
263.846,00	19%

12. Sugestão de Encaminhamentos

Objetivo

O objetivo da nova estrutura organizacional é contribuir com o aumento da resolutividade da atenção básica por meio da garantia e de ações concretas que visam o acesso aos serviços farmacêuticos e que se desenvolvam numa perspectiva de uma prática interprofissional, descentralizada e compartilhada, baseada nas necessidades loco regionais. Além da necessidade de estar integrada a outros setores, pois envolve além do setor de saúde o setor social, econômico, educacional e político.

Pessoas

Fortalecer o papel do farmacêutico e do auxiliar de serviços farmacêuticos na atenção básica.

Cultura

O Haver uma integração entre os serviços farmacêuticos que acontecem no nível central, nas UBSs, nos serviços especializados, no laboratório de análises clínicas, na vigilância sanitária.

Processo

Regularidade, pelo menos mensal, na reunião da comissão CFT

Sem evidência

Desenvolver protocolos clínicos.

Implantar os serviços de cuidado farmacêutico nas unidades de saúde.

Descentralizar medicamentos de alto custo e insulina.

Incluir o farmacêutico no NASF e garantir que as atividades relacionadas ao gerenciamento dos medicamentos nas UBS sejam matriciadas por eles

Implantar o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e registro da produtividade do farmacêutico.

8. Avaliação Sócio-técnica do Sistema Externo que Influência a Assistência Farmacêutica do Município de Brusque

Financiamento

Financiamento da assistência farmacêutica municipal foi ampliado para: pessoas, infra-estrutura, tecnologia. é exclusivo para aquisição de medicamentos.

Recursos incorporados a AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



Partes interessadas
Ampliar a participação do farmacêutico na elaboração e socialização do plano municipal de saúde.
Fortalecer a relação com o COMUSA, Câmara de Vereadores
Fortalecer relação com poder legislativo
Fortalecer relação com poder executivo.
Instituir formalmente a nova estrutura da assistência farmacêutica.
Descrever os padrões mínimos sugestivos de equipes e atribuição dos principais.
Oficializar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).
Instituir o cargo de auxiliar de serviços farmacêuticos
Implantar os serviço farmacêutico na especialidade
Implantar o serviço farmacêutico no CAPS

11. Referências Bibliográficas

BARRETO, Joslene. L.; GUIMARÃES, Maria. Carmo. Lessa. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 100p. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_atencao_basica_instrucoes_tecnicas.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Projeto de Lei 4135, de 27 de junho de 2012. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para tornar obrigatória a assistência de técnico responsável na assistência farmacêutica realizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012.

GUIMARÃES, Maria. Carmo. Lessa. Resumo Executivo: Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um modelo em construção. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal da Bahia, 2007.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; LEITE, Silvana Nair. Gestão da Assistência Farmacêutica. In: Gestão da Assistência Farmacêutica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.

HENSHER, M.; TISDELL, J.; ZIMITAT, C. "Too much medicine": insights and explanations from economic theory and research. Social Science and Medicine, Oxford, v. 176, p. 77-84, 2017.

LALIBERTÉ, Marie-Claude; PERREAULT, Sylvie; DAMESTOY, Nicole; LALONDE, Lyne. Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross-sectional study in Quebec, Canada. BMC Public Health, v. 12. P. 192, 2012.



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



LEITE, Silvana. Nair. ; NASCIMENTO JR, José Miguel do; COSTA, Luiz . Henrique. ; Barbano, Dirceu Aparecido Bras. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 12, p. 461, 2008.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 335-342. 2007.

MANZINI, Fernanda. Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão. 2013. 219 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: _____. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001.p 39-66.

Mendes Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo; JÚNIOR, Aluisio Gomes da Silva. A integralidade na atenção à saúde da população. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 343-349. 2007.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS. OPS/HSS/HSE/95.01. Tokio, 1993.

VIEIRA, F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

VIEIRA. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2018

WHO. World Health Organization. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Geneva: WHO, 2008.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Commerce. 2016 top markets report pharmaceuticals. Washington: ITA, 2017. Disponível em:



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE



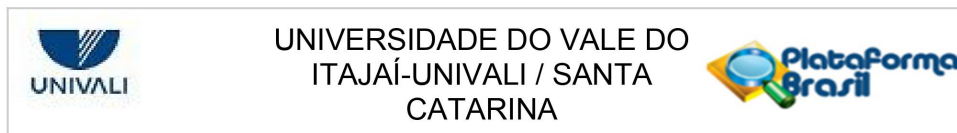
<http://trade.gov/topmarkets/pdf/Pharmaceuticals_Executive_Summary.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2019



PREFEITURA DE
BRUSQUE | SECRETARIA DE
SAÚDE



ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aplicação da Teoria Sociotécnica na Reorientação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: noemia liege maria da cunha bernardo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28471320.2.0000.0120

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Itajaí

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.890.591

Apresentação do Projeto:

A proposição desta pesquisa é analisar as dimensões sociotécnica que constituem um sistema da assistência farmacêutica na atenção primária em um cenário de práticas onde foram desenvolvidos serviços farmacêuticos na lógica de uma abordagem integral do processo saúde-doença, suportado por um modelo de gestão pautado nas necessidades, na autonomia decisória, na participação, na descentralização da gestão e na sustentabilidade do sistema. Trata-se de um estudo qualitativo de casos múltiplos sobre a avaliação da implantação da assistência farmacêutica na atenção primária em quatro municípios catarinenses, que ocorreu por meio da implantação da área de farmácia em um programa de residência multiprofissional no Estado de Santa Catarina.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o impacto da aplicação do método sociotécnico na reorientação da assistência farmacêutica na atenção primária.

objetivos secundários:

- Caracterizar os municípios estudados de acordo com os dados sociodemográficos: população; trabalho e rendimento; educação; economia; saúde.
- Caracterizar a estrutura da atenção primária quanto: ao número de unidade básica de saúde, de

Endereço: URUGUAI 402/99998
Bairro: CENTRO **CEP:** 88.302-202
UF: SC **Município:** ITAJAI
Telefone: (47)3341-7738 **Fax:** (47)3341-7744 **E-mail:** etica@univali.br



UNIVERSIDADE DO VALE DO
ITAJAÍ-UNIVALI / SANTA
CATARINA



Continuação do Parecer: 3.890.591

estratégia saúde da família; de equipe de saúde da família e saúde bucal; do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF;

- Caracterizar a estrutura da assistência farmacêutica quanto ao: número de central de abastecimento farmacêutico/almoarifado; número de farmácia para a dispensação de medicamentos especiais/excepcionais; número de farmácia para a dispensação de medicamentos controlados; número de serviço especializado com dispensação de medicamentos; número de unidades de saúde com dispensação de medicamentos; número de farmacêuticos na gestão; número de farmacêuticos na dispensação de medicamentos especiais/excepcionais; número de farmacêuticos dispensação de Medicamentos controlados; número de farmacêuticos no serviço especializado; número de farmacêuticos no NASF; número de auxiliares de farmácia onde acontece a dispensação de medicamentos;
- Identificar o objetivo da gestão municipal em relação à assistência farmacêutica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Invasão de privacidade;
- Responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade;
- Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado;

Benefícios:

O presente estudo terá como benefício a proposição de uma avaliação da assistência farmacêutica que contribua para o desenvolvimento de uma gestão efetiva e sustentável do Sistema Único de Saúde e assegurado o direito à saúde.

O pesquisador identificou os riscos associados à pesquisa, diferenciando-os daqueles nos quais os participantes estariam expostos em seu dia a dia, ou por procedimentos assistenciais.

Os autores apresentaram medidas necessárias para minimizar os riscos previsíveis, conforme item ii.8, da res. CNS 466/12.

Os riscos estão numa proporção razoável em relação aos benefícios para os participantes da pesquisa.

O pesquisador apresentou também os prováveis benefícios que podem advir da pesquisa.

Endereço: URUGUAI 402/99998

Bairro: CENTRO

CEP: 88.302-202

UF: SC

Município: ITAJAI

Telefone: (47)3341-7738

Fax: (47)3341-7744

E-mail: etica@univali.br



UNIVERSIDADE DO VALE DO
ITAJAÍ-UNIVALI / SANTA
CATARINA



Continuação do Parecer: 3.890.591

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sobretudo as resoluções 466/12, 510/16 e 580/18, dentre as demais normas e diretrizes nacionais envolvendo pesquisas com seres humanos, tem-se que:

- > O protocolo FOI classificado adequadamente entre as grandes áreas do conhecimento e entre as áreas temáticas especiais.
- > O projeto FOI apresentado com clareza.
- > O projeto FOI apresentado com objetividade e concisão.
- > O projeto FOI apresentado com completude e fundamentação.
- > O projeto APRESENTA relevância social.

- > Os recursos humanos e materiais, previstos no Projeto, NÃO GARANTEM o bem-estar do participantes.

- > O pesquisador É tecnicamente apto para desenvolver sua função na pesquisa.

- > Com relação a adequação metodológica e ética:
 1. O título expressa o que se pretende pesquisar. O título NÃO REQUER adequação para preservar a instituição e os participantes.
 2. O resumo reflete os objetivos do trabalho, apresenta informações relativas à metodologia e resultados esperados.
 3. Os objetivos são compatíveis com a proposta.
 4. O tipo de pesquisa foi definido.
 5. Houve definição clara da população e da amostra, sendo que a delimitação está de acordo com o tipo de pesquisa escolhido.
 6. O autor apresentou adequadamente as etapas preliminares de pesquisa, esclarecendo todas as atividades que foram realizadas para averiguar as condições de possibilidade de realização de pesquisa, incluindo investigação documental e contatos diretos com os possíveis participantes, instituições e outras pessoas envolvidas no processo.
 7. Os procedimentos de coleta de dados foram adequadamente descritos. O pesquisador deixa

Endereço: URUGUAI 402/99998

Bairro: CENTRO

CEP: 88.302-202

UF: SC

Município: ITAJAI

Telefone: (47)3341-7738

Fax: (47)3341-7744

E-mail: etica@univali.br



UNIVERSIDADE DO VALE DO
ITAJAÍ-UNIVALI / SANTA
CATARINA



Continuação do Parecer: 3.890.591

claro as condições nas quais a coleta de dados será realizada. O local e todos os procedimentos propriamente ditos estão adequados ao que se pretende investigar.

8. Os instrumentos de coleta dos dados foram apresentados e são compatíveis ao método descrito.
9. Explica a forma como os dados serão estruturados a fim de extrair significado (análise textual utilizando as dimensões do sistema sociotécnico).
10. Prevê benefícios compatíveis com a proposta, e os informa claramente aos participantes da pesquisa.
11. Identifica os riscos associados à pesquisa de forma adequada e os informa claramente aos participantes da pesquisa.
12. Prevê medidas necessárias para evitar minimizar os riscos.
13. A ponderação entre riscos e benefícios, alcança a relação de benefício máximo e de danos e riscos mínimos;
14. NÃO Descreve a etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e a do esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa, APRESENTA Dispensa de TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sobretudo as resoluções 466/12, 510/16 e 580/18, dentre as demais normas e diretrizes nacionais envolvendo pesquisas com seres humanos, tem-se que:

1. APRESENTA CRONOGRAMA das etapas do protocolo, sendo que a etapa de coleta dos dados é posterior à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa.
2. APRESENTA o ORÇAMENTO, e define que o financiamento É PRÓPRIO. NÃO APRESENTANDO conflito de interesse.
3. APRESENTA o CURRÍCULO do pesquisador, SENDO compatível com a responsabilidade que o protocolo exige.
4. APRESENTA FOLHA DE ROSTO que está assinada por Prof. Dr. Cesar Albenez Zeferino.
5. NÃO APRESENTA TERMO DE ANUÊNCIA da instituição coparticipante.
6. APRESENTA TERMO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS, no qual os pesquisadores assinam e se comprometem em garantir o sigilo dos dados e anonimato dos participantes envolvidos na pesquisa.
7. NÃO APRESENTA TERMO DE ACEITE DA ORIENTAÇÃO, identificando que o pesquisador responsável é o professor orientador.

Endereço: URUGUAI 402/99998

Bairro: CENTRO

CEP: 88.302-202

UF: SC

Município: ITAJAI

Telefone: (47)3341-7738

Fax: (47)3341-7744

E-mail: etica@univali.br



UNIVERSIDADE DO VALE DO
ITAJAÍ-UNIVALI / SANTA
CATARINA



Continuação do Parecer: 3.890.591

8. APRESENTA TERMO DE COMPROMISSO da equipe de pesquisa com a declaração de conformidade entre os documentos apresentados na plataforma.
9. APRESENTA JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DE TCLE, sobre o qual tecemos os seguintes comentários:
- UTILIZARÁ apenas dados secundários informações da origem dos dados para a pesquisa;
 - UTILIZARÁ dados de natureza, conhecimento e domínio Público (IBGE, Plano Municipal de saúde, Plano de Governo);
 - UTILIZARÁ dados secundários de natureza porém NÃO APRESENTA TERMO FIEL GUARDIÃO que apresentará dados de natureza de relatórios e de atividades da implantação da residência da área de farmácia nos municípios parceiros.

Recomendações:

Acrescentar TERMO de FIEL GUARDIÃO que fornecerá os dados secundários de natureza de relatórios e de atividades de depoimentos que foram realizados durante a implantação da residência da área da farmácia nos quatro municípios parceiros.

Adequar o TERMO DE AUSÊNCIA DE TCLE pois NÃO APRESENTA o título do trabalho

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo possui PENDÊNCIAS. Após atendido as solicitações de pendência o parecer poderá ser liberado na modalidade Ad Referendum. Para saná-las os pesquisadores deverão tomar as seguintes providências:

Acrescentar TERMO de FIEL GUARDIÃO que fornecerá os dados secundários de natureza de relatórios e de atividades de depoimentos que foram realizados durante a implantação da residência da área da farmácia nos quatro municípios parceiros.

Adequar o TERMO DE AUSÊNCIA DE TCLE, pois, ele NÃO APRESENTA o título do trabalho.

Inserir na justificativa de dispensa do TCLE o "Quadro 1 - Dados que serão coletados durante a pesquisa", apresentado no projeto detalhado.

ATENÇÃO:

Endereço: URUGUAI 402/99998	CEP: 88.302-202
Bairro: CENTRO	
UF: SC	Município: ITAJAI
Telefone: (47)3341-7738	Fax: (47)3341-7744
	E-mail: etica@univali.br



UNIVERSIDADE DO VALE DO
ITAJAÍ-UNIVALI / SANTA
CATARINA



Continuação do Parecer: 3.890.591

Caro pesquisador, visando dar celeridade e correção ao processo de revisão do seu Protocolo, solicitamos que ao responder às pendências do colegiado inclua junto aos demais documentos da Plataforma Brasil a CARTA DE RESPOSTA A PENDÊNCIAS, na qual você deverá descrever de forma ordenada a adequação realizada, indicando em qual documento do protocolo foi feita tal ajuste (Projeto detalhado, TCLE ou outro documento), sinalizando a parte do documento no qual tal alteração foi realizada.

A carta resposta deve permitir o uso dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto. As alterações realizadas devem constar na carta resposta e nos documentos nos quais foram realizadas, sendo que nestes últimos as alterações devem estar realçadas.

Esta Carta deve estar assinada pelo pesquisador responsável.

Na ausência de tal assinatura, ou em função de inadequação da carta aos critérios acima uma nova pendência será gerada automaticamente.

O modelo desta carta está disponível no site do CEP-Univali no endereço: www.univali.br/etica, na área de downloads. Em caso de dúvida favor consultar a secretaria do CEP.

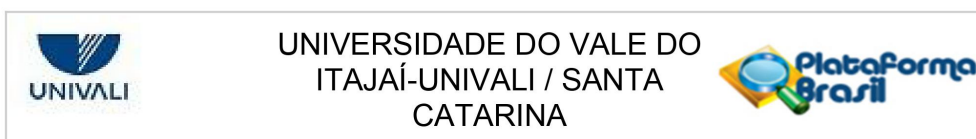
Sugere-se que os pesquisadores sempre revisem os documentos obrigatórios, o projeto detalhado e as informações inseridas na Plataforma Brasil, e quando for o caso, a Carta de Resposta às pendências, a partir das resoluções editadas pelo CNS e CONEP, disponíveis no endereço http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm, sobretudo as resoluções CNS 0466/12, CNS 0510/16 e CNS 580/18.

Importante reforçar que as informações contidas no Projeto Detalhado e na Plataforma Brasil devem ser as mesmas, de tal modo que a leitura de um ou de outro seja suficiente para a compreensão da proposta da pesquisa. A Plataforma Brasil possui limitações de caracteres em alguns campos. Sugere-se que os pesquisadores insiram as informações importantes e indiquem que informações complementares podem ser verificadas no Projeto Detalhado.

Considerações Finais a critério do CEP:

A coleta de dados só poderá ter início após APROVAÇÃO pelo Comitê de Ética e emissão do

Endereço:	URUGUAI 402/99998	CEP:	88.302-202
Bairro:	CENTRO		
UF:	SC	Município:	ITAJAI
Telefone:	(47)3341-7738	Fax:	(47)3341-7744
		E-mail:	etica@univali.br



Continuação do Parecer: 3.890.591

PARECER FINAL. No caso de dúvidas, os esclarecimentos poderão ser obtidos pelo contato com o CEP-Univali, pelo fone 3341 7738, ou e-mail (etica@univali.br), de segunda à sexta-feira, em horário de atendimento do CEP.

AVISO: na próxima submissão ao CEP, atentar para a adequação do cronograma, caso seja necessário.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1502496.pdf	30/01/2020 09:49:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JustificativaporquedaDispensadoTCL E.pdf	29/01/2020 18:05:34	noemia liege maria da cunha bernardo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BrochuraFormatado.docx	29/01/2020 18:03:50	noemia liege maria da cunha bernardo	Aceito
Outros	Declaracaodeconformidade.jpeg	29/01/2020 17:59:59	noemia liege maria da cunha bernardo	Aceito
Outros	utilizacaodados.pdf	27/01/2020 23:54:39	noemia liege maria da cunha bernardo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	27/01/2020 23:46:01	noemia liege maria da cunha bernardo	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ITAJAI, 28 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Mark Anderson Caldeira
(Coordenador(a))

Endereço: URUGUAI 402/99998
Bairro: CENTRO CEP: 88.302-202
UF: SC Município: ITAJAI
Telefone: (47)3341-7738 Fax: (47)3341-7744 E-mail: etica@univali.br