



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

Ilvia Silva Gomes

**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à
Saúde em Municípios do Estado do Pará**

Florianópolis
2023

Ilvia Silva Gomes

**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à
Saúde em Municípios do Estado do Pará**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientador(a): Prof.(a) Marina Rajche Mattozo Rover, Dr.(a)

Florianópolis

2023

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

Gomes, Ilvia Silva

Avaliação da gestão da assistência farmacêutica na
atenção primária à saúde em municípios do estado do Pará /
Ilvia Silva Gomes ; orientadora, Marina Raijche Mattozo
Rover, 2023.

157 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Assistência Farmacêutica, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Avaliação em saúde. 3.
Assistência Farmacêutica. 4. Atenção Primária à Saúde. 5.
Região Amazônica. I. Rover, Marina Raijche Mattozo. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Assistência Farmacêutica. III. Título.

Ilvia Silva Gomes

**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em
Municípios do Oeste Paraense**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 31 de março de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

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

Prof. Marcelo Campese, Dr.
Universidade Federal do Amazonas – membro titular

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

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

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Profa. Marina Rajjche Mattozo Rover, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2023.

Dedico esta dissertação a minha mãe Ivonete que nunca mediu esforços para que eu pudesse estudar e realizar os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus que na sua infinita bondade me proporcionou sabedoria e força para esta importante jornada de aprendizados e crescimento.

A minha família: mãe, pai, imãs e sobrinho. Obrigada por me apoiarem nessa caminhada e serem meu alicerce.

A Professora Marina Rover, minha orientadora, por me acolher, pelos ensinamentos, aprendizados, correções e inúmeros momentos de troca. Sua orientação e todo o apoio proporcionado foi de fundamental importância para que esse trabalho pudesse ser construído, sinto-me lisonjeada e muito grata por tê-la como orientadora, és uma inspiração para mim.

A todos os professores que ao longo do meu percurso acadêmico repassaram seus conhecimentos e experiências de vida. Em especial, ao Professor Wilson Sabino que me auxiliou na graduação, especialização e na seleção do mestrado.

A querida Samara Mendes, farmacêutica sanitária a qual tenho grande estima, ter lhe encontrado nesse caminho ampliou os horizontes e me incentivou a cursar este programa.

A Fernanda Manzini, professora Silvana Nair e todo grupo de Pesquisa em Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC pelas inúmeras trocas e momentos de aprendizado compartilhado, este grupo inspira a todos nós pesquisadoras(es) e farmacêuticos(os) do Brasil.

As minhas colegas de turma em especial: Karyme Calisto, Elisa Fudanga, Rafaela de Jesus, tê-las nessa jornada tornou-a mais leve, tranquila e engrandecedora. E nesse último ano, nos momentos de ansiedade, na coleta de dados e escrita, agradeço a Karyme que esteve me apoiando e incentivando, mesmo nos inúmeros quilômetros de distância, nossa amizade construída é para mim um enorme presente.

Ao colegiado do curso de Farmácia do IESPES, no qual faço parte, em particular as professoras Suelen Souza e Ana Camila, que me apoiaram durante as minhas atividades de preceptoria e docência, possibilitando conciliar os estudos com o trabalho.

As minhas alunas e aluno voluntários que colaboraram com a coleta dos dados em Santarém: Remita, Luana, Camila, Thayná, Elisangela, Elizandra, Carla, Bianca e Bruno.

Aos profissionais e usuários dos municípios de Santarém e Rurópolis que confiaram e apoiaram o desenvolvimento deste trabalho, em especial a Maria do Desterro, Andressa Barbalho, Clícia Neri, Alice Éven, Alef Valentim e Letícia Carvalho.

Aos demais amigos que compreenderam minha ausência e vibram com cada conquista minha, em particular: Elaine Rossi, Daniele Silva, Irla Nogueira, Stherfanni Moura, Lorena Favacho, Iolane Pereira e João Lisbôa.

E a todos outros que no caminho me auxiliaram a chegar neste momento, minha eterna gratidão.

RESUMO

A disponibilidade de medicamentos é fundamental para as ações em saúde, particularmente nas doenças crônicas, atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Desse modo, é preciso superar desafios relacionados à gestão, para a oferta dos serviços, principalmente nas regiões remotas, como o caso da Amazônia Brasileira. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica (AF) na APS, em municípios do estado do Pará. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como unidade de análise a AF de dois municípios: Rurópolis e Santarém. Iniciou-se com a adaptação dos indicadores (já utilizados para avaliação da AF) considerando a realidade local e as novas legislações. Inseriu-se também, uma doença traçadora (HAS), e sintetizaram-se alguns pontos para tornar as análises mais objetivas. Para a validação dos indicadores e instrumentos de coleta de dados utilizou-se as técnicas Delphi e Comitê Tradicional. Na segunda etapa os dados foram coletados, por meio de entrevistas e visitas técnicas nas unidades de saúde da APS e da AF, e análise documental (por ex. Relatório de Gestão Anual e Plano Plurianual). Participaram do estudo 137 pessoas entre gestores, profissionais e usuários dos serviços. Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel® para análise e emissão do juízo de valor. Os resultados da avaliação foram distintos entre os dois municípios. De modo geral, Rurópolis apresentou mais avanços na capacidade de gestão do que Santarém, apesar de apresentar menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Os avanços observados em Rurópolis demonstraram melhor articulação entre os atores envolvidos na gestão, as quais devem ser mantidas e/ou ampliadas. Já aspectos como a normatização precisa ser priorizada, e aspectos como as estratégias de comunicação foram bem avaliadas. Outras fragilidades encontradas foram: relacionadas à institucionalidade, as condições operacionais (como ausência de sistema informatizado) e a ausência de um controle social ativo. Aspectos relativos à região, como logística nas zonas rural e ribeirinha tiveram priorização da gestão, ao passo que ações que valorizem as práticas tradicionais da população não foram identificadas nos dois municípios. Apesar de complexa, a operacionalidade da AF nestes territórios, os dados aqui apresentados poderão ser utilizados para o planejamento da AF na região, visando impactar positivamente o acesso aos medicamentos nestes municípios.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde; Região Amazônica.

ABSTRACT

The availability of medicines is fundamental for health actions, particularly in chronic diseases, assisted in Primary Health Care (APS), such as systemic arterial hypertension (HAS). In this way, it is necessary to overcome management-related challenges for the provision of services, especially in remote regions, as is the case in the Brazilian Amazon. Thus, the objective of this study was to evaluate the management capacity of Pharmaceutical Services (AF) in APS, in municipalities in the state of Pará. It was a cross-sectional, descriptive study, with a quantitative and qualitative approach, having as the unit of analysis the AF of two municipalities: Rurópolis and Santarém. It started with the adaptation of the indicators (already used to evaluate the AF) considering the local reality and the new legislation. A tracer disease (HAS) was also included, and some points were summarized to make the analyzes more objective. For the validation of indicators and data collection instruments, Delphi and Traditional Committee techniques were used. In the second stage, data were collected through interviews and technical visits to the APS and AF health units, and document analysis (eg Annual Management Report and Pluriannual Plan). 137 people participated in the study, including managers, professionals and service users. Data were tabulated in Microsoft Excel® software for analysis and judgment. The evaluation results were different between the two municipalities. In general, Rurópolis showed more advances in management capacity than Santarém, despite having a lower IDH. The advances observed in Rurópolis demonstrated better articulation between the actors involved in the management, which must be maintained and/or expanded. Aspects such as standardization need to be prioritized, and aspects such as communication strategies were well evaluated. Other weaknesses found were: related to institutionality, operational conditions (such as the absence of a computerized system) and the absence of active social control. Aspects related to the region, such as logistics in rural and riverside areas, were prioritized by the management, while actions that value the traditional practices of the population were not identified in both municipalities. Despite being complex, the operation of the AF in these territories, the data presented here can be used for the planning of the AF in the region, aiming to positively impact the access to medicines in these municipalities.

Keywords: Health evaluation; Pharmaceutical Services; Primary Health Care; Amazon region.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma dos especialistas convidados para a validação dos indicadores	38
Figura 2 - Mapa do município de Santarém – PA.....	51
Figura 3 - Vista dos rios Arapiuns, Tapajós, Amazonas, Ituqui e Lago Grande que passam por Santarém.....	51
Figura 4 - Rodovias que conectam Santarém (PA – 457, PA-370 e BR-163).....	52
Figura 5 - Organograma do Núcleo de Abastecimento e Distribuição Farmacêutica...53	
Figura 6 - Almoxarifado Central e Centro de Abastecimento Farmacêutico de Santarém.....,,.....	54
Figura 7 - Planta Baixa da Central de Abastecimento Farmacêutico de Santarém....	55
Figura 8 - Abrangência do Município de Rurópolis.....	63
Figura 9 - Área urbana do município de Rurópolis – PA.....	64
Figura 10 - Mecanismo de Sugestão e Críticas das UBS.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-1 - Critérios de julgamento, conforme as faixas de pontuações dos indicadores, a escala de cores e o seu significado.	35
Quadro 1-2 - Critérios de julgamento, conforme as faixas de pontuações das dimensões, a escala de cores e o seu significado.....	35
Quadro 2 - Participantes da coleta de dados no município de Santarém – PA.....	40
Quadro 3 - Participantes da coleta de dados no município de Rurópolis – PA.....	41
Quadro 4 - Tipos de alterações realizadas.....	42-43
Quadro 5 - Sugestões apresentadas pelos participantes na fase I da validação.....	43
Quadro 6 - Indicadores para avaliação da Capacidade de Gestão da AF em municípios da Região Amazônica.....	45-46
Quadro 7- Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Organizacional, Santarém.....	56
Quadro 8 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Operacional, Santarém.....	58
Quadro 9 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Sustentabilidade, Santarém.....	60
Quadro 10 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Organizacional, Rurópolis.....	66
Quadro 11 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Operacional, Rurópolis.....	67
Quadro 12 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Sustentabilidade, Rurópolis.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Formulários enviados para avaliação dos participantes da fase I da validação.....	37
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
AM	Amazonas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cefálico
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEPSH	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EACS	Equipe de Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFR	Estratégia Saúde da Família Ribeirinha
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência
IBGE	Instituto Brasileira de Geografia e Estatística
ITB	Instituto Trata Brasil
MRR	Municípios Rurais e Remotos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NABDF	Núcleo de Abastecimento Farmacêutico e Distribuição Farmacêutica
NEPAF	Núcleo de Estudos em Pesquisas em Assistência Farmacêutica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável Globais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pará
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos nos Serviços de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SC	Santa Catarina
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SESPA	Secretaria de Saúde do Estado do Pará
SP	São Paulo
STM	Santarém
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
URM	Uso Racional de Medicamentos
US	Unidade de Saúde

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 Objetivo Geral	20
1.1.2 Objetivos Específicos	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 POLÍTICAS FARMACÊUTICAS E ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL .	21
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO	23
2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
2.4 AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	29
2.5 OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA AMAZÔNIA BRASILEIRA	32
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
3.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO	34
3.2 ADAPTAÇÃO DOS INDICADORES, MEDIDAS E PARÂMETROS	34
3.3 VALIDAÇÃO DOS INDICADORES E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	36
3.4 COLETA DOS DADOS.....	38
3.4.1 Seleção das unidades de saúde e número de informantes	39
3.4.1.1 Santarém	40
3.4.1.2 Rurópolis	40
3.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 INDICADORES PARA AVALIAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO AMAZÔNICA – “ARTIGO SUBMETIDO A REVISTA <i>GESTÃO & SAÚDE – ANEXO B</i> ”	42
4.2 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	50
4.2.1 Caracterização do município de Santarém -PA	50
4.2.1.1 Organização da Assistência Farmacêutica Municipal e atribuições	54
4.2.2 Resultados da Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Município de Santarém	56
4.2.3 Caracterização do Município de Rurópolis	62

4.2.3.1 Organização da Assistência Farmacêutica Municipal – Rurópolis.....	65
4.2.4 Resultados da Avaliação da Assistência Farmacêutica - Rurópolis	66
4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NOS MUNICÍPIOS	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE A – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS	99
APÊNDICE B -CHECKLIST PARA VISITA A UNIDADE DE SAÚDE.....	113
APÊNDICE C – CHECKLIST PARA VISITA NA CAF.....	114
APÊNDICE D – PROTOCOLO DE INDICADORES	116
APÊNDICE E -TCLE.....	136
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	151
ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	157

1 INTRODUÇÃO

Organizações mundiais discutem a garantia do acesso aos medicamentos há décadas, sendo a conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985 um marco para o acesso a medicamentos na Atenção Primária a Saúde (APS) (BERMUDEZ, 2017). Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) incluiu o acesso a medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento, como um dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). O tema foi mantido nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Globais (ODS), estabelecidos em 2015, como meta até 2030. A disponibilidade de medicamentos é fundamental para as ações em saúde, particularmente nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), atendidas na APS, como é o caso da hipertensão arterial sistêmica (HAS) (OLIVEIRA et al., 2019).

As DCNT constituem a principal causa de morte no mundo. No Brasil, dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), comparando os triênios de 2010 a 2012, e 2015 a 2017 mostram que as médias das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares foram as mais altas em todas as regiões, nos dois triênios, com os maiores declínios entre os períodos se comparada as demais DCNT (CARDOSO et al., 2021).

Medicamentos são estratégias fundamentais no enfrentamento destas condições. No Brasil, a Assistência Farmacêutica (AF) política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), visa garantir o acesso da população a medicamentos e promover seu uso racional (BRASIL, 2004).

A preocupação com o acesso aos medicamentos no Brasil, para o tratamento de condições clínicas como as DCNT, motivou estudos nacionais como a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM). O estudo realizado entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014 em domicílios urbanos nas cinco regiões do Brasil mostrou que o acesso aos medicamentos para tratamento da hipertensão pode ser considerado elevado, para uma prevalência de hipertensão arterial de 23,7% (IC95% 22,8–24,6), sendo 93,8% (IC95% 92,8–94,8) destes com indicação de tratamento com medicamentos. Contudo, a abrangência da pesquisa não possibilitou um retrato da realidade municipal, especialmente nas regiões com características peculiares, como a região norte (MENGUE et al., 2016).

O acesso aos medicamentos, além de equitativo, precisa ser oportuno, envolvendo medidas relativas à gestão e um processo de descentralização e superação das deficiências na oferta dos serviços, principalmente nas regiões remotas, como o caso da Amazônia brasileira (LIMA et al., 2022).

Historicamente, os problemas de acesso aos medicamentos têm sido uma realidade complexa em municípios, prejudicando diretamente os cuidados em saúde (CHAVES et al. 2019; BERMURDEZ, 2018).

Na região da Amazônia brasileira, marcada por sua diversidade de fauna, flora, cultural e vasta dimensão territorial, são notórias as peculiaridades sociais e espaciais que a diferem das demais regiões (RODRIGUES; RODRIGUES, 2020). Para Couto (2020), o SUS na Amazônia deve ser organizado considerando suas especificidades e isto inclui repensar a destinação de recursos para a assistência à saúde, considerando que os serviços de saúde na região envolvem extensas distâncias geográficas, locais com baixa e alta densidade demográfica e áreas com fluxo migratório.

Estudos são necessários para oferecer aos governantes, gestores, formuladores e executores a possibilidade de tomar decisões com maior qualidade, visando à melhoria do desempenho e dos resultados em saúde da população (LIMA et al., 2022). Pesquisas avaliativas podem contribuir por gerar informações para melhorar os processos, identificar pontos fortes e fracos, e conseqüentemente, promover aprendizados (LIMA; D'ASCENZIL, 2019).

Especificamente na região norte, estudos que considerem o fator amazônico são fundamentais. A participação de atores locais, amplia a possibilidade de considerarem as especificidades e os valores da região e a pertinência e consistência da avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; TANAKA; MELO, 2001).

Assim, este estudo buscou responder o seguinte questionamento: Quais são os aspectos relacionados a gestão da AF que podem impactar na garantia de acesso aos medicamentos para HAS para esta população?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a Capacidade de Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, em municípios do estado do Pará.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Adaptar e validar indicadores para avaliar a capacidade de gestão da AF na APS nos municípios de Santarém e Rurópolis, utilizando a HAS como doença traçadora;
- Aplicar os indicadores validados para avaliar a capacidade de gestão da AF na APS destes municípios;
- Identificar fatores relacionados a gestão da AF que possam interferir no acesso aos medicamentos para HAS nos municípios analisados;
- Fornecer informações para a qualificação da gestão da AF na APS destes municípios.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 POLÍTICAS FARMACÊUTICAS E ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL

Para a análise do histórico brasileiro referente às políticas farmacêuticas que mencionam o direito aos medicamentos, tem-se que retornar primeiramente a Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988). Pois, o medicamento como elemento estratégico e essencial para diversas doenças só pode ser assegurado se a “saúde” é estabelecida como direito da população (SOARES; SANTOS, 2016; BERMUDEZ et al., 2018).

E assim, em meio ao movimento denominado de Reforma Sanitária Brasileira, a Constituição idealizava a construção de um país equitativo e com justiça social (BERMUDEZ et al., 2018). E em seu artigo de número 196 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Alencar e Paim (2017), ao analisarem políticas sob referência a Reforma Sanitária Brasileira, evidenciaram como um momento de importantes avanços no estabelecimento das políticas farmacêuticas. De acordo com esses autores, foi nesse contexto que se discutiram questões relevantes à saúde e o acesso aos medicamentos, ganhando pauta e destaque para serem incluídos nas regulamentações.

Posteriormente, na Lei nº8080/1990 que dispôs das condições de organização e funcionamento do SUS, há em seu artigo 6º a inserção da AF entre as ações de assistência terapêutica integral (BRASIL, 1990; LEITE; MANZINI, 2015). Oito anos mais tarde, tem-se o que muitos estudos consideram como o primeiro marco para as políticas farmacêuticas, a formulação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) de 1998 (BRASIL, 1998; ALENCAR; PAIM, 2017).

Somente uma década depois se estabelece uma nova política com o propósito a reorientação da AF, que até então, seguia um modelo centralizado, com dificuldades de financiamento e pouca articulação (BERMUDEZ et al., 2018). Com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a AF fica definida como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004 p.1).

Conforme evidenciado acima, o objetivo do “conjunto de ações” é “o acesso e o seu uso racional de medicamentos (URM)”, portanto, as ações logísticas não devem ser o fim e só se explicam se atenderem ao seu objetivo, o alcance de resultados concretos para a saúde de seus usuários (SANTOS; SOARES, 2016).

A palavra “acesso”, mencionada nessa política, é considerada um conceito complexo, cuja definição varia entre os autores e de acordo com o contexto. Donabedian, por exemplo, empregou o termo acessibilidade como – caráter ou característica do que é acessível -, em contrapartida outros autores preferem utilizar o termo acesso como – ato de ingressar, entrada -, ou ambos os conceitos para se referir ao grau de facilidade com que as pessoas recebem os cuidados de saúde (DONABEDIAN, 1973; HOUAISS; VILLAR, 2001; DONABEDIAN, 2003 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Com relação aos medicamentos, Bermudez e colaboradores (1999), propuseram uma definição de acesso como sendo a associação entre a necessidade de medicamentos e a disponibilização dos mesmos, no qual essa demanda é satisfeita, no momento e lugar requisitado pelo paciente, com a garantia de qualidade e a informação necessária para o uso correto (BERMUDEZ, et al., 1999 apud OLIVEIRA et al., 2002).

Para a OMS entre os fatores que influenciam o acesso a medicamentos essenciais, está a seleção dos medicamentos, que deve ser racional, e os preços devem condizer à capacidade de pagamento de provedores e pacientes. Ou seja, o financiamento deve ser sustentável e os sistemas de saúde confiáveis (OMS, 2004).

Soares (2013) em estudo sobre o tema acesso a medicamentos, ao comparar as dimensões abordadas na literatura, destaca alguns aspectos que lhe chamaram atenção: dominância de fatores relacionados a acessibilidade nos quadros teóricos; presença das dimensões disponibilidade e acessibilidade financeira em todos os modelos investigados e conceitos avaliados; a existência de poucos marcos teóricos-conceituais que considerem o uso de medicamentos e de serviços, e o URM em seu arcabouço conceitual. Assim, o autor assume que o acesso aos medicamentos é um atributo comportamental dos usuários e pode ser explicado como o uso de medicamentos em processos de cuidados, determinado em razão das necessidades de saúde do indivíduo. E este acesso é influenciado por diversos fatores, tal qual, a dimensão de acessibilidade.

Com o intuito de analisar o acesso, a utilização e a promoção do URM, e explorar a organização da AF na Atenção Básica (AB) e os fatores que influenciam a sua execução no SUS, foi desenvolvida no Brasil a PNAUM. Os resultados da PNAUM apontaram para avanços na AF, que retratam o esforço conjunto de atores comprometidos com o estabelecimento dessa política nos municípios brasileiros (COSTA et al., 2017a).

Entretanto, também relevaram desafios que precisam ser superados. Com respeito, aos medicamentos, o acesso foi maior nas regiões Sul e Sudeste, o que possivelmente reflete resultados positivos na organização do financiamento, definição de responsabilidades e pactuação de estratégias entre gestores nestas regiões. Além das diferenças regionais de acessibilidade, uma baixa disponibilidade de alguns medicamentos traçadores da AB foi observada, demonstrando a dificuldade de garantia do acesso integral (ÁLVARES et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2017).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO

A APS é considerada um modelo de orientação dos serviços de saúde, mais adequado para que os países direcionem seus esforços a fim de atingir as metas de saúde, aumentar o acesso, equidade e qualidade dos serviços prestados. No Brasil, foi utilizado o termo AB para designar a APS, esta é considerada como porta de entrada do SUS, e deve ser também coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BODENHEIMER et al., 2014; REIBLING et al., 2019; VARGHESE et al., 2019; FARACO, 2021).

Para que a AB possa ser estratégica, ela deve cumprir seus três papéis essenciais. O primeiro deles refere-se à resolutividade, eminente aos cuidados primários, ou seja, deve ser capaz de resolver cerca de 90% da sua demanda. O segundo remete à coordenação, que envolve o exercício, de ser o centro de comunicação das RAS, com condições para organizar os fluxos de pessoas, produtos e informações dos diferentes setores da rede. Já o papel de responsabilização, envolve a responsabilidade e o conhecimento do seu território e da população adscrita, tanto nos aspectos econômicos como sanitários (BRASIL, 2015a; LIMA et al., 2018).

Desde a criação do SUS, o acesso à AB tem avançado, principalmente por meio das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo assistencial.

Com relação a HAS, deve atuar no diagnóstico, tratamento, acompanhamento e controle, a partir de planos de cuidados complexos, que incluem os diferentes aspectos da doença, com classificação de risco e a coordenação do cuidado dos usuários dentro das RAS (BRASIL, 2013a;2014).

Juntamente com a ampliação do acesso aos serviços de saúde, surge a necessidade de ampliar as estratégias de monitoramento e avaliação da AB (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Nesse sentido, em 2011, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), implantou o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este traz em sua proposta a utilização da avaliação como parte do planejamento das ações para melhorar a qualidade dos serviços (BRASIL, 2011b; LIMA et al., 2018). Desde então o PMAQ-AB desenvolveu ciclos de avaliação nos municípios brasileiros (2011/2012 e 2013/2014), com o último realizado nos anos de 2017 e 2018 (LIMA et al., 2018).

Morais e colaboradores (2021) utilizaram os dados do PMAQ-AB da região de saúde do Baixo Amazonas, para caracterizar a atenção à HAS no âmbito da APS desenvolvida no Oeste do Pará. Os autores utilizaram como variáveis: questões referentes aos exames solicitados; acesso ao serviço e local na RAS; e dados relacionados ao cuidado do paciente hipertenso, tais como: estratificação de risco, avaliação da existência de comorbidades, acompanhamento, programação de consultas e exames, coordenação da fila de espera, além de consultas realizadas. Os resultados apontaram que o acesso e a realização de exames básicos subsidiaram o cuidado ao paciente hipertenso, entretanto, evidenciaram fragilidades relacionadas à prevenção e o acompanhamento dos agravos associados a essa condição clínica. Isso, na região, se agrava pela dificuldade de realizar exames que necessitam de alta densidade tecnológica e especializada, por conta da geografia e as distâncias que representam barreiras importantes a serem superadas pela RAS.

Em outro estudo de um município da região Norte do Brasil, este relacionado ao cuidado farmacêutico a pacientes com hipertensão, o controle da pressão arterial de utentes com HAS atendidos em unidades básicas de saúde (UBS) foi analisado. Dos 163 pacientes estudados, 94,5% não tinham adesão ao tratamento e 77,2% não apresentavam quadro de pressão arterial controlada. Redução nos valores da pressão arterial diastólica e sistólica foi observada após a realização do cuidado farmacêutico (GOMES et al, 2022). Entretanto, a oferta deste serviço não é uma realidade da maioria dos municípios do país devido às debilidades da força de trabalho (por

exemplo, número de farmacêuticos na APS e falta de formação para o cuidado) (DESTRO et al., 2021).

Outro fator que pode prejudicar a adesão dos usuários ao tratamento e controle das condições crônicas é a insuficiência de medicamentos no serviço de saúde (SILVA et al., 2023). Vaz e colaboradores (2019) analisaram a participação dos entes federativos no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no município de Santarém-PA. Os autores constataram que houve descumprimento do mínimo per capita legalmente estabelecido no repasse financeiro ao CBAF. Tal fato é um dos fatores que possivelmente interfere na qualidade da AF nestes municípios.

2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na APS a AF pode ser compreendida como uma prática social, que abrange, entre outros, atividades de regulamentação, planejamento e dispensação de medicamentos na rede, promovendo o acesso e o URM de forma descentralizada e compartilhada (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

A execução da AF no SUS ainda é um desafio para os gestores. Parte disso, muito atrelada ao entendimento da AF como uma área de suprimentos e logística, orientada para o apoio das ações e serviços de saúde, com pouca inserção no cuidado e prestação dos serviços direcionados ao uso adequado dos medicamentos (BERMUDEZ et al., 2018; BRASIL, 2018).

Para que a AF esteja em acordo com os princípios do SUS é necessário que ela garanta acesso aos medicamentos em todos os níveis de atenção, de forma oportuna, integral e equitativa (BRASIL, 2004). Entretanto, apesar de garantida constitucionalmente, os avanços são lentos, especialmente em algumas regiões, e parte considerável das dificuldades estão fortemente relacionada à gestão (ROVER et al., 2016).

No sentido de ampliar o debate sobre os avanços e desafios da AF na APS no Brasil, Costa e colaboradores (2017a), trazem uma síntese dos principais resultados da PNAUM componente de Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica. A pesquisa teve representatividade nacional e de cada uma das cinco regiões do país. Dentre os resultados, observou-se grande presença de sistemas informatizados para gestão da AF nos municípios, o que antes não era

observado. Entretanto, o desafio encontrado foi sua integração em rede com os diferentes serviços de saúde (COSTA et al., 2017a; GERLACK et al., 2017; LEITE et al., 2017a).

Em relação a condição sanitária dos medicamentos, constataram os autores, ambientes inadequados de armazenamento e o descumprimento de requisitos técnicos e sanitários indispensáveis à conservação dos medicamentos nas unidades de saúde, os quais podem afetar negativamente a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos (COSTA et al., 2017ab). A respeito da obtenção dos medicamentos, a maioria dos usuários recebeu medicamentos das farmácias do SUS, sugerindo resultados positivos da organização; do financiamento; e da definição das responsabilidades executivas e estratégias pactuadas entre os gestores para viabilizar o acesso aos medicamentos nos municípios estudados (MENDES, 2010; COSTA et al., 2017a; ÁLVARES et al., 2017).

Em relação a promoção do URM, Costa e colaboradores (2017), evidenciaram a disponibilidade e conhecimento por parte dos médicos da lista padronizada de medicamentos. Todavia, grande parte dos prescritores ainda a referem como insuficiente para atender as necessidades da população, necessitando de investigações mais detalhadas para compreender melhor esse parâmetro (LIMA et al., 2017).

Referente a institucionalização da AF nos municípios, Souza e colaboradores (2017) observaram grau avançado nas estruturas formais, com destaque aos planos municipais de saúde (PMS) e a existência de lista padronizada de medicamentos. Contudo, em grande parte dos municípios, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) não estava formalmente constituída. Ainda, segundo os responsáveis pela AF municipal, a lista não atende integralmente as necessidades da população (KARNIKOWSKI et al., 2017).

No que tange a satisfação dos usuários quanto aos serviços farmacêuticos, a PNAUM trouxe que os respondentes estavam satisfeitos, principalmente no quesito relação interpessoal, qualidade dos medicamentos e da dispensação. Entretanto, na dimensão oportunidade/conveniência os dados revelaram baixa satisfação, juntamente com a ambiência, apontando para necessidade de repensar a estrutura para o atendimento da população (COSTA et al. 2017a; SOEIRO et al. 2017).

Especificamente com relação a região Norte, os dados da PNAUM revelaram que somente 17,4% das unidades possuíam sistema informatizado para a farmácia.

A condição sanitária das farmácias/unidades dispensadoras de medicamentos foi mais deficitária na região Nordeste, seguindo-se da região Norte, no qual foram avaliadas questões como a documentação sanitária, condições de armazenamento, entrega dos medicamentos, disponibilidade de medicamentos, medicamentos vencidos e local para armazenagem (LEITE et al., 2017b; COSTA et al., 2017ab). Acerca da obtenção de medicamentos, para as DCNT, os dados apontaram os menores índices de acesso na região Norte tanto para as farmácias do SUS (59,5%) quanto para farmácia popular e privada (54,3% e 64,3%) (OLIVEIRA et al., 2016).

Sobre os indicadores de prescrição, dispensação e de serviços de saúde relacionados ao URM, os resultados da região Norte apresentaram-se dentro da média nacional, exceto com relação ao indicador de serviços de saúde (LIMA et al., 2017). Acerca da institucionalização, 62% dos municípios da região possuíam a AF no organograma da secretaria de saúde; 14% CFT; 69% possuem lista de medicamentos, números inferiores as demais regiões (SOEIRO et al., 2017).

Outro programa que buscou fortalecer a AF no país foi o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS). Instituído pela Portaria GM/MS nº1.214/GM/MS, de 13 de junho de 2012, este teve como finalidade contribuir para o aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde, objetivando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2012a).

Organizado em 4 eixos, o QUALIFAR-SUS teve como objetivos:

- I. Eixo Estrutura: contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica;
- II. Eixo Educação: promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais na lógica das Redes de Atenção à Saúde;
- III. Eixo Informação: disponibilizar as informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica; e
- IV. Eixo Cuidado: inserir a AF nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia (BRASIL, 2016a p.22).

Rodrigues e colaboradores (2017) analisaram a implantação do eixo estrutura do QUALIFAR-SUS em 316 municípios, por meio de uma avaliação das dimensões estrutura física/recursos humanos e processo e, análise de aspectos do contexto organizacional. Para esse eixo, o programa previa, além do apoio técnico aos municípios, recursos financeiros de investimento e custeio para reestruturação física e recursos humanos para a AF na AB. Dos municípios participantes, 44% obtiveram

resultado insatisfatório; 34% satisfatório; 21% crítico e; somente 1% dos municípios apresentaram grau de implantação excelente.

Com relação à análise do contexto de implantação, os autores ponderam que o QUALIFAR-SUS surgiu como resposta para mudar o cenário deficitário e fragmentado da AF, comprovado em auditorias dos órgãos Tribunal de Contas da União e Controladoria Geral da União. Por fim, concluíram que possivelmente a precariedade e insuficiência na estrutura de equipamentos, mobiliários, conectividade, estruturas físicas das Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e recursos humanos da AF influenciaram no resultado insatisfatório em grande parte dos municípios habilitados. Ainda, evidenciaram fragilidades principalmente nas etapas de diagnóstico e execução dos recursos financeiros, revelando a necessidade de rediscussão e redimensionamento dessas atividades (RODRIGUES et al., 2017).

O Eixo Informação, permitiu o levantamento de dados para produção de documentos técnicos que possibilitariam o acompanhamento, monitoramento e a avaliação das ações e serviços da AF. Através de informações oriundas da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica, composta pelos sistemas: sistema nacional de gestão da assistência (Hórus); serviço de envio de dados (Web Service); e o sistema autorizador do programa Farmácia Popular. O sistema Hórus foi desenvolvido para gerenciar e reunir informações dos três componentes da AF: Básico; Estratégico e Especializado; além de ser programado posteriormente para atender o subsistema de atenção à saúde indígena. Desde sua criação em 2009 vem auxiliando os gestores de saúde na qualificação da AF, assim como na transparência dos serviços prestados (BRASIL, 2018).

Do Eixo Educação, cursos de capacitação foram ofertados, a exemplo do curso para implantação do Hórus, o curso de Gestão da AF na modalidade especialização e o curso “Farmacêuticos na AB/APS: construindo uma relação integral” (BRASIL, 2018).

Posteriormente em 2012, foi ofertado um curso com intuito de capacitar médicos para a prescrição de medicamentos fitoterápicos no SUS, e lançado a capacitação em AF para profissionais do SUS, com o uso de simulação realística em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e entidades farmacêuticas. Nos anos de 2015 e 2016, outro curso foi desenvolvido com propósito de capacitar profissionais para melhor executar os serviços relacionados ao componente especializado da AF (CEAF) (BRASIL, 2018).

No eixo cuidado, foi desenvolvido o projeto-piloto de implantação do Cuidado Farmacêutico na AB do SUS, executado nos municípios de Curitiba/PR, Recife/PE, Betim/MG e Lagoa Santa/MG, nos quais observaram-se desfechos clínicos, humanísticos e econômicos significativos após o acompanhamento farmacoterapêutico. Apesar dos muitos desafios ainda a serem superados para a consolidação da AF não se pode menosprezar os avanços até então alcançados (BRASIL, 2018).

2.4 AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Os conceitos de avaliação são diversos e variam entre os autores que se dedicam a pesquisar a temática. Para Contandriopoulos e colaboradores (1997), a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Segundo Vieira-da-Silva (2005), esta é uma das definições mais simples e abrangentes sobre o tema. Champagne e colaboradores (2011) destacam a importância da participação dos diferentes atores envolvidos, de modo a construir um julgamento que se possa traduzir em ações.

Na literatura, segundo Santos (2011), os trabalhos que tiveram como objetivo o desenvolvimento de avaliações da AF foram, em muitos casos, limitados à descrição dos serviços e, em outros, não houve emissão de juízo de valor sobre os resultados encontrados. Alguns trabalhos utilizaram os indicadores propostos pela OMS (1993) para avaliação do uso de medicamentos, outros utilizaram a tríade de avaliação proposta por Donabedian, embora, destaque a autora, muitos empreguem somente elementos relacionados à estrutura e processo (FRANÇA FILHO et al., 2008; SOUZA et al., 2012; VEBER et al., 2011; BIANCHIN et al., 2012; BITTENCOURT et al., 2017). Assim, essas produções pouco contribuem para a avaliação dos objetivos expressos no conceito corrente de AF.

Estudos avaliativos podem oferecer aos governantes, gestores, formuladores e executores a possibilidade de tomar decisões com maior qualidade, no sentido da identificação dos aspectos exitosos, das dificuldades e, também, dos efeitos esperados e dos não intencionais, produzidos a partir de fatores gerenciais e operacionais. A avaliação pode, ainda, favorecer a racionalização do gasto público, como um instrumento para a melhoria do desempenho, alcance dos melhores resultados, e gerando uma maior possibilidade de governança (FELISBERTO, 2010).

A primeira iniciativa, no Brasil, de avaliar a capacidade de gestão da AF em municípios, de uma forma bastante abrangente, foi realizada pelo Núcleo de Estudos em Pesquisas em Assistência Farmacêutica (NEPAF) da Universidade Federal da Bahia, o qual aperfeiçoou um modelo de avaliação proposto por Guimarães e colaboradores (2004) para organizações sociais (BARRETO, 2007; GUIMARÃES, 2007; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

O modelo utilizado por estes autores é orientado por um conceito guia de gestão, inspirado em princípios do SUS, tais quais: descentralização, flexibilidade, transparência, participação e autonomia decisória. Eles definem com base em Junquillo (2001) e Guimarães et al. (2007, p.1646), gestão como “um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados” e o de “capacidade de gestão” como: “a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizar recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão” (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Partindo destes pressupostos tais autores definiram ainda o conceito de gestão da AF na AB como: “a capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e de sustentabilidade da Assistência Farmacêutica Básica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal” (GUIMARÃES, 2007; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Os autores também se basearam no “Triângulo de Governo de Matus” e reconheceram - a capacidade de gestão como capacidade de governar, que se evidencia através de três dimensões que são interdependentes: organizacional, operacional e sustentabilidade. A organizacional demonstra parâmetros relacionados a capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente. A operacional traduz a capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais. A sustentabilidade indica a capacidade de sustentar resultados da gestão, abrangendo aspectos relacionados à institucionalização de mecanismos e estratégias que expandem e/ou fortalecem apoios e alianças capazes de aperfeiçoar a sustentabilidade das decisões e dos resultados almejados pela gestão (MATUS, 1993; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

A análise feita por Barreto e Guimarães (2010) em dois municípios do estado da Bahia identificou como fatores condicionantes da gestão da AF: a compreensão dos diferentes atores envolvidos sobre a sua abrangência; a autonomia decisória da Coordenação Municipal da AF; a existência de recursos (físicos, humanos e

materiais); a participação; articulação; e a construção de parcerias. Revelaram que apesar dos avanços com a consolidação do SUS, os espaços físicos propostos para o armazenamento e dispensação dos medicamentos nas unidades de saúde permaneciam limitados do ponto de vista da área física, além de que não contarem com requisitos essenciais para garantir a qualidade do medicamento. Assim, os autores confirmam o pressuposto inicial de uma visão minimalista da AF, reduzindo-a aspectos meramente logísticos centrados no medicamento, priorizando atividades operacionais.

A partir desse modelo construído, novas iniciativas foram desenvolvidas, como o projeto intitulado “Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão” (LEITE et al., 2015). O projeto teve como objetivo adaptar os indicadores para avaliação da capacidade de gestão da AF em municípios catarinenses. A proposta metodológica visou colaborar com o avanço nos estágios de amadurecimento da gestão da AF, bem como na qualificação de recursos humanos (MANZINI, 2013; ROVER; FARIAS, 2015).

Todas essas etapas foram construídas partindo da premissa que mesmo avaliando objetos semelhantes, com a mudança de contexto era necessário repensar o processo avaliativo. Os autores ressaltaram a importância da adequação do modelo de avaliação, de forma participativa, para que este representasse o contexto no qual seria aplicado (LEITE et al., 2015).

Para elaborar ou adequar um modelo de avaliação, estudos recomendam que sejam realizadas técnicas de validação. Estas visam verificar se o instrumento mede exatamente aquilo que se propõe, ou seja, a capacidade do instrumento de medir o fenômeno a ser estudado (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). São diversas as técnicas que podem ser utilizadas para este fim, tais como: o comitê tradicional, o método Delfos (Delphi), o grupo nominal e o júri simulado. Como cada uma delas possuem vantagens e desvantagens, recomenda-se o uso de mais de uma técnica para superar as limitações encontradas (MANZINI; FARIAS, 2015).

A avaliação nos municípios catarinenses demonstrou que dentro de um mesmo estado, municípios com características populacionais semelhantes podem ter níveis de desenvolvimento da gestão da AF muito divergentes. As fragilidades encontradas foram relacionadas ao não conhecimento do PMS; Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) com medicamentos restritos a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); ausência de registro da

produtividade do farmacêutico; ausência de parceria entre as coordenações da AF estadual e a municipal; ausência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços da AF. Os avanços encontrados foram principalmente quanto a participação da coordenação da AF nas discussões/decisões sobre os programas de saúde do município; utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos; divulgação da REMUME para os prescritores; adequabilidade da diversidade de medicamentos nas farmácias; estratégias de comunicação entre a AF e as unidades de saúde; satisfação dos usuários quanto ao recebimento dos medicamentos e ao atendimento recebido (MENDES; LEITE, 2015).

Posteriormente, uma adaptação dos indicadores foi feita por Rover e colaboradores (2016), para avaliação do CEAF. Os resultados destacaram as fragilidades quanto a capacidade de sustentar resultados da gestão, abrangendo aspectos relacionados ao controle social e a relação com os usuários (ROVER, et al., 2015; ROVER et al., 2016). Fatel e colaboradores (2021), adaptaram e aplicaram estes indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo, obtendo importantes dados para a região (FATEL et al., 2021).

Enfim, Bernardo e colaboradores (2021) acrescentaram a essa proposta avaliativa a abordagem sociotécnica, com o objetivo de ampliar ainda mais a avaliação da AF. Os autores demonstraram que esta teoria se adequa muito bem a complexidade da AF, principalmente pelo fato de analisar as organizações por meio de subsistemas (Sistema Externo – sistema de saúde, stakeholders, financiamento; e Sistema Interno - metas, gestão, força de trabalho, infraestrutura, processos, tecnologias e culturas), ambos relevantes e com o mesmo valor. Como resultados do estudo, verificaram que a falta de um objetivo único, de uma coordenação e serviços farmacêuticos não gerenciados impediam o planejamento interno e integrado da AF com os demais setores. Identificaram também, que não havia integração entre os farmacêuticos, ou seja, limitações da Política de AF como política pública municipal.

2.5 OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

A Amazônia é uma região marcada pela sua biodiversidade e pela exploração predatória de seus recursos naturais por muitos anos. Isso ocasionou problemas ambientais globais como: perda da biodiversidade e mudanças climáticas; impactos na saúde da população decorrentes de projetos relacionados a hidrelétricas,

agricultura, mineração, ferrovias, rodovias e portos, com impactos no SUS, que em grande parte, não consegue atender satisfatoriamente toda demanda (COUTO, 2019).

De acordo com dados do Instituto Trata Brasil (ITB, 2022) o Pará no ano de 2021, apresentou sérios problemas de saneamento, com 91,6% da população sem coleta de esgoto (7.079.223 pessoas) e 51,5% (3.977.170 pessoas) sem acesso a água tratada.

Existem estudos que demonstraram a relação entre as doenças nessa região e as mudanças climáticas (GITHEKO et al., 2000; OMS, 2009; PATZ; CHRISTENSON, 2011; SOUZA et al., 2018). Assim, segundo Couto (2020) para a formulação e implantação de políticas neste contexto é necessário levar em consideração o fator amazônico.

Considerar o fator amazônico diz respeito a pensar numa maior destinação de recursos para a assistência à saúde da população, haja vista, que o desenvolvimento de atividades na região, em sua grande maioria, se dá de modo adverso dado as extensas distâncias geográficas, locais com baixa e alta densidade demográfica e áreas com fluxo migratório (COUTO, 2020).

Além disso, por conter uma vasta diversidade étnica, composta pelos povos tradicionais: indígenas, ribeirinhos, quilombolas e comunidades rurais; faz-se necessário considerar toda sua cultura, seus saberes ancestrais e muitas vezes, a sua vulnerabilidade para realizar o cuidado em saúde. Desenvolver o SUS na Amazônia é assumir as características geográficas peculiares a esta localidade, com intuito de proporcionar o acesso universal à saúde: nas ilhas, lagos, igarapés e rios, além de atender as pequenas localidades, pequenos, médios e grandes municípios, visto que são nesses espaços que os indivíduos vivem e trabalham (COUTO, 2020).

Lima e colaboradores (2022) em estudo em 5 municípios do Oeste do Pará, identificaram barreiras de acesso a APS, como geográficas (distâncias, tempos, custos, precárias condições de vias e transportes); dificuldade na oferta de serviços (consultas, exames, medicamentos, elevada rotatividade de profissionais); precário suporte da atenção especializada com dificuldades de oferta, regulação, transporte e comunicação. Barreiras oriundas do cenário socioambiental amazônico que exige estratégias singulares para a oferta e organização dos serviços.

Assim, o intuito desse trabalho foi também inserir e considerar o contexto amazônico no processo de avaliação da capacidade de gestão da AF na região.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Essa pesquisa se caracteriza como um estudo transversal, descritivo de natureza quantitativa e qualitativa, tendo como unidade de análise a AF de dois municípios do estado do Pará. Santarém, município que se encontra na mesorregião do Baixo Amazonas, possui uma área territorial de 17.898,389 Km² e uma população estimada, em 2021 pelo Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE), de 308.339 habitantes (IBGE, 2022a) e; Rurópolis pertencente ao território da BR-163, com uma área territorial de 7.021,321 km² e uma população estimada em 2021, pelo IBGE de 52.473 habitantes (IBGE, 2022b).

3.2 ADAPTAÇÃO DOS INDICADORES, MEDIDAS E PARÂMETROS

Para avaliar a capacidade de gestão AF dos municípios foram adaptados os indicadores, do estudo de Manzini e Farias (2015). Nesse, eram 44 indicadores distribuídos nas três dimensões: 14 na organizacional, 15 na operacional e 15 na sustentabilidade. De acordo com as autoras, os indicadores detêm natureza distinta, uma vez que mensuram fenômenos diversos e, por essa razão, também detêm poder de definição diferenciado sobre a capacidade de gestão (MANZINI; FARIAS, 2015).

O plano de análise dos resultados é baseado em 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, essa pontuação foi convertida numa escala de cores, de forma que a coloração verde representa uma situação ideal, tendo em vista os parâmetros atribuídos e os critérios adotados. O anverso dessa situação está representado pela coloração vermelha. Neste estudo, inclui-se a cor laranja na situação intermediária, entre o amarelo e o vermelho, representando uma situação de alerta. As faixas de pontuação, sua respectiva cor e significado estão apresentadas no quadro 1-1.

Quadro 1-1 - Critérios de julgamento, conforme as faixas de pontuações dos indicadores, a escala de cores e o seu significado

Cor	Pontuação	O que significa
	De 0 a 24 % dos pontos	Urgente- indica os indicadores que precisam ser priorizados
	25 a 49% dos pontos	Alerta – demonstra os indicadores que necessitam melhorar
	50 a 75% dos pontos	Cuidado – indica os indicadores que possuem avanços, porém precisam ser aperfeiçoados
	76 a 100% dos pontos	Manter / Avançar – retrata os indicadores que estão de acordo com o que se pretende construir.

Fonte: Adaptado de Rover (2016)

Em seguida, após a soma da pontuação de cada indicador, obtêm-se uma pontuação por dimensão, a qual também foi atribuída uma cor, com objetivo de sintetizar os resultados encontrados (Quadro 1-2).

Quadro 1-2 - Critérios de julgamento, conforme as faixas de pontuações das dimensões, a escala de cores e o seu significado

Cor	Pontuação	O que significa
	De 0 a 24 % dos pontos	A situação encontrada é crítica e interfere na capacidade de gestão da AF, devendo ser prioridade para a gestão.
	25 a 49% dos pontos	É preciso melhorar a capacidade de gestão.
	50 a 75% dos pontos	Há avanços na situação encontrada, entretanto, é preciso aprimorar a capacidade de gestão.
	76 a 100% dos pontos	A situação encontrada na dimensão vai de encontro com o preconizado para a capacidade de gestão da AF.

Fonte: Adaptado de Rover (2016)

Tanto os indicadores, quanto as medidas, os parâmetros e os instrumentos de coleta passaram por uma adequação para o contexto dos municípios avaliados. Além disso, foram realizadas adaptações considerando a HAS como doença traçadora, a atualização da legislação e realizada a síntese de alguns pontos para aumentar a clareza das análises.

Participaram desta etapa, quatro pesquisadores da área, dos quais dois são da região estudada. As discussões para as adaptações foram realizadas de forma virtual.

3.3 VALIDAÇÃO DOS INDICADORES E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a adaptação dos indicadores e instrumentos, os mesmos passaram pelo processo de validação de conteúdo. Nesta etapa foram utilizadas de duas técnicas como forma de superar limitações que possam ser encontradas. A primeira foi o método Delfos (Delphi), onde foram utilizados questionários para resposta individual dos especialistas, anônimos aos demais participantes. Posteriormente foi realizada uma oficina, no formato remoto, na qual se utilizou o método do comitê tradicional, uma discussão aberta, permitindo a troca de ideias e o confronto de opiniões divergentes (CASSIANI; RODRIGUES, 1996; SOUZA et al., 2005).

Foram convidadas 14 pessoas para participar desse processo, dentre especialistas no assunto das universidades da região, Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) e Universidade Federal do Pará (UFPA) e, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), instituição com um grupo de pesquisa com experiência em estudos avaliativos. Além disso, de forma a tornar o processo mais participativo foram convidados profissionais representantes dos municípios investigados que atuam na área de AF e tem conhecimento sobre o assunto e um representante da 9ª Regional de Saúde da Secretária de Estado de Saúde do Pará (SESPA) que apoia estes municípios.

A participação dos interessados em todo o processo permite melhorar a imparcialidade e a extensão das informações coletadas. Somado a isso, aumenta a chance de adesão aos resultados e recomendações (FETTERMAN; WANDERSMAN, 2004).

As três fases da validação foram:

- Fase I - Delphi: após as adaptações dos indicadores, estes foram organizados em formulários eletrônicos, utilizando como suporte o aplicativo do Google – *Google Forms*, e encaminhados por meio de um endereço eletrônico para os participantes. Devido ao volume de conteúdo eles foram organizados 4 formulários sendo: 1 formulário para o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e 3 formulários, 1 para cada dimensão (tabela 1). Os participantes analisaram os indicadores considerando os critérios de: adequabilidade aos aspectos da região, clareza na redação, relevância e facilidade na obtenção dos dados (DESLANDES et al., 2010). Como forma de mensuração da análise,

estes tiveram que pontuar os indicadores por meio de uma escala *Likert*, com cinco itens: 1- não concordo totalmente, 2- não concordo parcialmente, 3- indiferente, 4- concordo parcialmente e, 5 - concordo totalmente. Além disso, foram delimitados espaços para mudanças de redação, sugestões de alteração e inclusão de novos indicadores. Os envolvidos nesta fase tiveram o prazo de 10 dias para realizar as análises.

Tabela 1 – Formulários enviados para avaliação dos participantes da fase I da validação

Formulário	Link disponibilizado
Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	https://forms.gle/XnSpziGoYAiD1QgE6
Avaliação dos indicadores: Dimensão Organizacional	https://forms.gle/GnhrRKeubvV9n6Vvk6
Avaliação dos indicadores: Dimensão Operacional	https://forms.gle/JU9cXNBSJWppMMbNA
Avaliação dos indicadores Dimensão Sustentabilidade	https://forms.gle/T37zEUtFBdUmdMWH8

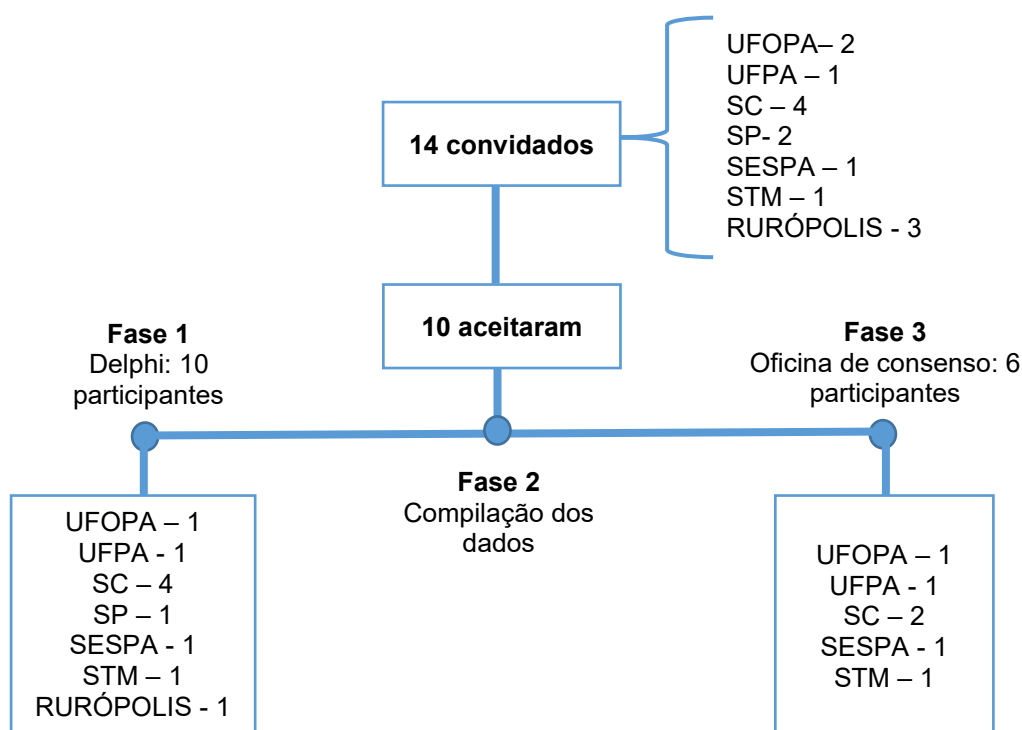
Fonte: Elaborado pela autora

- Fase II – Compilação de dados e alterações: todos os formulários foram analisados pelas autoras. As respostas e pontuações de cada indicador foram somadas e tabuladas em uma planilha do programa Microsoft Excel®. Foi calculada a mediana para indicador, sendo considerados aprovados os que apresentaram mediana 4 ou 5. As sugestões foram analisadas e julgadas quanto a pertinência. Os indicadores que tiverem mais sugestões de alterações foram destacados para serem discutidos na próxima fase. Um documento final foi produzido para ser discutido na oficina com todos os indicadores, premissas, medidas, parâmetros, fontes e pontuações.
- Fase III - Comitê tradicional: realizou-se uma oficina virtual por meio da plataforma Google Meet. O documento com os indicadores e as alterações sugeridas, foi encaminhado anteriormente a oficina para que os participantes pudessem analisar previamente e já levar as dúvidas para a reunião. Neste estavam destacados quais indicadores precisavam de um olhar mais detalhado, ou seja, os que tiveram mais

sugestão de alteração. Na oficina de consenso estes foram discutidos, e em seguida as pontuações sugeridas. Ainda foi previsto um espaço para que os participantes pudessem esclarecer dúvidas e sugerir propostas, inclusive para a coleta dos dados. A reunião foi gravada mediante consenso dos presentes e durou em torno de 1h40min.

Na figura 1 estão descritos os participantes em cada uma das fases da validação.

Figura 1 - Fluxograma dos especialistas convidados para a validação dos indicadores



Fonte: Elaborado pela autora

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados, referente a cada um dos indicadores, foi realizada no período de setembro a dezembro de 2022. Envolveu entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas e fechadas, dirigidas a informantes chaves, através de roteiros elaborados com base nos indicadores, de forma presencial e online (APÊNDICE A); dados secundários, como: documentos, acesso aos sistemas de informação (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, portal da transparência,

sites das prefeituras); legislação (portarias e diretrizes) e Planos e Relatórios de Gestão de saúde dos municípios estudados.

Os informantes-chave para este estudo foram:

- Gestores da AF Municipal e gestor responsável pelo acompanhamento dos hipertensos no âmbito da APS;
- Profissionais da APS: prescritores, coordenadores de UBS e/ou responsável pelo pedido dos medicamentos na unidade; farmacêuticos da CAF; farmacêutico do núcleo ampliado de saúde da família (NASF) e/ou de UBS se houver;
- Usuários hipertensos atendidos pelas UBS do estudo, maiores de 18 anos, que receberam medicamentos para HAS na unidade nos últimos 6 meses e aceitaram participar do estudo.

Os profissionais incluídos deviam atuar nas UBS há pelo menos 3 meses e estarem envolvidos com a AF na APS seja por meio da prescrição, seleção, programação ou dispensação dos medicamentos.

Foram critérios de exclusão dos usuários: gestantes; com doenças crônico-degenerativas, com sequelas neurológicas ou doenças mentais; e aqueles que apresentassem, no momento da investigação, limitada autonomia e poder de decisão, ou alguma barreira de compreensão que pudesse dificultar a realização da entrevista.

Para melhor compreensão da gestão da AF na APS, foram realizadas visita técnica na CAF e nas UBS selecionadas para o estudo, seguindo a observação por meio de um checklist com os parâmetros recomendados para a estruturação das farmácias e almoxarifados na APS (APÊNDICES B e C).

Buscou-se o apoio da gestão municipal para a indicação das unidades e durante a visita técnica, apoio dos coordenadores das UBS, para auxílio no convite dos demais profissionais e usuários. Após o aceite, realizou-se a coleta de acordo com a disponibilidade dos profissionais e usuários.

3.4.1 Seleção das unidades de saúde e número de informantes

A seleção da amostra para realização do estudo, pactuada junto a gestão dos municípios, conteve unidades de saúde da área urbana, rural e ribeirinha.

3.4.1.1 Santarém

Em Santarém foram visitadas:

- a CAF;
- 5 UBS da área urbana (1 UBS de cada zona: central, norte, sul, oeste e leste);
- 1 UBS da área rural (região de planalto: BR 163); e
- 1 Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) que atende as comunidades ao entorno do rio Amazonas (região de rios).

Foram entrevistadas 83 pessoas em sua maioria presencialmente, somente um profissional optou pela resposta ao formulário eletrônico. Este foi elaborado no *Google forms*, contendo as perguntas que utilizamos nos roteiros (APÊNDICE A). Todos os usuários foram entrevistados em dias típicos e/ou nos dias do grupo de Hiperdia¹ da UBS. No quadro 2 está detalhado o quantitativo de entrevistados para cada categoria e setor.

Quadro 2 - Participantes da coleta de dados no município de Santarém – PA

Categoria / Setor	Quantitativo
Gestor AF	1
Gestor Hiperdia	1
Farmacêutico CAF	1
Farmacêutico UBSF	1
Enfermeiros UBS	7
Prescritores UBS	6
Usuários – UBS	66
Total	83

Fonte: Elaborado pela autora

3.4.1.2 Rurópolis

Em Rurópolis foram visitas:

- a CAF;
- 2 UBS da área urbana;
- 2 da área rural;

¹ Programa de acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos das UBS, no qual realizam grupos mensais para educação em saúde e acompanhamentos destes pacientes através de consulta de enfermagem, médica e a realizam a entrega dos medicamentos (SANTARÉM, 2022).

- acompanhou-se uma ação da equipe de estratégia saúde da família ribeirinha (ESFR).

As entrevistas ocorreram de forma presencial, ao todo 44 pessoas participaram do estudo. Todos os usuários e profissionais foram abordados em dias típicos da UBS. No quadro 3 foi detalhado o quantitativo de cada categoria participante.

Quadro 3 - Participantes da coleta de dados no município de Rurópolis – PA

Categoria / Setor	Quantitativo
Gestor AF	1
Farmacêutico CAF	1
Farmacêutico ESFR	1
Enfermeiros UBS	4
Prescritores UBS	5
Usuários – UBS	32
Total	44

Fonte: Elaborado pela autora

Os dados coletados foram tabulados utilizando o software Microsoft Excel® para análise e emissão do juízo de valor. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, e por meio de análise qualitativa utilizando-se a triangulação de métodos proposta por Minayo e colaboradores (2010).

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob o parecer de número 5.185.434 e CAAE: 52629421.0.0000.0121 (ANEXO A).

Os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos, quanto aos seus objetivos e finalidades, e assinaram o TCLE (APÊNDICE D). Zelou-se pela ética na pesquisa, preservou-se a confidencialidade dos dados e não foram divulgadas quaisquer informações que permitam identificação dos participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 INDICADORES PARA AVALIAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO AMAZÔNICA – “ARTIGO SUBMETIDO A REVISTA GESTÃO & SAÚDE – ANEXO B”

O processo de adaptação dos indicadores iniciou com um olhar reflexivo sobre estes, seus parâmetros e medidas, com intuito de realizar modificações apropriadas ao contexto dos municípios investigados e as novas legislações. Inseriu-se também, uma doença traçadora – a HAS, e sintetizaram-se alguns pontos para tornar as análises mais objetivas.

As premissas das dimensões não sofreram alteração de conteúdo, por contemplarem o que se propõe avaliar. Na adaptação inicial alguns indicadores foram compilados e renomeados como forma de deixá-los claros e objetivos. Esses ajustes permitiram a redução do número de indicadores das três dimensões. O resultado foi 17 indicadores, 5 na dimensão organizacional, 5 na operacional e 7 na sustentabilidade (APÊNDICE D). No Quadro 4 é possível visualizar quais foram os tipos de alterações inicialmente realizadas.

Quadro 4 -Tipos de alterações realizadas

(continua)

1. Mudança de Termo		
Protocolo de Referência	Modificação	Local da alteração no protocolo adaptado
US (Unidade de Saúde)	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Em todo o protocolo
2. Atualização da legislação		
RENAME 2010	RENAME 2022	Indicador 3, dimensão organizacional
3. Junção de indicadores		
Indicadores 5 e 6 (Dimensão Organizacional)	Indicador 1	Dimensão Organizacional
Indicadores 7, 8 e 9 (Dimensão Organizacional)	Indicador 4	Dimensão Organizacional
Indicadores 1 e 3 (Dimensão Operacional)	Indicador 3	Dimensão Organizacional
Indicadores 11, 12 e 13 (Dimensão Organizacional)	Indicador 5	Dimensão Operacional
Indicadores 2 e 3 (Dimensão sustentabilidade)	Indicador 7	Dimensão Sustentabilidade
Indicadores 5 e 6 (Dimensão Sustentabilidade)	Indicador 3	Dimensão Sustentabilidade

Quadro 4 -Tipos de alterações realizadas

(conclusão)

Indicadores 11 e 12 (Dimensão sustentabilidade)	Indicador 4	Dimensão Sustentabilidade
Indicadores 13 e 14 (Dimensão sustentabilidade)	Indicador 5	Dimensão Sustentabilidade
4. Inclusão de texto para atender especificidade regional		
-	...adequação para atender as necessidades das unidades da zona rural e ribeirinha...	Indicador 5, dimensão operacional
5. Inclusão da doença traçadora (HAS)		
Indicadores 13 e 14	...medicamentos para o tratamento da HAS...	Dimensão Sustentabilidade (Indicadores 3, 4, 5 e 6)
6. Inclusão da coordenação que acompanha os hipertensos na atenção básica		
Indicador 4	...atua de forma articulada com as coordenações da ESF, EACS e do Hiperdia...	Dimensão Sustentabilidade (Indicador 3)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Na validação (Delphi), a mediana da pontuação dos indicadores variou entre 4,6 e 5, ou seja, todos foram considerados aprovados. Algumas sugestões apresentadas pelos participantes, nesta fase (I) estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Sugestões apresentadas pelos participantes na fase I da validação

Indicador	Sugestão
Dimensão organizacional	
Indicador 1	Incluir a Comissão de Farmácia e Terapêutica como um fator a ser considerado na medida.
Dimensão operacional	
Indicador 1	Incluir dentre as medidas quais ações são feitas para evitar a existência de medicamentos e/ou cartelas fracionadas sem data de validade nas UBS.
Indicador 2	Avaliar se a UBS possui o plano de gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde.
Indicador 3	Diminuir o tempo de análise da medida.
Indicador 4	Verificar se o farmacêutico realiza registro no prontuário da família.
Indicador 5	Avaliar a existência de um sistema informatizado que contemple as necessidades da AF.
Dimensão sustentabilidade	
Indicador 4	<ul style="list-style-type: none"> ● Redução do tempo de análise. ● Solicitação da descrição do tipo de participação do gestor da AF no conselho municipal de saúde. ● Inserção da ouvidora como meio de comunicação oficial para o recebimento de críticas e sugestões sobre a AF.
Indicador 5	Avaliar se os medicamentos constantes nas UBS atendem a linha de tratamento da HAS na APS.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Na oficina virtual, os indicadores e suas pontuações foram aprovados por unanimidade. Como encaminhamentos sugeriram-se pequenos ajustes que

pudessem contemplar melhor as características da região, a exemplo, do impacto do fator amazônico no processo de aquisição, na acessibilidade da AF na região.

As alterações então realizadas foram:

- Nos indicadores logísticos, averiguar a adaptação na programação e distribuição dos medicamentos considerando as distâncias, épocas sazonais, além das possíveis diferenças no processo de distribuição dos medicamentos considerando as diferentes regiões dos municípios (urbana, rural e ribeirinha).
- Inclusão de medida que possa investigar a valorização e/ou reconhecimento de práticas tradicionais da população (uso de plantas medicinais, fitoterapia e farmácia viva) pela AF dos municípios.

Os indicadores finalizados estão descritos no Quadro 6.

Quadro 6 - Indicadores para avaliação da Capacidade de Gestão da AF em municípios da Região Amazônica

(continua)

Dimensão Organizacional	
Indicador	O que avalia?
1. Institucionalidade	1.1 Condição de existência da coordenação da Assistência Farmacêutica (AF) na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). 1.2 Existência formal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na SEMSA ou participa de uma CFT regional de forma regular.
2. Autonomia	2. Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF.
3. Condições Estratégicas	3.1 Profissão do coordenador da AF. 3.2 Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de UBS. 3.3 Existência de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com medicamentos que não constem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2022 e/ou em elencos pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
4. Participação	4.1 Participação de farmacêuticos e outros profissionais de saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde e dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano. 4.2 Participação da Coordenação da AF nas discussões / decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SEMSA).
5. Planejamento	5. Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.
Dimensão Operacional	
Indicador	O que avalia?
1. Condições Técnicas	1.1 UBS que contam com a presença de farmacêutico 1.2 Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade / cartela fracionada sem indicação do prazo de validade no estoque da UBS.
2. Normatização	2.1 Existência de instrumentos de padronização (Procedimento Operacional Padrão (POP), manual) para dispensação de medicamentos. 2.2 Existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
3. Infraestrutura	3.1 Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 2 anos em serviços farmacêuticos. 3.2 Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.
4. Condições operacionais	4.1 Existência de registro farmacêutico em prontuário da família. 4.2 Existência de um sistema informatizado na SMS que contemple as necessidades da AF.
5. Boas Práticas em Logística	5.1 Existência de instrumento/ método de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), definição de distribuição de forma conjunta (Coordenação da AF e UBS) e adequação as necessidades das unidades da zona rural e ribeirinha, considerando distâncias e épocas sazonais. 5.2 Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as UBS conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.

Quadro 6 - Indicadores para avaliação da Capacidade de Gestão da AF em municípios da Região Amazônica

(conclusão)

Dimensão Sustentabilidade	
Indicador	O que avalia?
1. Estratégias de comunicação (AF e UBS)	1. Estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de UBS ou responsável pelo pedido de medicamentos e farmacêuticos.
2. Força de trabalho	2.1 Vínculo trabalhista do coordenador da AF. 2.2 Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.
3. Articulação	3.1 Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), das Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS) e da coordenação do Hiperdia para o desenvolvimento de ações que envolvem o acesso a medicamentos para HAS. 3.2 Existência de parceria entre a Assistência Farmacêutica Municipal e a Coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área (Que tipos de parcerias?).
4. Controle Social	4.1 Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) nos últimos 2 anos. 4.2 Existência de meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos e serviços da AF, segundo coordenador da UBS e usuários.
5. Satisfação	5.1 Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos e ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos. 5.2 Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia. 5.3 Percepção sobre a adequabilidade da diversidade e da quantidade de medicamentos para o tratamento da HAS disponíveis nas UBS para atendimento da demanda, segundo coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.
6. Legitimidade	6.1 Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componente básico) adotadas / padronizadas pelo município. 6.2 A gestão da AF desenvolve estratégias/projetos que reconhecem as práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde. 6.3 Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos para HAS em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos do componente básico no último ano.
7. Transparência	7.1 Conhecimento da REMUME e recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS, segundo prescritores. 7.2 Divulgação de informação para os usuários sobre falta de medicamentos para HAS no município pela coordenação de UBS e coordenação da AF.

Fonte: Elaborado pelas autoras

A execução de políticas públicas num país como o Brasil, com sua vasta dimensão territorial e regiões com características muito distintas é um grande desafio a ser superado. Assim, políticas, como a de AF necessitam de estudos e avaliações que contemplem as especificidades dos diferentes territórios brasileiros, com intuito de compreender melhor os desafios e as potencialidades.

De maneira geral, as fragilidades e as adversidades historicamente vivenciadas pelos profissionais e usuários da região amazônica, muitas vezes não são contempladas adequadamente nas políticas de saúde vigentes (LIMA et al., 2022; SANTOS et al., 2021). Isso destaca a relevância do olhar de pesquisadores e dos profissionais da região no desenvolvimento de estudos como o aqui descrito.

Nesse contexto, segundo Guimarães (2007), as metodologias dos estudos avaliativos precisam ser adequadas ao contexto em que serão aplicados e os indicadores precisam ser constantemente revisados. Considerando o território amazônico, como o do estudo, as particularidades bem descritas aumentam a sensibilidade das avaliações.

Ainda é importante destacar que o referencial teórico utilizado considera gestão em seu sentido mais amplo visando superar a fragmentação e a redução tecnicista imposta à AF. A concepção de capacidade de gestão adotada valoriza o processo e não só o resultado (MATUS, 1993; GUIMARÃES, 2007; BARRETO; GUIMARÃES, 2010). Considerou-se, ainda, que a gestão deve ser orientada pelos princípios do SUS e que a avaliação, como um instrumento de gestão, deve seguir também estes preceitos. Alguns trabalhos que tiveram como objetivo o desenvolvimento de avaliações da AF foram limitados à descrição dos serviços e, em outros, não houve emissão de juízo de valor sobre os resultados encontrados (SANTOS, 2011).

Considerando o exposto, os indicadores aqui propostos devem ser capazes de medir a real condição da gestão em traduzir as diretrizes políticas em serviços de saúde, de acordo com os objetivos para os quais foram implantados. A exemplo deste estudo, outros autores, adaptaram indicadores para avaliação da AF em âmbito municipal e estadual. Leite e colaboradores (2015) adaptaram, de forma participativa, e aplicaram indicadores para avaliação da AF na APS em municípios catarinenses. Faraco e colaboradores (2020) utilizaram dados da PNAUM para uma avaliação da AF nacional. Após a validação por especialistas e oficinas de consenso, um teste de

aplicabilidade comprovou sua pertinência ao contexto dos serviços farmacêuticos na atenção primária.

Também recentemente, Bernardo e colaboradores (2021), adotaram uma abordagem multi-métodos para a avaliação da AF na APS. Para tal utilizaram como base a teoria sociotécnica, considerando assim, os sistemas: externo (sistema de saúde, stakeholders, financiamento) e interno (metas, gestão, força de trabalho, infraestrutura, processos, tecnologia e cultura) para avaliação da AF de um município catarinense. As semelhanças entre alguns dos indicadores propostos permitem análises comparativas entre os dados obtidos nestes diferentes estudos.

Rover e colaboradores (2016) e Fatel e colaboradores (2021) adaptaram e aplicaram indicadores para a avaliação do CEAF em Santa Catarina e São Paulo, respectivamente. As autoras utilizaram-se das técnicas de consenso para validação dos indicadores, assim como, o realizado neste estudo.

A construção participativa, não somente amplia o poder da avaliação, tornando-a contextualizada, consistente e legítima, como favorece os processos de aprendizagem durante todo o desenvolvimento, ao permitir um olhar crítico e reflexivo sobre a ordem estabelecida (FETTERMAN; WANDERSMAN, 2004). Nesta pesquisa, o trajeto metodológico não só proporcionou ricos debates sobre a AF na região amazônica, como oportunizou que os atores locais trouxessem suas realidades e identificassem a necessidade de novas pesquisas.

As sínteses propostas visaram tornar as análises objetivas, considerando que uma boa avaliação não é a mais técnica e precisa, mas aquela mais operativa (CALVO; HENRIQUE, 2006). Ainda, consideraram-se que muitos países têm desenvolvido sistemas de monitoramento e avaliação de programas e políticas bastante elaborados, entretanto, poucos têm produzido informações regulares sobre sua continuidade e até que ponto esses produzem os benefícios esperados (VIERA-DA-SILVA; FURTADO, 2020). Nesse sentido, é necessária a construção de um modelo de avaliação que realmente detecte as dificuldades e produza recomendações que possibilitem corrigir rumos e disseminar lições e aprendizagens visando à melhoria do desempenho das políticas (*policy oriented*) (HUMPHREYS; MCLELLAN, 2011).

A literatura é escassa em relação à estudos sobre a AF na região amazônica. As pesquisas publicadas recentemente por Torres e colaboradores (2021) e Ferreira e colaboradores (2022), tratam da institucionalização da AF municipal, apresentando

indicadores que avaliam questões relacionadas a gestão técnica da AF e a gestão clínica do medicamento². Torres e colaboradores (2021), analisando a AF no município de Ananindeua-PA, observaram lacunas no cumprimento de práticas de governança, gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da AF.

Semelhantemente, Ferreira e colaboradores (2022), em estudo no município de Augusto Corrêa, também no estado do Pará, identificaram descumprimento de práticas de governança na coordenação técnica da AF, além da inobservância das questões relacionadas a gestão técnica da AF e gestão clínica do medicamento. Desse modo, a oportunidade da aplicação de indicadores, como os aqui propostos, pode contribuir para ampliar a disponibilidade de informações sobre a AF na região, considerando um olhar mais amplo para a gestão, não só em seus aspectos puramente técnicos, mas também os políticos e sociais.

Apesar de aspectos regionais importantes terem sido contemplados nos indicadores propostos, não eliminam a necessidade de novas pesquisas para atualização e aprimoramento contínuo, uma vez que o ambiente é extremamente dinâmico (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

As informações geradas em processos avaliativos são importantes para auxiliar os gestores na tomada de decisão; para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades e programas (TANAKA; MELO, 2001); possibilitando melhorar o desempenho e os resultados em saúde da população.

Os indicadores propostos e os referenciais teóricos utilizados, neste estudo, trazem avanços para o referencial da gestão da AF ao propor uma mudança do foco técnico-logístico, para as ações de natureza estratégica e política, ou aquelas que fomentem maior participação, autonomia e sustentabilidade. O processo de construção participativa certamente permite a proposição de estratégias adequadas e com maiores chances de serem traduzidas em ações.

² A gestão técnica da assistência farmacêutica se caracteriza como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos. Já a gestão clínica do medicamento está relacionada com a atenção à saúde e os resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como foco principal o utente (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

4.2 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4.2.1 Caracterização do município de Santarém -PA

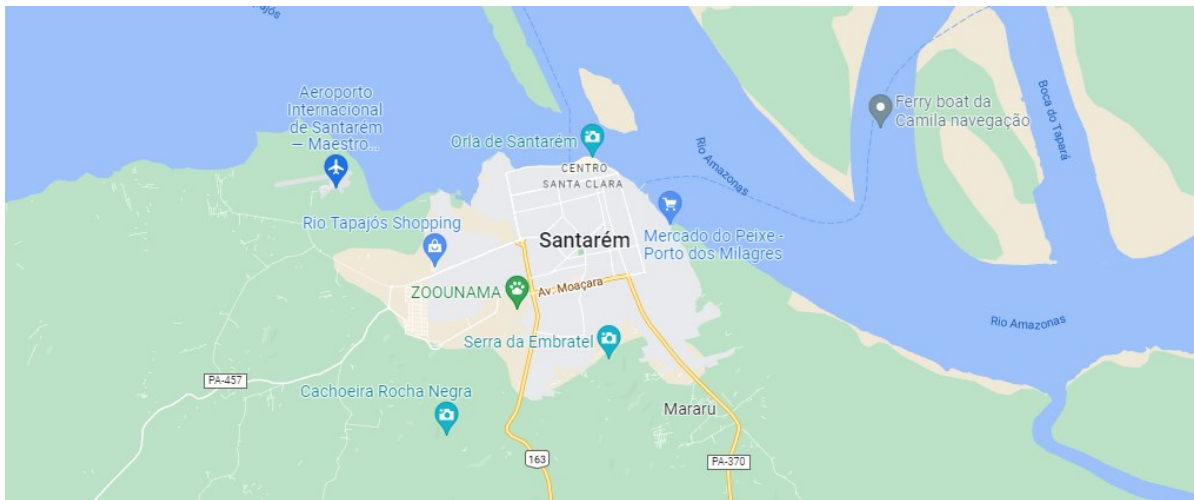
Santarém é um município localizado na mesorregião do Baixo Amazonas, é o principal centro urbano financeiro, comercial e cultural do Oeste do estado do Pará. Teve sua população estimada pelo IBGE em 2021 em 308.339 habitantes, considerado o 3º município paraense mais populoso, o 8º mais populoso da Região Norte, e o segundo maior aglomerado urbano do Pará (SANTARÉM, 2023; IBGE, 2022a).

De acordo com dados do IBGE o Produto Interno Bruto (PIB) per capita do município em 2020 foi de R\$ 17.950,24 e seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) na última avaliação (2010) foi de 0,691 (IBGE, 2022a).

O acesso ao município se dá por meio de transporte aéreo, terrestre e fluvial. Fica há aproximadamente uma hora de viagem, por via aérea, das cidades de Belém-PA e Manaus-AM. Por via terrestre, o acesso até a capital do estado é pela BR-163 (Rodovia Federal Santarém-Cuiabá), passando pelo município de Rurópolis, cruzando a partir daí a BR-230 (Rodovia Transamazônica) e diversos municípios, até chegar em Tucuruí via BR-422. Para chegar a BR-316 passa ainda, por outros municípios como Breu Branco, Goianésia, Abaetetuba, Barcarena e Ananindeua, para finalmente chegar à cidade de Belém (SANTARÉM, 2023).

A via fluvial é o mais importante meio de locomoção de cargas e passageiros no município, em virtude da existência de vários rios que formam a rede hidrográfica (Amazonas, Tapajós, Arapiuns, Curuá-una, Moju e Mojuí), desempenhando forte papel na economia local. Embarcações de médio porte realizam a navegação fluvial de Santarém para as cidades de Belém (PA), Manaus (AM) e Macapá (AP), além das cidades vizinhas (Aveiro, Itaituba, Óbidos, Oriximiná, Juruti, Curuá, Alenquer). De Santarém até a capital do Estado, via fluvial, são aproximadamente 880 quilômetros de distância, e para Manaus (AM) 756 (SANTARÉM, 2023).

Figura 2- Mapa do município de Santarém – PA



Fonte: *Google Maps*

A zona urbana do município é representada pela área cinza do mapa apresentado acima (Figura 2), e a zona rural abrange diversas comunidades ao longo dos rios Tapajós, Arapiuns, Amazonas, Lago Grande, Curai (Figura 3); e ao longo das BR 163 (Santarém-Cuiabá), PA-457 (Rodovia Everaldo Martins) e PA-370 (Rodovia Santarém - Curuá-una) (Figura 4).

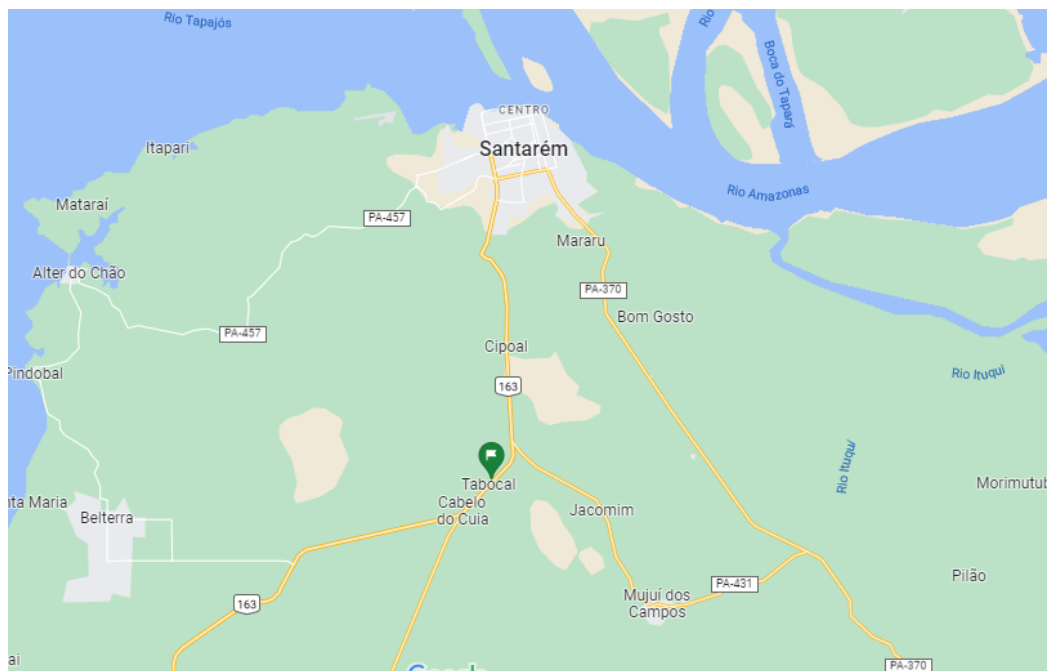
Figura 3 - Vista dos rios Arapiuns, Tapajós, Amazonas, Ituqui e Lago Grande que passam por Santarém



Fonte: *Google Maps*

A dimensão territorial do município é considerada extensa, complexa e cheia de peculiaridades. Procurando atender essas particularidades, a secretaria municipal de saúde (SEMSA) busca mecanismos dinâmicos que atendam aos povos que residem na região de rios, várzea e planalto, divisão geográfica de identificação da área rural do município, além das cinco zonas pertencentes a região urbana: norte, central, leste, oeste e sul (SANTARÉM, 2022).

Figura 4 - Rodovias que conectam Santarém (PA – 457, PA-370 e BR-163)



Fonte: Google Maps

Os serviços de saúde pública, sob gestão do município e do estado, instalados em Santarém, fazem parte de uma rede de unidades básicas e especializadas, considerando os três níveis de atenção à saúde, no qual, todos os serviços considerados de média e alta complexidade localizam-se na área urbana da cidade (SANTARÉM, 2022).

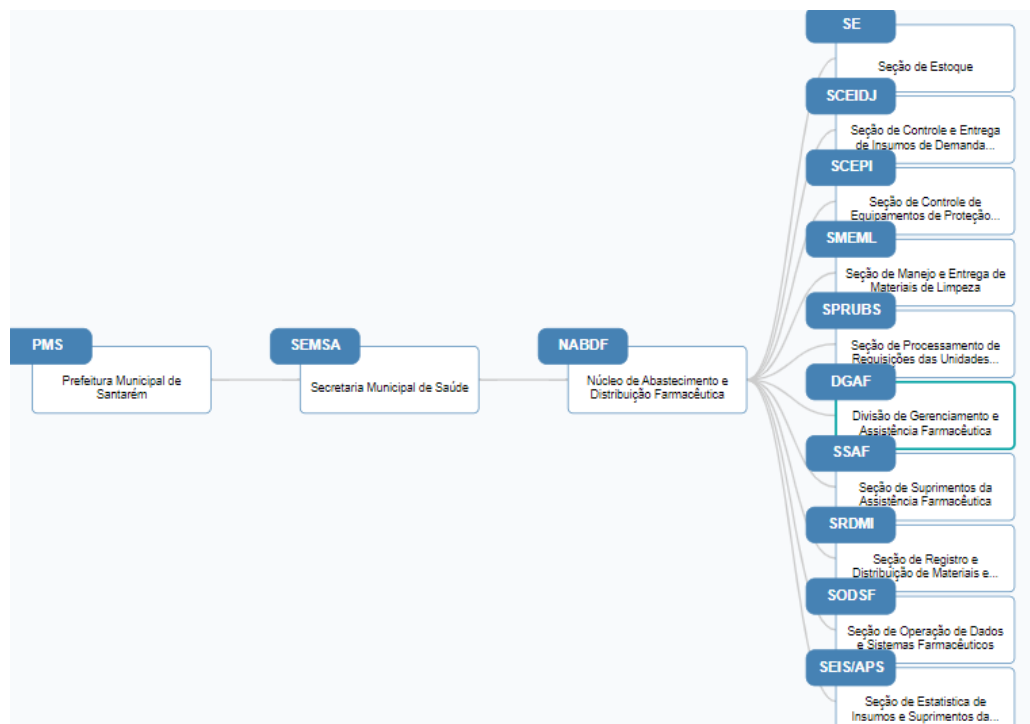
A rede de atenção básica do município é composta por 73 UBS, sendo 25 na zona urbana e 48 na zona rural distribuídas nas regiões de várzea, rios, planalto e rodovias. Com uma variada organização das equipes, principalmente na zona rural, estas são reduzidas, algumas unidades contam somente com o profissional enfermeiro e o técnico de enfermagem, recebendo apoio de demais profissionais no período de visitas das UBSF. Santarém possui 3 UBSF, embarcações que atendem a região de rios. Conta ainda, com 5 academias de saúde, 2 polos de saúde indígena,

1 NASF – composto por assistente social, farmacêutico e fisioterapeuta; 1 equipe do consultório de rua, 1 castra móvel³; 1 centro de controle de zoonoses e; 21 gabinetes odontológicos fixos e 1 móvel (CNES, 2023; SANTARÉM, 2022).

A SEMSA é organizada em: Núcleo de Administração e Finanças; Procuradoria Jurídica; Ouvidoria Municipal do SUS; Núcleo de Serviços Especializados em Saúde; Núcleo Atenção Primária em Saúde; Núcleo Técnico de Vigilância em Saúde; Núcleo de Desenvolvimento, Operacionalização e Gerenciamento; Secretaria de Gabinete; Assessoria de Comunicação; Assessoria Técnica de Enfermagem; Assessoria Especial de Rios; Assessoria Especial Região Planalto; Assessoria Especial Região Urbana; Núcleo de Recursos Humanos; Núcleo de Licitação e Contratos; Núcleo de Serviços de Média e Alta Complexidade; Núcleo de Transporte e Logística e; Núcleo de Abastecimento e Distribuição Farmacêutica (NABDF) (SANTARÉM, 2023).

O município não possui uma coordenação de AF. Parte das atividades da área compete ao NABDF que se subdivide em algumas seções, conforme apresentado no fluxograma abaixo.

Figura 5 - Organograma do Núcleo de Abastecimento e Distribuição Farmacêutica



Fonte: Prefeitura de Santarém, 2023

³ Castra móvel é um trailer equipado com salas climatizadas e próprias para procedimentos cirúrgicos de castração (ANDRADE,2020).

De acordo com o organograma, o foco de atuação deste núcleo são as atividades logísticas. Segundo dados da prefeitura municipal de saúde, no ano de 2020, o município possuía em seu quadro de recursos humanos, 16 Farmacêuticos/Bioquímicos, destes 10 efetivos e 6 temporários (SANTARÉM, 2022).

4.2.1.1 Organização da Assistência Farmacêutica Municipal e atribuições

O município de Santarém possuía um Almojarifado Central e Centro de Abastecimento Farmacêutico, local onde eram recebidos, armazenados e distribuídos os medicamentos e materiais para a rede de APS do município (Figura 6). Os materiais e medicamentos hospitalares eram armazenados em almoxarifado anexo ao Hospital Municipal de Santarém e seguiam organização e direcionamento específico do hospital.

Figura 6 - Almojarifado Central e Centro de Abastecimento Farmacêutico de Santarém

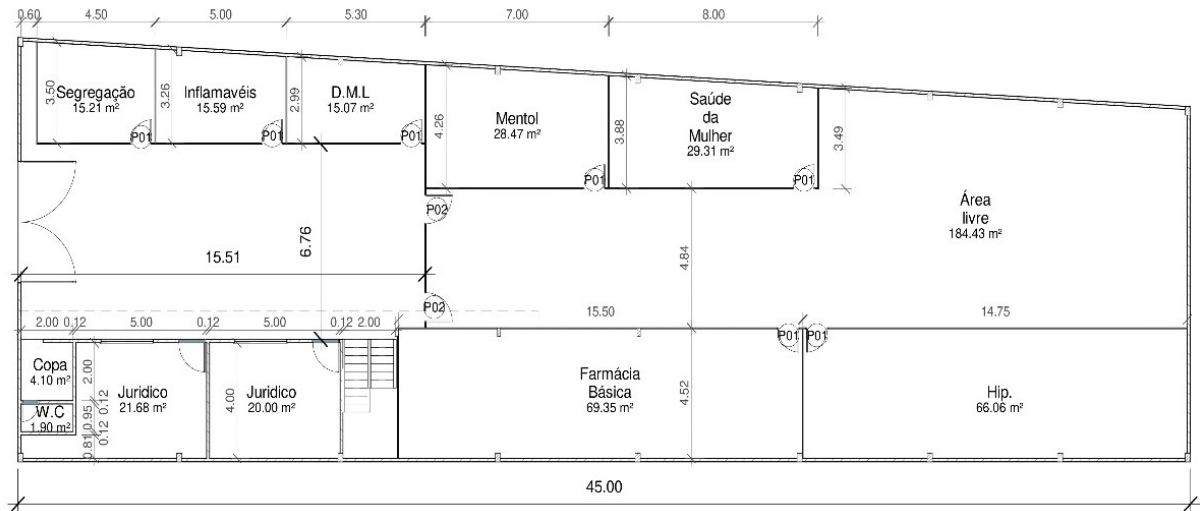


Fonte: Gomes, 2022

A CAF contava com estrutura de 14 salas: (I) sala de espera, (II) recepção, (III) farmácia básica, (IV) saúde mental, (V) programas (hiperdia, saúde da mulher), (VI) estoque, (VII) copa, (VIII) demanda judicial, (IX) odontologia, (X) sistema de

informática, (XI) higiene e limpeza (DML), Segregação (XII), Coordenação (XIII) e Estoque MAC (XIV), conforme demonstrado na planta abaixo.

Figura 7 - Planta Baixa da Central de Abastecimento Farmacêutico de Santarém



Fonte: Relatório da Central de Abastecimento Farmacêutico de Santarém

No local, o coordenador juntamente com os farmacêuticos definia o quantitativo de insumos e medicamentos a serem adquiridos pelo município, a partir das características de cada programa da APS para um período de 6 meses a 1 ano. Após empenho, eram avaliados o estoque e solicitado então os medicamentos via memorando, encaminhados para o gabinete da secretaria de saúde.

Quando os insumos e medicamentos chegavam era realizada conferência pelo farmacêutico e pelo fiscal de contrato. Não havendo divergência, estes eram direcionados a sala do programa respectivo. A CAF possuía 14 trabalhadores destes 4 eram farmacêuticos, os demais eram separadores, vigias, recepcionista, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Os coordenadores das UBS recebiam mensalmente uma lista de cada um desses programas e faziam uma vez ao mês a solicitação de medicamentos e materiais. Estas passavam por uma aprovação da coordenação de cada um dos programas e somente depois eram enviadas ao CAF para a separação dos medicamentos e materiais, e posteriormente entrega.

4.2.2 Resultados da Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Município de Santarém

Os resultados dos indicadores por dimensão são apresentados nos quadros 7, 8 e 9.

Quadro 7 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Organizacional, Santarém

Dimensão Organizacional				
Indicadores	Pontuação Máxima	Pontos Obtidos	Cor do indicador	Cor da Dimensão
1. Institucionalidade	19	2	Vermelho	Laranja
2. Autonomia	21	9	Laranja	
3. Condições estratégicas	18	5	Laranja	
4. Participação	22	5,5	Laranja	
5. Planejamento	20	10	Amarelo	
Pontuação da dimensão				31,5

Fonte: Elaborado pela autora

Para a dimensão organizacional:

O indicador 1, avaliou a existência da coordenação de AF na SEMSA e a existência formal de uma CFT ou participação em CFT regional. O município recebeu a pontuação 2, pois não possui uma coordenação de AF, o NABDF atua na área, entretanto, ainda de forma limitada a questões logísticas. Em Santarém também não possui uma CFT.

O indicador 2, avaliou o grau de autonomia decisória da coordenação do NABDF, pois é a única existente relacionada a AF. Mediu-se se esta desenvolvia ações como a formulação de diretrizes para a organização da AF no município e o acompanhamento e supervisão das ações da AF nas farmácias das UBS. Como as atribuições são logísticas, o coordenador informou que realizavam a seleção e a programação com base na demanda dos programas, mas que não participavam no processo de aquisição, o qual é realizado pela SEMSA. Orientavam e acompanhavam, em parte, os serviços das farmácias das UBS, mas não possuíam um plano de ação com diretrizes para organização da AF no município.

O indicador 3, avaliou a profissão do coordenador da AF; o conhecimento da existência de uma coordenação de AF no município por farmacêuticos e coordenadores de UBS e; a existência de uma REMUME, com medicamentos além

dos que constam na RENAME 2022 e pactuados na CIB. O município não possuía a coordenação de AF, e o NABDF tinha em sua coordenação um técnico de enfermagem. A maior parte (93,3%) dos entrevistados referiu ter conhecimento da existência de uma coordenação, se referindo ao NABDF. O município não possuía REMUME, e sim uma lista de medicamentos baseados na RENAME, essa é dividida para cada programa trabalhado na APS: Hipertensão, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Farmácia Básica. A lista de Farmácia Básica tinha a quantidade e o tipo de medicamento, conforme o porte da UBS. Não foi identificado durante o estudo qual foi o embasamento utilizado para essa forma de organização.

O indicador 4, avaliou o conhecimento e a participação dos profissionais na elaboração do PMS; e a participação da coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município. Somente 22,2% dos entrevistados relataram conhecer o PMS vigente, mas não participaram diretamente da sua elaboração. O coordenador do NABDF informou que participou da elaboração do PMS vigente e que neste constava metas e diretrizes para a AF. Participava de reuniões junto a APS quando convocado para repassar alguma demanda, (esta ocorria mais entre coordenadores de programas e das UBS). Entretanto, relatou não ter participação no CMS, nem da elaboração de relatório quadrimestral.

No indicador 5 foi avaliado a existência de um monitoramento da AF e a devida utilização destes dados para o planejamento das ações. O coordenador do NABDF mencionou um monitoramento apenas relacionado a estimativa de consumo das UBS. Entretanto, no PMS consta na diretriz 1, objetivo 1.1, as seguintes metas e ações relacionadas a AF: Implantação de 10 farmácias satélites da APS visando melhor controle, armazenamento e dispensação de medicamentos com a presença de profissionais farmacêuticos; garantia de abastecimento farmacêutico de acordo com os repasses dos entes federados e da contrapartida municipal; criação de estratégias que fomentem a captação de recursos financeiros e participação compartilhada (município e estado) para atender as necessidades advindas de demandas judiciais; implantação do sistema Hórus; elaboração da REMUME. Além disso, em todos os objetivos relacionados ao desenvolvimento de programas de saúde, consta a garantia dos insumos e medicamentos para a população.

No quadro 8 são apresentados o resultado da dimensão operacional.

Quadro 8- Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Operacional, Santarém

Dimensão Operacional				
Indicadores	Pontuação Máxima	Pontos obtidos	Cor do indicador	Cor da dimensão
1. Condições Técnicas	20	13,5	Amarelo	Laranja
2. Normatização	16	0	Vermelho	
3. Infraestrutura	20	14	Amarelo	
4. Condições operacionais	21	0	Vermelho	
5. Boas práticas em logística	23	16	Amarelo	
Pontuação da dimensão				43,5

Fonte: Elaborado pela autora

Para a dimensão operacional:

O indicador 1, avaliou se as UBS contavam com profissional farmacêutico e; a existência de medicamentos destinados a dispensação fora do prazo de validade ou fracionados sem a data de validade. Das 7 UBS visitadas somente 1 tinha farmacêutico, a UBSF. O município não possuía em seu quadro da APS farmacêuticos nas unidades de zona urbana e rural, somente as UBSF em viagem recebiam este profissional para compor a equipe. Ou seja, das 73 UBS apenas 4,1% (3) tem farmacêutico na equipe. Nas visitas técnicas não foram observados medicamentos vencidos ou fracionados inapropriadamente no estoque das farmácias.

Para o indicador 2, avaliou-se a existência de POP para dispensação e a existência de PGRSS nas UBS e na SEMSA. Nenhuma das UBS do município possuía POP ou manuais para dispensação de medicamentos. Sobre o gerenciamento dos resíduos, os entrevistados informaram que havia coleta regular de uma empresa terceirizada, inclusive de medicamentos vencidos, entretanto, não há nenhum plano que descreva essas atividades.

No indicador 3 foram avaliados a existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 2 anos em serviços farmacêuticos e; de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais para o armazenamento de medicamentos. A CAF do município mudou de local, para um espaço mais amplo, foram compradas mobílias, algumas UBS do município foram reformadas (com espaço específico para a farmácia) e em uma UBS iniciaram a implantação do prontuário eletrônico do cidadão (PEC). Além disso, segundo o coordenador do NABDF houve capacitações online para a equipe da CAF. Em relação a infraestrutura das unidades visitadas, apenas 1 não tinha ar-condicionado; nenhuma possuía

termômetro; e 6 possuíam um frigobar para o armazenamento dos termolábeis (insulina). Entretanto, em 3 farmácias os medicamentos do programa Hiperdia ficavam fora da farmácia, na sala da enfermagem, dispostos em caixas em cima de armários ou embaixo de macas. A maioria das UBS possuía armário próprio para o armazenamento de psicotrópicos, mas em 4 UBS ficavam na sala da enfermagem. A respeito do transporte dos medicamentos para distribuição as UBS, não há nenhum instrumento de controle ou garantia das condições físicas e ambientais (termômetro ou carro com estrutura adequada, por exemplo), estes eram realizados em carro modelo Kombi, para evitar que o medicamento fique exposto ao calor por muito tempo, na área urbana, a distribuição era limitada a duas UBS por vez. Já para região ribeirinha, os medicamentos são encaminhados com a enfermeira da UBS, por diferentes vias, não havendo controle ou garantia das condições físicas e ambientais desse transporte.

Para o indicador 4, avaliou-se a existência de registro do farmacêutico no prontuário da família e; de um sistema informatizado na SEMSA que contemplasse as necessidades da AF. Os farmacêuticos não realizavam o registro no prontuário da família, visto que sua presença era limitada as unidades fluviais, nas quais ele registrava apenas a saída dos medicamentos. A SEMSA não contava com um sistema informatizado, na CAF utilizavam o Hórus, mas somente no módulo de atendimento de requisição. Em uma UBS estava em fase de teste a implantação do PEC, e segundo o coordenador do NABDF existia em curso um processo licitatório para adquirir um novo sistema para a CAF.

No indicador 5, avaliou-se a existência de método de programação para a aquisição de medicamentos, definição da distribuição de forma conjunta e adequação as necessidades das unidades da zona rural e ribeirinha, considerando fatores como distância e época sazonais. Como resultado obteve-se: a programação dos medicamentos era feita com base no quantitativo de pacientes de alguns programas (Hiperdia e saúde mental), mas para os demais era conforme o porte da UBS. No abastecimento de medicamentos a área ribeirinha era priorizada, possuindo dias ampliados para os pedidos, livre atendimento na CAF, e prioridade na quantidade solicitada devido à distância e épocas sazonais (cheia e seca dos rios). As demais UBS da zona urbana eram abastecidas mensalmente, e sempre eram priorizadas as unidades mais distantes (rural e ribeirinha).

No quadro 9, estão descritos os resultados da dimensão Sustentabilidade.

Quadro 9 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Sustentabilidade, Santarém

Dimensão Sustentabilidade				
Indicadores	Pontuação Máxima	Pontos obtidos	Cor do indicador	Cor da dimensão
1. Estratégias de comunicação	12	6	Amarelo	Laranja
2. Força de trabalho	12	6	Amarelo	
3. Articulação	13	3,5	Laranja	
4. Controle social	14	0	Vermelho	
5. Satisfação	18	12	Amarelo	
6. Legitimidade	17	6	Laranja	
7. Transparência	14	7	Amarelo	
Pontuação da dimensão				40,5

Fonte: Elaborado pela autora

Para o indicador 1 foi avaliado a existência de estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação da AF (NABDF). Todos os entrevistados informaram existir algum tipo comunicação entre as UBS e a coordenação do NABDF, entretanto, essa era realizada de forma informal. No NABDF não há e-mail ou telefone institucional. A participação da coordenação em reuniões com os coordenadores de UBS acontecia somente para atender alguma demanda específica, como mudança de fluxo nos pedidos de medicamentos, desabastecimento, entre outros.

O indicador 2, avaliou o vínculo trabalhista do coordenador da AF (aqui no caso do NABDF); e a participação dos farmacêuticos em capacitação. O contrato de trabalho do coordenador do NABDF era temporário, cargo comissionado, atuava no município há 16 anos, seu vínculo na prefeitura era como auxiliar administrado, mas possuía formação técnica em enfermagem. Somente um dos dois farmacêuticos entrevistados informou ter participado de capacitação nos últimos 2 anos.

Para o indicador 3, foram avaliados a existência de estratégias de articulação entre a AF e a coordenação das ESF, EACS e coordenação do programa Hiperdia, para o desenvolvimento de ações que envolvem o acesso a medicamentos para HAS; e de parceria entre a AF municipal e a coordenação estadual de AF para o desenvolvimento de ações na área. O coordenador do NABDF relatou que não havia uma articulação com as coordenações de ESF e EACS, mas havia parcerias com a coordenação do Hiperdia. A última ação desenvolvida em conjunto foi na semana do

idoso, no qual a CAF disponibilizou materiais e medicamentos, e houve a participação do farmacêutico. Esse apoio foi confirmado pela coordenadora do Hiperdia, que informou uma boa articulação com a CAF. Com relação a AF estadual, o coordenador do NABDF informou que não havia parcerias estabelecidas, entretanto, os farmacêuticos sempre estavam em contato para buscar apoio e tirar dúvidas com a AF estadual.

O indicador 4 avaliou se existiam discussões das questões da AF junto ao CMS nos últimos 2 anos e; a existência de meios de contato acessíveis da ouvidoria para recebimento de críticas e sugestões. A coordenação do NABDF relatou que não havia participação da AF nas discussões do CMS, sendo chamados somente quando surgia alguma questão de falta de medicamentos no município. Dos usuários entrevistados 35,6% referiram conhecer algum meio de comunicação para o recebimento de críticas e sugestões nas UBS, porém destes 4,1% mencionaram a caixinha de sugestões, e os demais relatam que era conversando com os profissionais ou com a liderança da comunidade.

O indicador 5 avaliou a satisfação dos usuários em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos, atendimento, informações recebidas e em relação as condições físicas da farmácia; a percepção de farmacêuticos, coordenadores de UBS e prescritores quanto a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos e a quantidade disponível nas UBS para atender a demanda dos pacientes com HAS. Dos usuários entrevistados 77,2% informaram estarem satisfeitos quanto ao recebimento dos medicamentos; 90,9% quanto ao atendimento recebido; e 77,2 % quanto às condições físicas da farmácia. Entre os profissionais 55,3% e 33,3% relataram que a diversidade e a quantidade, respectivamente, de medicamentos para HAS atendiam a demanda. Com relação a outras condições clínicas apenas 13,3% dos entrevistados informaram que a quantidade e a diversidade de medicamentos atendem à demanda da unidade.

O indicador 6, avaliou se os medicamentos prescritos constavam na lista de medicamentos padronizadas pelo município, dos quais 92,4% estavam de acordo com a RENAME e lista padronizada. Quanto ao desenvolvimento de estratégias que reconheçam as práticas tradicionais e culturais da população para o cuidado em saúde, nenhum dos profissionais entrevistados conhecia projetos neste sentido. E por fim, o valor empregado para aquisição judicial de medicamentos para HAS em relação ao orçamento destinado ao CBAF para HAS no último ano. Esta informação não é de

conhecimento da gestão do NABDF, e informaram que é responsabilidade de outro setor específico dentro da CAF. De acordo com os dados do balanço geral do município de 2021 foram destinados R\$ 4.132.295,05 para aquisição de medicamentos da farmácia básica e R\$ 13.826,35 para sentenças judiciais totais, não sendo possível identificar o valor correspondente a medicamentos (SANTARÉM, 2022).

Com relação ao indicador 7, este avaliou conhecimento dos prescritores sobre a REMUME e o recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos. Como não havia REMUME, considerou-se parcialmente a lista padronizada do município. Dos entrevistados, 83,3% informaram ter conhecimento da lista, mas relataram ter informação sobre a disponibilidade na UBS diretamente com a enfermagem e os profissionais da equipe. Sobre a divulgação de informação sobre a falta de medicamentos para HAS, 59,1% dos usuários informaram que a coordenação da UBS somente informava a falta de medicamentos no município, de forma verbal, no momento que estes procuravam.

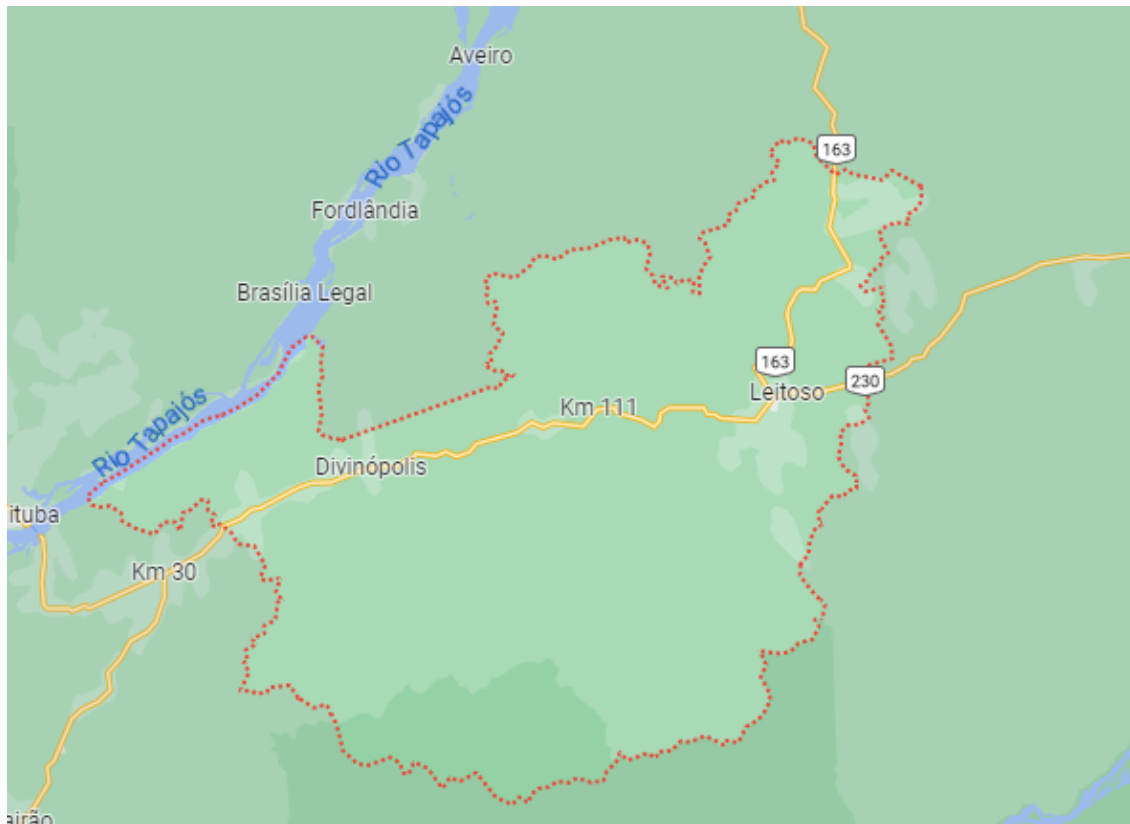
4.2.3 Caracterização do Município de Rurópolis

Rurópolis é um município localizado na mesorregião do sudoeste Paraense. Faz parte dos 323 municípios classificados pelo IBGE como municípios rurais remotos⁴ (MRR), possuindo características que dificultam a garantia do acesso universal e integral do SUS (FAUSTO et al., 2020). Teve sua população estimada pelo IBGE em 2021 de 52.473 pessoas, seu PIB per capita em 2020 foi de R\$ 8.069,92. E na última avaliação (2010) seu IDHM era de 0,548 (IBGE, 2022b). É considerada a primeira cidade construída na Transamazônica (BR-230) e no cruzamento desta com a Rodovia Cuiabá-Santarém (BR-163).

Integra a região de saúde do Tapajós, é marcada por uma imensa área territorial (Figura 8), baixa densidade demográfica (5,71 hab./km²), o que dificulta conhecer os limites fixos do território (IBGE, 2022b).

⁴ Em 2017, o IBGE, dividiu os municípios com base em dois elementos centrais: o tempo de deslocamento até um sub centro, centro ou metrópole regional; e a população residente em áreas de ocupação densa (IBGE, 2017).

Figura 8 - Abrangência do Município de Rurópolis

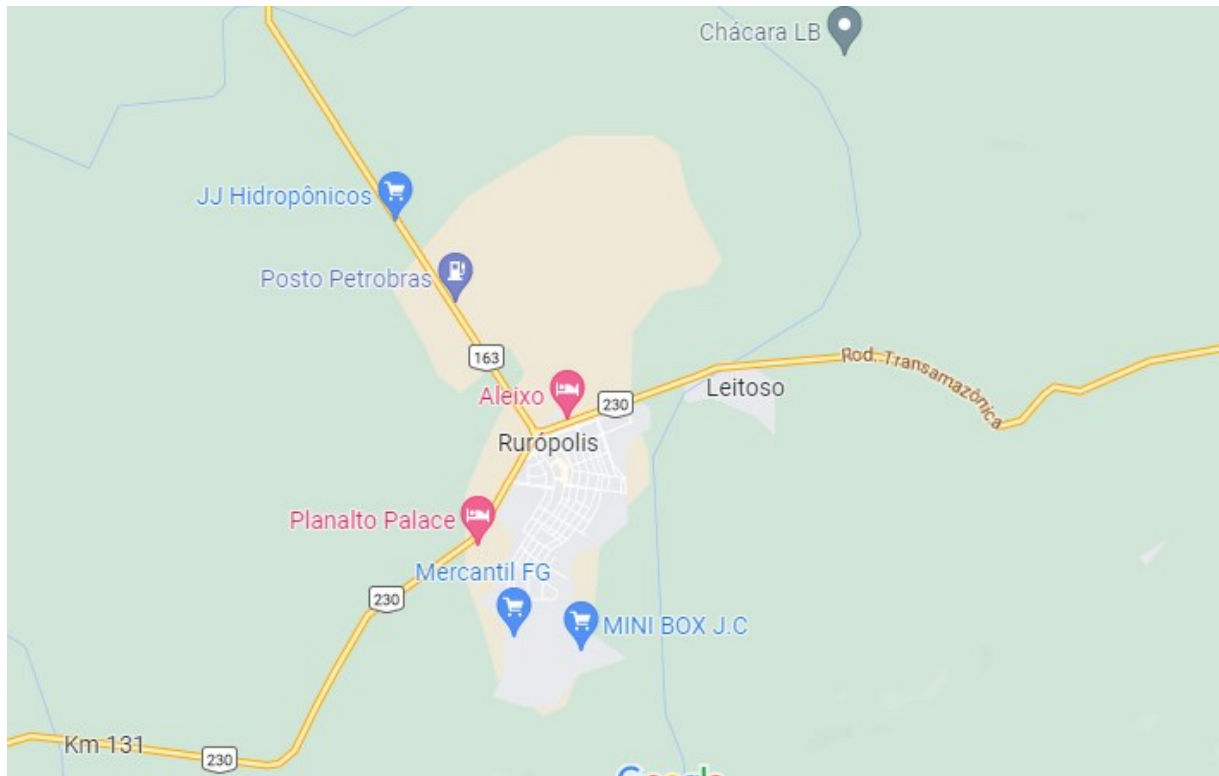


Legenda: ----- Delimitação do município

Fonte: *Google Maps*

O principal acesso ao município é terrestre via BR 163 ou BR 230. A distância do município até a capital do estado é de aproximadamente 1.167km. A zona urbana é representada pela área cinza do mapa, e as áreas rurais se estendem ao longo das rodovias Transamazônica e Cuiabá-Santarém, além das mais diversas estradas e vicinais do território (Figura 9).

Figura 9 - Área urbana do município de Rurópolis – PA



Fonte: Google Maps.

As comunidades ribeirinhas da região foram identificadas/reconhecidas em 2016, por meio do planejamento do escoamento da soja, pelo rio Tapajós, havendo disputas com o município de Itaituba quanto ao limite territorial do município (FAUSTO et al., 2020).

A rede de saúde pública do município era composta por 1 Hospital Municipal, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 1 NASF (composto por Fisioterapeuta, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista e Assistente Administrativo), 6 UBS (4 na zona rural e 2 na zona urbana) e 1 ESFR (CNES, 2023). Rurópolis não possuía na sua rede nenhum estabelecimento de alta complexidade. Quando necessário realizava-se por meio de tele consulta ou encaminhava-se, via Tratamento Fora do Domicílio (TFD), para municípios de referência como Santarém ou Itaituba. A SEMSA é subdivida em departamentos de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Programas de Saúde e CMS. Possuía em seu quadro de profissionais 3 farmacêuticos efetivos (RURÓPOLIS, 2023).

4.2.3.1 Organização da Assistência Farmacêutica Municipal – Rurópolis

O município de Rurópolis possuía uma CAF e uma Farmácia Central, ambas anexas ao Hospital Municipal. A CAF possuía duas divisões, um setor para os materiais hospitalares, insumos e materiais odontológicos; e no outro eram armazenados os medicamentos dos programas da APS e medicamentos injetáveis. Na farmácia central ficavam armazenados, em armários específicos, os psicotrópicos, os medicamentos de alto custo e os de demanda judicial.

É na CAF que eram armazenados e distribuídos todos os medicamentos e insumos utilizados pelo hospital e pelas UBS. Mensalmente a responsável pela AF enviava uma lista de medicamentos disponíveis na CAF, via grupo de WhatsApp aos coordenadores das UBS para que pudessem realizar os pedidos. Estes eram encaminhados para o e-mail da CAF onde é feita uma avaliação e posteriormente a separação e entrega para as unidades. Em casos de necessidade e estoque disponível, a UBS poderia solicitar mais de um pedido por mês, e a quantidade de itens solicitados poderia ser ajustada pela coordenação da UBS conforme a sua necessidade.

Já para a ESFR os pedidos eram solicitados semanalmente, de acordo com as visitas as comunidades. Geralmente todas as quartas-feiras eram realizadas os pedidos e encaminhados para o CAF que separava e já encaminhava junto com a equipe que iria atender as comunidades no dia seguinte.

Os farmacêuticos se organizavam para atender a demanda do município, um ficava responsável pela farmácia básica; outro pelas compras e a farmácia hospitalar e; outro pelo CTA e pedidos dos insumos e medicamentos do CEAF. E para suprir qualquer demanda emergencial eles adotavam o sistema de sobreaviso.

Uma particularidade da AF municipal era que esta contava com um programa chamado Medicamento de Alto Custo, no qual o paciente que precisava de algum medicamento que não consta na relação do SUS, poderia solicitar para o município. Após uma avaliação pelos farmacêuticos, os casos aprovados passavam a ser disponibilizados para os pacientes.

4.2.4 Resultados da Avaliação da Assistência Farmacêutica - Rurópolis

Nos quadros 10, 11 e 12 estão descritos os resultados dos indicadores da avaliação do município de Rurópolis.

Quadro 10 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Organizacional, Rurópolis

Dimensão Organizacional				
Indicadores	Pontuação Máxima	Pontos Obtidos	Cor do indicador	Cor da Dimensão
1. Institucionalidade	19	14,25	Amarelo	Amarelo
2. Autonomia	21	10,5	Amarelo	
3. Condições estratégicas	18	14	Verde	
4. Participação	22	19,25	Verde	
5. Planejamento	20	10	Amarelo	
Pontuação da dimensão				68

Fonte: Elaborado pela autora

Na dimensão organizacional, no indicador 1, o município de Rurópolis possuía coordenação de AF, mas a portaria de institucionalização só foi publicada em 14 de dezembro de 2022, após a coleta dos dados. Segundo a gestora, também possuía uma CFT, com 6 reuniões até o momento da pesquisa, mas não formalizada.

Na autonomia, avaliada no indicador 2, a gestão juntamente com os demais farmacêuticos se reunia e organizava as questões relacionadas a AF do município, realizavam a seleção, programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos; atuavam na aquisição e participam de todo o processo licitatório. Uma das farmacêuticas acompanhava, orientava e supervisionava as farmácias das UBS. Entretanto, as atividades desenvolvidas ainda eram restritas ao âmbito logístico.

Com relação ao indicador 3, o profissional que responde pela AF do município era farmacêutico; 100% dos profissionais entrevistados reconhecem a coordenação da AF, se referindo a este profissional. Existia uma REMUME, mas não estava formalizada oficialmente, nesta constavam medicamentos conforme a RENAME 2022 e outros além desta.

Para o indicador 4, que trata da participação, 71,4% dos entrevistados relataram conhecer e ter participado da elaboração do PMS. Não foi possível ter acesso ao plano durante a pesquisa de campo, mas buscando informações do Plano Plurianual do município, verificou-se algumas metas referentes a AF, sendo estas:

garantir a distribuição gratuita dos medicamentos da Farmácia Básica; garantir as atividades da AF na distribuição de medicamentos – do componente especializado. O gestor da AF referiu não ter participado da elaboração do plano, pois estava de licença, mas outro farmacêutico lhe representou. Referiu participar das reuniões e discussões no CMS, sendo a última pauta sobre aumento da demanda dos serviços e a falta de medicamentos; e ter contribuído para a elaboração do relatório quadrimestral e de reuniões de planejamento e avaliação da APS.

De acordo com a coordenadora da AF, o monitoramento e planejamento da AF (indicador 5) foi construído com base nos dados fornecidos pelo sistema utilizado na CAF e pelo levantamento dos problemas existentes. Foram criados alguns indicadores para esta finalidade, entretanto, o plano de ação não estava finalizado.

No quadro 11 são apresentados o resultado da dimensão operacional.

Quadro 11 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Operacional, Rurópolis

Dimensão Operacional				
Indicadores	Pontuação Máxima	Pontos obtidos	Cor do indicador	Cor da dimensão
1. Condições Técnicas	20	5,25	Laranja	Laranja
2. Normatização	16	0	Vermelho	
3. Infraestrutura	20	14	Amarelo	
4. Condições operacionais	21	7	Laranja	
5. Boas práticas em logística	23	23	Verde	
Pontuação da dimensão				49,25

Fonte: Elaborado pela autora

Na dimensão operacional, no indicador 1, nenhuma UBS contava com a presença do farmacêutico, somente na ESFR o profissional participava das ações. Todas as farmácias das UBS do município possuíam estrutura adequada, entretanto, em uma encontrou-se medicamentos vencidos e fracionados sem a data de validade.

Para o indicador 2 de normatização, verificou-se que não havia POP para dispensação de medicamentos nas UBS, entretanto, na maioria das UBS visitadas possuía um profissional exclusivo para a farmácia. Quanto ao PGRSS, ele era inexistente tanto na SEMSA quanto nas UBS, existia um fluxo operacional nas UBS, mas não era padronizado.

Com relação ao indicador 3, segundo a gestora da AF, houve investimentos nos últimos 2 anos em reforma de UBS, aquisição do sistema de informação para a

CAF e compra de equipamentos. Os instrumentos de garantia de controle das condições físicas dos medicamentos foram identificados em todas as farmácias de UBS visitadas, estas possuíam ar-condicionado e todas estavam organizadas. Somente em 2 UBS dispensavam termolábeis e havia o refrigerador com termômetro. Das 4 UBS visitadas, nas 2 UBS da zona urbana não havia dispensação de psicotrópicos, estes eram realizados na farmácia central em horário comercial. O paciente atendido na UBS levava sua receita para o farmacêutico que avaliava e realizava a dispensação. Nas UBS da zona rural, a coordenadora enviava as prescrições para a CAF, o farmacêutico avaliava e encaminhava os medicamentos separados e identificados para cada um dos pacientes, juntamente com a cópia da receita. Estes ficavam armazenados em armários com chave na sala da enfermagem. Entretanto, não havia instrumentos de verificação ou controle da garantia das condições físicas e ambientais destes medicamentos no transporte da CAF para as UBS, sendo uma fragilidade mencionada pela gestora da AF. O transporte dos medicamentos para as UBS era realizado por carro da SEMSA, modelo pick-up.

No indicador 4, verificou-se que o registro do farmacêutico no prontuário da família é inexistente. Todavia, todas as UBS possuíam o PEC e na CAF era utilizado o programa Colmeia, que atendia também o hospital do município.

Para o indicador 5, a programação da aquisição de medicamentos para as UBS era feita pela coordenação da AF conforme lista que atendia o perfil epidemiológico do município, consumo histórico ajustado em 20%, e conforme a possibilidade da CAF. As UBS solicitavam os medicamentos para a CAF de acordo com a lista disponibilizada. Segundo a gestão da AF era feita adequação na aquisição de acordo com períodos sazonais, com aumento do quantitativo em períodos de chuva e de dificuldade de acesso ao município, para evitar a falta de medicamentos. A distribuição desses para as UBS era feita mensalmente, e para a ESFR semanalmente conforme a programação das ações.

No quadro 12 são apresentados o resultado da dimensão sustentabilidade.

Quadro 12 - Resultado da avaliação para cada indicador – Dimensão Sustentabilidade, Rurópolis

Dimensão Sustentabilidade				
Indicadores	Pontuação Máxima	Pontos obtidos	Cor do indicador	Cor da dimensão
1. Estratégias de comunicação	12	12	Verde	Amarelo
2. Força de trabalho	12	6	Amarelo	
3. Articulação	13	9	Amarelo	
4. Controle social	14	10,5	Amarelo	
5. Satisfação	18	11	Amarelo	
6. Legitimidade	17	9,5	Amarelo	
7. Transparência	14	7	Amarelo	
Pontuação da dimensão				65

Fonte: Elaborado pela autora

Na dimensão sustentabilidade, no indicador 1, verificou-se que 100% dos profissionais entrevistados afirmavam ter estratégias de comunicação da AF com as UBS, sendo feita por meio de grupo de whats app com os coordenadores da AF e os farmacêuticos, e-mail da CAF e telefone.

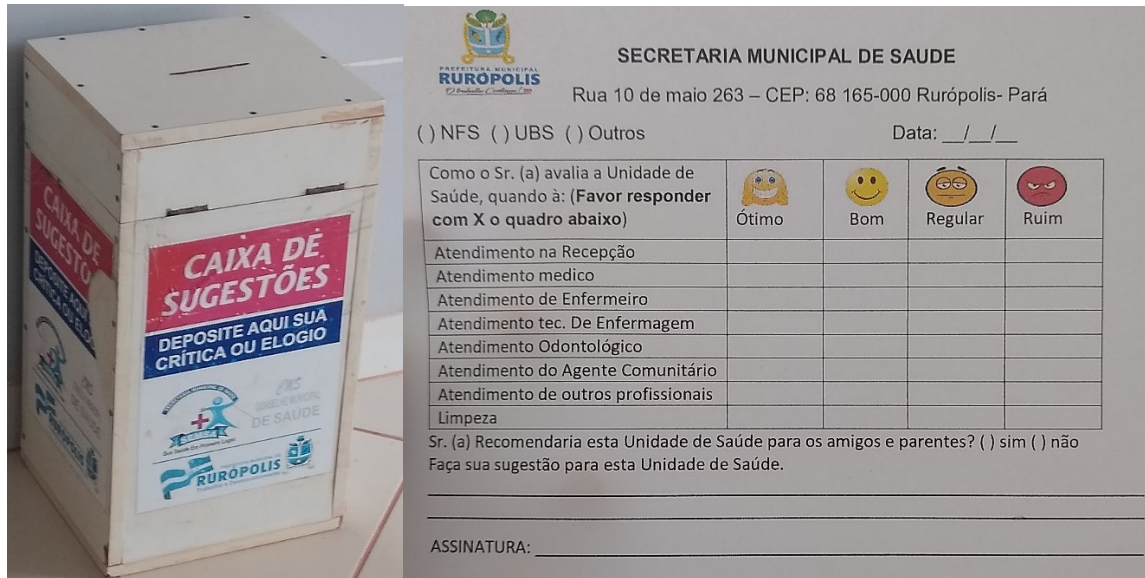
No indicador 2, verificou-se que o coordenador da AF é farmacêutico com vínculo estatutário. Ressalta-se que todos os farmacêuticos do município são estatutários. Dos 3 farmacêuticos entrevistados, somente 1 mencionou ter participado de capacitação sobre a AF nos últimos 2 anos.

Para o indicador 3, segundo a gestora da AF, existiam estratégias de comunicação com a APS, principalmente para tratar demandas sobre o uso dos medicamentos no município. No município não havia uma coordenação específica para o Hiperdia, esse era tratado de forma conjunta com as demandas das DCNT. Verificou-se que existia uma lei instituindo a semana de combate ao Acidente Vascular Cefálico (AVC) que realizava programações de educação em saúde para a população. Verificou-se que existiam parcerias com a AF estadual, principalmente com relação ao apoio técnico, mas segundo a gestora da AF este poderia ser ampliado.

No indicador 4, que trata do controle social, de acordo com a gestora da AF, as últimas discussões das reuniões do CMS foram sobre alteração e organização do serviço da rede municipal. A última pauta sobre a AF foi a alta demanda e falta de medicamentos. Tanto o CMS como a coordenação da AF sugeriram pautas no plenário, havendo parceria entre eles. Dos usuários entrevistados 80,5 % referiram a existência da caixinha de sugestões na recepção das UBS (Figura 10-a), com

instrumento padronizado (Figura 10-b). Esta era aberta somente quando a equipe do CMS vai até o local, e na ocasião realizavam reunião com os profissionais abordando as principais demandas ali descritas.





Figura 10 - Mecanismo de Sugestão e Críticas das UBS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Rua 10 de maio 263 – CEP: 68 165-000 Rurópolis- Pará

() NFS () UBS () Outros Data: __/__/__

Como o Sr. (a) avalia a Unidade de Saúde, quando à: (Favor responder com X o quadro abaixo)

	 Ótimo	 Bom	 Regular	 Ruim
Atendimento na Recepção				
Atendimento medico				
Atendimento de Enfermeiro				
Atendimento tec. De Enfermagem				
Atendimento Odontológico				
Atendimento do Agente Comunitário				
Atendimento de outros profissionais				
Limpeza				

Sr. (a) Recomendaria esta Unidade de Saúde para os amigos e parentes? () sim () não
Faça sua sugestão para esta Unidade de Saúde.

ASSINATURA: _____

Legenda: a- caixinha de sugestão e; b- instrumento de avaliação

Fonte: Gomes, 2022

Para o indicador 5, verificou-se que 75% dos usuários entrevistados estavam satisfeitos quanto ao recebimento dos medicamentos; 96,9% estavam satisfeitos quanto ao atendimento recebido pelo profissional que entregou os medicamentos; 73,1% estavam satisfeitos com as condições físicas da farmácia. Dos profissionais 75% informaram que a diversidade de medicamentos disponíveis nas UBS atendia a demanda dos pacientes com HAS; 41,7% afirmaram que a quantidade disponível atendia a demanda da UBS. Com relação a outras patologias, 33,3% referiram que a quantidade e diversidade supria a demanda da UBS.

Em relação ao indicador 6, 96% dos pacientes entrevistados possuíam medicamentos prescritos que constavam na RENAME 2022. A gestora da AF mencionou a existência do projeto farmácia viva em uma UBS, mas que estava parado no momento. Todavia, 90% dos profissionais entrevistados não conheciam nenhum projeto em desenvolvimento que valorizava as práticas tradicionais da população. Com relação aos dados sobre os gastos da AF, a gestora mencionou utilizá-los em seu planejamento, mas no momento da coleta de dados não recordava os valores. Sendo assim, este dado ficou inviabilizado no estudo. De acordo com dados do

balanço geral do município no ano de 2021, foram utilizados R\$ 35.249,51 para manutenção do programa farmácia básica do município. A respeito das demandas judiciais não se obteve informações para este estudo e no balanço não é descrito nenhuma rubrica a respeito (RURÓPOLIS, 2022).

No indicador 7, 80% dos prescritores entrevistados relataram conhecer a REMUME, principalmente por meio impresso disponibilizado na UBS, consulta ao sistema e através do próprio profissional que fica na farmácia, e 40% informaram que recebiam informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas unidades. Dos usuários entrevistados, 63,3%, relataram que a UBS disponibilizava informações sobre a falta de medicamentos, principalmente quando este ia até a farmácia.

4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NOS MUNICÍPIOS

A avaliação nestes dois municípios permitiu identificar a complexidade para a gestão da AF nesta região. As análises possibilitaram obter informações que podem embasar o planejamento de ações visando superar as limitações encontradas.

Apesar de pertencerem a mesma região foi possível verificar diferentes características entre os dois municípios, como as diferentes formas de organização da AF municipal, condicionadas as suas características territoriais, estruturais, populacionais e econômicas.

Dimensão Organizacional

O envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e de decisão traduzem de forma direta os princípios da autonomia, da transparência e da descentralização da gestão da AF, bem como, a melhor distribuição de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores. Além disso, atende ao princípio da transparência e qualifica a participação na gestão da AF municipal, o que soma para a capacidade de decidir (MANZINI; FARIAS, 2015).

No município de Santarém nenhum dos indicadores, desta dimensão, está de acordo com a imagem-objetivo do que se pretende construir. Já em Rurópolis os indicadores: **condições estratégicas e a participação**, apresentaram-se em acordo com o que se pretende alcançar para a gestão da AF.

O coordenador com formação na área contribui para a capacidade de gestão. Apesar da AF ser uma área de atuação multiprofissional, o farmacêutico é o

profissional com maior capacitação técnica para o conjunto de atividades relacionadas à área. Além disso, a existência da REMUME como um instrumento norteador para a organização dos serviços farmacêuticos amplia a capacidade de gestão (MANZINI; FARIAS, 2015).

Em Rurópolis, o gestor era farmacêutico e reconhecido pelos demais profissionais, e possuíam REMUME, apesar de ainda não formalizada, o que indicaram avanços nas **condições estratégicas** neste município. Silveira e colaboradores (2022) analisando a AF de 12 municípios da região Sul do Brasil, verificaram que em 3 (58,3%) a coordenação da AF estava instituída no organograma da SEMSA e; em 2(16,6%) era ocupada por farmacêuticos. Segundo os autores, a coordenação da AF ser liderada por este profissional, revela a preocupação da gestão com a estruturação e a qualidade dos serviços farmacêuticos.

De acordo com a Lei Federal nº12.401 e o Decreto nº7508, ambos de 2011, é responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC) do MS, a seleção dos medicamentos que compõem a RENAME. E os estados, Distrito Federal e municípios podem adotar relações específicas e complementares desde que demandas de saúde pública as justifiquem. A REMUME deve ser baseada prioritariamente na RENAME e adaptada à realidade local. Sua elaboração deve ser feita por meio da constituição de uma CFT⁵, e a seleção dos medicamentos por um processo que exige análise de literatura científica (saúde baseada em evidências), verificação do perfil de eficácia, segurança e custo dos fármacos (BRASIL, 2011cd; MARQUES, 2020).

A elaboração do PMS de forma participativa e multiprofissional, incluindo a construção de objetivos, metas e diretrizes para a AF e; a participação do coordenador da AF nas discussões e pactuações do município contribuem para a gestão da AF. Ambas são consideradas relevantes, pois indicam o compartilhamento e a transparência no processo decisório e, amplia a capacidade de decidir em ambiente democrático (MANZINI; FARIAS, 2015).

No município de Rurópolis, a **participação** da maioria dos entrevistados na elaboração do PMS e do gestor em reuniões de planejamento junto a outros setores da SEMSA, revelaram pontos positivos. Pois, é por meio dos planos de saúde,

⁵ A CFT é uma instância multiprofissional, consultiva, deliberativa e educativa dentro de hospitais e outros serviços de saúde, responsável pela condução do processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para a saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF, 2006, p.1).

documento central de planejamento, definição e implementação de todas as ações no âmbito da saúde; que são determinadas as prioridades para a saúde nos municípios (BRASIL, 2013b). A participação de diversos atores na elaboração deste documento, possibilita ampla discussão e cabe à gestão da AF, buscar incluir neste documento metas e ações que possam contemplar o desenvolvimento da AF municipal. Além disso, sua participação em outros setores, permite disseminar as atividades da AF, fazendo com que a mesma possa estar articulada com as demais ações e serviços do município.

A **institucionalidade** da AF em Santarém obteve a menor pontuação nesta dimensão. A coordenação da AF instituída por meio de norma e atribuição de cargo ao coordenador, ou de forma transitória funcionando informalmente, indica o reconhecimento da área pela instituição e garante maior capacidade de decidir da gestão (MANZINI; FARIAS, 2015). Neste mesmo sentido uma CFT instituída possibilita desenvolver ações para garantir o uso seguro e racional de medicamentos e demais produtos farmacêuticos, num processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, visando à melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes. Além disso, visa atender as necessidades da população de determinado território, considerando, entre outros, as suas necessidades epidemiológicas (GROCHOCKI et al., 2016). Já Rurópolis apresentou avanços, pois apesar de não estar oficializada no momento da pesquisa, foi possível verificar que as funções de coordenação estavam estabelecidas e eram reconhecidas pelos profissionais do município. Além disso, foi oficialmente instituída ao final de 2022. Tal dado chamou a atenção, pois apesar de ter uma estrutura bem menor que Santarém, e possuir menos farmacêuticos (16 em Santarém e 3 em Rurópolis), o município caminhava para um reconhecimento da AF em sua organização.

Ferreira e colaboradores (2022) e Torres e colaboradores (2022) desenvolveram estudos em municípios do Pará (Augusto Côrrea e Ananindeua) no qual verificaram a questão da institucionalização da AF, e em ambos a coordenação estava presente no organograma da SEMSA, divergindo do observado em Santarém.

Augusto Côrrea é um município localizado na Mesorregião Nordeste Paraense, Microrregião Bragantina, com características semelhantes a Rurópolis quanto a população estimada e IDHM (baixos), porém com menor PIB (FERREIRA et al., 2022). Já Ananindeua, localiza-se na região Metropolitana I, próximo a Belém, com mais de 500.000 habitantes, IDHM alto e o PIB per capita menor que de Santarém

(TORRES et al., 2021). Entretanto, assim como nos municípios avaliados, estes também não possuíam CFT formalizada.

De acordo com o instrumento orientativo elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2021), a Coordenação da AF no âmbito da APS deve realizar o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das políticas farmacêuticas, bem como, desenvolver ações para a gestão dos serviços farmacêuticos de forma coordenada e articulada com os demais serviços de saúde. A ausência desta coordenação, compromete a AF e conseqüentemente o acesso e a promoção do URM.

Em Santarém, o **planejamento** foi o aspecto mais bem pontuado nessa dimensão (amarelo). Isso revela avanços na direção da imagem-objetivo, pois o monitoramento da AF e a utilização dos dados no planejamento dos serviços são fundamentais para o aperfeiçoamento permanente da gestão (MANZINI; FARIAS, 2015). Resultados semelhantes ao observado em Rurópolis, demonstrando a necessidade de aperfeiçoamento nesta área. Uma gestão que não planeja não sabe para onde vai caminhar. Planejar é ter direção, projetos claros, saber aonde precisa chegar e que ações são necessárias no caminho (GUIMARÃES et al., 2004).

Entretanto, em ambos os municípios, as atividades da AF eram prioritariamente de caráter técnico e logístico, divergindo do que se esperava para a gestão da AF. Ou seja, que essa amplie seu foco e que envolva diferentes atores, para que assim, tenha capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente.

Dimensão operacional

Esta dimensão mensurou as condições de existência de um conjunto de procedimentos e de mecanismos que revelem aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da AF no SUS. Os quais indicam investimentos dos gestores do sistema municipal de saúde para assegurar e ampliar as condições logísticas, técnicas e gerenciais, o que soma para a capacidade de executar (MANZINI; FARIAS, 2015).

No município de Santarém, as **condições técnicas, infraestrutura e boas práticas em logística** foram os que obtiveram melhor resultado (amarelo). Já em Rurópolis a **infraestrutura e boas práticas em logística**, foram as que mais

pontuaram (amarelo e verde). No entanto, em ambos os municípios existem aspectos que precisam ser aperfeiçoados.

A presença do farmacêutico na UBS, indica condições técnicas adequadas na oferta da AF na AB, soma à gestão e a capacidade em executar da AF. A existência de medicamentos fracionados sem data de validade ou vencidos na UBS indicam fragilidades que comprometem o acesso aos medicamentos de qualidade (MANZINI; FARIAS, 2015).

Em Santarém observou-se alguns medicamentos armazenados em locais externos a farmácia, inadequados e sem o controle das condições necessárias, o que pode interferir na qualidade e segurança deste produto. Além disso, em algumas unidades, os psicotrópicos ficavam sob a responsabilidade da enfermagem, o que está em desacordo com o preconizado pela Portaria nº344/1998, que determina:

“as substâncias sujeitas a controle especial e os medicamentos que as contêm devem ser guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim e sob a responsabilidade do farmacêutico. Sua dispensação deve ser feita exclusivamente por farmacêuticos, sendo proibida a delegação da responsabilidade sobre o controle dos medicamentos a outros funcionários.” (BRASIL, 1998b).

Já em Rurópolis, a alternativa encontrada foi centralizar a dispensação dos controlados na zona urbana e, na rural adotavam um processo que permitia ao farmacêutico analisar as prescrições e encaminhar para as UBS somente a quantidade prescrita e direcionada para o paciente. Todavia, isso pode impactar no acesso para o usuário da área urbana, uma vez que, ele precisava se deslocar para a UBS (pegar a prescrição) e depois para a farmácia central para poder receber o seu medicamento.

Quanto aos investimentos em infraestrutura relacionada aos serviços da AF, estes possibilitam a manutenção e ampliação das condições para execução e qualificação das práticas. Já a existência de instrumentos para garantia das condições operacionais (físicas e ambientais, externas e internas) para o armazenamento e o transporte dos medicamentos indica preocupação dos gestores em garantir as condições favoráveis à preservação da estabilidade e conseqüentemente segurança dos medicamentos, o que soma à gestão, para capacidade de executar a AF (MANZINI; FARIAS, 2015).

Nestes quesitos, ambos os municípios apresentaram pontuação mediana (amarelo). Em Santarém pelo fato de em algumas UBS, os medicamentos estarem fora da farmácia, sem a garantia das condições físicas e ambientais e, assim como em Rurópolis o transporte desses insumos para as UBS não apresentarem estrutura e instrumentos que garantam a qualidade na distribuição desses produtos. Dado preocupante, principalmente ao considerarmos as características dos territórios, as grandes distâncias das áreas rurais aos centros urbanos, as temperaturas e umidades altas da região.

De acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº304, de 17 setembro de 2019, deve-se monitorar as condições de transporte relacionadas as especificações de temperatura, acondicionamento, armazenagem e umidade do medicamento utilizando instrumentos calibrados. Este controle obrigatório somente pode ser isento, caso o tempo máximo do transporte for comprovado nos registros como inferior a 4 horas, deste ao ponto final de dispensação e forem utilizadas embalagens térmicas qualificadas. Além disso, os veículos de transporte não devem expor os medicamentos a condições que possam afetar sua estabilidade e a integridade de sua embalagem ou gerar contaminação de qualquer natureza (BRASIL, 2019). Ou seja, mesmo que as demais condições sejam apropriadas e as outras atividades executadas de acordo com o preconizado, estas situações podem comprometer a efetividade das ações, e assim precisa ser priorizada pela gestão.

Verificou-se também, a realização da programação para aquisição de medicamentos do CBAF, a distribuição destes de forma conjunta, a regularidade do abastecimento e a adequação destes procedimentos para considerar as necessidades das UBS de zona rural e ribeirinha, as distâncias e as épocas sazonais. As **boas práticas em logística** indicam a manutenção do abastecimento, condições favoráveis ao atendimento das necessidades dos usuários e iniciativa de gestão para garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, assegurando melhores condições para a AF na rede básica de saúde (MANZINI; FARIAS, 2015).

Em Rurópolis observou-se que os aspectos analisados estavam de acordo com a imagem objetivo. O uso de instrumentos para programação e a adequação ao contexto dos territórios demonstrou preocupação da gestão com o acesso da população aos medicamentos. Em Santarém alguns aspectos precisam ser melhorados principalmente na utilização de critérios técnicos para a programação

destes medicamentos (perfil epidemiológico, consumo histórico ajustado, entre outros).

Em ambos os municípios, questões ligadas a **normatização** precisam ser priorizadas. A inexistência de procedimentos padronizados para a dispensação dos medicamentos é reflexo de uma visão simplista da AF, meramente técnica e garantidora do medicamento (enquanto produto), esquecendo-se da sua finalidade principal nos resultados terapêuticos para o paciente (BERMUDEZ, 2018).

A padronização e uniformização das condutas realizadas pelos profissionais responsáveis pela dispensação como o POP, manuais e a própria destinação dos resíduos em saúde (PGRSS), indicam a existência de procedimentos técnicos e operacionais que qualificam e asseguram condições adequadas para a AF.

Silveira e colaboradores (2022), em estudo com 12 municípios de uma região de saúde no Rio Grande do Sul, verificaram que em 11 existem POP para dispensação de medicamentos, além de procedimentos para armazenamento e transporte. Além disso, os autores analisaram a existência de PGRSS, atividade que também compete aos atores da AF participar do planejamento do manejo dos resíduos gerados pelo serviço. A ausência de um plano nesse sentido pode levar a risco para a saúde da população. Ressalta-se que nos municípios aqui analisados, também não foram identificados instrumentos que orientem estas atividades, o que demonstrou a necessidade de avanços nesta área.

Em Santarém as **condições operacionais** devem ser priorizadas (vermelho), pois um sistema informatizado da AF interligado com a rede de atenção à saúde do município, intensifica a gerência de todos os serviços e propicia a comunicação entre os diversos pontos da rede. Além disso, o registro do profissional farmacêutico no prontuário da família, autentica os serviços farmacêuticos prestados, e demonstra o interesse da gestão em disponibilizar informações com a finalidade de melhorar qualidade da atenção.

Iniciativas federais têm considerado a importância da informatização para a qualificação dos serviços e vem disponibilizando alternativas gratuitas como o Hórus que foi um dos primeiros sistemas voltados para a AF (BRASIL, 2016c). Entretanto, embora englobe os três componentes da AF, também não é interligado aos demais sistemas utilizados em saúde.

O sistema informatizado constitui uma ferramenta imprescindível para a obtenção de informações em tempo hábil, registro sistemático das ações, agilização

dos processos de trabalho, para acompanhamento, controle e avaliação da gestão da assistência farmacêutica (MARIN, 2003; COSTA, NASCIMENTO JR, 2012; CARVALHO; SHIMIZU, 2017) e dos tratamentos (FIGUEIREDO et al., 2011).

Apesar do destaque positivo aos aspectos logísticos em Rurópolis, os dados anteriormente apresentados, indicam que ambos os municípios precisam avançar na capacidade de manter e ampliar recursos logísticos e gerenciais.

Dimensão sustentabilidade

Esta dimensão visou verificar a existência de mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade as ações da AF, e o grau elevado da inter-relação desta com os outros setores da saúde na instituição, bem como de satisfação com a qualidade dos serviços por usuários e trabalhadores, traduzindo a construção de uma imagem positiva que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão.

As **estratégias de comunicação** no município de Rurópolis foram os aspectos melhor avaliados, com destaque para a utilização de meios formalizados como e-mail institucional e grupo de whats app. Já em Santarém, o resultado foi inferior, apesar da acessibilidade da gestão, pois os contatos ainda ocorrem por meios informais.

Bernardo e colaboradores (2021) pesquisando um município do estado de Santa Catarina com um índice alto de desenvolvimento humano, identificou estratégias de comunicação entre a AF e as unidades de saúde bem institucionalizadas. Assim, apesar de Rurópolis possuir menores indicadores de renda, longevidade e educação, estes resultados indicam que a gestão caminha na direção do preconizado para a capacidade de gestão da AF, neste critério.

Em ambos os municípios a **força de trabalho** precisa ser priorizada (amarelo). Em Santarém o gestor da AF possuía vínculo temporário, já em Rurópolis era efetivo, entretanto, em ambos, somente 2 profissionais haviam participado de algum tipo de capacitação. Fato preocupante que merece atenção da gestão em ambos os municípios.

Coordenador da AF com vínculo estatutário permite a manutenção e a sustentabilidade das ações desenvolvidas no serviço e; a oferta de capacitação profissional aponta iniciativas de qualificação contínua da força de trabalho, reconhecimento da importância pela instituição, o que soma para a capacidade de sustentar os resultados (MANZINI; FARIAS, 2015).

Bernado (2021), avaliando quatro municípios do estado de Santa Catarina, com alto IDHM, também verificou fragilidades relacionadas a força de trabalho da AF principalmente em relação ao vínculo do coordenador da AF. Segundo Carvalho e colaboradores (2017), aspectos relacionados a força de trabalho na AF (como tipo de vínculo, experiência, tempo de serviço, qualificação) são fundamentais para se ter avanços e superar os desafios relacionados a disponibilidade, acesso e utilização dos medicamentos no país.

Em Santarém aspectos relativos ao **controle social** merece atenção (vermelho) da gestão. A discussão de questões relacionadas a medicamentos junto ao CMS revela decisões compartilhadas e; um maior percentual de coordenadores de UBS e usuários que acusam a existência de mecanismos para recebimento de críticas e sugestões sobre os serviços envolvendo medicamentos indicam preocupação da gestão em melhorar os serviços, o que soma para sustentar os resultados da gestão.

Em Rurópolis, a participação do gestor junto ao CMS e a articulação conjunta da AF com o controle social, foram aspectos positivos identificados, e que podem ter propiciado melhores resultados para o município.

O controle social é fundamental no intuito de fortalecer e inovar da gestão, e para que a população reconheça o acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos como um direito. Somente com essa articulação a AF pode alcançar seus objetivos e almejar novos patamares (LEITE et al., 2021). Além disso, o modelo de gestão aqui adotado contempla a participação e a transparência, ou seja, questões mais políticas e estratégicas que não vêm sendo priorizadas e que são essenciais na gestão de programas e políticas, cujo desenho prevê compartilhamento, corresponsabilidades e participação social (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Neste estudo não foi possível identificar projetos da gestão da AF que incentivem as práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde. O reconhecimento destas práticas indica legitimidade destas por parte da gestão. Este aspecto é especialmente relevante considerando o território analisado, com uma população dispersa, que vive em sua maioria no ambiente rural, cujas práticas tradicionais de cuidado são passadas de geração em geração.

Em Santarém verificou-se que existia um projeto inativo, no momento do estudo, de Arranjo Produtivo Local em parceria com a UFOPA, que trabalhava com ervas vegetais de cumaruzinho e cidreira (CUBIDES; BONACELLI, 2022). E em estava em desenvolvimento na UFOPA um projeto de farmácia viva que trabalhará

com a passiflora, entretanto não existia parcerias estabelecidas com a gestão da AF (UFOPA, 2022).

Apesar do alto percentual de usuários satisfeitos com as condições físicas da farmácia, com o atendimento e informações recebidas nas farmácias da UBS, segundo Mendes e colaboradores (2015), a satisfação elevada pode ser reflexo da sua baixa expectativa. Ou seja, espera-se que na farmácia ocorra apenas a “entrega do medicamento”, sem a devida orientação farmacêutica ou em farmácias com condições estruturais parcialmente adequadas.

Assim, neste estudo um bom resultado neste indicador, não tem relação direta com a qualidade do serviço, principalmente pela divergência de respostas entre os entrevistados (baixa quantidade e diversidade de medicamentos nas UBS segundo os profissionais de saúde) e a ausência da oferta de outros serviços farmacêuticos nas UBS.

Apesar, das características da região e indicadores socioeconômicos serem inferiores à de outros municípios, neste estudo, a dimensão de sustentabilidade não foi a pior avaliada. Assim, apesar dos necessários avanços em aspectos basilares, como a informatização e a normatização da área, os resultados demonstraram que na AF destes municípios há preocupação com a institucionalização de processos que criem um ambiente favorável para sustentar as decisões. Segundo Mendes (2013), a sustentabilidade das ações visando melhores resultados era um tema pouco avaliado na área.

Por fim, o fato de nenhum indicador ser avaliado como de acordo com a imagem-objetivo, em Santarém, constrange a capacidade de gestão e chama a atenção para a necessidade de priorização da área.

A avaliação final indica que a capacidade de gestão da AF nestes municípios precisa avançar em muitos aspectos para que a capacidade de decisão, de execução e de sustentabilidade dos resultados garantam de forma oportuna o acesso aos medicamentos. Ou seja, para alcance e sustentabilidade dos objetivos há a necessidade de projetos claros e pactuados, planejamento e avaliação que direcionem para o alcance e manutenção dos recursos operacionais, técnicos e humanos visando o atendimento integral, contínuo e resolutivo.

Apesar de inúmeros avanços da AF no Brasil e na área da APS, ainda existem desafios a serem superados para a garantia do acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos de qualidade. Sabe-se também, que a capacidade de gestão

está fortemente relacionada aos avanços e aos desafios encontrados em todos os níveis de assistência do SUS (SILVA; BATISTA, 2020; ROVER, 2016).

Assim, estudos sobre a capacidade de gestão, principalmente em locais aonde o monitoramento e a avaliação das ações não são institucionalizados auxiliam na identificação das fragilidades, onde e porque estão acontecendo, para implementar as melhorias necessárias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para esse estudo buscou-se um referencial para avaliação da gestão da AF que valorizasse o processo e não somente o resultado, permitindo discussões para além de aspectos técnicos, e pautado nos princípios do SUS. Além disso, que primasse pela construção participativa e que permitisse contemplar características de um território singular, como a região amazônica. Características estas, muitas vezes não consideradas em programas e políticas nacionais.

Assim, o referencial teórico e metodologia utilizada permitiram a construção da avaliação de forma participativa, buscando torná-la contextualizada e legítima, o que aumenta, em muito, as chances de que seus resultados representem a realidade, e sejam relevantes para a tomada de decisões.

Os resultados desta avaliação foram distintos entre os dois municípios estudados. De modo geral, Rurópolis apresentou mais avanços na capacidade de gestão do que Santarém, apesar de apresentar menor IDHM, PIB per capita e força de trabalho na AF. Os avanços observados neste município demonstraram melhor articulação entre os atores envolvidos na gestão e boas estratégias de comunicação, as quais devem ser mantidas e/ou ampliadas. Já aspectos como a normatização precisam ser priorizados.

Outras fragilidades encontradas nos municípios foram: relacionadas à institucionalidade, as condições operacionais (como ausência de sistema informatizado) e a ausência de um controle social ativo. É necessário que a gestão priorize aspectos básicos, como a informatização e a normatização da área, além de ampliar a interação com o controle social. Deve-se considerar que toda tomada de decisão exige uma atenção às relações institucionais, à equipe e aos usuários, pois para que seja concretizada é necessário apoio de todos os atores envolvidos. Espaços decisórios de gestão compartilhada são fundamentais para a legitimidade da gestão.

Aspectos relativos à região, como logística nas zonas rural e ribeirinha tiveram priorização da gestão, ao passo que ações que valorizem as práticas tradicionais da população não foram identificadas nos dois municípios.

Algumas limitações desta avaliação precisam ser destacadas como a dificuldade na coleta dos dados, principalmente pela falta dos sistemas eletrônicos e da transparência de dados públicos, assim como, a escassez de estudos semelhantes na região para comparações.

Apesar disso, os dados aqui apresentados poderão ser úteis no direcionamento dos processos, nas discussões sobre a temática na região para que as ações a serem implantadas possam trazer ganhos para a AF local e, assim, possam impactar positivamente o acesso aos medicamentos nestes municípios.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, TOS; PAIM, JS. Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial 3, p. 45-59, set 2017.
- ALEXANDRE, NMC; COLUCI, MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, PF; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(8):1727-1742.
- ÁLVARES, J et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51 Supl. 2:20s.
- ANDRADE, K. Unidade de castração gratuita de cães e gatos chega para ajudar no controle reprodutivo em Santarém. G1 Santarém. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/noticia/2020/05/26/unidade-de-castracao-gratuita-de-caes-e-gatos-chega-para-ajudar-no-controle-reprodutivo-em-santarem.ghtml>. Acesso em 16/02/2023.
- ARAÚJO, JC; PEREIRA, VCS. A importância do farmacêutico na aquisição de medicamentos para a rede pública de saúde. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.8, n.6, p. 43908-43927, jun.,2022.
- BARRETO, JL. Análise da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos. Mestrado—Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2007.
- BARRETO, JL; GUIMARÃES, MCL. Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1207–1220, 2010.
- BARROS, RD et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51 Supl. 2:8s.
- BERMUDEZ, JAZ. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Public. Cad. Saúde Pública* 2017; 33(9):e00123117.
- BERMUDEZ, JAZ; ESHER, A; OSORIO-DE-CASTRO, CGS; DE VASCONCELOS, DMM et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1937-1951, 2018.
- BERNADO, NLMC. A abordagem sociotécnica aplicada para a reorientação da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa

de Pós-Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2021. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/227017>. Acesso em 14/03/23.

BERNARDO, NLM; SOARES, L; LEITE, SN. A Sociotechnical Approach to Analyze Pharmaceutical Policy and Services Management in Primary Health Care in a Brazilian Municipality. *Pharmacy* 2021, 9, 39.
<https://doi.org/10.3390/pharmacy9010039>.

BIANCHIN, MD; BLATT, CR; SOARES, AS; KULKAMPGUERREIRO, IC. Avaliação da qualidade de comprimidos de propranolol e enalapril distribuídos no sistema público de saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 491-498, fev. 2012.

BIGDELI, M; JACOBS, B; TOMSON, G; LAING, R; GHAFAR, A; DUJARDIN, B; et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan.* 2013;28(7):692–704.

BITTENCOURT, RA; SILVEIRA, MPT; GUTTIER, MC; MIRANDA, FF; BERTOLDI, AD. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* Abr-Jun 2017; 20(2): 310-323.

BODENHEIMER, T et al. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Annals of Family Medicine*, v. 12, n. 2, p. 166–171, 2014.

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

BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 19 de setembro 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria nº344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 31 de dez. de 1998b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, de 06 de maio de 2004. 3 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União. 19 Jul 2011b.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2011c. Disponível em: <https://bit.ly/2JPrSHr>. Acesso em 12/03/2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jun. 2011d. Disponível em: <https://bit.ly/2IFZNoB>. Acesso em 12/03/2023.

BRASIL. Portaria MS-GM nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Brasília (DF); 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html. Acesso em 04/03/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à saúde/Departamento de Atenção Básica; 2013a. 130 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Distrito Federal. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. Brasília, DF: MS; 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 127p. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. QUALIFAR-SUS: eixo estrutura – atenção básica – instruções técnicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/216-sctie-raiz/daf-raiz/ceaf-sctie/qualifarsus-raiz/eixo-estrutura/11-eixoestrutura/20645-eixo-estrutura>>. Acesso em: 20/03/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente populacional: resultados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 52 p.: il. – (Série Pnaum – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil; Caderno 3).

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (2016). Portaria nº 957, de 10 de maio de 2016. Estabelece o conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e do Programa Farmácia Popular do Brasil para composição da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., ver. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. 138 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 18/05/2022.

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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 125 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução – RDC n° 304, de 17 de setembro de 2019. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenamento e Transporte de Medicamentos. Diário Oficial da União. Edição: 181, seção: 1, página: 64. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-304-de-17-de-setembro-de-2019-216803526>. Acesso em 12/03/2023.

BRUNS, S de F; LUIZA, VL; DE OLIVEIRA, EA. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do Estado da Paraíba (PB): Olhando a aplicação de recursos públicos. Rev. Adm. Publica. 2014;48(3):745–65.

CALVO, MC; HENRIQUE, F. Avaliação - Algumas concepções sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. (Eds.). A odontologia e a Estratégia de Saúde da Família. 1. Ed. Tubarão: Unisul, 2006. P. 115–136.

CARDOSO, LS de M; TEIXEIRA, RA; RIBEIRO, ALP; MALTA, DC. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nos municípios brasileiros, nos triênios de 2010 a 2012 e 2015 a 2017. Rev. Bras. Epidemiol. 2021; 24: e210005.supl.1.

CARVALHO, ALB de; SHIMIZU, HE. The institutionalization of monitoring and evaluation practices: challenges and prospects in the view of the Brazilian National Health System managers. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2017, 21(60):23-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/psZYjYj9yWZ4CcGCSNgZCMx/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 12/03/2023.

CARVALHO, MN; ÁLVARES, J; COSTA, KS et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. Rev. Saúde Publica. 2017;51 Supl 2:16s.

CASSIANI, SHDB; RODRIGUES, LP. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. Acta paul. enferm, v. 9, n. 3, p. 76–83, 1996.

CHAMPAGNE, F et al. A avaliação no campo da saúde: Conceitos e métodos. In: BOUSELLE, A. et al. (Eds.). Avaliação: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41–60.

CHAVES, LA; CHAVES, GC; VIANNA, MNS; OLIVEIRA, MA. Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290107, 2019.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de estabelecimento de saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 18/01/2023.

CONASS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica. 2021. Disponível em:

<https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/assistencia-farmaceutica>. Acesso em 18/01/2023.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 449, de 24 de outubro de 2006. Dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica. Brasília, DF, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, AP et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. DE A. (Ed.). Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. 1ª reimpressão ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. P.29-47.

CORRER, CJ; OTUKI, MF; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev. Pan-Amazônica Saúde. 2011;2(3):41–9.

COSTA, K; NASCIMENTO JÚNIOR, M.do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, v. 46(supl), 2012.

COSTA, KS; TAVARES, NUL; NASCIMENTO JÚNIOR, JM et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2017a;51 Supl 2:3s.

COSTA, EA; ARAÚJO, PS; PEREIRA, MT; SOUTO, AC; SOUZA, GS; GUERRA JUNIOR, AA et al. Situação sanitária dos medicamentos na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017b;51 Supl. 2:12s.

COUTO, R. C. S. Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Conferência apresentada à 13ª Conferência Estadual da Saúde do Pará. Belém, Pará, 13-14 de junho, 2019.

COUTO. RCS. Saúde e ambiente na Amazônia brasileira. Novos Cadernos NAEA. v. 23, n. 3, p. 167-178, set-dez 2020, ISSN 1516-6481 / 2179-7536.

CUBIDES, NZ; BONACELLI, MBM. Arranjos Produtivos Locais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos nos biomas brasileiros: um diagnóstico preliminar. Revista Fitos. Rio de Janeiro. 2022; 16(4): 403-417.

DESLANDES, SF; MENDES, CHF; PIRES, T de O; CAMPOS, D de S. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 10, Supl. 1, p. s29-s37, nov. 2010.

DESTRO, DR; DO VALE, SA; BRITO, MJM; CHEMELLO, C. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31(3), e310323, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310323>.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003

FARACO, E. Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros. 2021. 258p. Tese (Doutorado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

FATEL, K de O et al. Desafios na gestão de medicamentos de alto preço no SUS: avaliação da Assistência Farmacêutica em São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 11 [Acessado 30 Maio 2022], pp. 5481-5498. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.00842021>>. Epub 12 Nov 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.00842021>.

FAUSTO, MCR; FONSECA, HMS; PENZIN, VM. Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil. Relatório Final. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2020.

FELISBERTO, E. Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil, no período de 2003-2008. Doutorado—Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

FERREIRA, TLS; SILVA, TCM; COSTA, BWB et al. Institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa, Pará. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, e22611225610, 2022.

FETTERMAN, DM; WANDERSMAN, A (eds.). *Empowerment Evaluation Principles in Practice*. 1 edition ed. New York: The Guilford Press, 2004.

FIGUEIREDO, JFM et al. Infraestrutura de segurança para comunicação, autenticação e autorização transparentes em hospitais federado. *Journal Health Informatics*, v. 2, n. 3, p.58-63, 2011.

FRANÇA FILHO, JB de et al. Pharmacist's and pharmacies profiles in Santa Catarina: structure and process indicators. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 44, n. 1, p. 105–13, 2008.

GERLACK, LF; KARNIKOWSKI, MGO; AREDA, CA; GALATO, D; OLIVEIRA, AG; ÁLVARES, J et al. Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51 Supl. 2:15s.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, LVC; NORONHA, JC; CARVALHO, AI; organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-625.

GITHEKO, AK; LINOSAY, SW; COFALONIERE, EU; PATZ, JA. Climate change and vector-borne disease: a regional analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, [S. l.], v. 78, n. 9, p. 1136-1147, 2000.

GOMES, IS; ROSSI, EM; MENDES, SJ; SANTOS, BRM dos; SABINO, W. Pharmaceutical Care in Primary Care: an Experience with Hypertensive Patients in the North of Brazil. *Int. J. Cardiovasc. Sci.*, Feb. 2022.

GROCHOCKI, MHC; DE OLIVEIRA, JC; PINHEIRO, RM. Seleção de medicamentos. In: Seleção de medicamentos / organização de Marení Rocha Farias...[et al.]. – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

GUIMARÃES, M do CL. Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Um modelo em construção. Resumo executivo projeto de pesquisa, 2007.

GUIMARÃES, M do CL; LEITE, SN. Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo transversal 1: unidade 1: gestão da assistência farmacêutica – parte 1. 2011.

HOUAISS, A; VILLAR, M. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

HUMPHREYS, K; MCLLELAN, AT. A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients, *Addiction*, v.106, n.12, p.2058-66, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2017

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Santarém. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/santarem/panorama>. Acesso em 20/05/2022a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rurópolis. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/ruropolis/panorama>. Acesso em 20/05/2022b.

ITB. Painel de Saneamento Básico. Instituto Trata Brasil, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.painelsaneamento.org.br>. Acesso em: 30 mai. 2022.

JUNQUILHO, GS. Management and managerial action at contemporary organizations: beyond “folklore” and “fact”. *Gestão & Produção*, v. 8, n. 3, p. 304–18, 2001.

KARNIKOWSKI, MGO; GALATO, D; MEINERS, MMMA; SILVA, EV; GERLACK, LF; BÓS, AJG; et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51 Supl 2:9s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007065>.

LANGE, ST; SILVA, MJS; BORBA, HHL. Análise do acesso a medicamentos por usuários da atenção primária. *Rev. APS*. 2021 jul.-set.; 24(3): 446-60.

LEITE, SN; FARIAS, MR; MANZINI, F; MENDES, SJ; ROVER, MRM. Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. 2015. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 167 p.

LEITE, SN; MANZINI, F. Estruturação da assistência farmacêutica. In: MANZINI, F. et al. O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298p.:il.

LEITE, SN; MANZINI, F; ÁLVARES, J; GUERRA JUNIOR, AA; COSTA, EA; ACURCIO, FA et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: análise dos dados da PNAUM – Componente serviço. *Rev Saúde Pública*. 2017a;51 Supl 2:13s.

LEITE, SN; BERNARDO, NLMC; ÁLVARES, J; GUERRA JÚNIOR, AA; COSTA, EA; ACURCIO, FA et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. *Rev Saude Publica*. 2017b;51 Supl 2:11s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007121>.

LEITE, SN; MELECCHI, DR; LIMA, MEO; PEREIRA, MA. Vigilância em saúde, Assistência farmacêutica, ciência, tecnologia e inovação em saúde: integração das políticas e das práticas. In: Melecchi, Debora Raymundo (org.) et al. Ciência, Tecnologia, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, políticas públicas oriundas do controle social, garantidoras de democracia, soberania nacional e acesso à saúde / Organizadores: Debora Raymundo Melecchi, Artur Custódio, Maria Eufrásia de Oliveira Lima, Maria Eugênia Carvalhaes Cury e Gustavo Cabral. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. 170 p. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 5).

LIMA, MG; ÁLVARES, J; GUERRA JUNIOR, AA; COSTA, EA; GUIBU, IA; SOEIRO, OM; et al. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51 Supl. 2:23s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007137>.

LIMA, LL; D'ASCENZI, L. Implementação e avaliação de políticas públicas: intersecções, limites e continuidades. In: Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil /organizadora, Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, 2019. 324 p.

LIMA, JG; GIOVANELLA, L; FAUSTO, MCR; BOUSQUAT, A; DA SILVA, EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 52-66, setembro 2018.

LIMA, JG; GIOVANELLA, L; BOUSQUAT, A et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. Trabalho,

Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00616190.
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>.

MALTA, DC; CEZÁRIO, AC; DE MOURA, L; NETO, OLM; JUNIOR, JBS. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2006, vol.15, n.3. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20/10/2021.

MANZINI, F. Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses: [dissertação]: Desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão / Fernanda Manzini; orientadora, Mareni Rocha Farias; coorientadora, Silvana Nair Leite. – Florianópolis, SC, 2013. 219p.

MANZINI, F; FARIAS, MR. Elaboração e aplicação do modelo de avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses. In: *Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015/ Silvana Nair Leite (orgs.) ... [et al.]*. – Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 167 p.

MARIN, N. (ed.). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003

MARQUES, D. DICADOGESTOR: A importância da lista municipal de medicamentos. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/dicadogestor-a-importancia-da-lista-municipal-de-medicamentos/>, Acesso em 12/03/2023.

MATUS, C. Política, planejamento & governo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MENDES, EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.

MENDES, SJ. Capacidade de Gestão Municipal da Assistência Farmacêutica: Avaliação no contexto catarinense. 2013. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MENDES, SJ; LEITE, SN. Resultados Gerais da Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica em Santa Catarina. In: *Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. 2015/ Silvana Nair Leite (orgs.) ... [et al.]*. – Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 167 p.

MENDES, SJ; MANZINI, F; FARIAS, MR; LEITE, SN. Gestão da Assistência Farmacêutica: Avaliação de um Município Catarinense. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. Vol.06, N°. 01, Ano 2015 p.4- 29.

MENGUE, SS; BERTOLDI, AD; RAMOS, LR et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2016;50(supl 2):8s.

MINAYO, MC de S; ASSIS SG de; SOUZA, ER. de. Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MORAIS, CG; SILVA, LAN; CUNHA, CLF; SANTOS JÚNIOR, HG; LIMA, JG. Atenção primária à saúde na Amazônia: o cuidado à hipertensão arterial no oeste do Pará. *J Manag Prim Health Care*. 2021;13:e07. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1115>.

NASCIMENTO, R; ALVARES, J; GUERRA JUNIOR, AA; GOMES, IC; COSTA, EA; SOEIRO, OM et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51 Supl 2:10s.

OLIVEIRA, MA; ESHER, ÂFSC; DOS SANTOS, EM; COSENDEY, MAE; LUIZA, VL; BERMUDEZ, JAZ. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. Evaluating pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS in the city of Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(5):1429-39.

OLIVEIRA, BFA de; MOURÃO, D de S; GOMES, N; COSTA, JMC; SOUZA, AV de; BASTOS, WR; et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1617–30.

OLIVEIRA, MA; LUIZA, VL; TAVARES, NUL; MENGUE, SS; ARRAIS, PSD et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Rev Saúde Pública* 2016;50(supl 2):6s. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006161.

OLIVEIRA, LCF; NASCIMENTO, MAA; LIMA, IMSO. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 5, dez 2019; p. 286-298.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mudança climática e Saúde Humana: riscos e respostas. Sumário Revisado. Brasília, DF: OPAS, 2009.

PATZ, J; CHRISTENSON, M. A mudança climática e a saúde. In: GALVÃO, LAC; FINKELMAN, J; HENAO, S (org.). Determinantes ambientais e sociais da saúde. Washington, DC: OPAS, 2011. p. 215-232.

REIBLING, N; ARIAANS, M; WENDT, C. Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy*, v. 123, n. 7, p. 611-620, 2019.

RODRIGUES, PS; CRUZ, MS; TAVARES, NUL. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.41, n. especial, p.192-208, mar-2017.

RODRIGUES, JC; RODRIGUES, JC. Condições de desigualdades e vulnerabilidades socioespaciais em cidades da Amazônia paraense: elementos promovedores da expansão e dispersão da covid-19? Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde., 132-142, 2020.

ROVER, MRM; FARIAS, MR. Avaliação em Saúde e Avaliação da Assistência Farmacêutica. In: Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015/ Silvana Nair Leite (orgs.) ... [et al.]. – Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 167 p.

ROVER, MRM et al. Modelo Teórico e Lógico para a avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Gestão e Saúde, v. 7, n. 1, p.191- 210, 2015.

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

RURÓPOLIS. Plano Plurianual 2022 a 2025. Prefeitura Municipal de Rurópolis. 2021. Disponível em: <https://ruropolis.pa.gov.br/lei-no-433-2021-de-07-de-outubro-de-2021-estabelece-o-plano-plurianual-para-o-periodo-de-2022-a-2025/>.

RURÓPOLIS. Balanço Geral. Exercício 2021. Prefeitura Municipal de Rurópolis. Disponível em: <https://ruropolis.pa.gov.br/portal-da-transparencia/balanco-anual/>. Acesso em 10/01/2023.

RURÓPOLIS. Estrutura Organizacional. Prefeitura Municipal de Rurópolis. Disponível em: <https://ruropolis.pa.gov.br/organograma/>. Acesso em 08/02/2023.

SANTARÉM. Balanço Geral. Exercício 2021. Prefeitura Municipal de Santarém. Santarém. 2022. Disponível em: <https://transparencia.santarem.pa.gov.br/portal/documentos/balanco-geral-de-2021-62bf413b1723b>. Acesso em 10/01/2023.

SANTARÉM. Plano Municipal de Saúde – PMS 2022 a 2025. Santarém – PA. 2022. Disponível em: <https://transparencia.santarem.pa.gov.br/portal/documentos/plano-municipal-de-saude-2022-2025-62e0154d5c4b5>. Acesso em 10/01/2023.

SANTARÉM. Prefeitura de Santarém – PA. Disponível em: <https://santarem.pa.leg.br/o-municipio/>. Ace. Acesso em 16/01/2023.

SANTOS, RI DOS. Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro. Doutorado em Farmácia—Florianópolis/SC, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

SANTOS, RI; SOARES, L. Saúde e cidadania. In: SANTOS, RI et al. Políticas de saúde e acesso a medicamentos. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. 224 p.: il., graf., tabs. – (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v. 1).

SANTOS, IO; RABELLO, RED; CÔRREA, RG et al. Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. *Rev. APS.* 2021; 24(Supl 1): 185 – 99.

SILVA, RM da; PEREIRA, NC; MENDES, LVP; LUIZA, VL. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva.* 21(5):1421-1432. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.27692015>. 2016.

SILVA, JMM; BATISTA, AM. Assistência farmacêutica na atenção básica de um município do Seridó Oriental Potiguar, Brasil. *Infarma. Ciências Farmacêuticas.* 10.14450/2318-9312.v32.e3.a2020.pp254-261.

SILVA, AM da; FAUSTO, MCR; GONÇALVES, MJF. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. *Cad. Saúde Pública* 2023; 39(1):e00163722.

SILVEIRA, TF; FLORES, LM; RIES, EF. Assistência Farmacêutica Municipal na percepção dos seus atores. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 17, e178111738735, 2022.

SOARES, L. O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos/ Luciano Soares; orientadora, Marení Rocha Farias – Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Florianópolis, SC, 2013. 249p.

SOARES, L; SANTOS, RI. O processo saúde-doença-cuidado. In: SANTOS, RI et al. Políticas de saúde e acesso a medicamentos. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. 224 p.: il., graf., tabs. – (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v. 1).

SOEIRO, OM; TAVARES, NUL; NASCIMENTO JÚNIOR, JM; GUERRA JUNIOR, AA; COSTA, EA; ACURCIO, FA et al. Satisfação dos usuários com os serviços da assistência farmacêutica na atenção básica nos municípios brasileiros. *Rev. Saúde Pública.* 2017;51 Supl 2:21s.

SOUZA, LEP; VIEIRA-DA-SILVA, L; HARTZ, ZM. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da Atenção à Saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. DE A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Eds.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro Salvador: EDUFB. Fiocruz, 2005. p. 65–102.

SOUZA, JM; VINHOLES, ER; TRAUTHMAN, SC; GALATO, D. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., Araraquara*, v. 33, n. 1, p. 107-113, 2012.

SOUZA, GS; COSTA, EA; BARROS, RD; PEREIRA, MT; BARRETO, JL; GUERRA JUNIOR, AA et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017;51Supl 2:7s.

SOUZA, TCM.; AMÂNCIO, F; HACON, SS; BARCELLOS, C. Doenças sensíveis ao clima no Brasil e no Mundo: revisão sistemática. Rev. Panam. Salud Publica, [S. l.], n. 42, p. 1-10, 2018.

TANAKA, OY; MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EdUSP, 2001.

TORRES, ASF; BRITO, ML; COSTA, BWB et al. A institucionalização da assistência farmacêutica no município de Ananindeua, Pará. Research, Society and Development, v. 10, n. 14, e576101422368, 2021.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

UFOPA. Universidade Federal do Oeste do Pará. Farmácia da Ufopa vai iniciar produção de fitoterápicos como opção terapêutica para a saúde mental. Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/ufopa/comunica/noticias/farmacia-da-ufopa-vai-iniciar-producao-de-fitoterapicos-como-opcao-terapeutica-a-saude-mental/>. Acesso em: 14/03/23.

VARGHESE, C et al. Better health and wellbeing for billion more people: integrating non-communicable diseases in primary care. BMJ, v. 364, 2019.

VAZ, MM; MARTINS DOS SANTOS, BR; SABINO, W. O financiamento do componente básico da assistência farmacêutica no município de Santarém, Pará: uma análise comparativa. Rev Atenção Primária Saúde: APS. 2019;1(3):162-72. doi 10.14295/aps.v1i3.38.

VEBER, AP; DIEHL, E; LEITE, SN.; PROSPERO, ENS. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. Braz. J. Pharm. Sci., São Paulo, v. 47, n. 1, p. 75-80, jan./mar. 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. Conceitos, Abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. DE A. (Ed.). Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 29-47.

VIEIRA-DA-SILVA, LM; FURTADO, JP. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. Cad. Saúde Pública 2020; 36(9):e00237219.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. How to investigate drug use in health service facilities. Geneva: WHO, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world medicines situation: World Health Organization; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Forty-fourth report of the WHO Expert Committee on specifications for pharmaceutical preparations. n. 957. Geneva: WHO; 2010. 235-64.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2016.

APÊNDICE A – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ROTEIRO PARA ENTREVISTA – COORDENADOR DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

Município:

Nome do coordenador:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

1. Há quanto tempo o senhor(a) trabalha no município?

2. Qual é sua forma de contratação?

3. O(a) senhor(a) tem **outro** vínculo trabalhista?

Se SIM: O trabalho é no setor público ou privado?

4. O(a) senhor(a) é farmacêutico(a)?

Se NÃO: Qual é sua formação?

I. Coordenação da Assistência Farmacêutica

5. A Assistência Farmacêutica está instituída na estrutura administrativa da Secretária Municipal de Saúde? (**Onde posso encontrar essa informação, portaria, site?**)

Se SIM:

- Ela está formalmente instituída por meio de portaria ou organograma?
- A AF é uma coordenação, departamento, gerência, núcleo, segmento? Se outro, especificar.
- O que esta posição na estrutura administrativa significa para a gestão da AF? Como fica a tomada de decisão nesta situação? Há uma relação de subordinação a algum outro setor que dificulte as decisões?
- Para você, poderia ter outra forma de organização formal do setor?

Se NÃO:

- Por quê? O que é preciso para que a Assistência Farmacêutica seja instituída no organograma? Ela deve ser vinculada a qual estrutura administrativa?
- Qual é o setor que gerencia as atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica?

6. A coordenação da Assistência Farmacêutica:

- Fórmula diretrizes para a organização da Assistência Farmacêutica no município?

Se SIM: Quais as últimas diretrizes formuladas?

- Decide sobre aspectos de seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para o município?

Se SIM: As questões são totalmente decididas no âmbito da Assistência Farmacêutica ou são decididas em conjunto com outro departamento?

Se NÃO: Quem decide sobre estes aspectos?

- Acompanha, orienta e supervisiona as farmácias das Unidades de saúde a respeito de ações da Assistência Farmacêutica?

7. A coordenação da Assistência Farmacêutica participa das discussões e decisões sobre programas e/ou atividades de saúde do município?

() Sim / () Não

Se SIM: Quais foram as últimas discussões realizadas e com quem foi discutido? (tentar entender como esses processos ocorrem)

- Participou na elaboração do plano municipal de saúde.
- Elaboração do Relatório Quadrimestral.
- Participa de reuniões de planejamento e avaliação da atenção básica.

8. Há alguma articulação entre a coordenação da Assistência Farmacêutica e as coordenações de Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações que envolvem medicamentos?

Se SIM: As discussões costumam ser demandadas pela Assistência Farmacêutica ou pelas outras coordenações?

- Quais articulações já aconteceram?

Se NÃO: Por que não ocorre essa articulação?

- Há dificuldades para desenvolver estes tipos de articulação?

9. Há alguma articulação entre a coordenação da Assistência Farmacêutica e a coordenação do Programa Hiperdia?

Se SIM: De que forma elas ocorrem?

- Quais articulações já aconteceram?

Se NÃO: Por que não ocorre essa articulação?

- Há dificuldades para desenvolver estes tipos de articulação?

10. Há alguma parceria entre a coordenação municipal da Assistência Farmacêutica e a coordenação estadual da Assistência Farmacêutica?

Se SIM:

- Qual tipo de colaboração?

- A parceria com a coordenação estadual de Assistência Farmacêutica incorpora recursos/ apoio técnico, financeiro e/ou logístico?

- O apoio do estado é suficiente para a gestão municipal da Assistência Farmacêutica? O que poderia ser diferente? Por quê?

Se NÃO: Por que não ocorre este apoio? Que tipo de apoio está faltando?

11. Existe um monitoramento das ações da Assistência Farmacêutica? De que forma é feito? Este monitoramento é utilizado para o planejamento das ações da AF?

Se SIM: Como é feito este monitoramento?

- Os dados obtidos no monitoramento são utilizados para o planejamento das ações da AF?

12. Quantos trabalhadores têm a equipe da Coordenação da Assistência Farmacêutica?

Destes trabalhadores, quantos são estatutários?

13. Existe algum mecanismo de registro do farmacêutico em prontuário da família no município?

Se SIM: Como é feito o registro? Qual é a importância desse registro? Esses dados são utilizados no planejamento das ações?

II. Financiamento

15. Houve investimentos em infraestrutura dos serviços de Assistência Farmacêutica nos últimos 2 (dois) anos em:

- Reforma ou ampliação de Farmácia de Unidade de Saúde?

- Reforma ou ampliação da CAF?

- Programas de capacitação de recursos humanos?

- Informatização da rede?

- Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica?

- Outro? Especificar.

16. Detalhamento dos gastos da Assistência Farmacêutica em 2021:

- Qual o valor total gasto no município para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em 2021?

- Quanto foi a contrapartida federal em 2021?

- Quanto foi a contrapartida estadual em 2021? O estado contribuiu somente com a compra de medicamentos da Portaria n. 3.193/19?

- Qual o valor empregado em aquisição de medicamentos por via judicial no município para o tratamento da HAS?

- Há algum outro mecanismo de compra de medicamentos não constantes na Remume, além da licitação e judicialização?

Se SIM: quanto do orçamento foi destinado a esse tipo de compra?

III. Controle Social

17. Nos últimos 2 (dois) anos, a AF discutiu algumas dessas questões junto ao Conselho Municipal de Saúde? (sim/não)

- Discussão e aprovação da REMUME.

- Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço.

- Discussão sobre novos projetos da área.

Se SIM:

- Qual foi a última discussão a respeito da Assistência Farmacêutica que foi discutida no Conselho Municipal de Saúde?

- Os conselhos (municipal e local) atuam como parceiro para a Assistência Farmacêutica? Há esta possibilidade?

- Esses temas ou outros foram demandados pelo Conselho ou a AF pediu a pauta na reunião do conselho?

Se NÃO:

- Por que as questões não são discutidas juntos ao Conselho?

- O que é preciso fazer para que o Conselho Municipal de Saúde participe da discussão de questões relacionadas à Assistência Farmacêutica?

IV. Plano Municipal de Saúde

18. Os farmacêuticos do município participam da elaboração do Plano Municipal de Saúde?

Se SIM: Como foi essa participação?

19. Quais profissionais estiveram envolvidos na elaboração dos objetivos, diretrizes e metas da Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde? Como se deu essa construção?

20. O (a) senhor (a) conhece o Plano Municipal de Saúde vigente?

V. Serviços Farmacêuticos

21. Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica na Secretaria Municipal de Saúde ou o município participa de alguma CFT regional?

Se SIM:

- Ela está formalizada por meio de portaria ou de outro instrumento?

- A comissão de farmácia e terapêutica realizou mais do que três reuniões no último ano?

Se NÃO: Por quê?

22. Existe uma relação municipal de medicamentos?

Se SIM: Ela está instituída formalmente?

23. Como é realizada a seleção de medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial?

24. Quais os mecanismos de divulgação da Remume para os farmacêuticos e prescritores?

25. Como é feita a programação do município para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?

(Sim/ Não) (Explorar a pergunta tentando perceber como essa programação acontece)

26. Na programação de medicamentos são utilizados critérios técnicos? São considerados alguma especificidade da região nessa programação (distância, épocas sazonais – explorar resposta)

Se SIM: Qual o método utilizado? Interrompendo

27. Como é feito o cronograma de abastecimento dos medicamentos da unidade central para as unidades de saúde (urbana, rural, planalto e ribeirinha)?

Se SIM: Esse cronograma é adaptado para considerar questões relativas as distâncias e épocas do ano? (Explorar a pergunta tentando perceber como essa programação acontece)

28. Como é realizado a distribuição desses medicamentos para as unidades da zona rural e ribeirinha? Existem instrumentos de verificação e garantia das condições físicas e ambientais durante este transporte?

29. A **quantidade** de medicamentos disponíveis para o tratamento da Hipertensão Arterial nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?

30. A **diversidade de tipos** de medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?

31. Existe unidades de saúde em que a dispensação dos medicamentos é realizada por farmacêutico? Se sim em quantas UBS isso ocorre? (Explorar se este profissional faz parte do quadro da secretaria ou é residente).

32. A dispensação de medicamentos nas unidades de saúde é realizada por meio de instrumentos de padronização (POP, manuais)?

33. A SMS possui um sistema informatizado que contemple as necessidades da AF?

Se SIM: solicitar mais informações sobre o sistema:

- Qual é o nome?

- Como ele funciona?

- O sistema é integrado ao prontuário dos usuários? O farmacêutico tem acesso a esse prontuário? Ele pode registrar o atendimento realizado?

- Ele é integrado ao sistema da rede de atenção a saúde do município? **Se a resposta for não**, por que não é integrado?

Se NÃO: verificar se o município aderiu ao Hórus.

34. A Secretaria Municipal de Saúde e as Unidades Básica de Saúde tem um plano de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde? Poderia me mostrar o plano?

35. Existe alguma estratégia/projeto sendo desenvolvido pela coordenação da AF que reconhecem as práticas tradicionais/locais da população (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia, outras)? Se sim explorar quando iniciou e de que forma acontece, pedir para ver o projeto se possível.

Documentos a serem solicitados ao coordenador, conforme informações obtidas na entrevista:

- Documento que institucionalize a coordenação da AF
- Portaria ou outro documento da instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Plano Municipal de Saúde
- Publicação oficial da Remume
- Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde da SMS
- Instrumentos de padronização da dispensação de medicamentos
- Planilha de gastos da Assistência Farmacêutica

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ROTEIRO PARA ENTREVISTA – COORDENADOR DO PROGRAMA HIPERDIA**

Município:

Nome do coordenador:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

1. Há quanto tempo o senhor(a) trabalha no município?
2. Qual é sua forma de contratação?
3. O(a) senhor(a) tem **outro** vínculo trabalhista?
Se SIM: O trabalho é no setor público ou privado
4. Qual é a sua formação?
5. O programa Hiperdia recebe algum financiamento para realizar suas ações no município?
6. Existe algum recurso específico para a compra de medicamentos do componente básico para atender aos pacientes com hipertensão arterial?
7. Quantos hipertensos cadastrados possuem no município? Destes quantos são atendidos nas unidades básicas de saúde do município?
8. Como funciona o cadastro e o acompanhamento destes pacientes nas unidades de saúde?
9. Existe alguma estratégia de adaptação para atender as necessidades das unidades de zona rural e ribeirinha (distância, época do ano – sazonalidade) para acompanhamento desses pacientes?
10. Existe alguma articulação entre a secretária estadual de saúde e o município para o acompanhamento destes pacientes?
11. No último ano houve algum período que o programa teve dificuldades de disponibilização de medicamentos para os usuários das unidades de saúde?
12. Existe alguma articulação entre a coordenação de assistência farmacêutica e a coordenação do programa Hiperdia?

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

ROTEIRO FARMACÊUTICO CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

Município:

Nome:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

1. Há quanto tempo o senhor(a) trabalha no município?

2. Qual é sua forma de contratação?

3. O(a) senhor(a) tem **outro** vínculo trabalhista?

Se SIM: O trabalho é no setor público ou privado?

4. O (a) senhor (a) é sindicalizado (a)?

() Sim / () Não

5. O (a) senhor (a) participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde ou do Conselho Local de Saúde?

() Sim / () Não

Qual foi o tema da última reunião que participou?

I. Assistência Farmacêutica

6. A Assistência Farmacêutica está instituída na estrutura administrativa da Secretária Municipal de Saúde? (**Onde posso encontrar essa informação, portaria, site?**)

Se SIM:

- Ela está formalmente instituída por meio de portaria ou organograma?

- A AF é uma coordenação, departamento, gerência, núcleo, segmento? Se outro, especificar.

- O que esta posição na estrutura administrativa significa para a gestão da AF? Como fica a tomada de decisão nesta situação? Há uma relação de subordinação a algum outro setor que dificulte as decisões?

- Para você, poderia ter outra forma de organização formal do setor?

Se NÃO:

- Por quê? O que é preciso para que a Assistência Farmacêutica seja instituída no organograma? Ela deve ser vinculada a qual estrutura administrativa?

- Qual é o setor que gerencia as atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica?

7. A coordenação da Assistência Farmacêutica:

- Fórmula diretrizes para a organização da Assistência Farmacêutica no município?

Se SIM: Quais as últimas diretrizes formuladas?

- Decide sobre aspectos de seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para o município?

Se SIM: As questões são totalmente decididas no âmbito da Assistência Farmacêutica ou são decididas em conjunto com outro departamento?

Se NÃO: Quem decide sobre estes aspectos?

- Acompanha, orienta e supervisiona as farmácias das Unidades de saúde a respeito de ações da Assistência Farmacêutica?

8. Esta coordenação costuma organizar os farmacêuticos do município para discutir:

- A organização do processo de trabalho? () Sim / () Não

- Questões trabalhistas? () Sim / () Não

- Discussões políticas de Assistência Farmacêutica e Saúde? () Sim / () Não

- Outros temas? Especificar:

9. Existe alguma estratégia de comunicação entre a coordenação da AF e as UBS? (Grupo de whats app, reuniões mensais, e-mail, outra forma).

Plano Municipal de Saúde

10. O (a) senhor (a) conhece o Plano Municipal de Saúde vigente?
() Sim / () Não

11. Você participou da elaboração desse plano? De que forma?

12. Sabe informar se neste plano possui diretrizes, metas e objetivos para a Assistência Farmacêutica do município?

Serviços Farmacêuticos

13. Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica na Secretaria Municipal de Saúde ou o município participa de alguma CFT regional?

Se SIM:

- Ela está formalizada por meio de portaria ou de outro instrumento?

- A comissão de farmácia e terapêutica realizou mais do que três reuniões no último ano?

Se NÃO: Por quê?

14. Existe uma relação municipal de medicamentos?

Se SIM: Ela está instituída formalmente?

15. Como é realizada a seleção de medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial?

16. Quais os mecanismos de divulgação da Remume para os farmacêuticos e prescritores?

17. Como é feita a programação do município para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?

(Sim/ Não) (Explorar a pergunta tentando perceber como essa programação acontece)

18. Na programação de medicamentos são utilizados critérios técnicos? São considerados alguma especificidade da região nessa programação (distância, épocas sazonais – explorar resposta)

Se SIM: Qual o método utilizado? Interrompendo

19. Como é feito o cronograma de abastecimento dos medicamentos da unidade central para as unidades de saúde (urbana, rural, planalto e ribeirinha)?

Se SIM: Esse cronograma é adaptado para considerar questões relativas as distâncias e épocas do ano? (Explorar a pergunta tentando perceber como essa programação acontece)

20. Como é realizado a distribuição desses medicamentos para as unidades da zona rural e ribeirinha? Existem instrumentos de verificação e garantia das condições físicas e ambientais durante este transporte?

21. A **quantidade** de medicamentos disponíveis para o tratamento da Hipertensão Arterial nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?

22. A **diversidade de tipos** de medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?

23. Existe unidades de saúde em que a dispensação dos medicamentos é realizada por farmacêutico? Se sim em quantas UBS isso ocorre? (Explorar se este profissional faz parte do quadro da secretaria ou é residente).

24. A dispensação de medicamentos nas unidades de saúde é realizada por meio de instrumentos de padronização (POP, manuais)?

25. A SMS possui um sistema informatizado que contemple as necessidades da AF?

Se SIM: solicitar mais informações sobre o sistema:

- Qual é o nome?

- Como ele funciona?
- O sistema é integrado ao prontuário dos usuários? O farmacêutico tem acesso a esse prontuário? Ele pode registrar o atendimento realizado?
- Ele é integrado ao sistema da rede de atenção a saúde do município? **Se a resposta for não**, por que não é integrado?

Se NÃO: verificar se o município aderiu ao Hórus.

26. A Secretaria Municipal de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde tem um plano de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde? Poderia me mostrar o plano?

27. Existe alguma estratégia/projeto sendo desenvolvido pela coordenação da AF que reconhecem as práticas tradicionais/locais da população (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia, outras)? Se sim explorar quando iniciou e de que forma acontece, pedir para ver o projeto se possível.

Documentos a serem solicitados, conforme informações obtidas na entrevista:

- Documento que institucionalize a coordenação da AF
- Portaria ou outro documento da instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Plano Municipal de Saúde
- Publicação oficial da Remume
- Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde da SMS
- Instrumentos de padronização da dispensação de medicamentos
- Planilha de gastos da Assistência Farmacêutica

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ROTEIRO PARA ENTREVISTA – FARMACÊUTICO NASF OU UBS**

Município:

Nome do farmacêutico:

Nome da Unidade de Saúde:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

1. Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha no município?
2. Qual é a sua forma de contratação?
3. O (a) senhor (a) tem **outro** vínculo trabalhista?
() Sim / () Não
Se SIM, o trabalho é no setor público ou privado?
4. O (a) senhor (a) é sindicalizado (a)?
5. O (a) senhor (a) participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde ou do Conselho Local de Saúde?
() Sim / () Não
6. O (a) senhor (a) participou de alguma capacitação na área de Assistência Farmacêutica nos últimos 2 anos?
() Sim / () Não
7. Existe uma coordenação de Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde?
() Sim / () Não
Se a resposta da pergunta 7 for SIM, fazer as perguntas de 8 e 9. Se NÃO, ir direto para a pergunta 10.
8. Para o (a) senhor (a), qual é o papel desta coordenação?
9. Esta coordenação costuma organizar os farmacêuticos do município para discutir:
 - A organização do processo de trabalho? () Sim / () Não
 - Questões trabalhistas? () Sim / () Não
 - Discussões políticas de Assistência Farmacêutica e Saúde? () Sim / () Não
 - Outros temas? Especificar:
10. Existe alguma estratégia de comunicação entre a coordenação da AF e as UBS? (Grupo de whats app, reuniões mensais, e-mail, outra forma).
11. O (a) senhor (a) conhece o Plano Municipal de Saúde vigente?
() Sim / () Não
12. Como é realizado o pedido de medicamentos da UBS? Ele é feito pela sua unidade ou as quantidades são determinadas pelo nível central?
Se a UBS faz o pedido: o que é solicitado no pedido é atendido diretamente? Ou o pedido passa por uma aprovação do nível central?
13. Como é realizado a programação de medicamentos? São adotados critérios técnicos?
(Sim/ Não) São feitas alguma adaptação considerando as especificidades da UBS? (distância, período)
Se SIM, qual o método utilizado?
14. A **quantidade** de medicamentos disponíveis para o tratamento da Hipertensão Arterial nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda dos pacientes hipertensos?
() Sim / () Não

15. A **diversidade de tipos** de medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial disponíveis nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda? E para tratar outras patologias?
() Sim / () Não

16. Como o (a) senhor (a) encaminha as questões relacionadas aos medicamentos junto ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde?

17. Você conhece alguma estratégia/projeto desenvolvido pela coordenação da AF que reconhecem as práticas tradicionais/locais da população (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia, outras)? Se sim explorar quando iniciou e de que forma acontece.

18. A Unidades Básica de Saúde tem um plano de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde? Poderia me mostrar o plano?

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ROTEIRO ENFERMEIRO OU RESPONSÁVEL PELO PEDIDO DOS MEDICAMENTOS**

Município:

Nome da Unidade de Saúde:

Data:

Possui farmacêutico na unidade: ()sim ()não

() NASF () Outra opção. Especificar: _____

Nome:

1. Quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha no município?

2. Qual sua profissão?

3. É do seu conhecimento que existe no município uma lista de medicamentos ou uma relação municipal de medicamentos?

() Sim / () Não

4. Existe uma coordenação de Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde?

() Sim / () Não

5. Como é realizado o pedido de medicamentos pela sua unidade? A quantidade de medicamentos é determinada por sua unidade ou a nível central pela CAF?

5.1 Quando a UBS faz o pedido: o que é solicitado no pedido é atendido diretamente? Ou o pedido passa por uma aprovação do nível central?

6. Como é realizada a programação de medicamentos na unidade? Quais critérios são adotados?

6.1 É realizada alguma adaptação na programação de medicamentos para atender alguma especificidade da sua unidade (distância, época do ano, outra)? Qual?

7. A **quantidade** de medicamentos disponíveis para o tratamento da Hipertensão Arterial nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?

() Sim / () Não

8. A **diversidade de tipos** de medicamentos disponíveis para o tratamento da Hipertensão Arterial nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?

() Sim / () Não

8.1 E para outras patologias, você considera que a **quantidade e a diversidade** de tipos de medicamentos disponíveis na unidade de saúde são adequadas para atender a demanda?

() Sim / () Não

9. Como o (a) senhor (a) encaminha as questões relacionadas aos medicamentos junto ao nível central da Secretária de Saúde ou para a coordenação da Assistência Farmacêutica?

10. Caso exista a coordenação da AF. Existe alguma estratégia de comunicação entre a coordenação da AF e as UBS?

() Grupo de whats app () Reuniões mensais () E-mail

() Telefone () Outra forma: _____.

11. O(a) senhor(a) conhece o Plano Municipal de Saúde vigente?

() Sim / () Não

11.1 Caso tenha conhecimento sobre o Plano Municipal de Saúde vigente. O(a) senhor(a) participou da elaboração deste plano? De que forma?

11.2 Caso tenha conhecimento sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS) vigente. No PMS constam objetivos, diretrizes e metas para a Assistência Farmacêutica?

Sim / Não / Desconheço dessa informação

12. Quando os usuários precisam fazer críticas ou deixar sugestões sobre a dispensação de medicamentos nessa unidade como eles fazem?

13. A sua Unidades Básica de Saúde tem um plano de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde?

Sim / Não

14. Você conhece/sabe de alguma estratégia/projeto desenvolvida pela coordenação da AF que reconhecem as práticas tradicionais/locais da população (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia, outras)?

Sim / Não

14.1 Caso conheça um projeto que reconhecem as práticas tradicionais, quando ele iniciou e de que forma acontece?

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
FORMULÁRIO – PRESCRITOR

Município:

Nome do prescritor:

Nome da Unidade de Saúde:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

1. Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha no município?
2. É do seu conhecimento se existe no município uma lista padronizada de medicamentos ou uma relação municipal de medicamentos?
() Sim / () Não
3. O (a) senhor (a) recebe informações sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia da Unidade de Saúde?
() Sim / () Não
4. Como é que o (a) senhor (a) faz para consultar a lista de medicamentos do município?
() Lista impressa na unidade de saúde
() Lista própria
() Sistema Informatizado da Secretaria de Saúde
() Internet
() Já conhece toda a lista, não precisa mais consultá-la.
() Outra situação. Especificar:
5. O (a) senhor (a) é informado (a) quando a lista de medicamentos do município sofre alguma modificação (inclusão ou exclusão de medicamentos)?
() Sim / () Não
6. Na sua percepção, a **quantidade de medicamentos** disponíveis na Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda dos pacientes hipertensos?
() Sim / () Não
7. A **diversidade de tipos** de medicamentos disponíveis para tratar a hipertensão arterial na Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?
() Sim / () Não
- 7.1 E para tratar outras patologias, a **diversidade e a quantidade** de medicamentos disponíveis na Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?
() Sim / () Não
8. Qual é o profissional na unidade de saúde que é responsável pela entrega (dispensação) de medicamentos?
9. É de seu conhecimento se este profissional fornece alguma orientação ao usuário sobre o medicamento prescrito e entregue (dispensado)?
() Sim / () Não
10. Você conhece/sabe de alguma estratégia/projeto desenvolvida pela coordenação da AF que reconhecem as práticas tradicionais/locais da população (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia, outras)?
() Sim / () Não
- 10.1 Caso conheça algum projeto que reconhece as práticas tradicionais, quando ele iniciou e de que forma acontece?

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ROTEIRO - USUÁRIO**

Município:

Nome da Unidade de Saúde:

Data:

Nome: _____

Sexo: () masculino () feminino

Idade:

1. O senhor tem aferido sua pressão arterial?

() Sim / () Não

2. Qual foi a última vez que aferiu sua pressão arterial?

3. Quando aferiu sua pressão, qual o valor que estava?

3.1 O médico ou enfermeiro lhe informou se estava normal?

() Sim / () Não

4. O (a) senhor (a) recebeu todos os medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial?

() Sim / () Não

4.1 Caso não tenha recebido todos os medicamentos, qual é a explicação que lhe deram por não entregarem todos os medicamentos da sua receita?

5. Os medicamentos que lhe prescreveram para hipertensão são todos disponibilizados pela UBS, existe algum prescrito que você não encontra na UBS (fora da lista oferecida pelo SUS) e precisa comprar?

5.1 Quais os medicamentos que você utiliza para o tratamento da Hipertensão?

6. A coordenação da Assistência Farmacêutica ou da UBS divulga informações sobre falta de medicamentos para HAS no município?

() Sim / () Não

8. Há algum meio onde o (a) senhor (a) possa criticar, elogiar ou deixar alguma sugestão sobre o serviço de farmácia prestado nessa unidade?

() Sim / () Não

8.1 Se SIM, como?

9. Que nota de 0 a 5 o (a) senhor (a) daria em relação a **satisfação** sobre o recebimento dos medicamentos prescritos para hipertensão arterial? Considere 0 (zero) com a pior nota e 5 (cinco) como a melhor nota.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

10. Que nota de 0 a 5 o (a) senhor (a) daria em relação ao **atendimento prestado pelo profissional que entregou o medicamento**? Considere 0 (zero) com a pior nota e 5 (cinco) como a melhor nota.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

11. Que nota de 0 a 5 o (a) senhor (a) daria em relação as **condições físicas da farmácia**? Considere 0 (zero) com a pior nota e 5 (cinco) como a melhor nota.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

APÊNDICE B -CHECKLIST PARA VISITA A UNIDADE DE SAÚDE

Município:
Nome da Unidade de Saúde:
Responsável pela coleta de dados:
Data da coleta de dados:

Parte 1: Análise das condições da Farmácia da Unidade de Saúde

Condição a ser verificada	Resposta	Detalhamento
Há algum sistema de controle de temperatura do ambiente?	() Sim () Não	Controle realizado por meio de: () Termômetro () Planilhas de controle () Ar condicionado
Há incidência direta de raios solares nos medicamentos armazenados?	() Sim () Não	
Os termolábeis são armazenados em geladeira própria?	() Sim () Não () Não há dispensação de termolábeis	
Os psicotrópicos são armazenados em armário fechado com chave, conforme preconizado na Portaria n.344/98?	() Sim () Não () Não há dispensação de psicotrópicos	

Parte 2: Verificação da disponibilidade de medicamentos para o tratamento da HAS

Medicamento	Existência	Quantidade /Validade	Observações
Anlodipino 5mg e/ou 10mg	() Sim () Não		
Atenolol 50mg e/ou 100mg	() Sim () Não		
Captopril 25mg	() Sim () Não		
Carvedilol 3,125mg e/ou 6,25mg e/ou 12,5mg e/ou 25mg	() Sim () Não		
Cloridrato de amiodarona 200mg	() Sim () Não		
Cloridrato de propranolol 10mg e/ou 40mg	() Sim () Não		
Cloridrato de verapamil 80mg e/ou 120mg	() Sim () Não		
Digoxina 0,25mg	() Sim () Não		
Dinitrato de isossorbida 5mg	() Sim () Não		
Espironolactona 25mg e/ou 100mg	() Sim () Não		
Furosemida 40mg	() Sim () Não		
Hidroclorotiazida 12,5mg e/ou 25mg	() Sim () Não		
Losartana potássica 50mg	() Sim () Não		
Maleato de enalapril 5mg e/ou 10mg e/ou 20mg	() Sim () Não		
Mesilato de doxazosina 2mg e/ou 4mg	() Sim () Não		
Metildopa 250mg	() Sim () Não		
Mononitrato de isossorbida 20mg e/ou 40mg	() Sim () Não		
Nifedipino 10mg	() Sim () Não		
Succinato de metoprolol 25mg e/ou 50mg e/ou 100mg	() Sim () Não		
Tartarato de metoprolol 100mg	() Sim () Não		

APÊNDICE C – CHECKLIST PARA VISITA NA CAF

Município:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

Condição a ser verificada	Resposta	Detalhamento
Há algum sistema de controle de temperatura do ambiente?	() Sim () Não	Controle realizado por meio de: () Termômetro () Planilhas de controle () Ar condicionado
Há incidência direta de raios solares nos medicamentos armazenados?	() Sim () Não	
Os termolábeis são armazenados em refrigeradores exclusivos?	() Sim () Não	
Os refrigeradores são ligados a geradores?	() Sim () Não	
Os psicotrópicos são armazenados em armário fechado com chave, conforme preconizado na Portaria n.344/98?	() Sim () Não	
Os armários, estantes, estrados, refrigeradores para o armazenamento dos medicamentos são:	() Inadequados () Pouco Adequados () Parcialmente Adequados () Adequados () Muito Adequados	
Há alvará sanitário?	() Sim () Não	O alvará está atualizado? () Sim () Não
Há certidão de regularidade técnica?	() Sim () Não	A certidão de RT está atualizada? () Sim () Não
Há POPs ou manuais de Boas Práticas para as atividades desenvolvidas na unidade?	() Sim () Não	
Há controle de estoque?	() Sim () Não	Se SIM . Qual a periodicidade? _____

Parte 2. Medicamentos para o tratamento da HAS.

Medicamento	Existência	Observações
Anlodipino 5mg e/ou 10mg	() Sim () Não	
Atenolol 50mg e/ou 100mg	() Sim () Não	
Captopril 25mg	() Sim () Não	
Carvedilol 3,125mg e/ou 6,25mg e/ou 12,5mg e/ou 25mg	() Sim () Não	
Cloridrato de amiodarona 200mg	() Sim () Não	
Cloridrato de propranolol 10mg e/ou 40mg	() Sim () Não	
Cloridrato de verapamil 80mg e/ou 120mg	() Sim () Não	
Digoxina 0,25mg	() Sim () Não	
Dinitrato de isossorbida 5mg	() Sim () Não	
Espironolactona 25mg e/ou 100mg	() Sim () Não	
Furosemida 40mg	() Sim () Não	
Hidroclorotiazida 12,5mg e/ou 25mg	() Sim () Não	

Losartana potássica 50mg	() Sim () Não	
Maleato de enalapril 5mg e/ou 10mg e/ou 20mg	() Sim () Não	
Mesilato de doxazosina 2mg e/ou 4mg	() Sim () Não	
Metildopa 250mg	() Sim () Não	
Mononitrato de isossorbida 20mg e/ou 40mg	() Sim () Não	
Nifedipino 10mg	() Sim () Não	
Succinato de metoprolol 25mg e/ou 50mg e/ou 100mg	() Sim () Não	
Tartarato de metoprolol 100mg	() Sim () Não	

APÊNDICE D – PROTOCOLO DE INDICADORES

PREMISSAS DAS DIMENSÕES

DIMENSÃO	PREMISSA
<p>ORGANIZACIONAL: capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente</p>	<p>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.</p>
<p>OPERACIONAL: capacidade de manter e ampliar recursos logísticos e gerenciais.</p>	<p>As condições de existência de um conjunto de procedimentos e de mecanismos que revelem aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, indicam investimentos dos gestores do sistema municipal de saúde para assegurar e ampliar as condições logísticas, técnicas e gerenciais, o que soma para a capacidade de executar.</p>
<p>SUSTENTABILIDADE: institucionalização de processos que criem ambiente favorável para sustentar as decisões.</p>	<p>A existência de mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade às ações da Assistência Farmacêutica, e o grau elevado de inter-relação da Assistência Farmacêutica com outros setores da saúde na instituição, bem como de satisfação com a qualidade dos serviços por usuários e/ou por trabalhadores, traduz a construção de uma imagem positiva que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal.</p>

PREMISSAS DOS INDICADORES: DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

Dimensão Organizacional		
Indicador	O que avalia	Premissa
1. Institucionalidade	1.1 Condição de existência da coordenação da Assistência Farmacêutica (AF) na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).	A coordenação da AF instituída por meio de norma e atribuição de cargo comissionado ao coordenador ou funcionando informalmente, embora assumindo seu papel de órgão responsável pela AF, indica o reconhecimento da área pela instituição e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF.
	1.2 Existência formal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na SMS ou participa de uma CFT regional de forma regular.	A existência de CFT municipal formal ou a participação do município em uma CFT regional de forma regular indicam o reconhecimento institucional das questões relativas a medicamentos e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF.
2. Autonomia	2. Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF	Uma maior autonomia da Coordenação da AF para decidir sobre questões relativas à formulação de diretrizes para a AF no município, aos serviços farmacêuticos e ao acompanhamento e orientação e supervisão das farmácias das Unidade Básica de Saúde (UBS) confere um aumento na capacidade de decidir em áreas de interesse da AF.
3. Condições Estratégicas	3.1 Profissão do coordenador da AF	O farmacêutico, enquanto coordenador da AF, evidencia o papel do profissional junto a SMS para uma melhor gestão na área. Por mais que a AF seja uma área de atuação multiprofissional, o farmacêutico é o profissional com maior qualificação técnica para o conjunto de atividades relacionadas com a área.
	3.2 Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de UBS.	Maior percentual de farmacêuticos e coordenadores de UBS que conhecem a existência da coordenação da AF indica maior

		visibilidade da coordenação, atende ao princípio da transparência e amplia sua capacidade de decidir.
	3.3 Existência de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com medicamentos que não constem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2022 e/ou em elencos pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	A REMUME é necessária para a organização dos serviços farmacêuticos e orientação da programação, aquisição, prescrição e atenta para o desenvolvimento da AF. Tem como instrumento norteador a RENAME, porém essa pode não atender alguma especificidade regional. A inserção de medicamentos na REMUME, que não estão padronizados na RENAME, pode indicar flexibilidade na capacidade de executar a gestão da AF. No entanto, um elevado número de medicamentos adquiridos não constantes na RENAME ou elencos pactuados na CIB impacta em acréscimo de custos do orçamento municipal para aquisição de medicamentos.
4. Participação	4.1 Participação de farmacêuticos e outros profissionais de saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde e dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano.	A elaboração do Plano Municipal de Saúde de forma participativa, com uma equipe multiprofissional, incluindo a construção dos objetivos, diretrizes e metas da AF, indica que o instrumento de gestão foi elaborado de forma integral, que os profissionais possuem informação sobre as metas estabelecidas e pactuadas, o que soma para a capacidade de decidir a gestão da AF.
	4.2 Participação da Coordenação da AF nas discussões / decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	A participação da coordenação da AF nas discussões das pactuações do município em relação conjunto aos outros setores da SMS indica ampliação, compartilhamento e transparência no processo decisório o que soma para capacidade de decidir em ambiente democrático.
5. Planejamento	5. Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	A realização de mecanismos de monitoramento da AF e a utilização dos dados no planejamento dos serviços de saúde mostram ações e resultados, influenciando na capacidade de executar a gestão da AF.

PREMISSAS DOS INDICADORES: DIMENSÃO OPERACIONAL

Dimensão Operacional		
Indicador	O que avalia este indicador?	Premissa
1. Condições Técnicas	1.1 UBS que contam com a presença de farmacêutico.	Quanto maior o número de unidades com farmacêuticos realizando os serviços farmacêuticos, entre eles a dispensação, indicam condições técnicas adequadas na oferta da AF na atenção básica de saúde, o que soma à gestão, capacidade em executar a AF.
	1.2 Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade / cartela fracionada sem indicação do prazo de validade no estoque da UBS.	A existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da UBS revela a ausência de controle adequado, necessário e suficiente do estoque de medicamentos. Além disso, a existência de blisters sem a data de validade, por causa do fracionamento feito no momento da dispensação conforme prescrição, compromete o acesso a um medicamento com qualidade, e repercute na capacidade da gestão em executar a AF.
2. Normatização	2.1 Existência de instrumentos de padronização (Procedimento Operacional Padrão (POP), manual) para dispensação de medicamentos.	A padronização e uniformização das condutas realizadas pelos profissionais responsáveis pela dispensação garantem a existência de mecanismos técnicos e operacionais de execução e qualificação dos serviços.
	2.2 Existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).	Cada estabelecimento gerador de resíduo de saúde deve implementar o PGRSS com objetivo de minimizar a produção e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente. A implementação de um PGRSS indica a existência de procedimentos técnicos e operacionais que asseguram condições adequadas de execução da AF.

3. Infraestrutura	3.1 Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 2 anos em serviços farmacêuticos.	Investimentos em infraestrutura dos serviços de AF possibilitam condições de manutenção e ampliação das condições para a execução e qualificação das práticas, o que soma para a capacidade de executar da gestão da AF.
	3.2 Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições operacionais (físicas e ambientais, externas e internas) previstas para armazenamento de medicamentos indica preocupação dos gestores em garantir as condições favoráveis à preservação da estabilidade química consequente segurança dos medicamentos, o que soma à gestão, para a capacidade de executar a AF.
4. Condições Operacionais	4.1 Existência de registro farmacêutico em prontuário da família.	O registro do profissional farmacêutico no prontuário familiar é tão importante como registrar os serviços de qualquer profissional na SMS. Influência na motivação do profissional, em autenticar os serviços prestados e na qualidade, o que soma à gestão, capacidade em executar a AF.
	4.2 Existência de um sistema informatizado na SMS que contemple as necessidades da AF.	Um sistema informatizado da rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde do município demonstra a integração e comunicação entre os diversos setores da rede de atenção à saúde, o que soma para a capacidade de decidir e compartilhar as informações da gestão da AF na rede.

5. Boas Práticas em Logística	<p>5.1 Existência de instrumento/ método de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), definição de distribuição de forma conjunta (Coordenação da AF e UBS) e adequação as necessidades das unidades da zona rural e ribeirinha, considerando distâncias e épocas sazonais.</p>	<p>A realização de programação para aquisição de medicamentos do componente básico da AF indica manutenção do abastecimento de medicamentos, compatibilizando os recursos disponíveis com as necessidades e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF. Quando realizada com base em critérios técnicos recomendados, indica condições favoráveis ao atendimento das necessidades dos usuários com vistas a assegurar o acesso a medicamentos. Já a definição de distribuição desses medicamentos de forma conjunta indica responsabilidade compartilhada na organização das ações da AF descentralizada, o que soma para capacidade de decidir da AF.</p>
	<p>5.2 Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as UBS conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.</p>	<p>Uma regularidade adequada no abastecimento de medicamentos das farmácias das UBS pelo nível central da SMS, revela iniciativas de gestão voltadas para garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e sua qualidade, assegurando melhores condições de execução da AF na rede básica de saúde do município.</p>

PREMISSAS DOS INDICADORES: DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE

Dimensão Sustentabilidade		
Indicador	O que avalia este indicador?	Premissa
1. Estratégias de comunicação (AF e UBS)	1.1 Estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de UBS ou responsável pelo pedido de medicamentos e farmacêuticos.	A existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF para resolução de problemas relacionados a medicamentos, mecanismos de divulgação da REMUME para os prescritores, bem como um percentual de respostas positivas de prescritores referindo o recebimento de material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS são estratégias para que os atores envolvidos na atenção à saúde possam adotar as políticas preconizadas pela coordenação da AF, o que indica aumento da capacidade de sustentar as ações da gestão da Assistência Farmacêutica.
2. Força de trabalho	2.1 Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	A coordenação da AF contratada com vínculo estatutário permite a manutenção e a sustentabilidade das ações desenvolvidas no serviço, o que influencia a capacidade de sustentar os resultados de gestão.
	2.2 Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	Maior percentual de farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos, aponta para iniciativas do profissional em qualificação contínua, agregando conteúdo e atualizações, muitas vezes incentivados pela instituição, diante da necessidade constante de aperfeiçoamento, o que soma para a capacidade de sustentar os resultados de gestão.
3. Articulação	3.1 Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), das Equipes de Agente Comunitário de	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

	<p>Saúde (EACS) e da coordenação do Hiperdia para o desenvolvimento de ações que envolvem o acesso a medicamentos para HAS.</p> <p>3.2 Existência de parceria entre a Assistência Farmacêutica Municipal e a Coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área (Que tipos de parcerias).</p>	<p>relação entre o âmbito municipal da coordenação da AF e o estadual o que soma para a capacidade de sustentar resultados de gestão.</p>
4. Controle Social	<p>4.1 Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 2 anos.</p> <p>4.2 Existência de meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos e serviços da AF, segundo coordenador da UBS e usuários</p>	<p>A discussão de questões relacionadas a medicamentos junto ao Conselho Municipal de Saúde revela decisões compartilhadas e garante maior capacidade de decidir de forma participativa e qualificada, que reflete em maior capacidade de sustentar as ações da gestão AF.</p> <p>Maior percentual de coordenadores de UBS e de usuários que acusam a existência, reconhecimento e adequação de mecanismo da Ouvidoria Municipal para receberem críticas e sugestões, sobre os serviços ofertados nas UBS envolvendo medicamentos indicam preocupação da gestão em melhorar a operacionalização destes serviços aos usuários, o que soma para sustentar resultados de gestão.</p>
5. Satisfação	<p>5.1 Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos e ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.</p>	<p>Maior percentual de usuários satisfeitos com as condições da dispensação de medicamentos, com o atendimento e informações recebidas, através do profissional no momento da dispensação de medicamentos e as condições físicas da unidade, indica uma situação favorável na condução da AF, o que soma para a capacidade de sustentar resultados gestão.</p>

	5.2 Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	
	5.3 Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos para o tratamento da HAS disponíveis nas UBS para atendimento da demanda, segundo coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Uma quantidade adequada e diversidade de tipos de medicamentos das farmácias das UBS para o atendimento dos usuários, revela iniciativas de gestão voltadas para garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e sua qualidade, assegurando melhores condições de execução da AF na rede básica de saúde do município.
	5.4 Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos para o tratamento da HAS disponíveis nas UBS para o atendimento da demanda segundo referido por coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	
6. Legitimidade	6.1 Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componente básico) adotadas / padronizadas pelo município.	Um número maior de medicamentos prescritos com base no elenco pactuado no componente básico da AF assegura a diversidade e adequação necessárias dos medicamentos à situação de saúde do município o que coopera para a garantia do acesso ao medicamento, contribuindo para a capacidade de executar na gestão da AF.
	6.2 A gestão da AF desenvolve estratégias/projetos que reconhecem as práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde.	O reconhecimento das práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde, promovendo projetos que contribuam para tal indica legitimidade destas por parte da gestão da AF.
	6.3 Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos para HAS em relação ao orçamento destinado a	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.

	aquisição de medicamentos do componente básico no último ano.	
7. Transparência	7.1 Conhecimento da REMUME e recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS, segundo prescritores.	A existência de mecanismos de divulgação da REMUME para os prescritores, bem como um percentual de respostas positivas de prescritores referindo o recebimento de material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS são estratégias para que os atores envolvidos na atenção à saúde possam adotar as políticas preconizadas pela coordenação da AF, o que indica aumento da capacidade de sustentar as ações da gestão da Assistência Farmacêutica.
	7.2 Divulgação de informação para os usuários sobre falta de medicamentos para HAS no município pela coordenação de UBS e coordenação da AF.	A existência de mecanismos de divulgação de informação aos usuários sobre a falta de medicamentos para o tratamento da HAS no município pela coordenação de UBS e AF, indica transparência, o que soma a capacidade de executar a gestão da AF.

PROTOCOLO DE INDICADORES – DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

Indicador	O que avalia?	Medida	Parâmetro	Fonte		Pontuação Indicador
1. Institucionalidade	1.1 Condição de existência da coordenação da Assistência Farmacêutica (AF) na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).	Reconhecimento das funções da gestão da AF por meio da instituição por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador.	- Coordenação instituída por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 50% pontos -Coordenação não instituída por norma ou não atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 25% dos pontos. -Não há reconhecimento das funções de gestão da Assistência Farmacêutica: não pontua.	- Entrevista com coordenador da AF. - Documento de institucionalização de coordenação da AF.	10	19 pontos
	1.2 Existência formal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na SMS ou participação do município em uma CFT regional de forma regular.	Existência formal ou não/participação em uma CFT regional, com regularidade nas reuniões (acima de 6 reuniões/ano)	-Existe formalmente e/ou participa de uma CFT regional com regularidade nas reuniões (acima de 6 reuniões): 50% dos pontos -Existe formalmente e/ou participação de uma CFT regional, mas não tem regularidade nas reuniões (entre 4 a 6 reuniões): 25% dos pontos -Não existe e/ou não participa de CFT regional: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Portaria de instituição da CFT	9	
2. Autonomia	2.Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF	Desenvolvimento de ações pela Coordenação da AF que garantem autonomia decisória no âmbito da SMS Sim/Não Tipos de questões referidas: 1.Formulação de diretrizes para a organização da AF no município.	-Sim para todas as questões: alto grau de autonomia: 100% dos pontos -Sim para pelo menos dois tipos de questões: médio grau de autonomia: 50% dos pontos -Sim para uma das questões: baixo grau de autonomia: 25% dos pontos -Nenhuma das questões referidas: autonomia inexistente: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	21	21 pontos

		2- Seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para as UBS. 3- Acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias / UBS sobre as ações da AF.				
3. Condições Estratégicas	3.1 Profissão do coordenador da AF	O coordenador da AF é farmacêutico, outro profissional da saúde, ou outra categoria.	-Farmacêutico: 100% dos pontos -Outra profissão da área da saúde: 50 % dos pontos -Qualquer outra situação: não pontua /	- Entrevista com coordenador da AF	5	18 pontos
	3.2 Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de UBS.	Número de farmacêuticos e coordenadores de UBS que conhecem a existência da coordenação da AF / Total de informantes x 100	100% de respostas positivas: 100% pontos 50% das respostas positivas: 50% dos pontos Abaixo de 50%: não pontua	- Formulário para os farmacêuticos - Formulários para os coordenadores da UBS	5	
	3.3 Existência de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com medicamentos que não constem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2022 e/ou em elencos pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	Sim/ Não para existência de REMUME que contempla medicamentos além do que constam na RENAME 2022 e/ou elencos pactuados na CIB.	-Existe institucionalizada por meio de norma e constam medicamentos além do que constam na RENAME 2022 e/ou em elencos pactuados na CIB: 100% dos pontos -Existe, mas não institucionalizada por meio de norma, e os medicamentos são de acordo com a RENAME 2022: 50% dos pontos -Não existe REMUME: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Formulário para o Prescritor - Formulário para o Coordenador de UBS - Publicação oficial da REMUME - Análise da REMUME e da RENAME 2022	8	

4. Participação	4.1 Participação de farmacêuticos e outros profissionais de saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde e dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano.	Sim/Não para participação dos farmacêuticos e outros profissionais na elaboração do Plano Municipal de Saúde possuindo objetivos, diretrizes e metas para AF	-Plano elaborado de forma participativa e com objetivos, diretrizes e metas para AF: 100% dos pontos -O farmacêutico subsidiou tecnicamente a elaboração do capítulo de AF, mas não participou da elaboração das demais ações do plano de saúde: 50% dos pontos -Farmacêuticos não participaram e/não conhecem o Plano Municipal de Saúde e não possui objetivos, diretrizes e metas para AF: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF. - Formulário para os farmacêuticos. - Análise do Plano Municipal de Saúde.	11	22 pontos
	4.2 Participação da Coordenação da AF nas discussões / decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	-Sim: Formas de participação: 1. Elaboração do plano municipal de saúde 2. Participa do CMS 3. Elaboração do Relatório Quadrimestral 4- Reuniões de planejamento e avaliação da Atenção Básica - Não	-Sim para mais de uma forma de participação: 100% dos pontos - Sim para pelo menos uma forma de participação: 50% dos pontos - Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF.	11	
5. Planejamento	5. Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	Existência de monitoramento da AF conforme um diagnóstico municipal e dos seus objetivos, diretrizes e metas que devem constar no plano da AF municipal e utilização dos dados para o planejamento das ações.	-Existe o monitoramento da AF e os dados são utilizados no planejamento: 100% dos pontos -Existe o monitoramento da AF e os dados não são utilizados no planejamento: 50% dos pontos -O monitoramento da AF não é realizado: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF.	20	20 pontos

PROTOCOLO DE INDICADORES – DIMENSÃO OPERACIONAL

Indicador	O que avalia?	Medida	Parâmetro	Fonte		Pontuação indicador
1. Condições Técnicas	1.1 UBS que contam com a presença de farmacêutico.	Número de UBS que contam com a presença de farmacêutico / Total de UBS x 100	- 100% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 51 a 99% de respostas positivas: 75% dos pontos -De 1 a 50% de respostas positivas: 50% dos pontos -Nenhuma UBS com farmacêutico: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	13	20 pontos
	1.2 Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade/ cartela fracionada sem a indicação da data de validade no estoque da UBS.	Sim / Não para medicamentos fora da validade e existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade	-Não existência de medicamentos fora da validade e cartela fracionada sem a indicação da data de validade: 100% dos pontos -Não existência de medicamentos fora da validade e existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade: 50% pontos -Existência de pelo menos um medicamento fora da validade: não pontua / vermelho	- Verificação do estoque de medicamentos destinados à dispensação na UBS durante a visita técnica.	7	
2. Normatização	2.1 Existência de instrumentos de padronização (Procedimento Operacional Padrão (POP), manual) para dispensação de medicamentos.	Sim / Não	-Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Análise do instrumento de padronização de dispensação de medicamentos	8	16 pontos
	2.2 Existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) na Secretaria Municipal de Saúde e UBS.	Sim / Não	-Sim para as duas (SMS e UBS possuem): 100% dos pontos - Sim para apenas uma (SMS ou UBS possui): 50% dos pontos -Não: não pontua	- Entrevista com o coordenador da AF - Formulário para o coordenador da UBS - Análise do PGRSS (SMS e UBS)	8	

3. Infraestrutura	3.1 Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 2 anos em serviços farmacêuticos.	Sim/ Não para as seguintes questões: - Reforma ou ampliação de farmácia de UBS - Reforma, ampliação da CAF - Programas de capacitação de recursos humanos - Informatização da rede - Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF.	-Sim para pelo menos 4 questões: 100% dos pontos -Sim para pelo menos uma questão: 50% dos pontos -Qualquer outra situação: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	12	20 pontos
	3.2 Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	Sim / Não para os seguintes instrumentos: - Termômetro digital - Aparelho condicionador de ar - Refrigerador próprio para armazenamento de termolábeis - Armário com chave para armazenamento dos psicotrôpicos	-Acima de 75% média: 100% dos pontos -50% a 75% média: 75% dos pontos -25% a 50% média: 50% dos pontos -0% a 25% média: 25% dos pontos	- Verificação das condições na Farmácia da UBS durante a visita técnica.	8	
4. Condições Operacionais	4.1 Existência de registro farmacêutico em prontuário da família.	Sim/Não	-Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua	- Entrevista com o Coordenador da AF - Verificação do sistema na UBS	7	21 pontos
	4.2 Existência de um sistema informatizado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que contemple as necessidades da AF.	Sim/Não para existência do sistema informatizado que contemple as necessidades da AF.	- SMS possui sistema informatizado que contempla as necessidades da AF: 100% dos pontos - SMS possui sistema informatizado, mas não contempla as necessidades da AF: 50% dos pontos. - Não existe sistema informatizado na SMS: não pontua .	- Entrevista com o coordenador da AF -Verificação do sistema na SMS	14	

5. Boas Práticas em Logística	5.1 Existência de instrumento/ método de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), definição de distribuição de forma conjunta (Coordenação da AF e UBS) e adequação as necessidades das unidades da zona rural e ribeirinha, considerando as distâncias e as épocas sazonais.	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de programação e utiliza métodos de programação de medicamentos como: <ul style="list-style-type: none"> a) perfil epidemiológico b) oferta de serviços c) consumo histórico d) consumo ajustado - A distribuição é definida de forma conjunta (coordenação e UBS) - É feita adequação para atender as necessidades das UBS de zona rural e ribeirinha, considerando as distâncias e as épocas sazonais. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sim e utiliza métodos de programação de medicamentos. A distribuição é definida de forma conjunta (coordenação e UBS), é feita adequação para atender as necessidades das UBS de zona rural e ribeirinha, considerando as distâncias e épocas sazonais: 100% dos pontos -Sim, mas não utiliza critérios técnicos. A distribuição de medicamentos é definida somente pela CAF e/ou UBS, existe adequação para as necessidades da zona rural e ribeirinha.: 50 % dos pontos -Não existe programação. A distribuição de medicamentos não é adequada para atender a necessidade da zona rural e ribeirinha: não pontua 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da AF. - Formulário para os farmacêuticos 	14	23 pontos
	5.2 Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as UBS conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal e considerando as distâncias e as épocas sazonais.	<p>Sim/ Não com base nos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regularidade recomendada: mensal, quinzenal e semanal. - Irregular: diferente desta situação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da AF - Análise do cronograma 	9	

PROTOCOLO DE INDICADORES – DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE

Indicador	O que avalia?	Medida	Parâmetro	Fonte		Pontuação indicador
1. Estratégias de comunicação (AF e UBS)	1. Estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de UBS ou responsável pelo pedido de medicamentos e farmacêuticos.	Número de coordenadores de UBS e farmacêuticos que referem estratégias de comunicação entre as UBS e a coordenação de AF / total de informantes x 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Formulário para os farmacêuticos - Formulário para os coordenadores da UBS e ou responsável pelo pedido dos medicamentos	12	12 pontos
2. Força de trabalho	2.1 Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	Vínculo do coordenador da AF: Estatutário, outras formas de contratação, ou não tem o cargo de coordenador da AF	-Estatutário: 100% dos pontos -Outras formas de contratação: 50% dos pontos -Não tem o cargo de coordenador da AF: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	6	12 pontos
	2.2 Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos	Número de farmacêuticos que participaram capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos/ total de informantes x 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos -De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos -Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua	- Formulário para os farmacêuticos	6	
3. Articulação	3.1 Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), das Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS) e da coordenação do Hiperdia para o desenvolvimento de ações que envolvem o acesso a medicamentos para HAS.	Sim (Quais estratégias?) / Não	-Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF. - Entrevista coordenador do Hiperdia	7	13 pontos

	3.2 Existência de parceria entre a Assistência Farmacêutica Municipal e a Coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área.	Sim (Que tipo de parceria?) / Não	-Sim: 100% dos pontos -Não: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	6	
4. Controle Social	4.1 Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 2 anos.	Sim / Não para as seguintes situações: - Discussão e aprovação da REMUME - Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço - Discussão sobre novos projetos da área	-Sim para as três situações: 100% dos pontos -Sim para duas situações: 50% dos pontos -Sim para apenas uma situação: 25% dos pontos -Qualquer outra situação: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF.	7	14 pontos
	4.2 Existência de meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos e serviços da AF, segundo coordenador da UBS e usuários	Número de coordenadores de UBS e usuários que referem a existência de meios/contatos acessíveis da Ouvidoria Municipal nas UBS para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos /Total de informantes x100	- Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 50 % dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Entrevista telefônica com usuários - Formulário para o coordenador de UBS	7	
5. Satisfação	5.1 Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos e ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.	Porcentagem de usuários que atribuíram satisfação em relação ao recebimento dos medicamentos, atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos/Total de informantes x 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos -De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos -Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua	- Entrevista telefônica com usuários	6	18 pontos
	5.2 Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	Número de usuários que atribuíram satisfação as condições físicas da unidade em que dispensa medicamentos /Total de informantes x 100	-Acima de 75% de média 5: 100 % dos pontos -De 50 a 74% de média 5: 75 % dos pontos	- Entrevista telefônica com usuários	4	

			-De 25 % a 49% de média 5: 25 % dos pontos -Abaixo de 25 % de média 5: não pontua			
	5.3 Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos para o tratamento da HAS disponíveis nas UBS para atendimento da demanda, segundo coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Número de coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores que consideram a diversidade de tipos de medicamentos para o tratamento da HAS disponíveis nas UBS adequados para atendimento da demanda / total de informantes x 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Formulário para os farmacêuticos ou coordenador de UBS e ou responsável pelo pedido dos medicamentos - Formulário para os prescritores	4	
	5.4 Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) disponíveis nas UBS para o atendimento da demanda segundo referido por coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Número de coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores que consideram a quantidade adequada de medicamentos nas unidades para atendimento da demanda / total de informantes x 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF - Formulário para os farmacêuticos ou coordenador de UBS e ou responsável pelo pedido dos medicamentos -Formulário para os prescritores	4	
6. Legitimidade	6.1 Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componente básico) adotadas / padronizadas pelo município.	Total de medicamentos prescritos que constam na lista de medicamentos do componente básico da AF adotado pelo município/ Total de medicamentos prescritos por usuário dia x 100	-Acima de 90%: 100% dos pontos -Entre 75% a 89%: 75% dos pontos -Entre 50% a 74%: 50% dos pontos -Abaixo de 50% / ausência de REMUME: não pontua	- Prescrições na UBS - Listas de medicamentos adotadas pelos municípios	6	17 pontos
	6.2 A gestão da AF desenvolve estratégias/projetos que reconhecem as práticas tradicionais e culturais da população em relação ao cuidado em saúde.	Sim ou Não para: Projetos em desenvolvimento relacionados a práticas tradicionais em saúde (uso de plantas medicinais, farmácia viva, fitoterapia).	-Sim e possui projetos em desenvolvimento: 100% dos pontos - Existem projetos, mas não estão em desenvolvimento: 50% dos pontos	- Entrevista com a coordenação da AF - Formulário para farmacêuticos - Formulário para coordenadores de UBS	7	

			- Não existem projetos / não sabem informar: não pontua			
	6.3 Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos para HAS em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos do componente básico para HAS no último ano.	Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos para HAS no último ano / Orçamento destinado a aquisição de medicamentos para HAS X100	-Abaixo de 10%: 100% dos pontos -Mais de 10%: 50% dos pontos -O município não tem esta informação dos gastos com judicialização: não pontua	- Entrevista com coordenador da AF	4	
7. Transparência	7.1 Conhecimento da REMUME e recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS, segundo prescritores.	Número de prescritores que referem conhecer e receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS /Total de informantes X 100	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Formulário para os prescritores	8	14 pontos
	7.2 Divulgação de informação para os usuários sobre falta de medicamentos para HAS no município pela coordenação de UBS e coordenação da AF.	Número de usuários que refere haver na UBS mecanismos de divulgação sobre a falta de medicamentos para HAS no município pela coordenação de UBS e/ou AF.	-Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos -De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos -Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua	- Entrevista telefônica com usuários	6	

APÊNDICE E -TCLE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense**”, proposta pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGASFAR-UFSC). Para decidir se o Sr(a) deve concordar ou não em participar da pesquisa, leia ou leremos, atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo(a) e esclarecê-lo(a) de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais o(a) Sr(a) passará.

De acordo com o exigido pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, essa proposta de pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. “*O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos*”.

Essa proposta foi em aprovada em: 22/12/2021. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 52629421.0.0000.0121.

Os pesquisadores desse estudo, declaram ter ciência dos aspectos éticos contidos na Resolução CNS 466/2012, e cumprirão todas as exigências desta resolução.

1. Identificação do participante:

Nome: _____

Município: _____

2. Dados da Pesquisa:

2.1 Título do projeto: “**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense**”.

- Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR-UFSC)
- Projeto Unicentro
- Responsáveis pelo projeto: **Ilvia Silva Gomes (Mestranda) e Dra. Marina Raijche Mattozo Rover (Prof.ª Orientadora)**

2.2 Objetivos da pesquisa:

2.2.1 Objetivo Geral: Avaliar a Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, para identificar fatores que afetam o acesso aos tratamentos para hipertensão arterial sistêmica em municípios do estado do Pará.

2.2.2 Objetivos específicos: Conhecer a organização da assistência farmacêutica dos municípios para o componente básico da AF; Validar e aplicar um protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica na APS dos municípios; Identificar fatores que possam interferir no acesso aos medicamentos para hipertensão arterial sistêmica.

2.3 Justificativa da pesquisa: Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) ⁽⁸⁾ realizado em domicílios na zona urbana das cinco regiões brasileiras, apontam para a prevalência de hipertensão arterial autorreferida no Brasil em 23,7%, sendo mais notória na faixa etária de 60 anos ou mais (59,0%). Com relação ao acesso aos medicamentos para os cuidados com a doença, ainda é maior na região Sul e menor nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Quanto à obtenção desses medicamentos, 56,0% foram provenientes do SUS; 16,0%, do Programa Farmácia Popular (rede própria ou rede credenciada), e apenas 2,3%, de outros locais, apontando, assim, para a grande utilização e importância do SUS no tratamento da referida doença ⁽⁹⁾. Para a Atenção Primária à Saúde (APS), a disponibilidade dos medicamentos é crucial, principalmente por ser a porta de entrada do sistema de saúde, e por ser fundamental para o processo de promoção, recuperação e prevenção das principais doenças que acometem a população brasileira ⁽¹⁰⁾. Adicionalmente, o acesso aos tratamentos precisa ser, além de efetivo, oportuno e equitativo. Para superar os desafios, além de medidas relativas à gestão é necessário o fortalecimento do processo de descentralização, e a superação das deficiências na oferta dos serviços, principalmente nas regiões remotas, como o caso da Amazônia Brasileira. Neste contexto destaca-se a AF, como parte da política de saúde e essencial para garantir o acesso aos tratamentos ⁽¹¹⁾. Historicamente, os problemas de acesso aos medicamentos têm sido uma realidade presente em diversos municípios, prejudicando

diretamente os cuidados em saúde da população ^(12,13). Sabe-se, entretanto, que a problemática do desabastecimento, por exemplo, é muito mais complexa do que somente relacionada aos aspectos dos custos, podendo ser resultado, também, da gestão ineficiente da logística do medicamento ⁽¹³⁾. Apesar de diversos estudos realizados, como os da PNAUM, que traz dados representativos para o Brasil, é necessário levar-se em consideração as inúmeras particularidades que cada região do país possui. Na região da Amazônia brasileira, por exemplo, marcada por sua diversidade de fauna, flora, cultural e vasta dimensão territorial, são notórias as suas peculiaridades sociais e espaciais que a diferem das demais regiões ⁽¹⁴⁾.

3. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados

3.1 Esclarecimentos ao participante:

Você está sendo convidado a responder algumas perguntas que levantarão informações sobre o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), com o propósito de conhecer os fatores que vem comprometendo ou facilitando a sua gestão. Avaliar este Componente é detectar obstáculos e oportunidades e propor estratégias de avanços, visando a melhoria da qualidade do processo, do acesso e uso dos medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica.

A entrevista será realizada de forma individual, em local reservado, buscando atender as recomendações necessárias dos órgãos sanitários, para conter o COVID-19, o entrevistador e entrevistado deverão estar de máscara, não compartilharão objetos, buscaremos ser o mais breve possível;

A entrevista será gravada com seu consentimento;

Solicitaremos nesta entrevista alguns documentos que possam nos ajudar a compreender melhor o funcionamento da AF, tais como: protocolos de programação, relatórios de gestão, plano municipal de saúde, relação de medicamentos essenciais.

3.2 Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

- Você não será submetido a nenhum procedimento invasivo, doloroso ou que exponha a qualquer tipo de risco biológico;
- Você pode ter um risco, mesmo que mínimo, de sentir algum constrangimento/desconforto em responder algumas perguntas realizadas na entrevista. Será respeitada a condição de aceitar ou rejeitar as avaliações propostas a qualquer momento da pesquisa.
- Outro risco que pode haver refere-se a perda do sigilo de algum dado, entretanto todas as medidas serão tomadas para evitar esse risco. Os participantes serão codificados e somente os pesquisadores terão acesso as planilhas de informações, e na divulgação dos resultados do estudo, será preservado o sigilo dos participantes.

3.3 Despesas, compensações e indenizações:

- Você não terá qualquer despesa para participar desse estudo, sendo este de caráter totalmente gratuito; caso haja alguma despesa, durante a sua participação, garantiremos o ressarcimento.
- Conforme mencionado anteriormente, os riscos nesse estudo são mínimos, mas caso haja algum dano em decorrência de sua participação, nos responsabilizaremos pela indenização.

3.4 Direito de confidencialidade:

- Os dados serão utilizados única e exclusivamente para atendimento dos objetivos e finalidades deste projeto de pesquisa;
- Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

3.5 Acesso aos resultados da pesquisa:

- Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, por meio da dissertação de Mestrado, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou de outra natureza, relatórios etc. Em todas as publicações e divulgações, serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa.

3.6 Liberdade de retirada do consentimento:

Você pode, a qualquer momento da pesquisa, solicitar a retirada do consentimento, sem prejuízos, devendo ser prontamente atendido.

3.7 Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de objetivos, procedimentos, riscos, benefícios etc. Para isso, basta que entre em contato com os proponentes da pesquisa:

- **Responsável Local: Ilvia Silva Gomes**

Telefone: (93) 99174-1128 E-mail: ilvia.gomes@posgrad.ufsc.br

Endereço: Rua da Índia, nº700, São José Operário, Santarém -PA

- **Coordenadora: Marina Raijche Mattozo Rover**

Telefone: (48) 99167-9737 E-mail: marinarover@yahoo.com.br

3.8 Acesso a instituição responsável pela pesquisa:

- Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através dos contatos abaixo:
- Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Trindade, Farmácia Escola, Florianópolis, SC -88040-900. Email: ppgasfar@contato.ufsc.br

3.9 Consentimento pós-informado:

Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de entrevistado (sujeito-participante) do projeto de pesquisa acima referido, após devidamente informados sobre os objetivos e finalidades dele. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação e da Instituição em que atuo serão mantidas em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei renumeração, não terei qualquer ônus financeiro (despesas) pelo meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados. **Assino** o presente documento em **duas vias de iguais, ficando uma em minha posse.**

_____, _____ de _____ de 20 ____.

Participante

Coordenadora: Prof^a. Marina Raijche Mattozo Rover

Pesquisadora Local: Ilvia Silva Gomes

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROFISSIONAIS**

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense**”, proposta pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGASFAR-UFSC). Para decidir se o Sr(a) deve concordar ou não em participar da pesquisa, leia ou leremos, atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo(a) e esclarecê-lo(a) de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais o(a) Sr(a) passará.

De acordo com o exigido pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, essa proposta de pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. “O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos”.

Essa proposta foi em aprovada em: 22/12/2021. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 52629421.0.0000.0121.

Os pesquisadores desse estudo, declaram ter ciência dos aspectos éticos contidos na Resolução CNS 466/2012, e cumprirão todas as exigências desta resolução.

1. Identificação do participante:

Nome: _____

Município: _____

2. Dados da Pesquisa:

2.1 Título do projeto: “**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense**”.

- Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR-UFSC)
- Projeto Unicentro
- Responsáveis pelo projeto: **Ilvia Silva Gomes (Mestranda) e Dra. Marina Raijche Mattozo Rover (Prof.ª Orientadora)**

2.2 Objetivos da pesquisa:

2.2.1 Objetivo Geral: Avaliar a Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, para identificar fatores que afetam o acesso aos tratamentos para hipertensão arterial sistêmica em municípios do estado do Pará.

2.2.2 Objetivos específicos: Conhecer a organização da assistência farmacêutica dos municípios para o componente básico da AF; Validar e aplicar um protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica na APS dos municípios; Identificar fatores que possam interferir no acesso aos medicamentos para hipertensão arterial sistêmica.

2.3 Justificativa da pesquisa: Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) ⁽⁸⁾ realizado em domicílios na zona urbana das cinco regiões brasileiras, apontam para a prevalência de hipertensão arterial autorreferida no Brasil em 23,7%, sendo mais notória na faixa etária de 60 anos ou mais (59,0%). Com relação ao acesso aos medicamentos para os cuidados com a doença, ainda é maior na região Sul e menor nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Quanto à obtenção desses medicamentos, 56,0% foram provenientes do SUS; 16,0%, do Programa Farmácia Popular (rede própria ou rede credenciada), e apenas 2,3%, de outros locais, apontando, assim, para a grande utilização e importância do SUS no tratamento da referida doença ⁽⁹⁾. Para a Atenção Primária à Saúde (APS), a disponibilidade dos medicamentos é crucial, principalmente por ser a porta de entrada do sistema de saúde, e por ser fundamental para o processo de promoção, recuperação e prevenção das principais doenças que acometem a população brasileira ⁽¹⁰⁾. Adicionalmente, o acesso aos tratamentos precisa ser, além de efetivo, oportuno e equitativo. Para superar os desafios, além de medidas relativas à gestão é necessário o fortalecimento do processo de descentralização, e a superação das deficiências na oferta dos serviços, principalmente nas regiões remotas, como o caso da Amazônia Brasileira. Neste contexto destaca-se a AF, como parte da política de saúde e essencial para garantir o acesso aos tratamentos ⁽¹¹⁾. Historicamente, os problemas de acesso aos medicamentos têm sido uma realidade presente em diversos municípios, prejudicando diretamente os cuidados em saúde da população ^(12,13). Sabe-se, entretanto, que a problemática do desabastecimento, por exemplo, é muito mais complexa do que somente relacionada aos aspectos dos

custos, podendo ser resultado, também, da gestão ineficiente da logística do medicamento ⁽¹³⁾. Apesar de diversos estudos realizados, como os da PNAUM, que traz dados representativos para o Brasil, é necessário levar-se em consideração as inúmeras particularidades que cada região do país possui. Na região da Amazônia brasileira, por exemplo, marcada por sua diversidade de fauna, flora, cultural e vasta dimensão territorial, são notórias as suas peculiaridades sociais e espaciais que a diferem das demais regiões ⁽¹⁴⁾.

3. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados

3.1 Esclarecimentos ao participante:

Você está sendo convidado a responder algumas perguntas que levantarão informações sobre o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), com o objetivo de conhecer os fatores que vem comprometendo ou facilitando a sua gestão. Desta forma, serão propostas estratégias de avanços, visando a melhoria da qualidade do processo, do acesso e uso dos medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica.

A entrevista será realizada de forma individual, em local reservado, buscando atender as recomendações necessárias dos órgãos sanitários, para conter o COVID-19, o entrevistador e entrevistado deverão estar de máscara, não compartilharão objetos, buscará não ultrapassar o tempo de 15 minutos por entrevista;

A entrevista será gravada com seu consentimento;

3.2 Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

- Você não será submetido a nenhum procedimento invasivo, doloroso ou que exponha a qualquer tipo de risco biológico;
- Você pode ter um risco, mesmo que mínimo, de sentir algum constrangimento/desconforto em responder algumas perguntas realizadas na entrevista. Será respeitada a condição de aceitar ou rejeitar as avaliações propostas a qualquer momento da pesquisa.
- Outro risco que pode haver refere-se a perda do sigilo de algum dado, entretanto todas as medidas serão tomadas para evitar esse risco. Os participantes serão codificados e somente os pesquisadores terão acesso as planilhas de informações, e na divulgação dos resultados do estudo, será preservado o sigilo dos participantes.

3.3 Despesas, compensações e indenizações:

- Você não terá qualquer despesa para participar desse estudo, sendo este de caráter totalmente gratuito; caso haja alguma despesa, durante a sua participação, garantiremos o ressarcimento.
- Conforme mencionado anteriormente, os riscos nesse estudo são mínimos, mas caso haja algum dano em decorrência de sua participação, nos responsabilizaremos pela indenização.

3.4 Direito de confidencialidade:

- Os dados serão utilizados única e exclusivamente para atendimento dos objetivos e finalidades deste projeto de pesquisa;
- Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

3.5 Acesso aos resultados da pesquisa:

- Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, por meio da dissertação de Mestrado, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou de outra natureza, relatórios etc. Em todas as publicações e divulgações, serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa.

3.6 Liberdade de retirada do consentimento:

Você pode, a qualquer momento da pesquisa, solicitar a retirada do consentimento, sem prejuízos, devendo ser prontamente atendido.

3.7 Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de objetivos, procedimentos, riscos, benefícios etc. Para isso, basta que entre em contato com os proponentes da pesquisa:

- **Responsável Local: Ilvia Silva Gomes**

Telefone: (93) 99174-1128 E-mail: ilvia.gomes@posgrad.ufsc.br
Endereço: Rua da Índia, nº700, São José Operário, Santarém -PA

- **Coordenadora: Marina Raijche Mattozo Rover**

Telefone: (48) 99167-9737 E-mail: marinarover@yahoo.com.br

3.8 Acesso a instituição responsável pela pesquisa:

- Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através dos contatos abaixo:
- Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Trindade, Farmácia Escola, Florianópolis, SC -88040-900. Email: ppgasfar@contato.ufsc.br

3.9 Consentimento pós-informado:

Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de entrevistado (sujeito-participante) do projeto de pesquisa acima referido, após devidamente informados sobre os objetivos e finalidades dele. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação e da Instituição em que atuo serão mantidas em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei remuneração, não terei qualquer ônus financeiro (despesas) pelo meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados. **Assino** o presente documento em **duas vias de iguais, ficando uma em minha posse.**

_____, _____ de _____ de 20____.

Participante

Coordenadora: Prof^a. Marina Raijche Mattozo Rover

Pesquisadora Local: Ilvia Silva Gomes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS (REMOTO)
(a ser preenchido em formulário eletrônico)

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense**”, proposta pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGASFAR-UFSC). Para decidir se o Sr(a) deve concordar ou não em participar da pesquisa, leia ou leremos, atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo(a) e esclarecê-lo(a) de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais o(a) Sr(a) passará.

De acordo com o exigido pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, essa proposta de pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. “O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos”.

Essa proposta foi em aprovada em: 22/12/2021. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 52629421.0.0000.0121.

Os pesquisadores desse estudo, declaram ter ciência dos aspectos éticos contidos na Resolução CNS 466/2012, e cumprirão todas as exigências desta resolução.

1. Identificação do participante:

Nome: _____

Município: _____

2. Dados da Pesquisa:

2.1 Título do projeto: “**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense**”.

- Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR-UFSC)
- Projeto Unicentro
- Responsáveis pelo projeto: **Ilvia Silva Gomes (Mestranda) e Dra. Marina Raijche Mattozo Rover (Prof.^a Orientadora)**

2.2 Objetivos da pesquisa:

2.2.1 Objetivo Geral: Avaliar a Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, para identificar fatores que afetam o acesso aos tratamentos para hipertensão arterial sistêmica em municípios do estado do Pará.

2.2.2 Objetivos específicos: Conhecer a organização da assistência farmacêutica dos municípios para o componente básico da AF; Validar e aplicar um protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica na APS dos municípios; Identificar fatores que possam interferir no acesso aos medicamentos para hipertensão arterial sistêmica.

2.3 Justificativa da pesquisa: Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) ⁽⁸⁾ realizado em domicílios na zona urbana das cinco regiões brasileiras, apontam para a prevalência de hipertensão arterial autorreferida no Brasil em 23,7%, sendo mais notória na faixa etária de 60 anos ou mais (59,0%). Com relação ao acesso aos medicamentos para os cuidados com a doença, ainda é maior na região Sul e menor nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Quanto à obtenção desses medicamentos, 56,0% foram provenientes do SUS; 16,0%, do Programa Farmácia Popular (rede própria ou rede credenciada), e apenas 2,3%, de outros locais, apontando, assim, para a grande utilização e importância do SUS no tratamento da referida doença ⁽⁹⁾. Para a Atenção Primária à Saúde (APS), a disponibilidade dos medicamentos é crucial, principalmente por ser a porta de entrada do sistema de saúde, e por ser fundamental para o processo de promoção, recuperação e prevenção das principais doenças que acometem a população brasileira ⁽¹⁰⁾. Adicionalmente, o acesso aos tratamentos precisa ser, além de efetivo, oportuno e equitativo. Para superar os desafios, além de medidas relativas à gestão é necessário o fortalecimento do processo de descentralização, e a superação das deficiências na oferta dos serviços, principalmente nas regiões remotas, como o caso da Amazônia Brasileira. Neste contexto destaca-se a AF, como parte da política de saúde e essencial para garantir o acesso aos tratamentos ⁽¹¹⁾. Historicamente, os problemas de acesso aos medicamentos têm sido uma realidade presente em diversos municípios, prejudicando diretamente os cuidados em saúde da população ^(12,13). Sabe-se, entretanto, que a problemática do

desabastecimento, por exemplo, é muito mais complexa do que somente relacionada aos aspectos dos custos, podendo ser resultado, também, da gestão ineficiente da logística do medicamento ⁽¹³⁾. Apesar de diversos estudos realizados, como os da PNAUM, que traz dados representativos para o Brasil, é necessário levar-se em consideração as inúmeras particularidades que cada região do país possui. Na região da Amazônia brasileira, por exemplo, marcada por sua diversidade de fauna, flora, cultural e vasta dimensão territorial, são notórias as suas peculiaridades sociais e espaciais que a diferem das demais regiões ⁽¹⁴⁾.

3. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados

3.1 Esclarecimentos ao participante:

Você está sendo convidado a responder algumas perguntas que levantarão informações sobre o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), com o objetivo de conhecer os fatores que vem comprometendo ou facilitando a sua gestão. Desta forma, serão propostas estratégias de avanços, visando a melhoria da qualidade do processo, do acesso e uso dos medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica.

3.2 Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

- Você não será submetido a nenhum procedimento invasivo, doloroso ou que exponha a qualquer tipo de risco biológico;
- Você pode ter um risco, mesmo que mínimo, de sentir algum constrangimento/desconforto em responder algumas perguntas realizadas na entrevista. Será respeitada a condição de aceitar ou rejeitar as avaliações propostas a qualquer momento da pesquisa.
- Outro risco que pode haver refere-se a perda do sigilo de algum dado, entretanto todas as medidas serão tomadas para evitar esse risco. Os participantes serão codificados e somente os pesquisadores terão acesso as planilhas de informações, e na divulgação dos resultados do estudo, será preservado o sigilo dos participantes.

3.3 Despesas, compensações e indenizações:

- Você não terá qualquer despesa para participar desse estudo, sendo este de caráter totalmente gratuito; caso haja alguma despesa, durante a sua participação, garantiremos o ressarcimento.
- Conforme mencionado anteriormente, os riscos nesse estudo são mínimos, mas caso haja algum dano em decorrência de sua participação, nos responsabilizaremos pela indenização.

3.4 Direito de confidencialidade:

- Os dados serão utilizados única e exclusivamente para atendimento dos objetivos e finalidades deste projeto de pesquisa;
- Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

3.5 Acesso aos resultados da pesquisa:

- Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, por meio da dissertação de Mestrado, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou de outra natureza, relatórios etc. Em todas as publicações e divulgações, serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa.

3.6 Liberdade de retirada do consentimento:

Você pode, a qualquer momento da pesquisa, solicitar a retirada do consentimento, sem prejuízos, devendo ser prontamente atendido.

3.7 Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de objetivos, procedimentos, riscos, benefícios etc. Para isso, basta que entre em contato com os proponentes da pesquisa:

- **Responsável Local: Ilvia Silva Gomes**

Telefone: (93) 99174-1128

E-mail: ilvia.gomes@posgrad.ufsc.br

Endereço: Rua da Índia, nº700, São José Operário, Santarém -PA

- **Coordenadora: Marina Raijche Mattozo Rover**

Telefone: (48) 99167-9737

E-mail: marinarover@yahoo.com.br

3.8 Acesso a instituição responsável pela pesquisa:

- Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através dos contatos abaixo:
- Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Trindade, Farmácia Escola, Florianópolis, SC -88040-900. E-mail: ppgasfar@contato.ufsc.br

3.9 Consentimento pós-informado:

Ao clicar no botão “**Li o TCLE e concordo em participar da pesquisa**” **abaixo**, você declara que leu o termo de consentimento acima e concorda em participar na qualidade de participante do projeto de pesquisa acima referido, e compreendeu os objetivos e finalidades da pesquisa, a forma de participação, os riscos e benefícios, a garantia de confidencialidade e de esclarecimento permanente, autorizando a aplicação desse questionário.

Fica claro também que as informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que sua identificação e da Instituição em que atua serão mantidas em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto. Que você não terá qualquer ônus financeiro (despesas) pelo seu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado seu direito a retirar-se da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso basta comunicar sua decisão a um dos proponentes do projeto acima citados. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador. Para obter este TCLE, clique no link anexo.

Li o TCLE e concordo em participar da pesquisa

Coordenadora: Prof^ª. Marina Raijche Mattozo Rover

Pesquisadora Local: Ilvia Silva Gomes

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS**

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense**”, proposta pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGASFAR-UFSC). Para decidir se o Sr(a) deve concordar ou não em participar da pesquisa, leia ou leremos, atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo(a) e esclarecê-lo(a) de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais o(a) Sr(a) passará.

De acordo com o exigido pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, essa proposta de pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. “O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos”.

Essa proposta foi em aprovada em: 22/12/2021. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 52629421.0.0000.0121.

Os pesquisadores desse estudo, declaram ter ciência dos aspectos éticos contidos na Resolução CNS 466/2012, e cumprirão todas as exigências desta resolução.

1. Identificação do participante:

Nome: _____
Município: _____

2. Dados da Pesquisa:

2.1 Título do projeto: “**Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense**”.

- Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR-UFSC)
- Projeto Unicentro
- Responsáveis pelo projeto: **Ilvia Silva Gomes (Mestranda) e Dra. Marina Raijche Mattozo Rover (Prof.ª Orientadora)**

2.2 Objetivos da pesquisa:

2.2.1 Objetivo Geral: Avaliar a Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, para identificar fatores que afetam o acesso aos tratamentos para hipertensão arterial sistêmica em municípios do estado do Pará.

2.2.2 Objetivos específicos: Conhecer a organização da assistência farmacêutica dos municípios para o componente básico da AF; Validar e aplicar um protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica na APS dos municípios; Identificar fatores que possam interferir no acesso aos medicamentos para hipertensão arterial sistêmica.

2.3 Justificativa da pesquisa: Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) ⁽⁸⁾ realizado em domicílios na zona urbana das cinco regiões brasileiras, apontam para a prevalência de hipertensão arterial autorreferida no Brasil em 23,7%, sendo mais notória na faixa etária de 60 anos ou mais (59,0%). Com relação ao acesso aos medicamentos para os cuidados com a doença, ainda é maior na região Sul e menor nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Quanto à obtenção desses medicamentos, 56,0% foram provenientes do SUS; 16,0%, do Programa Farmácia Popular (rede própria ou rede credenciada), e apenas 2,3%, de outros locais, apontando, assim, para a grande utilização e importância do SUS no tratamento da referida doença ⁽⁹⁾. Para a Atenção Primária à Saúde (APS), a disponibilidade dos medicamentos é crucial, principalmente por ser a porta de entrada do sistema de saúde, e por ser fundamental para o processo de promoção, recuperação e prevenção das principais doenças que acometem a população brasileira ⁽¹⁰⁾. Adicionalmente, o acesso aos tratamentos precisa ser, além de efetivo, oportuno e equitativo. Para superar os desafios, além de medidas relativas à gestão é necessário o fortalecimento do processo de descentralização, e a superação das deficiências na oferta dos serviços, principalmente nas regiões remotas, como o caso da Amazônia Brasileira. Neste contexto destaca-se a AF, como parte da política de saúde e essencial para garantir o acesso aos tratamentos ⁽¹¹⁾. Historicamente, os problemas de acesso aos medicamentos têm sido uma realidade presente em diversos municípios, prejudicando diretamente os cuidados em saúde da população ^(12,13). Sabe-se, entretanto, que a problemática do desabastecimento, por exemplo, é muito mais complexa do que somente relacionada aos aspectos dos

custos, podendo ser resultado, também, da gestão ineficiente da logística do medicamento ⁽¹³⁾. Apesar de diversos estudos realizados, como os da PNAUM, que traz dados representativos para o Brasil, é necessário levar-se em consideração as inúmeras particularidades que cada região do país possui. Na região da Amazônia brasileira, por exemplo, marcada por sua diversidade de fauna, flora, cultural e vasta dimensão territorial, são notórias as suas peculiaridades sociais e espaciais que a diferem das demais regiões ⁽¹⁴⁾.

3. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados

3.1 Esclarecimentos ao participante:

Você está sendo convidado a responder algumas perguntas que levantarão informações sobre o acesso aos medicamentos para hipertensão arterial na Farmácia Básica da Unidade de Saúde. O propósito desta pesquisa é identificar fatores que possam interferir no acesso aos medicamentos para hipertensão arterial sistêmica. Busca ainda, conhecer os fatores que vem comprometendo ou facilitando a gestão da Assistência Farmacêutica. Desta forma, serão propostas estratégias de avanços, visando a melhoria da qualidade do acesso e uso dos medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica.

A entrevista será realizada de forma individual, em local reservado, buscando atender as recomendações necessárias dos órgãos sanitários, para conter o COVID-19, o entrevistador e entrevistado deverão estar de máscara, não compartilharão objetos, buscará não ultrapassar o tempo de 10 minutos por entrevista;

A entrevista será gravada com seu consentimento;

3.2 Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

- Você não será submetido a nenhum procedimento invasivo, doloroso ou que exponha a qualquer tipo de risco biológico;
- Você pode ter um risco, mesmo que mínimo, de sentir algum constrangimento/desconforto em responder algumas perguntas realizadas na entrevista. Será respeitada a condição de aceitar ou rejeitar as avaliações propostas a qualquer momento da pesquisa.
- Outro risco que pode haver refere-se a perda do sigilo de algum dado, entretanto todas as medidas serão tomadas para evitar esse risco. Os participantes serão codificados e somente os pesquisadores terão acesso as planilhas de informações, e na divulgação dos resultados do estudo, será preservado o sigilo dos participantes.

3.3 Despesas, compensações e indenizações:

- Você não terá qualquer despesa para participar desse estudo, sendo este de caráter totalmente gratuito; caso haja alguma despesa, durante a sua participação, garantiremos o ressarcimento.
- Conforme mencionado anteriormente, os riscos nesse estudo são mínimos, mas caso haja algum dano em decorrência de sua participação, nos responsabilizaremos pela indenização.

3.4 Direito de confidencialidade:

- Os dados serão utilizados única e exclusivamente para atendimento dos objetivos e finalidades deste projeto de pesquisa;
- Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

3.5 Acesso aos resultados da pesquisa:

- Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, por meio da dissertação de Mestrado, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou de outra natureza, relatórios etc. Em todas as publicações e divulgações, serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa.

3.6 Liberdade de retirada do consentimento:

Você pode, a qualquer momento da pesquisa, solicitar a retirada do consentimento, sem prejuízos, devendo ser prontamente atendido.

3.7 Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de objetivos, procedimentos, riscos, benefícios etc. Para isso, basta que entre em contato com os proponentes da pesquisa:

- **Responsável Local: Ilvia Silva Gomes**

Telefone: (93) 99174-1128 E-mail: ilvia.gomes@posgrad.ufsc.br
Endereço: Rua da Índia, nº700, São José Operário, Santarém -PA

- **Coordenadora: Marina Raijche Mattozo Rover**

Telefone: (48) 99167-9737 E-mail: marinarover@yahoo.com.br

3.8 Acesso a instituição responsável pela pesquisa:

- Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através dos contatos abaixo:
- Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Trindade, Farmácia Escola, Florianópolis, SC -88040-900. Email: ppgasfar@contato.ufsc.br.

3.9 Consentimento pós-informado:

Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de entrevistado (sujeito-participante) do projeto de pesquisa acima referido, após devidamente informados sobre os objetivos e finalidades dele. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação e da Instituição em que atuo serão mantidas em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei remuneração, não terei qualquer ônus financeiro (despesas) pelo meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados. **Assino** o presente documento em **duas vias de iguais, ficando uma em minha posse.**

_____, _____ de _____ de 20____.

Participante

Coordenadora: Prof^a. Marina Raijche Mattozo Rover

Pesquisadora Local: Ilvia Silva Gomes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXPERTS (REMOTO)
(a ser preenchido em formulário eletrônico)

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **“Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense”**, proposta pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGASFAR-UFSC). Para decidir se o Sr(a) deve concordar ou não em participar da pesquisa, leia ou leremos, atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo(a) e esclarecê-lo(a) de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais o(a) Sr(a) passará.

De acordo com o exigido pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, essa proposta de pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. *“O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos”*.

Essa proposta foi em aprovada em: 22/12/2021. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 52629421.0.0000.0121.

Os pesquisadores desse estudo, declaram ter ciência dos aspectos éticos contidos na Resolução CNS 466/2012, e cumprirão todas as exigências desta resolução.

1. Identificação do participante:

Nome: _____

Município: _____

2. Dados da Pesquisa:

2.1 Título do projeto: **“Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde em Municípios do Oeste Paraense”**.

- Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR-UFSC)
- Projeto Unicentro
- Responsáveis pelo projeto: **Ilvia Silva Gomes (Mestranda) e Dra. Marina Raijche Mattozo Rover (Prof.ª Orientadora)**

2.2 Objetivos da pesquisa:

2.2.1 Objetivo Geral: Avaliar a Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, para identificar fatores que afetam o acesso aos tratamentos para hipertensão arterial sistêmica em municípios do estado do Pará.

2.2.2 Objetivos específicos: Conhecer a organização da assistência farmacêutica dos municípios para o componente básico da AF; Validar e aplicar um protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica na APS dos municípios; Identificar fatores que possam interferir no acesso aos medicamentos para hipertensão arterial sistêmica.

2.3 Justificativa da pesquisa: Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) ⁽⁸⁾ realizado em domicílios na zona urbana das cinco regiões brasileiras, apontam para a prevalência de hipertensão arterial autorreferida no Brasil em 23,7%, sendo mais notória na faixa etária de 60 anos ou mais (59,0%). Com relação ao acesso aos medicamentos para os cuidados com a doença, ainda é maior na região Sul e menor nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Quanto à obtenção desses medicamentos, 56,0% foram provenientes do SUS; 16,0%, do Programa Farmácia Popular (rede própria ou rede credenciada), e apenas 2,3%, de outros locais, apontando, assim, para a grande utilização e importância do SUS no tratamento da referida doença ⁽⁹⁾. Para a Atenção Primária à Saúde (APS), a disponibilidade dos medicamentos é crucial, principalmente por ser a porta de entrada do sistema de saúde, e por ser fundamental para o processo de promoção, recuperação e prevenção das principais doenças que acometem a população brasileira ⁽¹⁰⁾. Adicionalmente, o acesso aos tratamentos precisa ser, além de efetivo, oportuno e equitativo. Para superar os desafios, além de medidas relativas à gestão é necessário o fortalecimento do processo de descentralização, e a superação das deficiências na oferta dos serviços, principalmente nas regiões remotas, como o caso da Amazônia Brasileira. Neste contexto destaca-se a AF, como parte da política de saúde e essencial para garantir o acesso aos tratamentos ⁽¹¹⁾. Historicamente, os problemas de acesso aos medicamentos têm sido uma realidade presente em diversos municípios, prejudicando diretamente os cuidados em saúde da população ^(12,13). Sabe-se, entretanto, que a problemática do

desabastecimento, por exemplo, é muito mais complexa do que somente relacionada aos aspectos dos custos, podendo ser resultado, também, da gestão ineficiente da logística do medicamento ⁽¹³⁾. Apesar de diversos estudos realizados, como os da PNAUM, que traz dados representativos para o Brasil, é necessário levar-se em consideração as inúmeras particularidades que cada região do país possui. Na região da Amazônia brasileira, por exemplo, marcada por sua diversidade de fauna, flora, cultural e vasta dimensão territorial, são notórias as suas peculiaridades sociais e espaciais que a diferem das demais regiões ⁽¹⁴⁾.

3. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados

3.1 Esclarecimentos ao participante:

Você está sendo convidado a participar do processo de validação do instrumento que será utilizado na pesquisa acima referida. O propósito dessa pesquisa é avaliar a Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, com o propósito de conhecer os fatores que vem comprometendo ou facilitando a sua gestão. Avaliar é detectar obstáculos e oportunidades e propor estratégias de avanços, visando a melhoria da qualidade do processo, do acesso e uso dos medicamentos.

Caso aceite participar seu papel será verificar o instrumento construído e contribuir com sugestões para adequação ao instrumento. Esse processo será feito de forma remota, por meio das técnicas de grupo nominal e do comitê tradicional. Você receberá um e-mail com todas as informações do projeto e orientações para a sua participação.

3.2 Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

- Você não será submetido a nenhum procedimento invasivo, doloroso ou que exponha a qualquer tipo de risco biológico;
- Você pode ter um risco, mesmo que mínimo, de sentir algum constrangimento/desconforto em responder algumas perguntas realizadas na entrevista. Será respeitada a condição de aceitar ou rejeitar as avaliações propostas a qualquer momento da pesquisa.
- Outro risco que pode haver refere-se a perda do sigilo de algum dado, entretanto todas as medidas serão tomadas para evitar esse risco. Os participantes serão codificados e somente os pesquisadores terão acesso as planilhas de informações, e na divulgação dos resultados do estudo, será preservado o sigilo dos participantes.

3.3 Despesas, compensações e indenizações:

- Você não terá qualquer despesa para participar desse estudo, sendo este de caráter totalmente gratuito; caso haja alguma despesa, durante a sua participação, garantiremos o ressarcimento.
- Conforme mencionado anteriormente, os riscos nesse estudo são mínimos, mas caso haja algum dano em decorrência de sua participação, nos responsabilizaremos pela indenização.

3.4 Direito de confidencialidade:

- Os dados serão utilizados única e exclusivamente para atendimento dos objetivos e finalidades deste projeto de pesquisa;
- Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

3.5 Acesso aos resultados da pesquisa:

- Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, por meio da dissertação de Mestrado, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou de outra natureza, relatórios etc. Em todas as publicações e divulgações, serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa.

3.6 Liberdade de retirada do consentimento:

Você pode, a qualquer momento da pesquisa, solicitar a retirada do consentimento, sem prejuízos, devendo ser prontamente atendido.

3.7 Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de objetivos, procedimentos, riscos, benefícios etc. Para isso, basta que entre em contato com os proponentes da pesquisa:

- **Responsável Local: Ilvia Silva Gomes**

Telefone: (93) 99174-1128 E-mail: ilvia.gomes@posgrad.ufsc.br

Endereço: Rua da Índia, nº700, São José Operário, Santarém -PA

- **Coordenadora: Marina Raijche Mattozo Rover**

Telefone: (48) 99167-9737 E-mail: marinarover@yahoo.com.br

3.8 Acesso a instituição responsável pela pesquisa:

- Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através dos contatos abaixo:
- Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Trindade, Farmácia Escola, Florianópolis, SC -88040-900. E-mail: ppgasfar@contato.ufsc.br

3.9 Consentimento pós-informado:

Ao clicar no botão “**Li o TCLE e concordo em participar da pesquisa**” abaixo, você declara que leu o termo de consentimento acima e concorda em participar na qualidade de participante do projeto de pesquisa acima referido, e compreendeu os objetivos e finalidades da pesquisa, a forma de participação, os riscos e benefícios, a garantia de confidencialidade e de esclarecimento permanente, autorizando a aplicação desse questionário.

Fica claro também que as informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que sua identificação e da Instituição em que atua serão mantidas em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto. Que você não terá qualquer ônus financeiro (despesas) pelo seu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado seu direito a retirar-se da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso basta comunicar sua decisão a um dos proponentes do projeto acima citados. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador. Para obter este TCLE, clique no link anexo.

Li o TCLE e concordo em participar da pesquisa

Coordenadora: Prof^a. Marina Raijche Mattozo Rover

Pesquisadora Local: Ilvia Silva Gomes

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO OESTE PARAENSE

Pesquisador: Marina Rajjche Mattozo Rover

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52629421.0.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.185.434

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, de 22/09/2020, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Resumo: INTRODUÇÃO: Os medicamentos são um dos determinantes para a resolutividade das ações em saúde. Para isso, o acesso ao tratamento de doenças como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) precisa ser além de efetivo, oportuno e equitativo. Desse modo, é preciso superar desafios relacionados à gestão, como o fortalecimento do processo de descentralização e a superação das deficiências na oferta dos serviços, principalmente nas regiões remotas, como o caso da Amazônia Brasileira. **OBJETIVO:** Avaliar a Gestão da Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Primária à Saúde (APS), para identificar fatores que afetam o acesso aos tratamentos para HAS em municípios do estado do Pará. **MÉTODO:** Este projeto utilizará metodologias qualitativas e quantitativas, com abordagem descritiva e pesquisa de campo. Será desenvolvido em dois municípios do Oeste do Pará: Santarém e Rurópolis. Para o alcance dos objetivos, duas fases serão desenvolvidas, a primeira de validação dos indicadores para a realidade da região. A segunda de coleta de dados para a avaliação da AF, onde será realizada por meio de entrevistas (em sua

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.185.434

maioria em formato remoto) com atores chaves e análise documental (por ex. Relatório de Gestão Anual, Programação Plurianual (PPA), entre outros). Será utilizada a HAS como doença marcadora para a coleta de algumas informações, dada a sua prevalência. Os dados coletados serão tabulados utilizando o software Microsoft Excel® para análise e emissão do juízo de valor. Será realizada estatística descritiva e análise qualitativa utilizando-se a triangulação de métodos proposta por Minayo e colaboradores. RESULTADOS ESPERADOS: Espera-se com esse estudo identificar fragilidades na gestão da AF (onde e porque acontecem); promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes de determinadas variáveis; propor estratégias para superação dos constrangimentos identificados e/ou para manutenção das condições favoráveis.

[hipótese (se for o caso)] Apesar de estudos realizados no Brasil apontarem para alguns avanços no acesso a medicamentos, é necessário levar-se em consideração as inúmeras particularidades que cada região do país possui. Na região da Amazônia brasileira, por exemplo, marcada por sua diversidade de fauna, flora, cultural e vasta dimensão territorial, são notórias as suas peculiaridades sociais e espaciais que diferem das demais regiões. Assim, este estudo buscará responder o seguinte questionamento: Quais são os principais aspectos que impactam na garantia de acesso aos medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica para a população que vive nessa região?

[metodologia] 3.1 Desenho e local do estudo: Este projeto se caracteriza como um estudo transversal, descritivo tendo como unidade de análise a AF de dois municípios do Oeste do Pará, Santarém e Rurópolis. 3.2 Metodologia do Estudo 3.2.1 Adaptação do instrumento de coleta de dados: Para avaliar a AF será aplicado um protocolo de indicadores, baseado no de Manzini & Farias (2015)¹⁷. O plano de análise dos resultados será uma escala numérica, os quais representam os percentuais de respostas esperadas (parâmetros atribuídos). O protocolo e os instrumentos de coleta (17,18,19,21,22) passarão por uma adequação para o contexto dos municípios de estudo. Além disso, serão realizadas adaptações considerando a HAS como doença traçadora. 3.2.2 Validação do instrumento: Após a adaptação do protocolo e instrumentos, os mesmos passarão pelo processo de validação de conteúdo. Nesta etapa serão utilizadas de duas técnicas: Técnica de Grupo Nominal (TGN)⁽²³⁾, e o Comitê Tradicional^(24,25). Serão convidados para participar desse processo especialistas no assunto das universidades da região, e da instituição que desenvolveu o protocolo utilizado como referência. Além disso, serão convidados profissionais representantes dos municípios investigados que tenham conhecimento sobre o assunto. A validação ocorrerá em 3 fases (de forma virtual): Fase I - TGN: após as adaptações dos

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.185.434

indicadores, estes serão organizados em formulários eletrônicos, utilizando o Google Forms, e serão encaminhados através de um endereço eletrônico. Os participantes deverão analisar os indicadores considerando os critérios de: adequabilidade, clareza na redação, relevância e facilidade na obtenção dos dados(27). Como forma de mensuração da análise, estes deverão pontuar os indicadores por meio de uma escala Likert, além disso, serão delimitados espaços para mudança da redação e sugestões. Fase II – Compilação de dados e alterações: todos os formulários serão analisados e as sugestões serão analisadas. Um documento final será produzido para ser discutido. Fase III- Comitê tradicional: realizara-se uma oficina virtual com os participantes para o consenso dos instrumentos a serem utilizados. A reunião será gravada.

3.2.3 Coleta de Dados: Considerando o cenário atual de pandemia, optou-se por 2 modalidades de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas no formato remoto e presencial, com perguntas abertas e fechadas, dirigidas a informantes chaves, que responderão indagações com base nos indicadores. Para melhor compreensão da gestão da AF na APS, realizaremos visita técnica na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e nas Unidades Básica de Saúde (UBS) selecionadas para o estudo, seguindo a observação por meio de um checklist que versará sobre os parâmetros recomendados para a estruturação das farmácias e almoxarifados.

3.2.4 Informantes-Chave: Gestores da AF Municipal e gestor responsável pelo acompanhamento dos hipertensos no âmbito da APS. Também serão incluídos os profissionais da APS: prescritores, coordenadores de UBS/responsável pelo pedido dos medicamentos na unidade, farmacêuticos da CAF, farmacêutico do NASF/UBS se houver; e usuários hipertensos atendidos pelas UBS do estudo, maiores de 18 anos e aceitem participar.

3.2.5 Seleção das unidades de saúde e número de informantes: A seleção das unidades será pactuada junto a gestão dos municípios. O número de informantes por unidade será: 3 profissionais (por meio de formulário eletrônico)e 12 usuários (por telefone). Os participantes da zona rural e ribeirinha que não tiverem acesso a rede móvel, serão contatados para realização das entrevistas de forma presencial, agendadas, obedecendo todas as recomendações de saúde. As entrevistas serão gravadas e realizadas após o consentimento dos participantes (TCLE). Como fontes de informação ainda poderão ser utilizados: sistemas de informação, legislação, Relatórios de Gestão e atas de reuniões. Será zelada a ética na pesquisa e preservada a confidencialidade dos dados

Critério de Inclusão: Serão incluídos no estudo profissionais que atuam nas unidades de saúde há pelo menos 6 meses e que estejam relacionados a Assistência Farmacêutica na AB seja por meio da prescrição, seleção, programação ou dispensação dos medicamentos a usuários hipertensos. Convidaremos para o estudo usuários hipertensos, maiores de 18 anos, que receberam

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.185.434

medicamentos para HAS na UBS nos últimos 6 meses Critério de Exclusão: Serão excluídos do estudo mulheres grávidas e portadores de doenças crônico-degenerativas debilitantes, ou sequelas neurológicas ou doenças mentais, e aqueles que apresentarem, no momento da investigação, limitada autonomia e poder de decisão, ou alguma barreira de compreensão que possa dificultar a realização da entrevista por telefone.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, para identificar fatores que afetam o acesso aos tratamentos para HAS em municípios do estado do Pará. Objetivo Secundário: • Adaptar e validar um protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica na APS nos municípios de Santarém e Rurópolis; • Aplicar o protocolo de indicadores validado para avaliar a gestão da assistência farmacêutica na APS destes municípios; • Identificar fatores que possam interferir no acesso aos medicamentos para HAS nos municípios analisados; • Fornecer informações para a qualificação da gestão da assistência farmacêutica na APS destes municípios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos que pode haver nessa pesquisa são mínimos, como constrangimento/desconforto em responder algumas perguntas realizadas. em responder algumas perguntas realizadas na entrevista. Será respeitada a condição de aceitar ou rejeitar as avaliações propostas a qualquer momento da pesquisa. Outro risco que pode haver refere-se a perda do sigilo de algum dado, entretanto todas as medidas serão tomadas para evitar esse risco. Os participantes serão codificados e somente os pesquisadores terão acesso as planilhas de informações, e na divulgação dos resultados do estudo, será preservado o sigilo dos participantes.

Benefícios: Espera-se com esse estudo identificar fragilidades na gestão da AF (onde e porque acontecem); promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes de determinadas variáveis e propor estratégias para superação dos constrangimentos identificados e/ou para manutenção das condições favoráveis. Assim, ao conhecer a forma de organização da AF para a APS dos municípios do Oeste do Pará, será possível compreender os desafios por eles enfrentados e propor estratégias para a qualificação do serviço na região.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.185.434

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Dissertação de mestrado de Ilvia Silva Gomes, no PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MESTRADO ACADÊMICO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, orientado/a por Prof. Dra. Marina R. Mattozo Rover

Estudo [nacional] e [unicêntrico], [prospectivo].

Financiamento: [próprio].

País de origem: [Brasil].

Número de participantes no Brasil: [90].

Previsão de início do estudo: [01/02/2022 no formulário PB].

Previsão de término do estudo: [21/11/2022 no formulário PB].

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências ou lista de inadequações.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1826629.pdf	30/11/2021 15:12:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/11/2021 15:07:30	Ilvia Silva Gomes	Aceito
Outros	Carta_de_resposta_assinado.pdf	30/11/2021 15:06:49	Ilvia Silva Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	VERSAO_2_PROJETO.docx	30/11/2021 14:56:09	Ilvia Silva Gomes	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.185.434

Investigador	VERSAO_2_PROJETO.docx	30/11/2021 14:56:09	Ilvia Silva Gomes	Aceito
Outros	Anuencia_ruropolis.pdf	30/11/2021 14:54:52	Ilvia Silva Gomes	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	30/11/2021 14:51:18	Ilvia Silva Gomes	Aceito
Declaração de concordância	Anuencia_Santarem.pdf	21/09/2021 10:48:48	Marina Raijche Mattozo Rover	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 22 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Ilvia Silva Gomes <ilviagomes.farma@gmail.com>

[gs] Agradecimento pela submissão

1 mensagem

Andrea Gonçalves <gestaoesaude@unb.br>
Para: Ilvia Silva Gomes <ilviagomes.farma@gmail.com>

28 de fevereiro de 2023 às 10:42

Ilvia Silva Gomes:

Obrigado por submeter o manuscrito, "INDICADORES PARA AVALIAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL: UM OLHAR DIRECIONADO PARA A REGIÃO AMAZÔNICA" ao periódico Revista Gestão & Saúde. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/authorDashboard/submission/47262>
Usuário: ilviagomes

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

Andrea Gonçalves

Comissão Editorial,

Revista Gestão & Saúde

Journal of Management and Health