



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA

PATRÍCIA SILVEIRA RODRIGUES

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA.**

BRASÍLIA, 2016

PATRÍCIA SILVEIRA RODRIGUES

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dr^a. Noemia Urruth Leão Tavares
Co-orientadora: Profa. Dr^a. Mariana Sodário Cruz

**BRASÍLIA
2016**

PATRÍCIA SILVEIRA RODRIGUES

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Noemia Urruth Leão Tavares
Universidade de Brasília – UnB
Presidente

Leonor Maria Pacheco Santos
Universidade de Brasília – UnB
Examinador interno

Vera Lucia Luiza
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ – ENSP/FIOCRUZ
Examinador externo

Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília – UnB
Suplente

Dedico este trabalho aos meus pais, Eliane e Carlos, que por muitas vezes renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus. Tudo isso só foi possível devido ao amor, ao cuidado, aos ensinamentos, ao esforço e ao apoio que vocês me dedicaram. Essa conquista é nossa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus, pelo dom da vida, por iluminar meus caminhos e me dar forças para seguir adiante.

Aos meus pais, Eliane e Carlos, por me fazerem acreditar que os meus caminhos podem ser do tamanho dos meus sonhos. Obrigada pela paciência e compreensão das minhas ausências ao longo desse processo. Sei quão orgulhosos vocês estão a me ver concluindo esse trabalho. Obrigada sempre por tudo.

Ao Maciel, meu amor e companheiro, por ser tão importante em minha vida. A realização deste trabalho não seria possível sem seu amor, cuidado, força, apoio, alegria e ensinamentos. Obrigada por caminhar junto a mim e por compartilharmos os mesmos sonhos. Essa conquista também é sua.

Ao meu irmão, Júnior, pelo incentivo e carinho para continuar seguindo em frente em busca do conhecimento.

As minhas sobrinhas, Maria Luiza e Yasmin, minhas meninas, a alegria que vocês me proporcionam movem minha vida.

As minhas avós, Joselita e Severina, pela dedicação a mim de um amor sem igual.

Aos meus tios, tias, primos e primas pelo apoio, torcida e confiança que sempre depositam em mim.

Ao meu grande amigo, Evandro Medeiros, pelo companheirismo e carinho de sempre. Obrigada por fazer da minha vida e por tornar os dias em Brasília cheios de alegria e cor.

A todos os amigos de Recife, principalmente, as amigas da vida: Thatiane, Gilvanira e Georgia, obrigada pelo incentivo e pela profunda amizade.

À Patrícia Araújo, amiga e companheira de lá e de cá, pela acolhida assim que cheguei em Brasília e por todo apoio, confiança e carinho que você me dedica.

Aos queridos companheiros de trabalho da Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde, em especial os apoiadores de território e de referência do núcleo de apoio aos estados e municípios. Obrigada pelo

incentivo e apoio e em me ajudar a consolidar os dados necessários à realização deste trabalho.

Aos gestores do Ministério da Saúde, CONASEMS e CONASS que autorizaram institucionalmente a realização das pesquisas propostas nesse projeto. Em especial, ao José Miguel do Nascimento Júnior.

Um agradecimento especial a ex-chefe e agora amiga, Karen Costa, a pessoa mais determinada e intensa que conheço. Obrigada por todos os conhecimentos repassados, pelo apoio para a realização desse trabalho e pela oportunidade de trabalhar com você.

A Suetônio Queiroz, outro grande amigo que Brasília me proporcionou, todos os ensinamentos e discussões, durante e ao fim do expediente no Ministério da Saúde, foram fundamentais para dar concretude a esse trabalho. Obrigada pelas reflexões provocadas ao fim do processo de escrita.

À Eucilene, que contribuiu imensamente em algumas reflexões deste trabalho e também na análise estatística.

À Noemia Tavares, minha orientadora, por me acolher e me proporcionar tantos ensinamentos. Sua parceria e amizade são inestimáveis.

À Mariana Sodário, co-orientadora, por toda ajuda, disponibilidade, amizade e por ter me deixado ainda mais apaixonada pela área de avaliação em saúde. Sem dúvida, seus ensinamentos foram essenciais.

Aos amigos pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, em especial a Letisa Nora e Pedro Couto, pelo companheirismo, aprendizado e convivência gratificante. Um também agradecimento especial ao companheiro Elton Chaves. Obrigada por tudo.

Aos mestres da pós-graduação em Saúde Coletiva/UnB por todos os ensinamentos transmitidos e pela contribuição no meu processo de aprendizado.

Aos funcionários da pós-graduação da Faculdade de Saúde/UnB pelos préstimos dos bons serviços.

A todos os representantes dos municípios habilitados no QUALIFAR-SUS e informantes-chaves da gestão federal que se propuseram a participar deste estudo. Imensamente agradecida a todos.

Aos companheiros de luta que militam constantemente rumo a um SUS cada vez mais justo, equitativo, universal, gratuito e de qualidade para todos.

Às demais pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho ou participaram da minha vida, e que, por ventura, eu tenha me esquecido de agradecer.

Gratidão!

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.”

“Mudar é difícil, mas é possível”

Paulo Freire

RESUMO

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS) foi pioneiro na história das políticas farmacêuticas Públicas como um programa que visa a qualificação para gestão, e que, em uma de suas ações, destina investimentos para reestruturação da assistência farmacêutica na atenção básica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos. O objetivo deste trabalho foi analisar a implantação do QUALIFAR-SUS na estruturação dos Serviços de Farmacêuticos na atenção básica. Para tanto, desenvolveu-se um estudo do tipo avaliativo, que incorporou a avaliação normativa de estrutura e processo, e propôs uma pesquisa avaliativa para analisar aspectos do contexto organizacional que influenciariam nos efeitos produzidos no grau de implantação da intervenção nas dimensões política e técnica. O grau de implantação da intervenção foi classificado em 44% dos municípios como insatisfatório, 34% satisfatório, 21% crítico e em 1% foi considerada como excelente. Foi identificada uma forte influência entre fatores do contexto e a implementação das ações do Eixo Estrutura que induziram de forma sinérgica ou antagônica os efeitos da intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência farmacêutica; Políticas públicas de saúde; Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The National Program for Pharmaceutical Assistance Qualification under the Brazilian National Health System (QUALIFAR-SUS) was a pioneer in the history of Public Pharmaceutical Policies as a program for management, which in one of its actions intended investment for restructuration of Pharmaceutical Services in Primary considering the physical area, equipment, furniture and human resources. The objective of this study is to analyze the implementation of QUALIFAR-SUS in the structuring of Pharmaceutical Services in Primary Care. Therefore, we developed an assessment study, which incorporated the normative assessment of the structure and process, and proposed an evaluative research to analyze aspects of the organizational context that influence the effects on the degree of implementation of the intervention in the political dimensions and technique. The degree of implementation was reported in 44% of municipalities as unsatisfactory, 34% satisfactory, 21% critical and 1% was considered excellent. A strong influence of contextual factors and the implementation of the Axis Structure actions that influenced synergistically or antagonistically the effects of intervention has been identified.

KEYWORDS: Pharmaceutical Care; Public Health Policies; Health evaluation; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1 - Ciclo de operacionalização do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS	26
Quadro 1 - Características do contexto que podem influenciar o grau de implantação e os efeitos observados, segundo os diferentes modelos de análise de mudanças	34
Quadro 2 - Documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados ao Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS	39
Quadro 3 - Correlação entre objetivos específicos, métodos utilizados, referencial teórico e fontes de dados	43
Quadro 4 - Matriz de julgamento dos critérios avaliados contendo as dimensões, sub dimensões, critérios/indicadores, pontuação máxima e fontes	48
Artigo:	
Figura 1 - Modelo lógico do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica	56
Tabela 1 - Pontuação para definir o grau de implantação: Estrutura e processo	59
Tabela 2 - Distribuição do grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS Brasil e ano de habilitação	60
Tabela 3 - Demonstrativo dos resultados de grau de implantação por sub dimensão avaliada – dimensão estrutura	60
Tabela 4 - Demonstrativo dos resultados de grau de implantação por sub dimensão avaliada – dimensão processo	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Central de abastecimento farmacêutico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGAFB	Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
CGU	Controladoria Geral da União
CSU	Cobertura de Saúde Universal
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
e-CAR	Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados
FE	Frequência Esperada
GM	Gabinete do Ministro
IC	Intervalo de Confiança
LM	Limite de Confiança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
Requalifica UBS	Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SF	Serviço Farmacêutico
SILOS	Sistemas de Saúdes Locais
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
SE	Secretaria Executiva
TCU	Tribunal de Contas da União
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E IMPLEMENTAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
3.2	O PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: A OPERACIONALIDADE DO EIXO ESTRUTURA	23
3.3	AVALIAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS, REFLEXÕES E PRÁTICAS	28
3.3.1	Histórico da avaliação e avaliação normativa	28
3.3.2	Análise de implantação.....	31
3.3.1	Estudo do contexto e o processo de implementação de políticas públicas	33
4	MÉTODO.....	37
4.1	DESENHO DO ESTUDO	37
4.1.1	Avaliação normativa	38
4.1.2	Análise de implantação.....	42
4.2	PERÍODO E SUJEITOS DO ESTUDO.....	44
4.2.1	Grau de implantação.....	44
4.2.2	Análise do contexto.....	44
4.3	COLETA DE DADOS	45
4.4	ESTRATÉGIA DE ANÁLISE.....	46
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1	ARTIGO	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
7	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES.....	84
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (ON LINE) - GESTORES MUNICÍPIOS HABILITADOS NO EIXO ESTRUTURA DO QUALIFAR-SUS)	84

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTORES NACIONAIS DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS	86
APÊNDICE C - ROTEIRO QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO AOS MUNICÍPIOS PARA DETERMINAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO EIXO ESTRUTURA DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS	88
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO EIXO ESTRUTURA DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS.....	102
APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA.....	105
ANEXOS	106
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	106
ANEXO B – COMPROVANTE E SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA SAÚDE EM DEBATE	107

1 INTRODUÇÃO

A Conferência Mundial sobre atenção primária à saúde (APS), realizada em Alma Ata, foi um marco em traçar metas de 'Saúde para todos' e a Atenção Primária como estratégia fundamental para o alcance destas, o que salvaguardou uma importante repercussão no desenvolvimento da assistência farmacêutica (AF) no mundo (1).

Propostas importantes na garantia do acesso a medicamentos foram traçadas em Alma Ata, como reconhecer o abastecimento de medicamentos essenciais, considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aqueles que satisfazem às necessidades de atenção à saúde da maior parte da população (2), um dos oito elementos da APS. A OMS também recomendou aos governos que formulassem Políticas Públicas, na perspectiva de assegurar, ao menor custo possível, à disponibilidade de medicamentos nos diferentes níveis de atenção à saúde (1)

Desde então, diversas ações foram realizadas por atores internacionais e nacionais, incluindo governos, organismos governamentais e não governamentais com o objetivo de garantir o acesso a medicamentos, como a criação do Programa de Ação de Medicamentos Essenciais da OMS, entre as quais adquirem relevância a publicação da primeira lista de medicamentos essenciais e sua adoção por diversos países e a inclusão do tema acesso a medicamentos como prioridade nas agendas das instituições, inclusive nas metas de desenvolvimento do Milênio (3).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 define a saúde como um direito universal que deve ser garantido pelo Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Lei nº 8080/90, possui como princípios doutrinários a universalidade de acesso aos serviços de saúde, equidade e a integralidade da assistência, competindo-lhe a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (art. 6º).(4)

Na perspectiva de concretizar e executar políticas farmacêuticas e com o escopo de promover o acesso a medicamentos essenciais e o uso racional de medicamentos, foram estabelecidas a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (5). Desde então, diversos avanços foram garantidos, dentre estes, destaca-se a ampliação nos investimentos

da gestão pública: apenas de recursos federais, o orçamento passou de 1,9 bilhão de reais para 12,4 bilhões, considerando o período de 2003 a 2014 (6) e ainda a publicação de documentos técnicos com o propósito de fornecer orientações para organizar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS .

Apesar dos esforços empreendidos, estudos de avaliação na área da assistência farmacêutica básica demonstram lacunas a serem enfrentadas (7–14). As análises revelam estruturas físicas precárias, recursos humanos pouco qualificados, inadequação da execução dos procedimentos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais e ações focadas na logística de medicamentos e insumos com ausência na orientação aos usuários dos serviços de saúde.

Com o desafio de reduzir o cenário de fragmentação dos serviços farmacêuticos e superar o modelo vigente, que valoriza apenas a disponibilidade dos medicamentos, e o desenvolvimento de estratégias que assegurem aos usuários um conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS). O programa está organizado em quatro eixos: estrutura, informação, educação e cuidado (15).

A primeira ação implementada do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS foi destinada a apoiar a estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica dos municípios com população de até 100 mil habitantes, constantes do Plano Brasil sem Miséria (BSM), destinando recursos financeiros para a adequação da estrutura física e de recursos humanos (15).

Na sua proposta, O Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, além dos incentivos financeiros para a promoção de melhorias na estrutura dos serviços farmacêuticos na atenção na Atenção Básica, propôs aos municípios habilitados o desenvolvimento de atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão da assistência farmacêutica, que integram as ações a serem cumpridas para implantação do programa.

Considerando a necessidade de enfrentar os desafios das realidades da assistência farmacêutica nos municípios de extrema pobreza no Brasil, o caráter inovador e, por conseguinte, as expectativas relacionadas ao programa QUALIFAR-SUS em seu Eixo Estrutura, acredita-se ser importante a realização desta pesquisa que se dedicou a analisar a implantação do programa QUALIFAR-SUS nos municípios habilitados no primeiro ano de implementação do Eixo Estrutura no

período de 2012 a 2013, nas dimensões estrutura e processo, identificando as principais dificuldades na implantação e na execução das ações propostas para implantação pelo Ministério da Saúde. Ainda, procedeu-se como estratégia de pesquisa análise do contexto organizacional nas dimensões política e técnica, considerando os dispositivos institucionais definidos pela gestão federal do SUS, e a influência destes nos efeitos produzidos no grau de implantação da intervenção.

Os conhecimentos revelados por este estudo poderão fornecer aos gestores do programa subsídios para a tomada de decisão quanto a ajustes, aperfeiçoamento e alcance dos objetivos propostos no programa.

Neste estudo, parte-se do pressuposto de que: i) os efeitos observados estão associados ao grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS; e ii) O grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS é condicionado pelo contexto organizacional no qual se insere.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica, na ação destinada ao Plano Brasil sem Miséria, nos municípios habilitados no período de 2012 a 2013.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Construir o modelo lógico do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS;
- 2) Estimar o grau de implantação do Eixo Estrutura nas dimensões estrutura e processo nos municípios habilitados;
- 3) Analisar a influência do contexto organizacional nas dimensões política e técnica e efeitos produzidos no grau de implantação da intervenção;
- 4) Discutir o processo de implantação do programa, atores envolvidos, estratégias políticas para execução e recursos disponíveis.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E IMPLEMENTAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O acesso a medicamentos essenciais tem sido tratado como pauta fundamental para o direito à saúde, constituindo pilar para a implementação de políticas farmacêuticas públicas. Entretanto, com o avanço das políticas na área da assistência farmacêutica, outras demandas passaram a ser apontadas, indicando que apenas a provisão de medicamentos não é suficiente, sinalizando a necessidade que, para além da garantia do insumo, é preciso informações para seu uso adequado e, para tanto, é fundamental a reorganização dos serviços (16).

O conceito de serviço farmacêutico (SF) surge, na década de 90, significando a prática do profissional farmacêutico, em especial as atividades clínicas (17–19). Na região das Américas, no mesmo período, a partir de ampla discussão organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os SF compõem as discussões dos Sistemas de Saúdes Locais (SILOS) como componente dos serviços e programas de atenção à saúde:

Serviços farmacêuticos são parte integrante dos serviços e programas saúde, e representam um processo que inclui: fornecimento de medicamentos em todas as etapas constituinte, conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica de fármacos, acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e divulgação de informações sobre drogas e educação continuada de outros membros da equipe de saúde, dos pacientes e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (16).

Apesar do novo conceito estar fortemente ligado ao processo curativo, a nova definição vai além dos serviços profissionais farmacêuticos, e abrange desde os serviços técnicos-gerenciais (serviços relacionados à logística dos medicamentos) aos serviços técnicos-assistenciais (serviços relacionados à prática clínica de medicamentos). No Brasil, a discussão dos serviços farmacêuticos tem sido realizada em paralelo com a da assistência farmacêutica. Observa-se em algumas publicações o termo serviço farmacêutico relacionado a serviços dos profissionais, em outras o conceito surge como integrante dos serviços de saúde. Neste trabalho, utilizou-se como definição o último conceito.

Para contextualização histórica dos serviços farmacêuticos no Brasil, resgatou-se a discussão destes a partir do desenvolvimento da AF no SUS. A Assistência Farmacêutica tem sido discutida, desde 1988, em paralelo a implementação do Sistema Único de Saúde, o que lhe conferiu uma soma de mudanças alinhadas à proposta da Saúde Coletiva, que propõe o reconhecimento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e discute a resolução dos problemas de saúde centrada no trabalho em equipe e com a participação do usuário (20) .

Destaca-se neste cenário do SUS a constituição das políticas farmacêuticas: Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Estas subsidiaram proposições de intervenções no âmbito da área de medicamentos, definindo competências dos entes federados sobre o financiamentos de medicamentos e a execução de ações na atenção primária à saúde (21,22).

A PNAF é fruto das deliberações da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada no ano de 2003 em Brasília, que teve como tema central o acesso, a qualidade e a humanização da AF com controle social (23).

Recomendações foram realizadas na citada conferência que evidenciavam: garantia do acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a assistência farmacêutica; qualificação dos serviços de farmacêuticos públicos nos diferentes níveis de atenção; e formação e capacitação de recursos humanos para a AF no SUS (23). A partir do exposto, a assistência farmacêutica foi tratada não só no reducionismo da garantia da disponibilidade do medicamento, mas a partir da necessidade da qualificação dos serviços e da formação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de práticas nos serviços farmacêuticos, o que contribuiu para a instituição, no documento da política, do conceito de AF com caráter amplo com vistas a garantir os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS:

Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (22).

As atividades da assistência farmacêutica traçadas na PNAF estão diretamente ligadas ao ciclo de gestão da AF e evidenciam ações ligadas ao nível da macrogestão da saúde. A PNAF definiu, dentre seus eixos estratégicos, o objetivo de estruturar e qualificar os serviços de farmacêuticos, como estratégia para a promoção do acesso a medicamentos com a qualidade necessária (22).

O Ministério da Saúde publicou, em 2009, documento intitulado “Diretrizes para estruturação de farmácias no Sistema Único de Saúde”, que definiu o conceito de serviços farmacêuticos no SUS como integrante dos serviços de saúde, com o objetivo de garantir o acesso a medicamentos no momento adequado, com qualidade, efetividade e segurança da terapêutica, promovendo a disseminação de informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde. Sendo fundamental área física, equipamentos, mobiliários e recursos humanos capacitados adequados aos desenvolvimentos de atividades assistenciais, logísticas e administrativas (24). O conceito determinado liga-se a microgestão da assistência farmacêutica, compreendendo atividades assistenciais, mas também administrativas.

Nesse sentido, complementa-se ao conceito definido no Brasil de serviços farmacêuticos discussões de um grupo de trabalho, o qual contou com um conjunto de especialistas da região das Américas, organizado pela OPAS, que construiu a definição de serviços farmacêuticos baseados em uma APS renovada, como instrumento para alcance da cobertura de saúde universal (CSU):

Conjunto de ações no sistema de saúde que buscam garantir a atenção integral, integrada e contínua das necessidades e problemas da saúde da população tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo a seu acesso equitativo e uso racional. Estas ações, desenvolvidas pelo farmacêutico ou sob sua coordenação, incorporado a uma equipe de saúde e com a participação comunitária, têm como alvo a obtenção de resultados concretos em saúde com vista à melhora da qualidade de vida da população (16) (tradução nossa)

Observa-se a construção de um conceito que, além de alinhado com as diretrizes e princípios do SUS, traz significativos avanços para o SF, que deixa de ser compreendido apenas como serviços de distribuição de medicamentos e passam a ser percebidos como integrante da rede de atenção para o cuidado em saúde, já que envolve relação direta com o usuário. Dessa forma, os serviços farmacêuticos na atenção básica ou atenção primária à saúde devem ser tratados como prioridade,

por relacionar a prestação direta dos serviços com medicamentos, influenciando a obtenção dos resultados em saúde (25).

Contudo, diversos problemas comprometem a qualidade dos serviços farmacêuticos no nível da atenção básica. Estudos realizados pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS (26) identificaram precariedade principalmente na estrutura física e nos processos relacionados a Recursos Humanos dos SF's, apontado a necessidade de investimentos na infraestrutura da assistência farmacêutica (26).

Outra investigação realizada com dados de 1278 municípios do cadastro de adesão do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus do Ministério da Saúde, demonstrou a ocorrência de problemas comuns nos processos relacionados à assistência farmacêutica, como a perda de medicamentos devido as condições de precárias no armazenamento, relacionadas à inexistência de ambiente climatizado no local destinado a guarda do medicamento ou a garantia de refrigerador exclusivo para medicamentos (27). Acrescenta-se a esse dado estudo recente da avaliação dos resultados de caracterização das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), que divulgou a fragilidade e precariedade da infraestrutura física das farmácias na atenção básica (28).

Vieira (13) e Vieira e Zucchi (29) evidenciam a relevância da AF no âmbito da Atenção à Saúde. Contudo, demonstram os desafios da implementação de serviços farmacêuticos que priorizem os recursos necessários à execução de atividades para uma gestão em saúde eficaz, efetiva e eficiente.

3.2 O PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: A OPERACIONALIDADE DO EIXO ESTRUTURA

Em 2012, com o objetivo de aprimorar a implementação e integração sistêmica das atividades de Assistência Farmacêutica nos serviços de saúde, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, publicou a Portaria Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro (MS/GM) nº 1.214, de 13 de junho de 2012, que instituiu o programa QUALIFAR-SUS no âmbito do Sistema Único de Saúde (30).

O programa QUALIFAR-SUS é uma estratégia ampla de reorganização da política farmacêutica pública e tem como finalidade contribuir para o processo de aprimoramento e integração das atividades da AF nas redes de atenção à saúde, a partir da estruturação física dos serviços farmacêuticos, disponibilidade de informações que proporcionem avaliação das ações e serviços de saúde, promoção da educação permanente para o aprimoramento das práticas profissionais e inserção das práticas clínicas no âmbito da AF. Para tanto, o programa está arquitetado em quatro eixos: estrutura, informação, educação e cuidado (15).

O Eixo Estrutura tem o objetivo de promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos, como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado. A implementação deste eixo foi realizada, inicialmente a partir de uma ação destinada aos municípios com até 100 mil habitantes do Plano Brasil sem Miséria, dispondo recursos financeiros para reestruturação de equipamentos, mobiliários e recursos humanos da assistência farmacêutica na atenção básica (15).

A seleção dos municípios priorizou aqueles que participavam de duas iniciativas do Saúde mais perto de você, conjunto de ações do Ministério da Saúde para reorganização, fortalecimento e estruturação da atenção básica: o Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS). Priorizou, ainda, os municípios com adesão ao sistema Hórus ou que possuíssem sistema de informação próprio para a gestão da AF (31,32).

A habilitação dos municípios do Plano Brasil sem Miséria com até 100 mil (n=2.257), entre o período de 2012 a 2014, no Eixo Estrutura, ocorreu a partir de seleção nacional com os elegíveis ao programa (31,32).

As seleções e habilitações dos municípios no Eixo Estrutura ocorreram sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde.

A partir da seleção dos elegíveis e assinatura do termo de adesão pelo gestor municipal dos municípios selecionados, foram habilitados 453 municípios, no ano de

2012, a receberem recursos financeiros para qualificação da assistência farmacêutica na atenção básica. No ano de 2013, novos 453 municípios foram habilitados no programa. Em 2014, o programa amplia a cobertura para 1582 municípios, perfazendo o total de 70% dos municípios do Plano Brasil sem Miséria com até 100.000 habitantes contemplados com recursos destinados a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica (15).

Como orientação para implantação do Eixo Estrutura, o MS definiu uma sequência de atividades a serem realizadas após a habilitação e recebimento dos recursos financeiros pelos municípios habilitados (15):

- i) Realizar o diagnóstico da situação da Assistência Farmacêutica, principalmente com relação à estrutura física e aos equipamentos;
- ii) Planejar ações e metas de estruturação baseadas no diagnóstico, além da utilização da ferramenta de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-CAR), para o registro do planejamento de estruturação;
- iii) Executar as ações e as metas planejadas para a estruturação da Assistência Farmacêutica;
- iv) Enviar o conjunto de dados do Componente Básico de Assistência Farmacêutica para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica;
- v) Monitorar o planejamento e a execução das ações de estruturação.

O denominado ciclo de operacionalização do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS é demonstrado na figura abaixo:

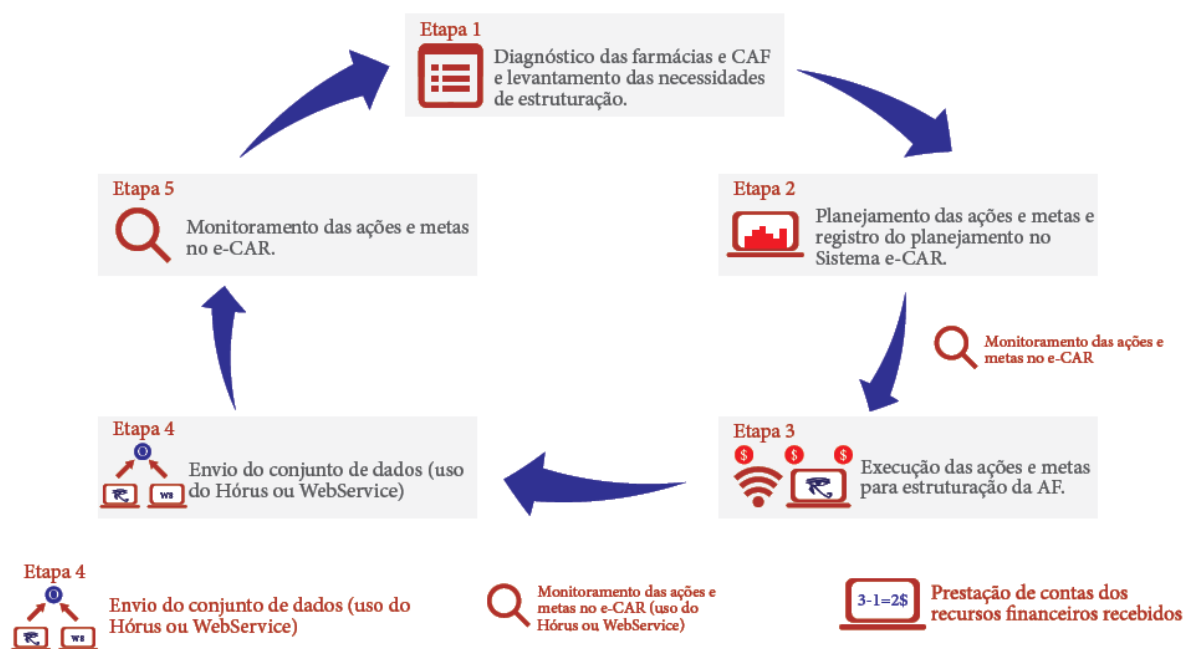


Figura 1 - Ciclo de operacionalização do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS

Fonte: Brasil (2015)

Os recursos financeiros destinados pelo Ministério da Saúde aos municípios para o financiamento do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS estão distribuídos em recursos de investimento e de custeio (31,32).

Os recursos de investimento deverão ser utilizados tendo como orientação as Diretrizes para a Estruturação de Farmácias no âmbito do SUS (15). O repasse é realizado de acordo com o porte populacional do município (31,32):

I – Municípios com população de até 25 mil habitantes: R\$ 11.200,00 por município;

II – Municípios com faixa populacional de 25.001 a 50 mil habitantes: R\$ 22.400,00 por município; e

III – Municípios com faixa populacional de 50.001 a 100 mil habitantes: R\$ 33.600,00 por município.

A execução do recurso de custeio deverá ter como objetivo a manutenção dos serviços farmacêuticos, priorizando a garantia de conectividade para a utilização do Sistema Hórus ou outros sistemas de gestão da AF e recursos humanos necessários para o desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica. O valor do recurso de custeio corresponde a R\$ 24.000 mil por ano, independentemente da faixa populacional do município selecionado (31,32).

Estratégias foram instituídas pelo Ministério da Saúde para repasse dos recursos aos municípios habilitados no Eixo Estrutura, como o estabelecimento de estratégias de monitoramento vinculadas a transferência fundo a fundo dos recursos de custeio a partir do envio das informações do componente básico da AF, definidas na Portaria MS/GM nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, à Base Nacional de Dados, Ações e serviços da Assistência Farmacêutica; e, de forma complementar, através da avaliação da alimentação e monitoramento do sistema e-CAR e das informações obtidas através da avaliação externa do PMAQ.

O envio do conjunto de dados da AF na atenção básica à Base Nacional de Dados, Ações e serviços da Assistência Farmacêutica é realizado através da utilização do Sistema Hórus ou, para os municípios que utilizam sistema próprio, por meio de uma ferramenta Web desenvolvida pelo Ministério da Saúde, o *WebService* (33).

O Sistema Hórus é uma ferramenta tecnológica desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretária de Saúde do Recife. Foi lançado no ano de 2009 e surgiu para possibilitar maior segurança ao acesso e uso de medicamentos (27).

A partir da necessidade de um sistema que possibilitasse acompanhar, monitorar e avaliar os resultados de projetos e ações desenvolvidos para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, foi estabelecida uma parceria com o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) da Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde, que permitiu o aprimoramento e a disponibilização de mais uma inovação tecnológica para a área da Assistência Farmacêutica, a ferramenta de Controle, Acompanhamento e Avaliação de resultados, o e-CAR (34). O e-CAR possibilita o monitoramento da execução das ações do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS e constitui-se como uma ferramenta de apoio ao planejamento das ações de estruturação dos serviços farmacêuticos pelos diferentes entes (15).

Dessa forma, a implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS vem sendo operacionalizada por meio das inovações tecnológicas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (Hórus, *WebService* e e-CAR) (15).

O Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS surge alinhado com as políticas prioritárias e estruturantes do Governo Federal, como o plano Brasil sem Miséria e as políticas estruturantes da atenção básica. Traduz-se em uma estratégia

inovadora na história das políticas farmacêuticas públicas de um programa para gestão, que em uma de suas ações, destina investimentos para reestruturação física da AF na APS, propondo romper com a realidade de serviços farmacêuticos com espaços inadequados para a aguardar de medicamentos e para o contato com os usuários do SUS, situações que dificulta a realização das orientações cabíveis para o uso correto de medicamentos (15).

3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS, REFLEXÕES E PRÁTICAS

3.3.1 Histórico da avaliação e avaliação normativa

A prática da avaliação é uma atividade milenar com diversos registros de sua importância no espaço social das sociedades orientais. Desperta como prática moderna, no início do século XVIII na Europa, a partir das novas correntes ideológicas e filosóficas que se apresentavam no amparo ao pensamento científico e moderno, promovendo a multiplicidade e aprimoramento dos métodos da pesquisa social e, dessa forma, induzindo a implementação de transformações sociais, políticas, culturais e econômicas (35)

Nos dias atuais, o termo avaliação é profundamente utilizado e disseminado na prática das políticas públicas. Encontram-se, com frequência, gestores que desejam avaliar o sistema público para aperfeiçoar as intervenções de suas ações de governo.

No Brasil, entre os aspectos envolvidos no âmbito das ações políticas, principalmente no campo das políticas de saúde, é o forte interesse na avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. Pode-se apontar como agentes desse interesse: as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, tais como o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; complexidade do perfil epidemiológico do país, com distintos problemas e necessidades, requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias; exigências cada vez maiores do controle de gastos em saúde; e, com mais frequência e contundência, a cobrança dos órgãos de controle e organismos financiadores externos (36).

As decisões necessárias para atender aos preceitos de qualidade da atenção prestada, universalidade do acesso e viabilidade econômica do SUS são relativamente difíceis de serem deliberadas, visto que incorpora um complexo sistema de saúde, grandes zonas de incerteza nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções possíveis de serem solucionadas e, ainda, atender as expectativas crescentes da população. Neste contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida e a avaliação parece ser a melhor solução (36).

Há uma diversidade de definições para o termo avaliação na literatura. Conceitualmente, nesta pesquisa, adotou-se a definição de Contandriopoulos (37), que apresenta uma das formas mais abrangentes e completas para o termo avaliação. O autor define a ação de avaliar como:

Uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (37)

A avaliação instituiu-se como prática e estratégia política de governo no período após a grande depressão nos Estados Unidos até a Segunda Guerra Mundial (38), com o principal objetivo de que o estado devia encontrar meios para tornar a atribuição de recursos a mais eficaz possível (39). Neste período, houve o predomínio de um método avaliativo denominado *modelo caixa-preta*, que consiste em uma abordagem experimental, a qual propunha a análise dos efeitos de intervenções na população por meio de métodos quantitativos baseados em um paradigma positivista, hipotético-dedutivo (40). Neste modelo não há a necessidade de saber se a intervenção está implementada ou compreender os fatores que influenciam favoravelmente ou desfavoravelmente a obtenção de resultados (38,41). Esta abordagem é também denominada de clássica ou experimental, por privilegiar a análise do efeito da intervenção a partir de métodos quantitativos (42).

Entretanto, a experiência da abordagem clássica mostrou que a objetividade dos métodos quantitativos não eram suficientes para explicar plenamente os resultados das intervenções, exigindo o julgamento de méritos e valores impossíveis de serem objetivados (41).

As dimensões da avaliação qualitativa e quantitativa são próprias a fenômenos complexos como o processo em saúde, não ocorrendo sobreposição de uma sobre outra. Porém, a avaliação qualitativa trata de aspectos que fogem aos indicadores e expressões numéricas. Este tipo de análise dedica-se às práticas de saúde que compõem os programas e serviços de saúde (42–44).

Um importante ponto que deve ser adicionado a essa discussão é que a intervenção pode ser objeto de dois tipos de avaliação: avaliação normativa ou pesquisa avaliativa. A avaliação normativa propõe-se a analisar cada componente da intervenção à luz dos critérios e normas, ou seja, pretende verificar se foi realizado o necessário, de maneira exitosa e de acordo com as normas defendidas. Por conseguinte, a pesquisa avaliativa busca examinar as relações de causalidade existentes entre os componentes de uma intervenção através de um procedimento científico, portanto, objetiva compreender o porquê dos resultados (35,39).

Uchimura e Bosi (44) contrapõem a afirmação de que pesquisa avaliativa não se configura como pesquisa por não utilizar métodos científicos posta por outros teóricos do campo da avaliação. Para as autoras, a análise de programas, sob critérios e normas cientificamente instituídos ou não, é uma atividade científica, solicitando assim um rigor metodológico adequado.

Segundo Shortell & Richardson citados por Brouselle, a pesquisa avaliativa é uma atividade de pesquisa, porém o mesmo não pode ser dito da avaliação normativa (35). Dessa forma, é possível compreender que há uma interseção parcial entre o campo da avaliação e o da pesquisa. É nesta área que as instâncias de decisão, a partir dos resultados da avaliação, podem elaborar seus julgamentos, expressando seus valores e manifestando suas intenções estratégicas (37).

Nesse sentido, a complexidade imposta ao avaliar a qualidade do campo da atenção à saúde impõe a complementariedade da avaliação normativa às técnicas da pesquisa avaliativa, com a utilização de métodos quantitativos e qualitativos promovendo uma emissão de julgamento de valor acerca dos componentes da intervenção, como proposto por Donabedian (44). O citado autor, baseando-se no enfoque sistêmico e com o objetivo de avaliar o cuidado médico, sistematizou proposta de avaliação a partir da abordagem da tríade: estrutura-processo-resultados (45).

A partir das abordagens conceituais mencionadas acima, faz-se necessário esclarecer que os conceitos de estrutura e processo utilizados neste estudo são os

definidos por Contandriopoulos (41), que define as avaliações de estrutura e processo como componentes da avaliação normativa, conceituando-as como:

- Avaliação de estrutura: Análise da medida em que os recursos são empregados de modo adequado para obter os resultados esperados. Os recursos do programa ou intervenção podem ser comparados com critérios e normas correspondentes;
- Avaliação de processo: Trata da medida em que os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta análise é realizada através da comparação entre os serviços oferecidos pelo programa com critérios e normas predeterminados em função dos resultados pretendidos.

Um outro conceito importante a ser adicionado ao campo da avaliação é a abordagem centrada na teoria do programa. Vieira-da-Silva (46) define a teoria de um programa como um conjunto de pressuposto de tudo o que deve ser feito para atingir os objetivos desejados, que impactos podem ser antecipados e como isso se produz. Esta abordagem possibilita a análise do conteúdo da caixa-preta, trazendo à tona os fatores e processos que determinam os efeitos, servindo de base para as demais etapas da avaliação, que podem ser baseadas em métodos quantitativos ou qualitativos (37).

3.3.2 Análise de implantação

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos diferentes de análise (47):

1. Análise estratégica – possibilita apreciar a pertinência da intervenção, isto é, a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que deu origem a esta.
2. Análise lógica – permite examinar o mérito da intervenção, ou seja, objetiva avaliar a relação entre os objetivos propostos e se os meios para alcançá-los são adequados e suficientes.
3. Análise da produção – estuda o modo como os recursos são utilizados para a produção de serviços.
4. Análise dos efeitos – avalia a influência dos serviços sobre o estado de saúde, quer dizer, busca medir a eficácia da intervenção.

5. Análise da eficiência – analisa a relação entre os recursos empregados e os efeitos observados.
6. Análise da implantação – mede a influência do contexto e da variação no grau de implantação de uma intervenção nos efeitos produzidos.

Este estudo utilizou como método de pesquisa avaliativa a análise da implantação. A análise da implantação de políticas, programas e serviços têm como principal objetivo identificar os determinantes e a influência no grau de implantação implicados na determinação dos efeitos de uma intervenção e do contexto nos resultados da própria intervenção. Mais do que uma singela avaliação dos efeitos das intervenções, a avaliação da implantação possibilita definir os processos envolvidos na produção das mudanças, o que valoriza a validade externa das pesquisas avaliativas, um problema encarado pelas pesquisas qualitativas (41).

Quanto a tipologia, a análise de implantação divide-se em quatro tipos distintos:

- Tipo 1-a: análise dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções;
- Tipo 1-b: análise da variação da implantação da intervenção, visando explicar a diferença entre a intervenção tal como foi planejada e aquela implantada;
- Tipo 2: análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados;
- Tipo 3: análise da influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Segundo Brousselle (2011), os quatro componentes permitem considerar em uma avaliação, ao contrário do modelo da caixa-preta, as variações na totalidade da intervenção, bem como a influência das variações contextuais nos efeitos.

3.3.1 Estudo do contexto e o processo de implementação de políticas públicas

Por implantação, compreende-se a implementação concreta de uma intervenção em um contexto preciso que pode ser descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas (35).

Ao introduzir determinada intervenção, fatores do contexto, como as características da organização, podem influenciar a implantação de modo sinérgico (quando o efeito conjunto de dois fatores é superior ao efeito destes quando considerados isoladamente) ou antagônico (quando o efeito individual de um fator é diminuído ou bloqueado pela presença de outro).

Os estudos dos fatores contextuais fundamentam-se no princípio que a implantação de uma intervenção vai supor necessariamente mudanças organizacionais, isto é, processos complexos de adaptação e de apropriação das políticas ou programas nos diferentes meios envolvidos. Partindo desse pressuposto, Denis e Champagne (48) sugerem que a análise do contexto seja realizada a partir da teoria das organizações e propõem cinco perspectivas para essa análise, a citar: racional; desenvolvimento organizacional; psicológico; estrutural; e político. O quadro 1 sumariza cada um dos modelos:

Quadro 1 - Características do contexto que podem influenciar o grau de implantação e os efeitos observados, segundo os diferentes modelos de análise de mudanças.

(Continua)

Modelo	Influência no grau de implantação	Influência nos efeitos observados
Racional (controle, hierarquia)	<p>Os comportamentos dos dirigentes facilitam a implantação da intervenção?</p> <p>O conteúdo da intervenção é transmitido corretamente aos agentes de implantação?</p> <p>Existem mecanismos que permitem acompanhar a implantação da intervenção?</p>	<p>Os comportamentos dos dirigentes facilitam o alcance dos objetivos buscados para a intervenção?</p> <p>Os agentes de implantação adotam comportamentos necessários para o alcance dos objetivos perseguidos pela intervenção?</p> <p>Existem mecanismos que permitem ajustar os comportamentos dos agentes de implantação para alcançar os objetivos visados pela intervenção?</p>
Desenvolvimento Organizacional (participação, consenso, adaptação)	<p>Os agentes de implantação possuem habilidades necessárias à implantação da intervenção?</p> <p>Os agentes de implantação evoluem em um contexto de trabalho favorável à implantação da intervenção?</p> <p>Os agentes de implantação entenderam a informação necessária à implantação?</p> <p>Há consenso entre os agentes de implantação sobre os diferentes componentes da intervenção?</p>	<p>Os agentes de implantação têm habilidades suscetíveis de favorecer o alcance dos objetivos da intervenção?</p> <p>Os agentes evoluem em um contexto de trabalho favorável ao alcance dos objetivos da intervenção?</p> <p>Há consenso entre os agentes de implantação sobre os objetivos visados pela intervenção?</p>

Quadro 1 - Características do contexto que podem influenciar o grau de implantação e os efeitos observados, segundo os diferentes modelos de análise de mudanças.

(Conclusão)

PSICOLÓGICO (atitudes, crenças, comportamentos, resistência)	Há resistência por parte dos indivíduos ou dos grupos à implantação das intervenções? Os postulados que regem o comportamento dos indivíduos ou dos grupos na organização são favoráveis a uma implantação da intervenção? Por que as experiências acumuladas na organização favorecem ou limitam a implantação da intervenção?	Os postulados que regem o comportamento dos indivíduos ou dos grupos na organização são favoráveis ao alcance dos objetivos da intervenção? Em que as experiências acumuladas na organização favorecem o alcance dos objetivos visados pela intervenção?
ESTRUTURAL (atributos organizacionais, atributos dos gestores, características do ambiente)	As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a Implantação da Intervenção?	As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem o alcance dos objetivos visados pela Intervenção?
POLÍTICO (atores, conflitos, poder, estratégia)	As relações entre atores são modificadas pela implantação da intervenção? Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção? Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?	Em que as estratégias dos atores favorecem ou se opõem ao alcance dos objetivos visados pela intervenção? Em que as estratégias dos atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis ao alcance dos objetivos visados pela intervenção?

Fonte: Denis e Champagne (1997)

Ante a diversidade das abordagens para análise do contexto, os autores mencionados sugerem o modelo político e contingente, que se inspira nas abordagens política e estrutural (48). Este modelo compreende a organização como uma arena política, em cujo interior os atores perseguem estratégias diferentes, passando a apoiar a implantação da intervenção conforme a considerem como um

meio de atualização de suas estratégias fundamentais. Os autores mencionados defendem a seguinte afirmação:

Segundo este modelo, o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política. Ele sofre, todavia, as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias dos atores (48).

A análise a partir da perspectiva política indica que o processo político incide de forma direta na tomada de decisão e implementação das políticas (49). A literatura apresenta duas principais concepções sobre como esse processo se dá, considerando, de forma central, quem toma as decisões dentro do processo de implementação, ou seja, se elas vêm de cima e são implementadas (visão top down) ou se elas são reconstruídas a partir de baixo (visão bottom up) (50).

A questão que está em jogo é sobre que atores têm influência no processo de implementação e quais são os impactos que cada um desses atores produzirá sobre os efeitos da implantação do programa (50).

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de caráter avaliativo, que utilizou a avaliação normativa para julgamento das dimensões de estrutura e processo e incorporou uma pesquisa avaliativa, privilegiando o componente 3 da análise de implantação para análise de aspectos do contexto que pudessem ter influência no grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS.

Para tanto, o estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa, foi verificado o grau de implantação das dimensões de estrutura e processo a partir do método de avaliação normativa. Na realização desta etapa da pesquisa, utilizaram-se informações do questionário estruturado aplicado aos municípios habilitados no Eixo Estrutura, banco de dados do formulário elaborado no FormSUS do Ministério da Saúde para diagnóstico dos serviços farmacêuticos na atenção básica e o banco de dados das ações e metas do sistema e-CAR QUALIFAR-SUS do Ministério da Saúde.

A segunda etapa dedicou-se a investigar relação entre o grau de implantação do programa e o contexto organizacional, a partir do método de análise da implantação. Realizou-se análise qualitativa dos questionários preenchido pelos municípios habilitados para determinação do grau de implantação, dados da entrevista semiestruturada com informantes-chave da gestão federal do Programa QUALIFAR-SUS e análise de documentos oficiais relacionados ao Eixo Estrutura.

Optou-se neste estudo pela abordagem quali-quantitativa, por considerá-la mais apropriada aos objetivos propostos e os métodos definidos. Na perspectiva metodológica, não há contradição. Contudo, as naturezas dos métodos são diferentes. A abordagem quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Já o método qualitativo, ao contrário, não há métodos específicos, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (51). A combinação de métodos qualitativos e quantitativos contribuem para o cumprimento dos desafios políticos,

organizacionais e interpessoais que envolve a avaliação de programas, impondo o uso de múltiplas ferramentas.

4.1.1 Avaliação normativa

A avaliação normativa permitiu estabelecer o grau de implantação do Eixo Estrutura, possibilitando comparar os recursos empregados (estrutura) e os serviços produzidos (processos), de acordo com o preconizado nas normas estabelecidas em documentos oficiais do Ministério da Saúde (15,24,31–33,52).

Para realização da avaliação normativa, os seguintes passos foram adotados:

- Construção do modelo lógico;
- Avaliação da estrutura;
- Avaliação do processo;
- Determinação do grau de implantação.

4.1.1.1 Construção do modelo lógico

A intenção do desenvolvimento do modelo lógico foi de explicitar a teoria do programa, apresentando como idealmente este deveria funcionar, considerando que tudo ocorreria como o planejado (53). Esta etapa é um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação.

O modelo lógico evidencia, mediante esquema visual, o modo como será implantado o programa, bem como, os pressupostos que orientam sua formulação e quais os resultados esperados. Por intermédio do modelo lógico, é possível a definição do que deve ser medido, orientando a escolha de indicadores e qual a parcela de contribuição da intervenção nos efeitos aguardados. Isto posto, a construção do modelo lógico de um programa significa realizar uma análise profunda em termos da constituição dos seus componentes e da sua forma de operacionalização, caracterizando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo as determinações contextuais (54)

Contandriopoulos (41) ressalta que a ênfase na teoria como estratégia metodológica para avaliação de programas reporta à elaboração de modelos

teóricos ou lógicos como componentes necessários para o desenvolvimento deste processo. A construção do modelo lógico pode surgir de várias fontes, dentre estas, resultados de pesquisas precedentes, teorias advindas das ciências sociais, assim como, da experiência dos profissionais, gestores e avaliadores que atuam na área (55).

Com base nas abordagens conceituais anteriormente citadas, foi construído o modelo lógico do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS com suporte nas informações contidas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados ao programa QUALIFAR-SUS.

A construção do modelo lógico envolveu a identificação dos insumos (recursos do programa), atividades, produtos imediatos, resultados esperados através da implantação do Eixo Estrutura e que impacto se espera na AF básica se o processo ocorresse como o esperado. O modelo lógico empregado neste estudo será apresentado no artigo disposto na sessão resultados e discussão.

O Modelo lógico foi construído a partir da análise dos documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados ao Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS (quadro 2).

Quadro 2 - Documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados ao Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS

(Continua)

Documentos	Ano de publicação	Conteúdo
Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (24)	2009	Diretrizes para estruturação das farmácias do SUS
Documento técnico do Projeto Estratégico Eixo estrutura – QUALIFAR-SUS: Apoio a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica dos municípios do Plano Brasil sem Miséria.(34)	2012	Documento base da proposta para o programa de apoio aos municípios do Plano Brasil sem Miséria até 100 mil habitantes

Quadro 2 - Documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados ao Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS

(Continuação)

Portaria nº 22 SCTIE/MS, de 15 de agosto de 2012 (56)	2012	Habilita os Municípios a receber recursos destinados ao Programa QUALIFAR-SUS, Eixo Estrutura no ano de 2012
Caderno QUALIFAR-SUS Eixo Estrutura: Orientações técnicas (52)	2013	Instruções técnicas para implantação do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS
Portaria MS/GM nº 1.214, de 13 de junho de 2012 (30)	2012	Regulamenta a transferência de recursos do Eixo Estrutura para o ano 2012
Portaria MS/GM nº 1.215, de 13 de junho de 2012 (57)	2012	Regulamenta a transferência de recursos do Eixo Estrutura para o ano de 2013
Portaria MS/GM nº 980, de 27 DE MAIO DE 2013 (31)	2013	Regulamenta a transferência de recursos para 2013
Portaria nº 39 SCTIE/MS, de 13 de agosto de 2013 (58)	2013	Habilita os Municípios a receber recursos destinados ao Programa QUALIFAR-SUS, Eixo Estrutura no ano de 2013
Nota técnica nº 36/2013 CGAFB/DAF/SCTIE/MS (59)	2013	Orientações e prazos para os municípios habilitados no Eixo Estrutura em 2013
Portaria MS/GM nº 1217, de 03 de junho de 2014 (32)	2014	Regulamenta a transferência de recursos para 2014
Portaria MS/GM nº 2107, de 23 setembro 2014	2014	Habilitação dos municípios no ano de 2014
Relatório oficinas nacionais Eixo Estrutura programa QUALIFAR-SUS ano/2013 (60)	2013	Consolidado das oficinas realizadas com os municípios habilitados no Eixo Estrutura no ano de 2013

Quadro 2 - Documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados ao Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS

(Conclusão)

Relatório oficinas nacionais Eixo Estrutura programa QUALIFAR-SUS ano/2014 (61)	2014	Consolidado das oficinas realizadas com os municípios habilitados no Eixo Estrutura no ano de 2014
QUALIFAR-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde – eixo estrutura: atenção básica: instruções técnicas (15)	2015	Instruções técnicas para implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS

Fonte: Elaboração própria

As informações apresentadas no modelo lógico possibilitaram a construção dos instrumentos questionário estruturado aos municípios para determinação do grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS (apêndice C) e o roteiro de entrevista semiestruturada destinado aos gestores federais do Eixo Estrutura (apêndice D).

4.1.1.2 Avaliação da dimensão estrutura

Para avaliação da estrutura, um dos componentes da avaliação normativa, utilizou-se definição de Contandriopoulos (41), que baseia-se em compreender em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Esta medida incide através da comparação dos recursos, tal como sua organização, com os critérios e normas anteriormente definidos.

Na avaliação da estrutura, foram verificados os equipamentos, mobiliários e conectividade da central de abastecimento farmacêutico (CAF) e farmácias da atenção primária à saúde, estrutura física da CAF e recursos humanos da assistência farmacêutica.

Como fonte de dados para avaliação da dimensão estrutura, foram utilizadas informações do questionário estruturado preenchido pelos municípios habilitados no Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS.

4.1.1.3 Avaliação da dimensão processo

A avaliação do processo também valeu-se das definições de Contandrioupoulos (41), que trata da destinação deste componente da avaliação normativa em saber do quão os serviços são adequados para alcançar os resultados esperados com os critérios e normas estabelecidos.

Nessa perspectiva, a avaliação do processo considerou as ações de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS determinadas pelo Ministério da Saúde: Planejamento de ações e metas para reestruturação da AF e cadastro no Sistema e-CAR; execução dos recursos financeiros do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS; uso de sistema de Informação para gestão da assistência farmacêutica; e envio de dados para a Base Nacional de Dados, Ações e serviços da Assistência Farmacêutica.

Como fontes de dados para avaliação da dimensão processo, foram utilizados dados do questionário estruturado preenchido pelos municípios habilitados no Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, banco de dados do formulário elaborado no FormSUS do Ministério da Saúde para diagnóstico dos serviços farmacêuticos na atenção básica e informações das ações e metas do planejamento dos municípios habilitados cadastradas no sistema e-CAR QUALIFAR-SUS do Ministério da Saúde.

4.1.1.4 Definição do grau de implantação

A partir da avaliação da dimensão estrutura e da dimensão processo foi estimado o grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS. No tópico estratégia de análise, descreve-se a escolha do percurso metodológico para determinação do grau de implantação.

4.1.2 Análise de implantação

A segunda etapa do estudo dedicou-se a realizar uma análise da implantação do Eixo Estrutura. Este método de pesquisa foi desenvolvido considerando-se o tipo 3 de análise da implantação, o qual tem como objetivo determinar a influência da interação e o contexto da implantação, explicando as variações dos efeitos observado após a introdução da intervenção. A escolha desta tipologia foi adequada

a investigação, visto que desejava-se explicar a dinâmica interna da intervenção do Eixo Estrutura e a relação dos fatores contextuais suscetíveis que contribuem com a realização de progressos (35,48).

4.1.2.1 Análise do contexto

As fontes de dados utilizadas para análise do contexto foram: entrevistas semiestruturada realizadas com gestores nacionais do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS; informações do questionário estruturado dos municípios habilitados; e análise dos documentos oficiais relacionados ao Eixo Estrutura.

No quadro 3, é apresentada correlação entre objetivos específicos, método utilizado, referencial teórico e fonte de dados utilizadas.

Quadro 3 - Correlação entre objetivos específicos, métodos utilizados, referencial teórico e fontes de dados.

Objetivo específico	Método utilizado	Referencial teórico	Fontes de dados
Objetivo específico 1	Avaliação normativa	Contandriopoulos (41)	Documentos oficiais
Objetivo específico 2	Avaliação normativa	Contandriopoulos (41); Donabedian (45)	Questionários estruturados aos municípios habilitados no Eixo Estrutura; banco de dados do formulário do FormSUS de diagnóstico dos serviços farmacêuticos na atenção básica; banco de dados do e-CAR QUALIFAR-SUS.
Objetivo específico 3	Pesquisa avaliativa	Denis e Champagne (48); Champagne (47)	Documentos oficiais; Questionários estruturado aos municípios habilitados no Eixo Estrutura; entrevista semiestruturada com gestores federais do Eixo Estrutura.
Objetivo específico 4			

Fonte: Elaboração própria.

4.2 PERÍODO E SUJEITOS DO ESTUDO

O período utilizado para a análise de Implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS foi de junho de 2012, ano de implantação do programa, a julho 2014. A delimitação do período foi intencional demarcando a implantação e o período de implementação do Eixo Estrutura em 906 municípios habilitados no programa em todo o território nacional, abrangendo, portanto, os municípios selecionados nos anos de 2012 e 2013.

Com o objetivo de responder aos objetivos propostos foram selecionadas diferentes sujeitos para a determinação do grau de implantação e para a análise dos determinantes contextuais, como pode ser observado na sequência.

4.2.1 Grau de implantação

Na avaliação das dimensões da estrutura e processo para a definição do grau de implantação, os atores convidados a participar desta etapa foram os secretários municipais de saúde e os responsáveis pelo Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS dos municípios habilitados no Eixo Estrutura. Para estes, foram encaminhados os questionários estruturado para definição do grau de implantação:

a) Secretário municipal de saúde: sujeito responsável pela condução da política de saúde no município e do qual a vontade política depende a execução exitosa do programa;

b) Responsável municipal pelo Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS: profissional que acompanha a condução do programa, sendo o co-responsável pelo planejamento e organização das ações de acordo com diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde.

4.2.2 Análise do contexto

Para análise do contexto, determinou-se como participantes os mesmos sujeitos da etapa da avaliação normativa, acrescido dos gestores nacionais do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS do Ministério da Saúde.

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Instrumentos e Procedimento coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada através de cinco fontes distintas, primárias e secundárias, executada em duas etapas. A primeira etapa foi composta por duas fases e compreendeu:

- 1) Análise documental: a partir da coleta de dados secundários em documentos oficiais e publicações (portarias, projeto estratégico, manuais e instruções técnicas) fornecidos pela CGAFB/DAF/SCTIE/MS, que pudessem contribuir para a compreensão do objeto de estudo e construção do modelo lógico do programa (quadro 2).

- 2) Aplicação de questionários on-line estruturados aos municípios habilitados para determinação do grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS: os questionários foram elaborados na ferramenta livre Google Forms e enviados por via eletrônica a todos os secretários municipais de saúde e responsável municipal do Eixo Estrutura dos municípios habilitados no Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS nos anos de 2012 e 2013. Foram utilizados para o envio da mensagem eletrônica contatos de e-mails fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Para validação e pré-teste do instrumento para determinação do grau de implantação, foi realizado estudo piloto com cinco municípios habilitados no Eixo Estrutura localizados em diferentes regiões brasileiras. Este piloto consistiu em: observar se todas as perguntas foram respondidas adequadamente; identificar dificuldades na compreensão do texto das perguntas; checar se as questões elaboradas causavam constrangimentos; reconhecer a existência de termos confusos; verificar se a ordem das perguntas estava adequada; entre outras observações. Os dados do estudo piloto foram suprimidos da base de dados que possibilitou a determinação do grau de implantação do Eixo Estrutura.

- 3) Análise do banco de dados do formulário elaborado no FormSUS do Ministério da Saúde para diagnóstico dos serviços

farmacêuticos na atenção básica: foi realizada análise das informações do formulário disponibilizados aos municípios habilitados no Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS.

4) Análise do banco de dados do Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-CAR): Realizou-se análise das informações do planejamento das ações e metas para estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica cadastrados pelos municípios habilitados no Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS.

A segunda etapa correspondeu a realização das entrevistas semiestruturadas com informantes-chave da gestão federal do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, que ocupavam os respectivos cargos na gestão da implantação do programa no período de 2012 a 2013. As entrevistas foram realizadas por meio de roteiro elaborado previamente (apêndice D) em salas cedidas pelo Ministério da Saúde, em data e horário combinados antecipadamente com os entrevistados de forma a garantir o sigilo das informações.

Empregou-se a estratégia de triangulação de dados neste estudo. A triangulação em sentido estrito é definida como a estratégia metodológica que abrange o objeto de investigação sob, pelo menos, três ângulos distintos que se articulam a partir da: cooperação de distintos pesquisadores (fragmentos teóricos); integração de distintos métodos, permitindo o aprofundamento teórico-metodológico em relação ao conhecimento do objeto; e integração de distintas técnicas para a construção dos dados. Utilizou-se, portanto, de múltiplas fontes para estudar um determinado problema de investigação, onde a intenção foi de produzir um retrato do fenômeno em estudo que fosse o mais completo do que o alcançado por uma única técnica (62–64).

4.4 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE

Este tópico destina-se a descrever o plano de análise e os procedimentos adotados para avaliação do grau de implantação e análise do contexto.

4.4.1 Grau de implantação

Para a determinação do grau de implantação do Eixo Estrutura, elaborou-se um sistema de escores, a partir de método definido por Felisberto (65), em que as dimensões estrutura e processo e as subdimensões receberam pontuações similares, no entanto, cada item que integrava as dimensões recebeu uma determinada pontuação. A ponderação da pontuação foi atribuída de acordo com a relação de importância do item na estruturação da assistência farmacêutica, identificada com base nas análises dos documentos oficiais do governo federal Diretrizes para estruturação de farmácias no Sistema Único de Saúde e Instrutivo Técnico do Programa QUALIFAR-SUS – Eixo Estrutura (15,24) e também com informações adquiridas na revisão teórica sobre o assunto. A partir da nota final de cada dimensão, foi realizada a média aritmética para definir o grau de implantação.

Foram analisados 61 itens do questionário estruturado aos municípios para determinação do grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS (apêndice C), sendo que 52% referiram-se a dimensão estrutura, 39% eram referentes a dimensão processo e os outros 9% correspondiam a perguntas que se destinavam a caracterização do município e apoio recebido na implantação.

O grau de implantação foi determinado como crítico para pontuações obtidas entre 0,0 a 4,9; insatisfatório de 5,0 a 6,9; satisfatório entre 7,0 a 8,9 e pontuações acima de 9,0 foram consideradas como excelente. Este sistema de escores foi utilizado tanto para determinação da nota final que classificou o grau de implantação do município, quanto para as notas individuais da análise da dimensão estrutura e da dimensão processo (65).

O Quadro 4 apresenta matriz de julgamento dos critérios avaliados nas dimensões, sub dimensões, critérios/indicadores, pontuação máxima para cada critério avaliado e fontes utilizadas.

Quadro 4- Matriz de julgamento dos critérios avaliados contendo as dimensões, sub dimensões, critérios/indicadores, pontuação máxima e fontes.

(Continua)

Dimensão	Sub dimensão	Critério/indicador	Pontuação máxima	Fonte
Estrutura	Mobiliários	Mesa para computador	0,10	BRASIL (5,15,24,66)
		Cadeira	0,20	
		Estantes de aço	0,20	
		Armários de aço	0,20	
		Balcão com prateleira	0,20	
		Mesa com gaveta	0,10	
		Mesa auxiliar	0,10	
		Caixa tipo BiN	0,20	
		Lixeira com tampa e pedal	0,20	
		Bancada revestida de material liso e resistente	0,20	
		Escada para a retirada de medicamentos	0,10	
		Paletes/estrados	0,20	
	Total de pontos mobiliário	2,0		
	Equipamentos	Computador	0,4	BRASIL (5,15,24,66)
		Impressora	0,4	
Refrigerador para medicamento termosensível		0,4		
Ar condicionado		0,4		
Termômetro digital		0,4		
Total de pontos equipamentos	2,0			
Conectividade	Acesso à internet na CAF	1	BRASIL (15,24,67)	
	Acesso à internet na(s) farmácia(s) da Atenção Básica	1		
Total de pontos conectividade	2,0			

Quadro 4- Matriz de julgamento dos critérios avaliados contendo as dimensões, sub dimensões, critérios/indicadores, pontuação máxima e fontes.

(Continuação)

Estrutura física da CAF	A CAF possui identificação externa CAF	0,2	BRASIL(5,15,24,66)
	CAF possui piso adequado	0,2	
	A CAF possui paredes adequadas	0,2	
	A CAF possui portas adequadas	0,2	
	A CAF possui teto adequado	0,2	
	A CAF possui janelas adequadas	0,2	
	CAF conta com carrinhos para movimentação de mercadorias	0,2	
	CAF conta com extintores de Incêndio Classe B	0,2	
	CAF conta com extintores de Incêndio pó químico	0,2	
		CAF conta com extintores de incêndio carga d'agua	
Total de pontos estrutura física da CAF	2,0		
Recursos Humanos	Profissional farmacêutico	1,0	BRASIL(5,15,24,68)
	Atendente de farmácia	1,0	BRASIL(5,15,24)
Total de pontos recursos humanos	2,0		
Total de pontos da dimensão estrutura	10		

Quadro 4- Matriz de julgamento dos critérios avaliados contendo as dimensões, sub dimensões, critérios/indicadores, pontuação máxima e fontes.

(Conclusão)

Processo	Diagnóstico dos serviços farmacêuticos	Registro do diagnóstico no FormSUS disponibilizado	2,0	BRASIL (15)
	As ações e metas planejadas e cadastradas no Sistema e-CAR	Registro do planejamento no e-CAR	2,0	
	Execução dos recursos financeiros do Eixo Estrutura	Execução dos recursos financeiros	2,0	
	Uso de sistema de informação para gestão da Assistência Farmacêutica	Uso de sistema de informação	2,0	
	Envio de dados para a Base Nacional da Assistência Farmacêutica	Envio de dados	2,0	
	Total de pontos da dimensão processo	10		

Fonte: Elaboração própria

Os dados do questionário estruturado aos municípios para determinação do grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS foram analisados no *software* Epi-Info 7. A ferramenta Stat Calc foi utilizada no cálculo da amostra para investigação do grau de implantação, a partir da referência do total de habilitados no ano de 2012 (n=453) e no ano de 2013 (n=453). Utilizaram-se os seguintes parâmetros: intervalo de confiança (IC) entre 97-98%, na frequência esperada (FE) de 50%, limite de confiança (LC) de 5% e estimativa de amostra mínima de 311 municípios. Como medida de análise, determinou-se a utilização do

ano de habilitação dos municípios com os parâmetros de IC=85%, FE=50%, LC=5% e cálculo de amostra mínima do conjunto de municípios por ano de habilitação de 143 municípios.

4.4.2 Análise de implantação

O estabelecimento da relação entre o grau de implantação e o contexto organizacional foi realizada por meio da abordagem qualitativa a partir do recurso da entrevista semiestruturada com informantes-chave da gestão federal do Eixo Estrutura, aliado a análise documental e a dados do questionário estruturado aos municípios para determinação do grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS. Tais fontes de informações foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo (69) combinada ao modelo político e contingente (48), o qual baseia-se na premissa de que a organização é uma arena política, onde os atores perseguem estratégias diferentes, contudo podem apoiar a implantação da intervenção a partir de interesses particulares, se virem na intervenção uma forma de atualizar suas estratégias fundamentais. As estratégias impostas pelos atores podem ser reguladas pela estrutura da organização de forma sinérgica ou antagônica. Dessa forma, a perspectiva política de uma intervenção tem a influência de características do ambiente, objetivos dos atores envolvidos, conflitos e atributos da organização e dos gestores (48).

A Análise de Conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (69).

Realizou-se, neste estudo, análise de conteúdo temática e estruturada em categorias de análise pré-definidas relacionadas as variáveis contextuais determinadas (69).

O modelo de avaliação do contexto utilizado considerou verificar a contribuição dos dispositivos institucionais, participação dos atores no processo de implantação, estratégias políticas utilizadas e recursos disponíveis nos efeitos produzidos.

Os dispositivos institucionais foram identificados como os componentes definidos pelo Ministério da Saúde para implantação das ações do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, reconhecidos no modelo lógico do programa e avaliados na dimensão processo.

Foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas com os gestores nacionais do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, que responderam a questões relativas (variáveis contextuais) a pesquisa: atributos dos gestores (qualificação, experiências profissionais, tempo de gestão na assistência farmacêutica), potencialidades e entraves no processo de gestão do Eixo Estrutura, estratégias de apoio e participação dos atores no processo de pactuação e implantação do Eixo Estrutura.

A partir das observações realizadas na análise do contexto relacionando aos efeitos mensurados na etapa da avaliação normativa, realizou-se determinação do modelo de implementação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi construído em consonância com os itens da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos. Respeitando-se a integridade física e moral dos participantes, o sigilo das informações geradas através dos dados primários e secundários realizados durante o estudo para os quais foram utilizados Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE) – Apêndice A e B e carta de ciência institucional do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB), cujo número do parecer é 1.080.961, e CAAE nº 43176415.5.0000.0030.

Por questões éticas, os informantes-chaves entrevistados não foram identificados individualmente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram ilustrados em forma de artigo, que contemplou todos os objetivos propostos e análises realizadas. O artigo foi denominado “Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS”.

O artigo apresentado foi elaborado segundo normas específicas do periódico Saúde em debate, publicação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, submetido em março de 2016.

5.1 ARTIGO

Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS

Evaluation of the implementation of Axis Structure of the National Pharmaceutical Assistance Qualification Program in the SUS

Patrícia Silveira Rodrigues¹, Mariana Sodário Cruz², Noemia Urruth Leão Tavares³.

RESUMO O objetivo do estudo foi analisar a implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema único de Saúde. A pesquisa incorporou a avaliação normativa das dimensões de estrutura e processo, e propôs uma pesquisa avaliativa para analisar aspectos do contexto organizacional nas dimensões política e técnica. O grau de implantação da intervenção foi classificado em 44% dos municípios como insatisfatório, 34% satisfatório, 21% crítico e em 1% como excelente. Foi identificada uma forte influência entre fatores do contexto e a implementação das ações do Eixo Estrutura que influenciaram de forma sinérgica ou antagônica os efeitos da intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência farmacêutica; Políticas públicas de saúde; Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde.

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília - UnB. Endereço para correspondência: QMSW 06, lote 01, apt 208, Ed. Madison, Brasília-DF, 70680-600. Telefone: (61) 84262390. e-mail: patsilveirarodrigues@gmail.com.

² Doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília – UnB. Endereço: Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília – DF, 72220-900. Telefone: (61)83436402. e-mail: msodario@yahoo.com.br.

³ Doutora em Epidemiologia. Professora adjunta da Faculdade de Farmácia, Universidade de Brasília-UnB. Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília - DF, 70910-900. Telefone: (61) 82591681. e-mail: nul.tavares@gmail.com.

ABSTRACT The study analyzed the implementation of Axis Structure of the National Pharmaceutical Assistance Qualification Program in Brazilian Health System. The search incorporated the normative assessment of the structure and process dimensions, and proposed an evaluative research to analyze aspects of the organizational context in the political and technical dimensions. The degree of implementation was reported in 44% of municipalities as unsatisfactory, 34% satisfactory, 21% critical and 1% as excellent. Also it was identified a strong influence between contextual factors and the Axis Structure implementation actions who influenced synergistically or antagonistically the effects of intervention.

KEYWORDS: Pharmaceutical Services; Health public policy; Health Evaluation; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada em Alma Ata, foi um marco em traçar metas de ‘Saúde para todos’, e a Atenção Primária como estratégia fundamental para o alcance destas, o que salvaguardou uma importante repercussão no desenvolvimento da assistência farmacêutica (AF) no mundo. Propostas importantes na garantia do acesso a medicamentos foram traçadas, como considerar o abastecimento de medicamentos essenciais um dos oitos elementos da APS e a recomendação de que os governos formassem Políticas Públicas, na perspectiva de assegurar, ao menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis de Atenção à Saúde (MARIN *et al.*, 2003).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal que deve ser garantido pelo Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Lei nº 8080/90, possui como princípios doutrinários a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência, competindo-lhe a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (art. 6º) (BRASIL, 1990).

Na perspectiva de concretizar e executar políticas farmacêuticas, com o objetivo de promover o acesso a medicamentos essenciais e o uso racional de medicamentos, foram estabelecidas a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2006). Desde então, diversos avanços foram garantidos, dentre estes, destaca-se a ampliação nos investimentos da gestão pública: apenas de recursos federais, o orçamento passou de 1,9 bilhão de reais para 12,4 bilhões considerando o período de 2003 a 2014 (BRASIL, 2015a).

Um outro avanço a ser considerando é a instituição do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Este foi lançado publicamente no ano de 2012, a partir da instituição da portaria MS/GM 1.214, de 13 de junho de 2012.

O programa QUALIFAR-SUS é uma estratégia ampla para promover a reorganização da Política de AF e tem como finalidade contribuir para o processo de aprimoramento e integração das atividades da assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde, a partir da estruturação física dos serviços farmacêuticos, disponibilidade de informações que proporcionem avaliação das ações e serviços de saúde, promoção da educação permanente para o aprimoramento das práticas profissionais e inserção das práticas clínicas no âmbito da AF. Para tanto, o programa está organizado em quatro eixos: estrutura, informação, educação e cuidado (BRASIL, 2015b).

A primeira ação implementada do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, ainda no ano de 2012, foi destinada a apoiar a estruturação da assistência farmacêutica na Atenção Básica dos municípios, com população em extrema pobreza, de até 100 mil habitantes, constantes do Plano Brasil sem Miséria (BSM), destinando recursos financeiros para a reestruturação física e de recursos humanos (BRASIL, 2015b).

O presente estudo objetivou avaliar a implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, a partir da estimativa do grau de implantação nas dimensões estrutura e processo dos municípios habilitados no programa nos anos de 2012 e 2013 e analisar a influência do contexto organizacional político e técnico nos efeitos produzidos.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo de caráter avaliativo, que utilizou a avaliação normativa para julgamento das dimensões de estrutura e processo e incorporou uma pesquisa avaliativa, privilegiando a análise da influência da interação entre o contexto da implantação (político e técnico) e a intervenção entre os efeitos observados na implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, como proposto em método descrito por Denis e Champagne (1997).

A realização do estudo ocorreu em cinco etapas: construção do modelo lógico; avaliação da estrutura; avaliação do processo; determinação do grau de implantação; e análise de aspectos relacionados ao contexto organizacional.

Os dados utilizados nos estudos foram obtidos a partir de das seguintes fontes: questionário estruturado direcionado aos municípios habilitados no Eixo Estrutura; entrevistas semiestruturadas com informantes-chave da gestão federal do programa QUALIFAR-SUS;

análise documental; banco de dados do formulário FormSUS do Ministério da Saúde para diagnóstico dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica; informações das ações e metas do sistema de controle, acompanhamento e avaliação de resultados (e-CAR) QUALIFAR-SUS; e dados da Base Nacional de Dados de Ações e serviços da Assistência Farmacêutica do MS.

A construção do modelo lógico do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS (figura 1) ocorreu por meio da análise dos documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados ao Eixo e envolveu a identificação dos insumos, atividades, produtos e resultados esperados a partir da implantação do Eixo Estrutura e que impacto se deseja na AF básica. As informações apresentadas no modelo lógico possibilitaram a construção dos instrumentos questionário estruturado e roteiro de entrevista semiestruturada.

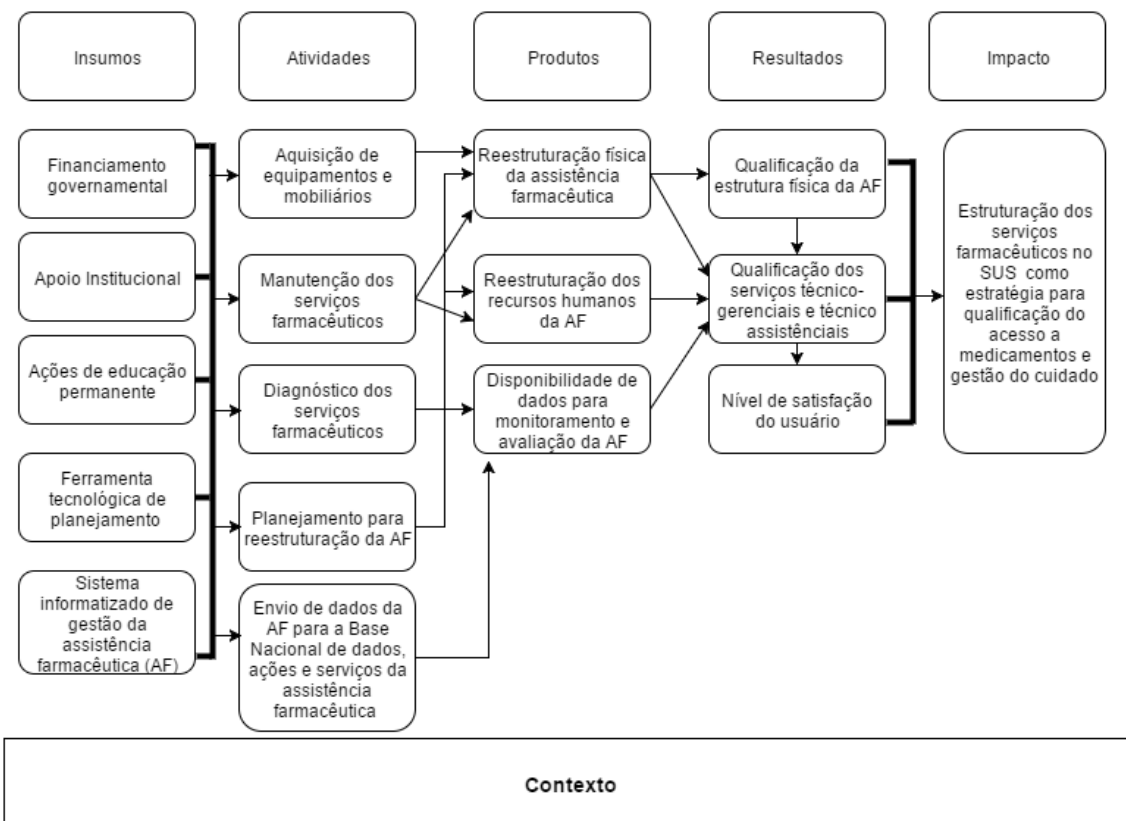


Figura 1. Modelo lógico do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica

Fonte: Elaboração própria.

O grau de implantação foi definido a partir da análise da estrutura das centrais de abastecimento farmacêutico (CAF) e farmácias da Atenção Básica, no que se refere a quantidade suficiente de mobiliários, equipamentos, conectividade, recursos humanos e estrutura física da CAF para a realização dos serviços, e da avaliação do processo, quanto a análise da execução das ações de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS: realização da etapa de diagnóstico para identificação das necessidades de estruturação; planejamento das ações e metas para estruturação da assistência farmacêutica e registro no

Sistema e-CAR; execução dos recursos financeiros; uso de sistema de informação para gestão da AF; e envio de dados para a Base Nacional de Dados de Ações e serviços da AF.

Para definir o grau de implantação da estrutura e processo, foi realizada coleta de dados pela primeira autora deste artigo através do envio de questionário eletrônico por meio da ferramenta *Google Form*, entre os meses de junho a setembro de 2015, aos secretários municipais de saúde e responsáveis pelo Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS dos municípios habilitados nos anos de 2012 (n=453) e 2013 (n=453), totalizando 906 municípios.

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* Epi-Info 7. Para o cálculo da amostra para determinação do grau de implantação no Stat Calc, ferramenta do Epi-Info 7, foram utilizados os seguintes parâmetros: intervalo de confiança (IC) entre 97-98%, na frequência esperada (FE) de 50%, limite de confiança (LC) de 5% e estimativa de amostra mínima de 311 municípios. Como medida de análise, determinou-se a utilização do ano de habilitação dos municípios com os parâmetros de IC=85%, FE=50%, LC=5% e cálculo de amostra mínima do conjunto de municípios por ano de habilitação de 143 municípios.

A partir da avaliação das dimensões estrutura e processo foi estimado o grau de implantação que permitiu classificar os municípios habilitados no Eixo Estrutura em distintos níveis de implantação. Para tanto, elaborou-se um sistema de escores, de acordo com método proposto por Felisberto (2001), no qual cada item recebeu pontuação. A ponderação da pontuação foi atribuída de acordo com a relação de importância na estruturação da assistência farmacêutica, identificada com base em análise dos documentos oficiais do governo federal Diretrizes para estruturação de farmácias no Sistema Único de Saúde e o Instrutivo Técnico do Programa QUALIFAR-SUS – Eixo Estrutura (BRASIL, 2009; 2015b) e também na revisão teórica sobre o assunto. As pontuações atribuídas nas dimensões e subdimensões foram similares. A partir da nota final de cada dimensão, foi realizada média aritmética para definir o grau de implantação.

O grau de implantação foi determinado como crítico para pontuações obtidas entre 0,0 a 4,9; insatisfatório para as de 5,0 a 7,9; e aceitável para as acima de 8,0 e mais. Este sistema de escores foi utilizado tanto para determinação da nota final que classificou o grau de implantação do município, quanto para as notas individuais da análise das dimensões estrutura e processo (FELISBERTO, 2001).

Para a análise de implantação, relacionando o grau de implantação e o contexto organizacional, utilizou-se a abordagem qualitativa a partir do recurso da entrevista semiestruturada com informantes-chave da gestão federal do Eixo Estrutura, aliado a análise documental e a dados do questionário aplicado aos municípios. Tais fontes de informações

foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1979) combinada ao modelo político e contingente (DENIS; CHAMPAGNE; HARTZ, 1997).

O Modelo político e contingente baseia-se na premissa de que a organização é uma arena política, onde os atores perseguem estratégias diferentes, contudo podem apoiar a implantação da intervenção a partir de interesses particulares, se virem na intervenção uma forma de atualizar suas estratégias fundamentais. As estratégias impostas pelos atores podem ser reguladas pela estrutura da organização de forma sinérgica ou antagônica. Dessa forma, a perspectiva política de uma intervenção tem a influência de características do ambiente, objetivos dos atores envolvidos, conflitos e atributos da organização e dos gestores (DENIS; CHAMPAGNE; HARTZ, 1997).

O modelo de avaliação do contexto utilizado considerou verificar a contribuição dos dispositivos institucionais, participação dos atores no processo de implantação, estratégias políticas utilizadas e recursos disponíveis nos efeitos produzidos.

Os dispositivos institucionais, para este estudo, foram identificados como os componentes definidos pelo Ministério da Saúde para implantação das ações do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, reconhecidos no modelo lógico do programa e avaliados na dimensão processo.

Foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas com os gestores federais do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, que responderam a questões relativas (variáveis contextuais) a pesquisa: atributos dos gestores (qualificação, experiências profissionais, tempo de gestão na assistência farmacêutica), potencialidades e entraves no processo de gestão do Eixo Estrutura, estratégias de apoio e participação dos atores no processo de pactuação e implantação do Eixo Estrutura. Por questões éticas, os informantes-chave entrevistados não foram identificados individualmente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB), cujo número do parecer é 1.080.961, e CAAE nº 43176415.5.0000.0030.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de municípios incluídos no estudo (n=906), foram consideradas destes, para análise, 316 respostas. Foi ponderada apenas uma resposta do questionário por município.

A relação dos participantes por região do Brasil indicou que 59,8% representavam municípios da região nordeste, 15,1% da região sudeste, 10,7% da região sul, 10,7% região norte e 3,8% da região centro-oeste. Essa relação guarda similaridade com os extratos de municípios selecionados para o programa por região do país. Quanto o ano de habilitação dos

municípios participantes, 45,6% eram municípios habilitados no ano de 2012 e 54,4% correspondiam aos habilitados no ano de 2013.

Em referência ao porte populacional, 77% são municípios com população menor de 25.000 mil habitantes, 18% são municípios com população entre 25.001 mil habitantes e 50.000 mil habitantes e 5% possuem população maior que 50.001 habitantes.

A relação do cargo ocupado pelo profissional responsável pelo preenchimento do instrumento demonstrou que 46% eram farmacêuticos, 25% secretários municipais de saúde, 22% coordenador municipal de assistência farmacêutica, 3% assessores da Secretaria de Saúde e 4% corresponderam a outros profissionais.

Grau de implantação

O grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS nos municípios habilitados foi considerado insatisfatório em 44%, satisfatório em 34%, crítico em 21% e apenas 1% apresentaram grau de implantação excelente. Deste modo, a estimativa do grau de implantação do Eixo Estrutura em âmbito nacional foi classificada como implantação de grau insatisfatório (6,5). Não foi observada variação significativa do resultado entre os municípios habilitados no ano de 2012 e os habilitados em 2013. O resultado do grau de implantação para os municípios habilitados no ano de 2012 foi de 6,7 e no ano de 2013 6,3 (tabela 1).

Tabela 1. Pontuação para definir o grau de implantação: Estrutura e processo

Dimensão	Sub-dimensão	Pontuação
Estrutura (10)	Mobiliários	2,0
	Equipamentos	2,0
	Conectividade	2,0
	Estrutura física da CAF	2,0
	Recursos Humanos	2,0
Processo (10)	Realização da etapa de diagnóstico para levantamento das necessidades de estruturação	2,0
	Planejamento de ações e metas para reestruturação da AF e cadastro no Sistema e-CAR	2,0
	Execução dos recursos financeiros do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS	2,0
	Uso de Sistema de Informação para gestão da Assistência Farmacêutica	2,0
	Envio de dados para a Base Nacional de dados, ações e serviços da Assistência Farmacêutica	2,0

Fonte: Elaboração própria.

Na dimensão estrutura, tanto a nível nacional quanto no grupo de municípios habilitados no ano de 2012 e 2013, foi apresentado grau de implantação insatisfatório. Já na dimensão processo, a classificação do grau de implantação nacional e dos grupos de municípios por ano de habilitação foi de classificação satisfatória. A dimensão estrutura apresentou características muito precárias se comparada as ações para execução do programa (processo), com valores que se aproximaram do nível crítico do grau de implantação (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do grau de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS Brasil e ano de habilitação.

Dimensão	Brasil (n=316)	Habilitados no ano de 2012 (n= 144)	Habilitados no ano de 2013 (n=172)
Estrutura	5,5	5,6	5,4
Processo	7,5	7,9	7,2
Grau de implantação	6,5	6,7	6,3

Fonte: Elaboração própria.

Avaliação da dimensão estrutura

No tocante a avaliação da dimensão estrutura, os itens avaliados com melhor pontuação foram mobiliários, equipamentos e conectividade (tabela 3), porém apresentaram grau insatisfatório de implantação. Não houve diferença entre os resultados da avaliação da estrutura entre os municípios habilitados no ano de 2012 e os habilitados em 2013.

Tabela 3. Demonstrativo dos resultados de grau de implantação por subdimensão avaliada – dimensão estrutura

(Continua)

Dimensão	Sub dimensão	Item avaliado	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Proporção de cumprimento das atividades	Grau de implantação
Estrutura	Mobiliários	Mesa para computador	0,10	0,07	7,0	5,8 (insatisfatório)
		Cadeira	0,20	0,14	7,0	
		Estantes de aço	0,20	0,13	6,5	
		Armários de aço	0,20	0,12	6,0	
		Balcão com prateleira	0,20	0,11	5,5	
		Mesa com gaveta	0,10	0,07	7,0	
		Mesa auxiliar	0,10	0,06	6,0	
		Caixa tipo BiN	0,20	0,08	4,0	
		Lixeira com tampa e pedal	0,20	0,11	5,5	

Tabela 3. Demonstrativo dos resultados de grau de implantação por subdimensão avaliada – dimensão estrutura

					(Continuação)
Equipamentos	Bancada revestida de material liso e resistente	0,20	0,09	4,5	
	Escada para a retirada de medicamentos	0,10	0,05	5,0	
	Paletes/estrados	0,20	0,12	6,0	
	Computador	0,4	0,24	6,0	
	Impressora	0,4	0,23	5,7	6,0
	Refrigerador para medicamento termosensível	0,4	0,26	6,5	(Insatisfatório)
	Ar condicionado	0,4	0,24	6,0	
	Termômetro digital	0,4	0,23	5,7	
Conectividade	Acesso à internet na CAF	1	0,79	7,9	5,8 (Insatisfatório)
	Acesso à internet na(s) farmácia(s) da Atenção Básica	1	0,36	3,6	
Estrutura física da CAF	A CAF possui identificação externa CAF	0,2	0,12	6,0	4,8 (Crítico)
	CAF possui piso adequado	0,2	0,17	8,5	
	A CAF possui paredes adequadas	0,2	0,14	7,0	
	A CAF possui portas adequadas	0,2	0,10	5,0	
	A CAF possui teto adequado	0,2	0,13	6,5	
	A CAF possui janelas adequadas	0,2	0,10	5,0	
	CAF conta com carrinhos para movimentação de mercadorias	0,2	0,03	1,5	
	CAF conta com extintores de Incêndio Classe B	0,2	0,07	3,5	
	CAF conta com extintores de Incêndio pó químico	0,2	0,06	3,0	
	CAF conta com extintores de incêndio carga d'água	0,2	0,05	2,5	

Tabela 3. Demonstrativo dos resultados de grau de implantação por subdimensão avaliada – dimensão estrutura

					(Conclusão)
Recursos Humanos	Profissional farmacêutico	1,0	0,5	5,0	5,5 (Insatisfatório)
	Atendente de farmácia	1,0	0,6	6,0	

Fonte: Elaboração própria

Ainda no que se refere a subdimensão conectividade, 79% dos municípios possuíam conectividade de internet na CAF e apenas 36% afirmaram ter nas farmácias da atenção básica.

A subdimensão infraestrutura da CAF foi avaliada como crítica. A menor nota foi inferida para os equipamentos de controle a incêndio. Em média, apenas 30% dos estabelecimentos contavam com extintores, risco importante quando grande parte das CAF's e farmácias da atenção básica funcionam em casas de alvenarias adaptadas. A precariedade estendeu-se para aspectos das instalações prediais, como teto, piso, parede não adequados, indicando ausência de condições sanitárias para o armazenamento de medicamentos.

Ressalta-se que nenhum dos programas do governo federal para qualificação de infraestrutura prevê recursos financeiros para construção, reforma ou ampliação predial da CAF ou almoxarifado dos estados e municípios. Os recursos do Eixo Estrutura destinam-se apenas a compra de equipamentos e mobiliários e custeio dos serviços farmacêuticos.

Na determinação do grau de implantação para a subdimensão recursos humanos da assistência farmacêutica, o total de 54% dos municípios não tinha farmacêuticos em número suficiente para a manutenção dos serviços. Em contraponto, 40% dos municípios indicaram necessidade de auxiliares de farmácia.

Publicações recentes com objetivo de avaliar a assistência farmacêutica guardam similaridade com a precariedade dos elementos estruturais apontados nesse estudo, desde espaços físicos ineptos, infraestrutura de equipamentos e mobiliários insatisfatória e insuficiência e sobrecarga de profissionais (CANABARRO; HAHN, 2009; DE BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006; SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012; MENDES *et al.*, 2014; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2011).

Avaliação da dimensão Processo

Na dimensão processo, foram avaliados os componentes definidos pelo Ministério da Saúde para implantação das ações do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS

A subdimensão diagnóstico dos serviços farmacêuticos foi classificada com o grau crítico de implantação, com apenas 35% dos municípios realizando esta ação (tabela 4). Os

dados para a avaliação do diagnóstico foram obtidos na base de dados do formulário on line FormSUS administrado pela Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde. O formulário é disponibilizado pela gestão federal do Eixo Estrutura em período definido, que compreende os seis primeiros meses de habilitação no programa.

Apesar do dado crítico apresentado na execução da etapa de diagnóstico, a realização da etapa de planejamento das ações e metas para estruturação da AF foi realizada por 94% dos municípios, recebendo o grau excelente de implantação (tabela 4). A fase de diagnóstico para identificar as necessidades de estruturação deveria anteceder a ação de planejamento, entretanto, não foi o identificado a partir da avaliação da execução individual de cada uma das etapas citadas.

Tabela 4. Demonstrativo dos resultados de grau de implantação por sub dimensão avaliada – dimensão processo

Dimensão	Sub dimensão	Item avaliado	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Proporção de cumprimento das atividades	Grau de implantação
Processo	Diagnóstico dos serviços farmacêuticos	Registro do diagnóstico no FormSUS disponibilizado	2,0	0,71	3,5	3,5 (crítico)
	As ações e metas planejadas e cadastradas no Sistema e-CAR	Registro do planejamento no e-CAR	2,0	1,88	9,4	9,4 (excelente)
	Execução dos recursos financeiros do Eixo Estrutura	Execução dos recursos financeiros	2,0	1,56	7,8	7,8 (satisfatório)
	Uso de sistema de informação para gestão da Assistência Farmacêutica	Uso de sistema de informação	2,0	1,73	8,6	8,6 (satisfatório)
	Envio de dados para a Base Nacional da Assistência Farmacêutica	Envio de dados	2,0	1,60	8,0	8,0 (satisfatório)

Fonte: Elaboração própria

Quanto à execução dos recursos financeiros, a avaliação desta subdimensão foi considerada como satisfatória. No entanto, 65% dos municípios referiram execução total dos recursos financeiros, 26% execução parcial e 8% não executaram os recursos financeiros. Não há diferença deste resultado se levado em consideração o ano de habilitação do município.

Na análise dos municípios que indicaram dificuldades no uso do recurso de investimento repassados pela união (n=129), 78% relataram impasses com o processo licitatório. Dos que tiveram problemas com a execução do recurso de custeio, 54% (n= 114)

dos municípios alegaram o mesmo obstáculo com o processo de compra para uso desse recurso. Municípios de pequeno porte possuem dificuldades em relação a estrutura burocrática da lei que rege a ação de compras públicas. Documento publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) relatou as dificuldades que estados e municípios, principalmente os pequenos municípios, possuem com licitações desertas, preços abusivos e descumprimento dos prazos de entrega pelos fornecedores gerando transtornos de grande impacto (CONASS, 2014).

Os recursos de custeio previstos após a habilitação no Eixo Estrutura estão condicionados ao envio de dados do componente básico da AF através do uso do sistema de informação para a Base Nacional de Dados de Ações e serviços da Assistência Farmacêutica. O monitoramento dos municípios é realizado trimestralmente e os recursos financeiros são repassados em seguida. Na avaliação realizada, considerou-se o envio de dados no intervalo de quatro monitoramentos após o início da avaliação pelo órgão federal. Dessa forma, se os municípios receberam, no período citado, alguma parcela dos recursos financeiros foi considerada a nota máxima para o item envio de dados. Sendo assim, 86 % referiram possuir algum tipo de sistema de informação para gestão da AF e 80% apresentaram envio de dados à Base Nacional de Dados de Ações e serviços da Assistência Farmacêutica, alcançando o grau de implantação satisfatório para ambos os itens avaliados.

Análise do contexto

A proposição e elaboração do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica surgiu de uma importante articulação entre atores da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, outros setores do Ministério da Saúde e representações políticas dos estados e municípios, o CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesse sentido, o programa QUALIFAR-SUS surge em contexto histórico determinado, com espaço e tempo definidos, que influenciaram a implementação do programa.

O contexto político-organizacional da gestão federal da assistência farmacêutica contou positivamente na instituição do Eixo Estrutura. Todos os gestores nacionais do QUALIFAR-SUS entrevistados eram farmacêuticos de formação, com pós-graduação no âmbito da saúde pública e com mais de seis anos de experiência nos cargos ocupados no Ministério da Saúde, o que favoreceu o desenvolvimento de planos e projetos através da articulação e cooperação com outros atores envolvidos na implantação, especialmente CONASS e CONASEMS.

A elaboração do programa situa-se a partir de uma avaliação preliminar dos relatórios operacionais de auditorias da gestão da assistência farmacêutica na atenção básica do Tribunal de Contas da União (TCU) e Controladoria Geral da União (CGU) (BRASIL, 2011). Estes relatórios tiveram o objetivo de analisar a implantação e operacionalização da AF básica nos três níveis da federação. Na análise conclusiva das auditorias, foram apontadas diversas deficiências nas gestões federal, estaduais e municipais, principalmente quanto a aplicação do recurso da farmácia básica, ausência monitoramento da aplicação dos recursos para a compra de medicamentos, falhas no controle deficiente/inexistente de estoque e condições inadequadas para o armazenamento de medicamentos.

O acórdão TCU 1459/2011 caracterizou-se como resultado da análise dos relatórios da auditoria operacional da farmácia básica. No mencionado documento, foi determinado ao Ministério da Saúde que definisse, em 120 dias, o rol de informações mínimas sobre a gestão da assistência farmacêutica básica a serem encaminhadas obrigatoriamente pelos estados e municípios que não tivessem aderido ao Sistema Hórus, além do fluxo e cronograma do envio dessas informações. Ainda no supracitado acórdão, é recomendado ao Ministério da Saúde a indução de incentivo financeiro para promover alimentação do Sistema Hórus, assim como o desenvolvimento de tecnologias para interoperabilidade de sistemas que garantisse o envio das informações da AF dos municípios que utilizassem sistemas de gestão próprios a União.

O programa QUALIFAR-SUS surge como resposta de intervenção para mudança do cenário apresentado na assistência farmacêutica, evidenciado na auditoria do TCU, a partir da instituição dos quatro eixos, dentre estes o Eixo Estrutura.

Apesar dos investimentos federais terem alcançado a marca de 14 bilhões nos últimos 12 anos (BRASIL, 2015a), quase que a totalidade desses recursos foram destinados à compra de medicamentos. Vieira e Zucchi (2010; 2013) chamam atenção em seus estudos dos tímidos investimentos do governo federal para a estruturação e melhoria da qualidade dos serviços farmacêuticos no SUS. Os investimentos destinados para esse fim representaram, em 2008, apenas 0,17% do total de recursos deste ano (VIEIRA, 2010; VIEIRA; ZUCCHI, 2013).

Os únicos recursos passíveis de serem utilizados para melhoria dos serviços farmacêuticos no SUS, até então, eram os pressupostos nas portarias que regulamentam o financiamento do componente básico da AF, que estabeleceu o uso de 15% dos recursos estaduais e municipais, destinados à aquisição de medicamentos, para adequação de estrutura física, aquisição de mobiliários, equipamentos e educação continuada voltada para a qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica (BRASIL, 2013).

A portaria que regulamenta o Eixo Estrutura atende uma das demandas estabelecidas no relatório do TCU quanto ao incentivo para utilização do Sistema Hórus ou envio das informações para os que utilizam sistema próprio através da tecnologia de *WebService*, como informa um dos entrevistados:

[...] quando a gente iniciou o processo de implementação do Hórus, tínhamos três anos com o sistema, a gente sabia onde queria chegar, que era ter informações do país inteiro, mas ao mesmo tempo era pouco e insuficiente o ministério apenas ofertar uma ferramenta, então, veio a proposta de ter um programa mais sistêmico[...]

Fica claro, a partir da fala do informante-chave, que o Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS teve como principal objetivo induzir o uso do sistema Hórus e o envio de dados dos municípios que utilizavam sistema próprio, aliando recursos ao envio das informações. Dessa forma, foi atendida demanda estabelecida na auditoria do TCU quanto ao incentivo para utilização do Sistema Hórus, assim como o desenvolvimento de ferramenta (*Webservice*) para os que utilizavam sistema próprio.

No tocante ao contexto da elaboração do programa, foi possível identificar fatores do contexto da pactuação do QUALIFAR-SUS e do Eixo Estrutura que facilitaram ou dificultaram o desenvolvimento da implantação do programa:

[...]foi a proposta de pactuação melhor aceita nos últimos seis anos, não teve conflito até por que era o que se esperava, que o governo apresentasse uma proposta organizada e não pontual e não exclusiva de compra de medicamentos [...] obviamente teve questionamentos [...]A gente conseguiu entrar num consenso né e pactuou, o que não houve consenso obviamente e por que o programa saiu apenas prum recorte[...].

Um dos dissensos apontados na pactuação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS se deu quanto a destinação dos recursos apenas para municípios do Plano Brasil sem Miséria, situação relatada no discurso dos entrevistados, visto que a precariedade da infraestrutura física da AF está dada em âmbito nacional (BRASIL, 2011; VIEIRA, 2010; VIEIRA; ZUCCHI, 2013).

Os investimentos do Ministério da Saúde aos municípios do Plano BSM situa-se com importância no contexto da elaboração do programa, dado que o referido plano foi uma estratégia do governo federal com o objetivo de superar a extrema pobreza até o final do ano de 2014. Para tanto, o Ministério da Saúde desenvolveu uma agenda da saúde no Plano Brasil Sem Miséria (JAIME; AMARAL; MAGALHÃES JR, 2014), sendo este contexto positivo para a inserção do programa QUALIFAR-SUS e do Eixo Estrutura, em destinar os recursos

disponíveis para aqueles municípios e inserir-se na agenda nacional de erradicação da pobreza, prioritária no plano de governo da gestão federal.

O pacto federativo brasileiro, previsto na constituição federal de 1988, direciona o processo de implementação das políticas públicas mediante o princípio da descentralização e relação solidária entre os entes. Os gestores estaduais assumem fundamentalmente o papel de coordenar o processo de implantação das políticas de saúde no SUS do respectivo estado, a partir do apoio técnico e financeiro aos municípios. Entretanto, o papel da gestão da assistência farmacêutica, sua posição e mobilização no programa são pontos questionados pelos entrevistados:

[...]Num processo de implementação você observa fortemente o envolvimento dos COSEMS e do CONASEMS, e pouco envolvimento das coordenações estaduais de forma nacional. Existe uma participação, mas uma participação de quando o ministério vai, não o apoio técnico que o estado possa estar de forma mais permanente, contribuindo com o processo dos vinte e seis estados mais o DF [...]

Na pesquisa aos municípios habilitados para análise da implantação, estes referiram sobre o apoio recebido para implementação das ações do programa QUALIFAR-SUS – Eixo Estrutura. Como resultado, 72% dos municípios sinalizaram receber apoio do Ministério da Saúde, destes 41% referem ter recebido ajuda através do Apoio Institucional da gestão federal, 21% relataram receber apoio da Secretária Estadual de Saúde e 14% foi o resultado dos que referiram receber apoio dos Conselhos de Secretarias Municipais (COSEMS). O mesmo resultado de 14% foi observado nos municípios que relataram não ter recebido nenhum apoio.

A partir do discurso apresentado pela gestão federal e dos dados referidos pelos municípios habilitados, a ausência do apoio das gestões estaduais é uma lacuna importante e pode ser considerado como um ponto negativo no contexto da implementação do programa QUALIFAR-SUS. Embora, é possível caracterizar como aspecto positivo a interface do Ministério da Saúde com os municípios, principalmente em relação a interação da figura do apoio institucional de território com os municípios.

No tocante a avaliação, na perspectiva da gestão federal, quanto a desenvoltura da implementação dos componentes do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS por parte dos municípios habilitados, observa-se que a realização das ações do diagnóstico, etapa de pior desempenho no processo de implantação do eixo, é identificada com fragilidades e como uma etapa burocrática. Esta etapa ainda é apontada como uma necessidade do Ministério da Saúde em obter dados dos municípios para compreensão das necessidades de infraestrutura:

[...] avaliando um pouco esta etapa do diagnóstico, ela ainda é morosa e de alguma maneira as vezes parece burocrática, talvez a gente pensou num formulário muito extenso, e também não pensamos de forma conjunta com o município [...] talvez o nosso olhar foi muito do monitoramento federal e não da necessidade do município tá se organizando e pensando na sua realidade [...] Eu acredito pelos dados e pelo que a gente observa no próprio campo que é descolado o diagnóstico do processo de planejamento e monitoramento continuado[...].

Os instrumentos de diagnósticos disponíveis aos municípios para identificação das necessidades de estruturação (BRASIL, 2015b) assemelham-se aos instrumentos de diagnósticos tradicionais e tem como principal objetivo quantificar as dificuldades de infraestrutura, não proporcionando um método de trabalho que privilegie a elaboração do plano de ação baseado na identificação de prioridades e priorização dos problemas, metodologia que não privilegia o planejamento ascendente, demonstrando a verticalidade desta ação no programa. Reforçam esses dados a dificuldade dos municípios no entendimento do componente diagnóstico dos que referiram não ter realizado esta etapa de implantação (n=44), 64% expressaram a dificuldade em compreender como executar esta etapa, 18% desconhecimento total da etapa e os demais 18% não souberam informar.

Fatores evidenciados no contexto da implantação de um programa podem influenciar os efeitos da intervenção de modo sinérgico ou antagônico. Essa afirmação justifica a importância do uso do método de análise do contexto na compreensão da determinação do grau de implantação de uma intervenção. Com isso, a análise da dificuldade dos municípios na realização da etapa de diagnóstico, levanta a hipótese da interferência do contexto nos resultados da implantação do Eixo Estrutura, dado que a gestão federal do programa QUALIFAR-SUS tem objetivo próprio na execução da citada etapa ser realizada pelos municípios, que se justifica no interesse de levantamento de dados. Todavia, o propósito principal para os municípios em obter dados se desenvolve no sentido de reconhecer a realidade da AF municipal para traçar estratégias e prioridades locais a partir do financiamento recebido.

Na avaliação do componente planejamento e cadastro no sistema e-CAR das ações e metas para estruturação da assistência farmacêutica, são sinalizados como pontos importantes: a dificuldade de compreensão de que o processo de planejamento é um processo dinâmico e dificuldades com o e-CAR:

[...] não consigo ainda localizar se a dificuldade com o planejamento é pelo fato do planejamento não ser pontual como o diagnóstico, como sendo constante e rotineiro, as pessoas não terem isso como prioridade na sua agenda [...] também a dificuldade do ponto

de vista do uso da ferramenta (e-CAR) [...] uma ferramenta que a gente já sabe que é falha, merece um aprimoramento, (porque) ela não foi pensada pro QUALIFAR, ela foi adaptada [...]

Apesar das dificuldades apontadas na etapa de planejamento e registro no e-CAR, este componente foi avaliado com grau de implantação excelente. Entretanto, esclarece-se que para análise da implantação desta etapa apenas foi verificado o registro do planejamento no sistema, não foi observada a qualidade do conteúdo, assim como não foi verificado o monitoramento das ações e metas cadastradas, ação fundamental para o processo de planejamento.

Ainda na etapa de planejamento, foi possível determinar junto aos municípios habilitados que apenas em 66% (n=256) o secretário municipal de saúde participou do planejamento de ações e metas para implantação do programa, em 74% dos municípios, teve a participação do coordenador municipal de assistência farmacêutica ou farmacêutico e apenas em 17% incluiu a presença de membro ligado ao planejamento da secretaria municipal de saúde. Em 38% (n=256) dos municípios o planejamento foi realizado apenas por um profissional, sem a participação de nenhum outro membro da equipe e que em 48% desses municípios esse profissional era o coordenador da AF ou farmacêutico. Estes dados refletem que o planejamento é conduzido de modo pouco interativo entre equipe e gestão da saúde, reafirmado a hipótese de planejamento não ascendente.

Os componentes do processo execução de recursos financeiros, uso do sistema de informação e envio de dados foram avaliados conjuntamente, por guardarem grande interface entre si:

[...] A execução do recurso tá atrelada a informação, e ao sistema e a conectividade, basicamente isso [...] a execução é muito incipiente, é muito inferior do que a nossa expectativa, é inferior a nossa disponibilidade orçamentária e garantia orçamentária, o que tem prejudicado, inclusive a própria, o avanço da ampliação do recurso financeiro pela baixa execução [...]

A avaliação dos recursos financeiros pelos informantes-chave foi realizada relacionando a estruturação dos municípios para utilização do sistema de informação e envio do conjunto de dados para a Base Nacional de Dados de Ações e serviços da Assistência Farmacêutica e garantia do recebimento dos recursos financeiros de custeio. São apontados, pela gestão federal do Eixo Estrutura, alguns aspectos relacionados a dificuldade da execução financeira e continuidade do recebimento destes recursos relacionados ao uso de sistema de

informação da AF, devido as dificuldades de infraestrutura de conectividade, formação de recursos humanos e demais problemas técnicos dos municípios.

Dados da pesquisa revelaram que 88% (n=273) dos municípios que utilizavam sistema de informação da AF faziam uso do sistema Hórus. O sistema Hórus é ofertado gratuitamente pelo Ministério da Saúde. Este é um sistema de informação *Web*, com isso cada subestação de trabalho para uso do sistema necessita de 500 kbps de conexão à internet para distribuição e/ou dispensação de medicamentos (BRASIL, 2014a). Todavia, a dificuldade com conectividade foi relatada em 54% (n=239) dos municípios que utilizam o Hórus como sistema de informação. Dados da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) demonstram a carência de infraestrutura de acesso à internet, principalmente nos municípios de pequeno porte no interior do país (BRASIL, 2014b), sendo este o principal perfil dos municípios habilitados no Eixo Estrutura. A partir do exposto, o contexto da infraestrutura de conectividade dos pequenos municípios brasileiros e a forma de operacionalização do Sistema Hórus podem ser considerados como um ponto negativo na implantação do Eixo Estrutura. Por outro lado, é avaliado positivamente o desenvolvimento de tecnologias como o *WebService* para atender o envio de dados para aqueles municípios que utilizam outros sistemas de gestão da AF.

Um outro ponto levantado está relacionado ao cronograma de monitoramento do envio de dados ao Ministério da Saúde. Como os marcos legais que regulamentam o Eixo Estrutura preveem o monitoramento trimestral para o repasse dos recursos de custeio após a habilitação (BRASIL, 2015b), se há ausência de envio de dados em um único mês que compõe o trimestre, o recurso não é repassado ao município, comprometendo a execução das ações planejadas para implantação do programa.

De uma forma geral, a partir do descrito no contexto de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS, é possível analisar que o modelo de implementação deste programa é do tipo tradicional ou também chamado *top-down* (de cima para baixo). Essa evidência surge a partir das decisões serem sempre tomadas e definidas pela gestão federal do Eixo Estrutura. Os demais entes são vistos como implementadores, desde a determinação do processo de implantação, obrigações a serem executadas, instrumentos a serem utilizados até as definições das responsabilidades entre os atores da implantação. Essa afirmação se reforça com o pouco (ou irrisório) diagnóstico que é realizado pelos municípios, já que parece haver desconhecimento de suas necessidades reais. A execução vertical reflete em ações executadas mecanicamente com o objetivo apenas de garantir o recebimento dos recursos financeiros e não prevendo as necessidades de suas realizações para mudanças na AF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo inédito indicaram que a implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS foi considerado satisfatório em somente um terço dos municípios e em mais da metade o grau de implantação foi insatisfatório ou crítico.

Na avaliação em separado das dimensões analisadas no estudo (estrutura e processo), observou-se que a dimensão estrutura foi avaliada com grau de implantação insatisfatório, expressando principalmente a precariedade de estrutura de equipamentos, mobiliários, conectividade, estrutura física das CAF's e recursos humanos da assistência farmacêutica, aproximando-se, em alguns dos itens analisados, do grau crítico de implantação. Já a dimensão processo, alcançou grau satisfatório de implantação. Apesar do positivo resultado na implantação do processo, fragilidades foram identificadas principalmente nas etapas diagnóstico e execução dos recursos financeiros, avaliadas com o grau crítico e insatisfatório respectivamente. A partir do exposto, propomos rediscussão e redimensionamento, no âmbito da avaliação do programa, do processo de diagnóstico e planejamento da gestão da AF como uma atividade interativa que influencie o processo circunstancial na tomada de decisão para reestruturação da assistência farmacêutica municipal.

Análises do contexto organizacional político e técnico em que o programa é desenvolvido demonstraram correlações sinérgicas e antagônicas que influenciam a implementação do Eixo Estrutura. Fatores positivos como o alinhamento político entre gestão federal do programa QUALIFAR-SUS, o CONASEMS e o CONASS e demais secretarias e departamentos do Ministério da Saúde na pactuação do Eixo Estrutura, a escolha em priorizar os municípios do Plano BSM para iniciar as ações de implantação do programa, incluindo o programa nas pautas prioritárias das demais políticas emergentes do governo federal e impulsionando sua ampliação, a participação dos atores envolvidos no processo de implantação do Eixo Estrutura, apesar da pouca mobilização e envolvimento dos gestores estaduais, sinalizam cenário positivo de cooperação para uma efetiva implantação.

Dentre os fatores antagônicos levantados neste estudo, reconhece-se a precariedade histórica de infraestrutura nos serviços de saúde da atenção básica, dificuldades no acesso a conectividade e problemas administrativos da gestão em saúde (como os obstáculos regionais enfrentados na compra de bens e serviços ou contratação de recursos humanos). Contudo, problemas como os citados não serão resolvidos pelo Eixo Estrutura, sendo necessária uma ação de cunho nacional e intersetorial.

Identifica-se como limitação deste estudo a adoção de escores similares para a avaliação das dimensões estrutura e processo. Porém, apesar do relatado, como não houve

discrepâncias entre as notas obtidas utilizando a escala definida, foi tomada como opção metodológica de atribuir o mesmo escores entre as dimensões e subdimensões.

Aponta-se como sugestão para estudos futuros revisão dos critérios de avaliação adotados neste estudo, a partir de metodologias de consenso entre especialistas da área de assistência farmacêutica, igualmente, como o desenvolvimento de análises regionais que promovam um aprofundamento nas questões levantadas, já que a amostra de municípios obtida não era representativa para tal fim.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cuidado farmacêutico na atenção básica*. 1ª edição revisada. Cardeno 1. Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/horus_folder.pdf> Acesso em: 05 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM No 1555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 13 ago. 2015.

_____. Agência Nacional de Telecomunicações. *Qualidade da Banda Larga Fixa (SCM) [Relatório de Indicadores de Desempenho Operacional]*, 2014 (Disponível em: <<http://www.anatel.gov.br/Portal/verificaDocumentos/documento.asp?numeroPublicacao=331437&filtro=1&documentoPath=331437.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *QUALIFAR-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde – eixo estrutura : atenção básica : instruções técnicas*. Brasília, 2015b.

_____. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização*. 2ª. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2009.

_____. Tribunal de Contas da União. *Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde/Tribunal de Constas da União; Ministro Relator: José Jorge de Vasconcelos Lima. [Relatório de auditoria operacional]*. Brasília, 2011.

CANABARRO, I. M.; HAHN, S.. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 18, n. 4, p. 345–355, 2009.

CONASS. *Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos. Nota Técnica 15/2014*. Brasília, 2014.

DE BERNARDI, C.L.B.; BIEBERBACH, E.W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17^a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e sociedade*, v. 15, p. 73–83, 2006.

DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François; HARTZ, Z. M. A. Análise da implantação. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-05.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2016.

FELISBERTO, E. *Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no programa saúde da família (PSF) no Estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999*. Dissertação de mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=284158&indexSearch=ID>>. Acesso em: 21 nov. 2015.

JAIME, P.C.; AMARAL, M.A., MAGALHÃES Jr.. H.M. Ações de saúde no plano Brasil sem miséria: o acesso à saúde orientado pela superação de iniquidades. In: Campello T, Falcão T, Costa PV, organizadores. *O Brasil sem miséria*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social; 2014.

SILVA JÚNIOR, E. B.; NUNES, L. M. N. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 32, n. 2, p. 65-69, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=646084&indexSearch=ID>>. Acesso em: 6 mar. 2016.

MARIN, N. *et al.* Assistência farmacêutica para gerentes municipais. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. [S.l.]: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. . Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=355061&indexSearch=ID>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

MENDES, L. V. *et al.* Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde debate*, v. 38, n. spe, p. 109–123, 2014.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A.R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 4, p. 853, 2011.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 27, n. 2, p. 149, 2010.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 73–84, 2013.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo encontrou um grau de implantação insatisfatório do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS em grande parte dos municípios habilitados. Não houve variação significativa se considerado o ano de habilitação do município. Além disto, foi verificado que a dimensão estrutura obteve pior desempenho de avaliação, com nível de implantação insatisfatório, em relação a dimensão processo, que obteve grau de implantação satisfatório.

Os resultados da avaliação da estrutura expressam-se principalmente na precariedade das condições dos equipamentos, mobiliários, recursos humanos, conectividade e estrutura física das CAF's. Apesar do positivo resultado na implantação do processo, fragilidades foram identificadas, principalmente, nas etapas de diagnóstico e execução dos recursos financeiros avaliadas com o grau crítico e insatisfatório respectivamente, indicando a baixa utilização do planejamento como um instrumento para execução das ações e o uso do e-CAR como uma "etapa" normativa para recebimento dos recursos financeiros.

A partir do exposto, propomos rediscussão e redimensionamento em conjunto com os estados e os municípios, no âmbito da avaliação do programa, do processo de diagnóstico e planejamento da gestão da AF como uma atividade interativa que influencie o processo circunstancial na tomada de decisão e o desenvolvimento de ações mais horizontalizadas pelos gestores que possam induzir planejamento ascendente como uma importante ferramenta para a reestruturação da Assistência Farmacêutica.

Análises do contexto organizacional político e técnico em que o programa é desenvolvido demonstraram correlações sinérgicas e antagônicas que influenciam a implementação do Eixo Estrutura. Fatores positivos como o alinhamento político entre gestão federal do programa QUALIFAR-SUS, CONASEMS, CONASS e demais secretarias e departamentos do Ministério da Saúde na pactuação do Eixo Estrutura, a escolha em priorizar os municípios do Plano BSM para iniciar as ações de implantação do QUALIFAR-SUS, incluindo o programa nas pautas prioritárias das demais políticas emergentes do governo federal e impulsionando sua ampliação, a participação dos atores envolvidos no processo de implantação do Eixo Estrutura,

apesar da pouca mobilização e envolvimento dos gestores estaduais, sinalizam cenário positivo de cooperação para condução do processo de implantação efetivo.

Dentre os fatores antagônicos levantados neste estudo, reconhece-se a precariedade histórica da infraestrutura nos serviços de saúde da atenção básica, dificuldades no acesso a conectividade, recursos humanos pouco qualificados e problemas administrativos da gestão em saúde (como os obstáculos regionais enfrentados na compra de bens e serviços ou contratação de recursos humanos principalmente pelos municípios de pequeno e médio porte). Contudo, problemas como os citados não serão resolvidos pelo programa QUALIFAR-SUS, sendo necessária uma ação de cunho nacional e intersetorial.

Destaca-se que o QUALIFAR-SUS é uma política recente, com os meios e ações de implantação ainda em construção. Por outro lado, os municípios alvo principal do programa, em sua maioria de pequeno porte com população de extrema pobreza, enfrentam graves dificuldades na infraestrutura de gestão técnica, recursos humanos e estrutura física, ocasionando o comprometimento da eficiência da gestão na implementação de políticas públicas.

O programa QUALIFAR-SUS foi a primeira estratégia ministerial de amplitude com o objetivo de melhorias na infraestrutura física da assistência farmacêutica na atenção básica à saúde. Com isso, e a partir do descrito anteriormente, apesar da implantação do programa ter alcançado o grau insatisfatório, acredita-se que esta é uma estratégia fundamental para a reorganização e qualificação das ações da AF nos serviços de saúde.

A avaliação de intervenções relacionadas à gestão pública tem como objetivo principal realizar julgamento de valor, ao mesmo tempo que se propõe a gerar aprendizagens e informações sobre as mudanças que devem ser utilizadas na condução de uma política ou programa para melhorar sua operacionalização e efetividade.

Neste sentido, este estudo avaliativo teve o propósito de ser um instrumento para subsidiar uma reflexão em torno dos aspectos positivos e fragilidades na implantação do Eixo Estrutura, identificando o que não está sendo efetivo para que se possa redirecionar práticas em busca de alcançar melhores resultados na organização dos serviços farmacêuticos na atenção básica.

7 REFERÊNCIAS

1. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. In: Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
2. Brasil. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. Ministério da Saúde Brasília; 2010.
3. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [Internet]. [citado 2 de novembro de 2015]. Recuperado de: <http://www.pnud.org.br/ODM8.aspx>.
4. Brasil. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília;1990.
5. Brasil. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília; 2006. 100 p.
6. Brasil. Cuidado farmacêutico na atenção básica. 1ª edição revisada. Cad.1. Brasília; 2015.
7. Oliveira LCF de, Assis MMA, Barboni AR. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2010;15(3):3561–7.
8. Tavares N, Pinheiro R. Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2014;8(1):Pág – 49.
9. Cosendey MAE. Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil [tese de doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro;2000.
10. Oliveira MA, do Couto Esher ÂFS, dos Santos EM, Cosendey MAE, Luiza VL, Bermudez JA. 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. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1429–39.

11. Oliveira LCF de, Assis MMA, Barboni AR. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011;34(4):853.
12. De Bernardi CL, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e sociedade*. 2006;15:73–83.
13. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):149.
14. Araújo A da LA de, Freitas O de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Braz Journal Pharm Sciences*. 2006;42(1):137–46.
15. Brasil. QUALIFAR-SUS : Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde – eixo estrutura : atenção básica : instruções técnicas. Brasília; 2015.
16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. OPS Washington, DC; 2013.
17. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533–43.
18. Salud OP-A de la. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Nueva Delhi; 1988.
19. Salud OP-A de la. El papel del farmacéutico en la atención a salud: Informe de la reunión de la OMS, Tokio, Japón, 31 ago. al 3 sep. de 1993. Buenas Prácticas de Farmácia: Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos La Declaración de Tokio-Federación Internacional Farmacéutica; 1993.
20. Alencar T de OS, do Nascimento MAA, Alencar BR. Assistência Farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas. UEFS Editora; 2011.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. Brasília; 2001.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004: Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Brasília; 2004.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Relatório final preliminar. Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica com controle social. Brasília; 2003.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2009: 44 p.
25. Pinheiro RM. Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2010;4(3).
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Ministério da Saúde. Brasília; 2005.
27. Costa KS, Nascimento Jr JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(spe):91–9.
28. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, da Silva RM, da Silva Freitas P, Costa KS, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde debate*. 2014;38(spe):109–23.
29. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2013;22(1):73–84.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS) [Internet]. jun 13, 2012. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 980, de 27 de maio de 2013. Regulamenta a transferência de recurso para o Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 03 de maio de 2013. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0980_27_05_2013.html
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.217, de 03 de junho de 2014. Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2014 [Internet]. jun 3, 2014. Recuperado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/04/PORTARIA-N---1217--DE-03-DE-JUNHO-DE-2014---Regulamenta-a-transfer--ncia-de-recursos-para-2014.pdf>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao

Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica. Documento Técnico do Projeto Estratégico Eixo Estrutura – Qualifar-sus: apoio a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica dos municípios do Plano Brasil Sem Miséria. Brasília; 2013.

35. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. In: Avaliação: conceitos e métodos [Internet]. Fiocruz; 2011 [citado 2 de novembro de 2015]. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=620611&indexSearch=ID>

36. Figueiró AC, Frias P de, Navarro LM, Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais Rio de Janeiro: MedBook. 2010;1–13.

37. Contandriopoulos A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc saúde coletiva. 2006;11(3):705–11.

38. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. 2011 [citado 12 de janeiro de 2016]; Recuperado de: <http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2012/06/Capitulo7AvaliacaodePoliticasyProgramas.pdf>

39. Hartz ZM de A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1997.

40. Reichardt CS, Solana G, Cook TD. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa [Internet]. Ediciones Morata; 1986. Recuperado de: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=E-vqzcBuCi0C&oi=fnd&pg=PA9&dq=Cook+TD+y+Reichardt+CH+S+1997.+M%C3%A9todos+cualitativos+y+cuantitativos+en+investigaci%C3%B3n+evaluativa.+Editora+Morata,+Madri,+228+pp.&ots=Cu5mBD7OC7&sig=ni-Lv9OmTfUlfNgr7kJ8AVelsZQ>

41. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Pineault R. A avaliação na área de saúde. Hartz ZMdA, organizadora Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997;29–48.

42. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2001;6(1):165–81.
43. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):150–3.
44. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1561–9.
45. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Jama*. 1988;260(12):1743–8.
46. Vieira-da-Silva LM da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Fiocruz. Rio de Janeiro; 2014.
47. Champagne F, Contandriopoulos A-P, Brousselle A, Hartz ZM de A, Denis J-L, Brousselle A, et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores *Avaliação: conceitos e métodos* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011;41–60.
48. Denis J-L, Champagne F, Hartz ZMA. Análise da implantação. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* [Internet]. 1997; Recuperado de: <http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-05.pdf>
49. Araújo Jr JLC de, Maciel Filho R. Developing an operational framework for health policy analysis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2001;1(3):203–21.
50. Lotta GS. Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família. Universidade de São Paulo; 2010. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-20102010-120342/en.php>
51. Minayo M de S, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cadernos de saúde pública*. 1993;9(3):239–62.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno QUALIFAR-SUS Eixo Estrutura: Orientações técnicas. Brasília; 2013.
53. Cassiolato M, Guerresi S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nota Técnica. IPEA. Brasília; 2010.
54. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZM de A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: *Avaliação em saúde*

dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Fiocruz. Rio de Janeiro; 2005.

55. Hartz Z de A. Novos desafios para a Avaliação em Saúde: lições preliminares dos Programas de Promoção. Rev Bras Saude Mater Infant. 2002;2(1):5–6.

56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 22 SCTIE/MS, de 15 de agosto de 2012. 2012.

57. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.215, de 13 de junho de 2012.

Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012.

58. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria GS/SCTIE nº 39, de 13 de agosto de 2013. 2013.

59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica. Nota técnica nº 36/2013 CGAFB/DAF/SCTIE/MS. 2013.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica. Relatório oficinas nacionais Eixo Estrutura programa QUALIFAR-SUS ano/2013. Brasília; 2013.

61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica. Relatório oficinas nacionais Eixo Estrutura programa QUALIFAR-SUS ano/2014. Brasília; 2014.

62. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Vol. 2. Taurus Madrid; 1987

63. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 1992;12.

64. Duarte T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). CIES e-working, Portugal. 2009.

65. Felisberto E. Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no programa saúde da família (PSF) no Estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999 [dissertação mestrado] .Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife; 2001.

66. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre as Boas Práticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos e correlatos e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2009.
67. Brasil. Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Brasília; 2014.
68. Brasil. Lei n. 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, 2014.
69. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa; 1979.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (ON LINE) - GESTORES MUNICÍPIOS HABILITADOS NO EIXO ESTRUTURA DO QUALIFAR-SUS)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Análise da implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica para a estruturação dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica”, sob a responsabilidade da pesquisadora Patrícia Silveira Rodrigues. O objetivo desta pesquisa é analisar a implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) na estruturação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica dos municípios do Plano Brasil sem Miséria até 100 mil habitantes habilitados no período de 2012 a 2013. Pretendemos nesse projeto compreender o contexto político-estrutural do QUALIFAR-SUS no fortalecimento da implantação do Eixo Estrutura do programa no âmbito Atenção Básica; analisar o conteúdo do programa e seus fundamentos previstos; avaliar o processo de implantação do programa, suas relações existentes entre os diferentes níveis de governo, estratégias políticas para execução e recursos envolvidos; avaliar a contribuição, a partir da implantação do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, na estrutura física e de recursos humanos das farmácias e central de abastecimento farmacêutico dos municípios habilitados no Eixo Estrutura no período de 2012 a 2013; identificar os fatores facilitadores e dificuldades na implantação e execução das atividades propostas do Eixo Estrutura visando aperfeiçoá-las e melhorar a condução da Política de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio de questionário on line. Após a leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se for de sua livre e espontânea vontade participar da pesquisa, basta clicar no botão “concordo” que o questionário estará disponível para ser respondido. Após o preenchimento do mesmo, basta clicar em “enviar” que uma cópia será encaminhada para a pesquisadora. Caso não deseje participar da pesquisa, basta ao fim da leitura desse termo clicar no botão “Não

concordo” e o questionário será finalizado automaticamente. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão relacionados a possível constrangimento em responder aos questionamentos, ou no caso de sua identidade vir a público, mas nos comprometemos com o total sigilo das informações e confidencialidade dos seus dados pessoais. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o processo de implementação das ações do Programa QUALIFAR-SUS e no processo de estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a partir das atividades avaliativas realizadas no decorrer da pesquisa. O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Patrícia Silveira Rodrigues no telefone (61) 96449112, no horário de 09hs às 12hs e de 14hs às 18hs, de segunda a sexta-feira ou através do e-mail avaliacaoqualifarsus@gmail.com. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, no horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira. *

- Concordo (iniciar questionário)
- Não concordo (encerrar questionário)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTORES NACIONAIS DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa Análise da implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica para a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, sob a responsabilidade da pesquisadora Patrícia Silveira Rodrigues.

O objetivo desta pesquisa é Analisar a implantação do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS na estruturação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica;

Pretendemos nesse projeto avaliar o processo de implantação do programa, suas relações existentes entre os diferentes níveis de governo, estratégias políticas para execução e recursos envolvidos; contribuição, a partir da implantação do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, na estruturação física e de recursos humanos das farmácias e CAF dos municípios habilitados; identificar os principais entraves na implantação e execução das atividades propostas visando aperfeiçoá-las e melhorar a condução da Política de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

O(A) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação se dará por meio de questionário entrevista com um tempo estimado de 1 (uma) hora.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão relacionados a possível constrangimento em responder aos questionamentos, ou no caso de sua identidade vir a público, mas nos comprometemos com o total sigilo das informações e confidencialidade dos seus dados pessoais. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o processo de implementação das ações do Programa QUALIFAR-SUS e no processo de estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica a partir das atividades avaliativas realizadas no decorrer da pesquisa.

O(A) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a)

senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Patrícia Silveira Rodrigues**, no **Ministério da Saúde** no telefone **(81) 99851655/ (61) 84262390/ (61) 3315 7986**, no horário 09hs às 12hs e de 14hs às 18hs, de segunda a sexta-feira.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor(a).

Nome/assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE C - ROTEIRO QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO AOS MUNICÍPIOS PARA DETERMINAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO EIXO ESTRUTURA DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS

Análise de implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

*Obrigatório

1. Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Análise da implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica para a estruturação dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica”, sob a responsabilidade da pesquisadora Patrícia Silveira Rodrigues. O objetivo desta pesquisa é analisar a implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) na estruturação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica dos municípios do Plano Brasil sem Miséria até 100 mil habitantes habilitados no período de 2012 a 2013. Pretendemos nesse projeto compreender o contexto político-estrutural do QUALIFAR-SUS no fortalecimento da implantação do Eixo Estrutura do programa no âmbito Atenção Básica; analisar o conteúdo do programa e seus fundamentos previstos; avaliar o processo de implantação do programa, suas relações existentes entre os diferentes níveis de governo, estratégias políticas para execução e recursos envolvidos; avaliar a contribuição, a partir da implantação do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, na estrutura física e de recursos humanos das farmácias e central de abastecimento farmacêutico dos municípios habilitados no Eixo Estrutura no período de 2012 a 2013; identificar os fatores facilitadores e dificuldades na implantação e execução das atividades propostas do Eixo Estrutura visando aperfeiçoá-las e melhorar a condução da Política de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio de questionário on line. Após a leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se for de sua livre e espontânea vontade participar da pesquisa, basta clicar no botão “concordo” que o questionário estará disponível para ser respondido. Após o preenchimento do mesmo, basta clicar em “enviar” que uma cópia será encaminhada para a pesquisadora. Caso não deseje participar da pesquisa, basta ao fim da leitura desse termo clicar no botão “Não concordo” e o questionário será finalizado automaticamente. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão relacionados a possível constrangimento em responder aos questionamentos, ou no caso de sua identidade vir a público, mas nos comprometemos com o total sigilo das informações e confidencialidade dos seus dados pessoais. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o processo de implementação das ações do Programa QUALIFAR-SUS e no processo de estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a partir das atividades avaliativas realizadas no decorrer da pesquisa. O(a) Senhor(a) pode se recusar a

responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Patrícia Silveira Rodrigues no telefone (61) 96449112, no horário de 09hs às 12hs e de 14hs às 18hs, de segunda a sexta-feira ou através do e-mail avaliacaoqualifarsus@gmail.com. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, no horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira. *

Marcar apenas uma oval.

Concordo (iniciar questionário)

Não concordo (encerrar questionário)
formulário.

Pare de preencher este

Identificação do município habilitado no Eixo estrutura do QUALIFAR-SUS

Esta seção do questionário se propõe a obter dados do município pesquisado

2. **Qual o nome do município que o(a) senhor(a) trabalha? ***

.....

3. **Qual o estado em que se localiza seu município? *** *Marcar apenas uma oval.*

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo

Sergipe

Tocantins

4. **Qual o porte populacional do município?** *Marcar apenas uma oval.*

- O município tem população menor de 25.000 mil habitantes
- O município tem população entre 25.000 a 50.000 mil habitantes
- O município tem população entre 50.000 a 100.000 habitantes

5. **Que cargo que o Sr.(a) ocupa no município?** * *Marcar apenas uma oval.*

- Secretário(a) Municipal de Saúde
- Coordenador(a) Municipal de Assistência Farmacêutica
- Assessor(a)
- Farmacêutico(a)
- Outra:.....

Dimensão 1 - avaliação da estrutura física da Central de abastecimento farmacêutico/almoxarifado e farmácias da Atenção Básica do município

Esta seção do questionário objetivo avaliar a estrutura física dos serviços farmacêuticos

6. **A quantidade de mesa para computadores existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços?** * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

7. **A quantidade de Cadeiras existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços?** * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

8. **A quantidade de computadores existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços?** * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

9. **A quantidade de impressoras existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços?** * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não

10. A quantidade de estantes de aço existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

11. A quantidade de armários de aço fechado existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

12. A quantidade de balcão com prateleira existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. A quantidade de mesas com gavetas existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

14. A quantidade de mesas auxiliares existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

15. A quantidade de refrigeradores para a guarda de medicamentos termosensíveis existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

16. A quantidade de termômetros digitais existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

17. A quantidade de Caixas tipo BiN (diversos tamanhos) existentes na Central

de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

18. A quantidade de aparelhos de condicionadores de ar existentes na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

19. A quantidade de lixeiras com tampa e pedal na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

20. A quantidade de bancada revestida de material liso e resistente na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

21. A quantidade de escada para a retirada de medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

22. A quantidade de paletes/estrados na Central de Abastecimento Farmacêutico e farmácias na Atenção Básica atende a necessidade dos serviços? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

23. A Central de Abastecimento farmacêutica possui acesso à internet (acima de 1MB)? * Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

24. As farmácias na atenção básica possuem acesso à internet (acima de 1MB)? * Marcar apenas uma oval.

- Sim, na totalidade das farmácias da Atenção Básica
 Sim, parcialmente as farmácias na Atenção Básica possuem acesso à internet
 Não

25. **O município possui profissionais farmacêuticos em quantidade suficientes as necessidades dos serviços?** * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não

26. **Quantos profissionais farmacêuticos contratados no município?** * A resposta deverá ser realizada em números ordinários (Exemplo: 1, 2, 3)

27. **O município possui atendentes de farmácia em quantidade suficientes as necessidades dos serviços?** * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não

28. **A central de abastecimento farmacêutico possui identificação externa?** * A identificação externa refere-se a identificação da CAF por meio de placas ou qualquer outro modo de identificação *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não

29. **A Central de Abastecimento Farmacêutico possui piso adequado na área de armazenamento de medicamentos?** * O piso deve ser plano, para facilitar a limpeza, e suficientemente resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos. A espessura do piso deve estar de acordo com o quantitativo de cargas, para que ele não venha a rachar ou sofrer danos. *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não

30. **A Central de Abastecimento Farmacêutico possui paredes adequadas na área de armazenamento de medicamentos?** * A parede deve ser cor clara, pintura lavável, isentas de infiltrações e umidade:

- Sim
 Não

31. **A Central de Abastecimento Farmacêutico possui portas adequadas na área de armazenamento de medicamentos?** * As portas devem ser pintadas a óleo, preferencialmente esmaltadas ou de alumínio, com dispositivo de segurança automática. *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não

32. **A Central de Abastecimento Farmacêutico possui teto adequado na área de armazenamento de medicamentos?** * O Teto deve possuir forro adequado, em boas condições. Recomenda-se usar telha de fibra de vidro, telhas térmicas com uso de poliuretano, lã de vidro, colocação de exaustores, entre outras alternativas que facilitem uma boa circulação de ar. *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não

33. **A Central de Abastecimento Farmacêutico possui janelas adequadas na área de armazenamento de medicamentos?** * As janelas devem possuir telas para proteção contra entrada de animais. *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

34. **A Central de abastecimento farmacêutico conta com carrinhos para movimentação de mercadorias?** * *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

35. **A central de abastecimento farmacêutico conta com extintores de Incêndio Classe B?** * *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

36. **A central de abastecimento farmacêutico conta com extintores de Incêndio pó químico?** * *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

37. **A central de abastecimento farmacêutico conta com extintores de incêndio carga d'água:?** * *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Dimensão 2 - Avaliação do processo de implantação das ações do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS

Esta seção objetiva avaliar a implantação das ações do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS no município

38. **A etapa de diagnóstico dos serviços farmacêuticos foi realizada pelo município no prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde?** *

A etapa de diagnóstico compreende o levantamento das necessidades de estruturação das farmácias na Atenção Básica e CAF e preenchimento dessas informações em um FormSUS elaborado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde. *Marcar apenas uma oval.*

Sim *Passe para a pergunta 40*

Não *Passe para a pergunta 39.*

Outra: *Passe para a pergunta 39*

39. **A que se deve a não realização do diagnóstico dos serviços farmacêuticos?**

* *Marcar apenas uma oval.*

Desconhecimento dessa etapa de execução do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS *Passe para a pergunta 43.*

Dificuldade no entendimento de como realizar essa etapa de execução do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS *Passe para a pergunta 43.*

Outra: *Passe para a pergunta 43.*

40. O Instrumento para diagnóstico para identificação das necessidades de estruturação dos serviços farmacêuticos foi aplicado a todas as farmácias da Atenção Básica e Central de Abastecimento Farmacêutico/almojarifado? *A planilha de diagnóstico é um modelo de check list que se propõe a auxiliar na identificação das necessidades de estruturação na Assistência Farmacêutica Marcar apenas uma oval.

Sim, em todas as farmácias da Atenção Básica e Central de Abastecimento Farmacêutico *Passe para a pergunta 41.*

Sim, parcialmente nas farmácias de Atenção Básica e Central de Abastecimento farmacêutico *Passe para a pergunta 41.*

Sim, apenas nas farmácias da atenção Básica *Passe para a pergunta 41.*

Sim, apenas na Central de Abastecimento Farmacêutico/almojarifado *Passe para a pergunta 41.*

Não, não foi aplicado *Passe para a pergunta 42.*

Outra: *Passe para a pergunta 41.*

41. Os instrumentos para realização do diagnóstico (instrumento para identificação das necessidades de estruturação disponibilizado pelo Ministério da Saúde e FormSUS) contribuíram para a execução dessa ação? * Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

42. A realização do diagnóstico contribuiu para a identificação das necessidades de infraestrutura e no processo de planejamento das ações e metas para a estruturação das farmácias da Atenção Básica e Central de Abastecimento Farmacêutico/Almojarifado? * Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

43. A etapa de planejamento das ações e metas para estruturação dos serviços de assistência farmacêutica foi realizada? * Marcar apenas uma oval.

Sim *Passe para a pergunta 45.*

Não *Passe para a pergunta 44*

.....

Outra:

Passe para a pergunta 44

44. A que se deve a não realização da etapa planejamento das ações e metas para estruturação da Assistência Farmacêutica? *Marcar apenas uma oval.

Desconhecimento dessa etapa de execução do programa *Passe para a pergunta 49.*

Dificuldade no entendimento de como realizar essa etapa de execução do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS *Passe para a pergunta 49.*

Outra: *Passe para a pergunta 49.*

45. Quem participou da etapa de planejamento das ações e metas para estruturação da Assistência Farmacêutica? * É possível selecionar mais de uma opção Marcar tudo o que for aplicável.

Secretário(a) Municipal de Saúde

Coordenador Municipal de Assistência Farmacêutica

Assessoria da Secretária de Saúde

Representante ou equipe de Planejamento da Secretária Municipal de Saúde

Outra:

46. As ações e metas planejadas foram cadastradas no Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados – e-CAR ? * O Sistema e-CAR é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para registro de ações e metas para estruturação da Assistência Farmacêutica e implantação do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS. O Secretário Municipal de Saúde é Responsável pelo Eixo Estrutura no município possuem acesso ao sistema. Marcar apenas uma oval.

Sim *Passe para a pergunta 48.*

Não *Passe para a pergunta 47*

Outra: *Passe para a pergunta 47*

47. A que se deve o não registro das ações e metas de estruturação no sistema e-CAR? * Marcar apenas uma oval.

Desconhecimento dessa etapa de execução do programa *Passe para a pergunta 49.*

Dificuldade no acesso ao e-CAR (login e senha) *Passe para a pergunta 49.*

Dificuldade na utilização da ferramenta *Passe para a pergunta 49.*

Dificuldade no acesso à internet *Passe para a pergunta 49.*

Outra: *Passe para a pergunta 49.*

48. O sistema e-CAR contribui para o acompanhamento e monitoramento das ações e metas planejadas? * Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

49. Os recursos financeiros previsto para os Municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS destinados pelo Ministério da Saúde foram executados? * Marcar apenas uma oval.

Sim, ambos os recursos (investimento/capital e custeio) foram executados

Passe para a pergunta 50.

Sim, apenas o recurso de investimento/capital *Passe para a pergunta 52.*

Sim, apenas o recurso de custeio *Passe para a pergunta 51.*

Não, os recursos não foram executados *Passe para a pergunta 58.*

Outra: *Passe para a pergunta 50*

50. O município teve dificuldade na execução dos recursos de investimento/capital? * Caso tenha mais do que uma respostas de sim quanto as dificuldades na execução do recursos, relatar no campo OUTRO. Marcar apenas uma oval.

não, não ocorreram dificuldades *Passe para a pergunta 53.*

sim, dificuldade na aprovação do orçamento *Passe para a pergunta 53.*

sim, atraso no processo de licitação *Passe para a pergunta 53.*

Outra: *Passe para a pergunta 53.*

51. O município teve dificuldade na execução dos recursos de investimento/capital? * Caso tenha mais do que uma respostas de sim quanto as dificuldades na execução dos recursos, relatar no campo OUTRO. Marcar apenas uma oval.

sim, dificuldade na aprovação do orçamento

sim, atraso no processo de licitação

Outra: *Passe para a pergunta 55.*

52. O município teve dificuldade na execução dos recursos de investimento/capital? * Caso tenha mais do que uma respostas de sim quanto as dificuldades na execução dos recursos, relatar no campo OUTRO. Marcar apenas uma oval.

não, não ocorreram dificuldades *Passe para a pergunta 54.*

sim, dificuldade na aprovação do orçamento *Passe para a pergunta 54.*

sim, atraso no processo de licitação *Passe para a pergunta 54.*

Outra: *Passe para a pergunta 54.*

53. Qual a prioridade para o uso do recurso financeiro de investimento/capital? * E possível escolher mais de uma opção. Marcar tudo o que for aplicável.

Compra de equipamentos

Compra de mobiliários

Outra:

54. Qual a prioridade para o uso do recurso financeiro de investimento/capital? * É possível escolher mais de uma opção. *Marcar tudo o que for aplicável.*

Compra de equipamentos

Compra de mobiliários

Outra:

55. O município teve dificuldade na execução dos recursos de custeio? * Caso tenha mais do que uma resposta de sim quanto as dificuldades na execução do recurso, relatar no campo OUTRO. *Marcar apenas uma oval.*

Não, Não houve dificuldade no uso do recurso de custeio.

Sim, atraso na licitação.

Sim, dificuldade na aprovação do orçamento.

Outra:

Passe para a pergunta 57.

56. O município teve dificuldade na execução dos recursos de custeio? * Caso tenha mais do que uma resposta de sim quanto as dificuldades na execução do recurso, relatar no campo OUTRO. *Marcar apenas uma oval.*

Não, Não houve dificuldade no uso do recurso de custeio.

Sim, atraso na licitação.

Sim, dificuldade na aprovação do orçamento?

Outra:

Passe para a pergunta 60.

57. Qual a prioridade para o uso dos recursos financeiros de custeio? * É possível selecionar mais de uma opção. *Marcar tudo o que for aplicável.*

Conectividade para a farmácia e/ou CAF

Contratação de Farmacêutico

Contratação de outros profissionais

Manutenção de bens móveis Manutenção de bens imóveis

Pagamento de produtividade/bônus/incentivo aos profissionais da

Assistência Farmacêutica

Outra:

58. O município utiliza sistema de informação para gestão da Assistência Farmacêutica? * *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não *Passe para a pergunta 68.*

59. Qual sistema de informação para gestão da Assistência Farmacêutica utilizado pelo Município? * Caso utilize outro sistema, adicionar o nome do sistema no campo OUTRO *Marcar apenas uma oval.*

Hórus *Passe para a pergunta 62.*

Outro: *Passe para a pergunta 64.*

60. O Município enfrenta alguma dificuldade no uso do Sistema Hórus? * *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não *Passe para a pergunta 68.*

61. Quais as dificuldades enfrentadas no uso do Sistema Hórus? * É possível selecionar mais de uma resposta. *Marcar tudo o que for aplicável.*

Problemas com conectividade

Escassez de recursos humanos

Instabilidade do sistema Hórus

Complexidade em operacionalizar o sistema

Lentidão do sistema

Outra:

62. O município encaminha os dados do sistema de gestão utilizado para o Ministério da Saúde através da plataforma de WebService? * *Marcar apenas uma oval.*

Sim *Passe para a pergunta 65.*

Não *Passe para a pergunta 65.*

63. O município enfrenta alguma dificuldade o envio de dados do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica através da Plataforma WebService? * *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não *Passe para a pergunta 67.*

64. Quais as dificuldades enfrentadas para o envio de dados do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica através da Plataforma WebService? * É possível selecionar mais de uma opção *Marcar tudo o que for aplicável.*

Dificuldades em obter informações sobre o envio de dados através

Webservice

Ausência de profissional de informática no município para auxiliar no envio dos dados

A empresa responsável pelo sistema não tem tecnologia para a integração dos dados

Sistema não possui informações do cartão SUS

Outra:

65. Quais as movimentações realizadas pelo município no sistema de gestão da Assistência Farmacêutica utilizado? *É possível realizar mais de uma opção Marcar tudo o que for aplicável.

Entradas

Dispensação

Saídas (por perda e/ou validade)

Distribuição

Outra:

66. O município recebeu apoio para implantação do Eixo Estrutura do QUALIFAR- SUS? *Caso tenha mais do que uma resposta de sim, é possível selecionar mais de uma opção Marcar tudo o que for aplicável.

Sim, apoio do Ministério da Saúde

Sim, apoio do Ministério da Saúde através do Apoio Institucional (profissional do Ministério da Saúde que realiza apoio técnico a estados e municípios)

Sim, apoio da Secretária Estadual de Saúde Sim, apoio do COSEMS

Não, não recebeu nenhum apoio

Outra:

Sugestões no questionário de pesquisa

Este espaço é destinado a sugestões e observações do questionário respondido. Agradecemos a sua participação nesta pesquisa.

67. Deixe aqui registradas suas sugestões e observações do formulário de pesquisa *

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO EIXO ESTRUTURA DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS

Nome: _____

Formação: _____

Titulação: _____

Tempo que ocupa o cargo: _____

Entrevistador(a):

Data e local:

Em relação ao processo de implantação do Eixo Estrutura do programa QUALIFAR-SUS nos municípios do Plano Brasil sem Miséria, considere as seguintes perguntas:

Diagnóstico:

1) Qual o objetivo da etapa de diagnóstico dos serviços de farmacêuticos na Atenção Básica no processo de implantação do Eixo Estrutura para estruturação da Assistência Farmacêutica?

2) Como o(a) Sr.(a) avalia a execução da etapa de diagnóstico pelos municípios habilitados? O que deu certo na execução desta etapa pelos municípios habilitados? O que deu errado na execução desta etapa? Comente.

3) Quais as ações que o Ministério da Saúde realizou para apoio (êxito) aos municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS na etapa de diagnósticos dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica? Detalhe.

Planejamento das ações e metas para reestruturação da Assistência Farmacêutica:

4) Qual o objetivo da etapa de Planejamento das ações e metas para reestruturação da Assistência Farmacêutica no processo de implantação do Eixo Estrutura para estruturação da Assistência Farmacêutica?

5) Como o(a) Sr.(a) avalia a execução da etapa de Planejamento das ações e metas para reestruturação da Assistência Farmacêutica e registro no sistema e-CAR pelos municípios habilitados? O que certo na execução da etapa de planejamento e registro no e-CAR pelos municípios habilitados? O que deu errado na execução desta etapa? (A pergunta pretende que o entrevistado avalie a execução da etapa de planejamento pelos municípios habilitados, foi satisfatório? Influenciou no processo de implantação do Eixo Estrutura?)

6) Quais as ações que o Ministério da Saúde realizou para apoio (êxito) aos municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS na etapa de planejamento e registro no e-CAR? Detalhe.

Execução dos recursos financeiros para reestruturação da Assistência

Farmacêutica:

7) Como o(a) Sr.(a) avalia a execução da etapa de Execução dos recursos financeiros para reestruturação da Assistência Farmacêutica pelos municípios habilitados, considerando as portarias que regulamentam o Eixo Estrutura e o monitoramento das ações e metas para estruturação da Assistência Farmacêutica? O que certo na execução desta etapa de implantação? O que deu errado na execução desta etapa?

8) Quais as ações que o Ministério da Saúde realizou para apoio (êxito) aos municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS nesta etapa? Detalhe.

Envio do conjunto de dados do Componente Básico da Assistência Farmacêutica:

9) Qual o objetivo da etapa do envio de conjunto de dados do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no processo de implantação do Eixo Estrutura para estruturação da Assistência Farmacêutica?

10) Como o(a) Sr(a) avalia a execução da etapa envio de Conjuntos de dados das movimentações do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelos municípios habilitados? O que deu certo na execução desta etapa de implantação? O que deu errado na execução desta etapa?

11) Quais as ações que o Ministério da Saúde realizou para apoio (êxito) aos municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS nesta etapa? Detalhe.

Interface com os demais entes:

12) De que forma os entes (estados e municípios) participaram da elaboração e pactuação do projeto do Programa QUALIFAR-SUS? Detalhe

13) De que forma eles participaram do processo de apoio aos municípios habilitados para implantação no programa? Comente

14) Foram definidos os papéis e responsabilidades de cada ente na implantação do Eixo Estrutura nos municípios habilitados? Detalhe

15) Para o(a) Sr(a) qual deve ser o papel do Ministério da Saúde em relação a estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros?

16) Em sua opinião, quais são as principais dificuldades para que os municípios implantem o Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS? Comente.

17) Por outro lado, em sua opinião, quais foram os fatores facilitadores para que os municípios implantassem o Eixo Estrutura? Comente

APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, **[nome do participante da pesquisa]**, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **Análise da Implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica para a estruturação dos Serviços de Farmacêuticos na Atenção Básica**, sob responsabilidade de **Patrícia Silveira Rodrigues** vinculado(a) ao/à: **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília**.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para **análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais, entre outras atividades com fins acadêmicos**.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 1.080.961

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA PARA A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACEUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisador: Patrícia Silveira Rodrigues

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43176415.5.0000.0030

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.080.961

Data da Relatoria: 10/06/2015

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.a, 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

BRASÍLIA, 27 de Maio de 2015

Assinado por: Marie Togashi (Coordenador)

ANEXO B – COMPROVANTE E SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA SAÚDE EM DEBATE

Saúde em Debate - Confirmação de recebimento de artigo Entrada x

Revista Saúde em Debate <revista@saudeemdebate.org.br> 6 de mar (Há 13 dias) ☆

para mim ▾

[ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - ISSN 0103-1104](#)



UMA PUBLICAÇÃO

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Seu trabalho **Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS** foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção.

Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente,
Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104
Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: |21| 3882-9140 e |21| 3882-9141 - FAX.: |21| 2260-3782 - revista@saudeemdebate.org.br

© Todos os direitos reservados para CEBES - [Desenvolvido por Zanda Multimídios da Informação](#)