

# **DA CONSTRUÇÃO À APLICAÇÃO**

INDICADORES PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO  
DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:  
A experiência em Santa Catarina



Marina Raijche Mattozo Rover  
Claudia Marcela Vargas-Peláez  
Emília Baierle Faraco  
Samara Jamile Mendes  
Fernanda Manzini  
Luciano Soares  
Sílvia Storpirtis  
Mareni Rocha Farias  
Silvana Nair Leite

# **DA CONSTRUÇÃO À APLICAÇÃO**

INDICADORES PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO  
DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:  
A experiência em Santa Catarina

Escola Nacional dos Farmacêuticos  
Florianópolis  
2017

@ 2017 UFSC

Capa, arte e diagramação:

*Paulo Roberto da Silva*

Ficha catalográfica

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães – CRB-14/071

---

D111 Da construção à aplicação : indicadores para a avaliação da gestão da assistência farmacêutica : a experiência em Santa Catarina / Marina Rajjche Mattozo Rover... [et al.]. – Florianópolis : Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2017.

48 p. : il., tabs.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-69844-02-0

1. Assistência farmacêutica – Santa Catarina – Administração.
2. Avaliação em Saúde – Santa Catarina.
3. Gestão em saúde.
4. Serviços de saúde – Avaliação.
5. Políticas Públicas. I. Rover, Marina Rajjche Mattozo.

CDU: 615.1

---

Este livro foi editorado com as fontes Chaparral Pro e Roboto. Miolo em papel pólen offset 90 g; capa em cartão supremo 250 g. Impresso na Gráfica e Editora Copiart em sistema de impressão offset.

# Sumário

Apresentação .....	7
Introdução .....	9
Metodologia .....	13
Etapa 1 – Estudos exploratórios.....	14
1 – Estudo sobre o CEAF e a gestão deste componente nas Unidades Federativas .....	14
2 – Estudo sobre o CEAF e a gestão deste componente com atores envolvidos no estado .....	15
2.1 Grupo Focal com usuários.....	15
2.2 Entrevistas com médicos e farmacêuticos .....	16
2.3 Análise dos dados .....	16
Etapa 2 – Elaboração e validação do modelo lógico e do modelo teórico do objeto a ser avaliado: capacidade de gestão estadual do CEAF .....	17
Etapa 3 – Desenvolvimento e validação do protocolo de indicadores .....	18
3.1 Elementos do protocolo de indicadores .....	18
3.2 Oficina de consenso para validação do protocolo de indicadores .....	20
3.3 Elaboração dos instrumentos de coleta de dados e definição de diretrizes para a pesquisa de campo.....	23
3.4 Análise dos dados coletados e emissão do juízo de valor.....	25
A aplicação do protocolo: a experiência em Santa Catarina.....	29
Considerações finais.....	41
Referências .....	43



# Apresentação

Resultado de um processo de construção de conhecimentos na área da assistência farmacêutica, este material é fruto do trabalho do Grupo de Pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos” da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O grupo resulta da atualização do grupo Estudos de utilização de medicamentos e qualidade dos serviços farmacêuticos, formado em 2002. Ao longo destes anos o grupo tem desenvolvido atividades de ensino, pesquisa e extensão voltadas para a qualificação dos serviços farmacêuticos, especialmente no âmbito do serviço público de saúde. O grupo também tem expressiva atuação em extensão por meio de projetos de consultoria para a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS) e com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis.

Esta publicação apresenta o processo de construção e aplicação de um protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), resultado de projeto de pesquisa financiado por edital PPSUS/FAPESC e Chamada Universal do CNPq. A escolha do referencial teórico de capacidade de governo de Carlos Matus, refletido no conceito de capacidade de gestão e de gestão da assistência farmacêutica, tem por base a necessidade de superar a fragmentação e a redução tecnicista imposta à área.

O modelo e o protocolo desenvolvidos trazem avanços para a gestão da assistência farmacêutica ao propor uma mudança do foco técnico-logístico, para as ações de natureza estratégica e política, ou que fomentem maior participação e autonomia. Com base nas discussões apresentadas espera-se proporcionar reflexões sobre os processos e avanços pelos quais a assistência farmacêutica vem passando, e assim contribuir para a consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica no país.

As autoras



# Introdução

A investigação de políticas e serviços de saúde cumpre um papel fundamental ao possibilitar a identificação de fragilidades e a provisão de informação confiável, constituindo uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade dos serviços.

Nesta área têm sido desenvolvidos diversos sistemas de monitoramento e avaliação bastante elaborados, porém estes nem sempre produzem os benefícios esperados e têm limitações para a avaliação de aspectos como o acesso oportuno, continuidade do cuidado, equidade e satisfação dos pacientes (FELISBERTO, 2010; KRUK; FREEDMAN, 2008). Nesse sentido, fica evidente a necessidade da construção de um modelo de avaliação que realmente detecte as dificuldades e produza recomendações que possibilitem corrigir rumos e disseminar lições e aprendizagens (HUMPHREYS; McLELLAN, 2011).

Adotou-se, aqui, o conceito de avaliação de Champagne e colaboradores (2011), segundo o qual avaliar consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, considerando os diferentes atores envolvidos, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir um julgamento que se possa traduzir em ações.

No caso das políticas de assistência farmacêutica, as avaliações realizadas usualmente focam-se nos aspectos técnicos e logísticos, descon siderando os aspectos políticos e sociais que influenciam a implementação das políticas públicas (SANTOS, 2011; BIGDELI et al., 2013). Avanços no conceito de gestão e avaliação da assistência farmacêutica tem se concretizado nos trabalhos de Barreto (2007), Barreto e Guimarães (2010) e Guimarães (2007) no estado da Bahia, e de Manzini (2013) e Mendes (2013) no estado de Santa Catarina. E no estudo de Faraco (2016), a qual utiliza o banco de dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Estas avaliações da

gestão da assistência farmacêutica básica adotaram o referencial teórico de capacidade de governo de Matus (1993) adaptando-o ao contexto político e às particularidades do sistema de saúde brasileiro em cada um dos estados estudados. Esta concepção de gestão adotada valoriza o processo e não só o resultado; e privilegia discussões sobre os aspectos sociais, o poder e sua legitimidade. Além disso, consideraram que a gestão deve ser orientada pelos princípios do SUS e que a avaliação, como um instrumento de gestão, deve seguir também estes preceitos.

Ainda é importante destacar que avaliar a capacidade de gestão, de acordo com Guimarães e colaboradores (2004), Guimarães (2007) e Barreto (2007) significa avaliar a real condição da gestão em traduzir as diretrizes políticas em serviços de saúde prestados à população, de acordo com objetivos para os quais foram implantados, envolvendo a avaliação de três dimensões (Quadro 1).

Quadro 1 – Dimensões consideradas na avaliação da capacidade de gestão

Dimensão	O que significa
<b>Organizacional</b>	Capacidade de decidir – revela aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente.
<b>Operacional</b>	Capacidade de executar – indica iniciativas no sentido de manter e ampliar condições logísticas e gerenciais, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos, a serem aferidos por meio de decisões/iniciativas voltadas para manter e mobilizar recursos técnicos, administrativos/financeiros e estratégicos que assegurem as condições desejáveis à gestão.
<b>Sustentabilidade</b>	Capacidade de sustentar resultados – revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados da gestão a serem aferidos por meio de iniciativas voltadas para a socialização de informações, elevação da satisfação dos usuários e institucionalização de mecanismos que sustentem os resultados.

Com base nesse referencial, a metodologia aqui descrita e discutida refere-se ao desenvolvimento de um protocolo de indicadores

para a avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica, especificamente da gestão estadual do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), e sua aplicação no estado de Santa Catarina.

O CEAF visa viabilizar o acesso aos medicamentos para a garantia da integralidade dos tratamentos, a partir das linhas de cuidado expressas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, 2013). Este é o componente da assistência farmacêutica que contempla os medicamentos de maior custo, e consome uma parcela importante dos recursos econômicos destinados à atenção à saúde no Brasil. Em 2014, dos 12,4 bilhões de reais investidos em medicamentos pelo Ministério da Saúde, 4,9 bilhões foram destinados ao financiamento do CEAF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O aumento dos recursos para financiamento dos medicamentos era um dos objetivos da implantação do CEAF, porém atualmente existem lacunas de informações relacionadas a outras metas planteadas como a garantia do Uso Racional de Medicamentos (URM) e do acesso oportuno aos medicamentos. Portanto, surge a necessidade de desenvolver sistemas de monitoramento e avaliação desta política com o objetivo obter informações que permitam identificar problemas relevantes e tomar medidas para a melhoria da qualidade dos serviços (LUGONES, 1999), através do fortalecimento da capacidade de gestão desta política.

Esta proposta considerou as particularidades do funcionamento do CEAF tais como a descentralização das ações e a necessidade de coordenação das ações entre as três esferas de governo para a garantia da disponibilidade dos medicamentos, um contexto complexo a ser administrado pelos gestores do SUS.



# Metodologia

O desenvolvimento do protocolo de indicadores envolveu 3 etapas:

- 1) Estudos exploratórios visando aprofundar os conhecimentos sobre o CEAF, incluindo as experiências e expectativas dos atores envolvidos no componente;
- 2) Elaboração e validação do modelo lógico e do modelo teórico do objeto a ser avaliado: capacidade de gestão estadual do CEAF;
- 3) Desenvolvimento e validação do protocolo de indicadores.

A escolha deste percurso metodológico partiu da compreensão que a participação dos interessados permite melhorar a imparcialidade do processo, a extensão das informações coletadas e a adaptação dos dados às demandas dos participantes. Permite também, democratizar o processo e o acesso à informação avaliativa, ou seja, o processo de avaliação é fonte de mudança ao favorecer os processos de aprendizagem, e permitir um olhar crítico e reflexivo sobre a ordem estabelecida. Somado a isso, contextualiza a avaliação e aumenta a chance de adesão aos resultados e recomendações (WEISS, 1998; FETTERMAN; WANDERSMAN, 2004; MEDINA et al., 2005; BEZERRA et al., 2010).

A pesquisa contemplou dados primários e secundários. Foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos, uma vez que, a combinação de abordagens é indicada para avaliar programas de saúde de forma mais abrangente (ANDERSON, 2010; CALVO; HENRIQUE, 2006; TANAKA; MELO, 2001).

Cabe destacar que a metodologia adotada não teve como propósito concluir se a gestão é boa ou ruim, mas, sim, analisá-la como processo que se encontra em diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar o quanto a capacidade de gestão do CEAF avançou ou deve avançar para atingir a imagem-objetivo (GUIMARÃES et al., 2004), visando explicitar os problemas para que estes possam ser trabalhados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº 712.031.

## Etapa 1 – Estudos exploratórios

### 1 – Estudo sobre o CEAF e a gestão deste componente nas unidades federativas

Visou aprofundar os conhecimentos sobre a gestão do componente e fornecer elementos adicionais à revisão da literatura para a proposição dos modelos teórico e lógico e dos indicadores. Este estudo foi realizado em 2014 e envolveu representantes da gestão do CEAF do nível nacional e de 5 unidades federativas. As unidades federativas participantes foram escolhidas por conveniência, resultando na definição de uma de cada região do país (norte, sul, sudeste, centro-oeste, nordeste). O estado a ser avaliado não foi incluído nesta amostra.

A coleta de dados junto ao representante da gestão nacional foi realizada por meio de entrevista, utilizando um roteiro com perguntas abertas relacionadas ao componente, como as características do contexto (político, econômico e social) que o influenciam, e as barreiras e os facilitadores da forma de organização e gestão do CEAF. Este roteiro foi previamente discutido com pesquisadores e profissionais da área e os ajustes sugeridos foram realizados para posterior aplicação.

Para a coleta de dados nas unidades federativas foi desenvolvido um questionário com base nas diretrizes previstas nos PCDT e nas regulamentações do CEAF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O questionário consistia em 21 questões (abertas e fechadas) relacionadas à abrangência e a forma de organização do CEAF, incluindo informações sobre o financiamento, a estrutura e a logística. Ainda foi consultada a opinião sobre os possíveis facilitadores e barreiras existentes na gestão do CEAF. O questionário foi respondido por representantes da gestão do CEAF em cada uma das unidades participantes sendo solicitados os dados correspondentes ao ano de 2013.

## 2 – Estudo sobre o CEAF e a gestão deste componente com atores envolvidos no estado

Com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre o CEAF foi realizado um estudo exploratório com os atores diretamente envolvidos com o cotidiano do componente: médicos, farmacêuticos e os usuários em 2014. Esse estudo foi conduzido com base na metodologia de pesquisa qualitativa, e na coleta de dados foram utilizadas a técnica de grupo focal com os usuários e entrevistas semiestruturadas com os médicos e farmacêuticos.

A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional. O tamanho da amostra foi definido considerando as diferentes características e experiências dos participantes. A saturação teórica foi verificada mediante a triangulação entre os diferentes grupos de informantes, para assegurar a consistência e a validade dos resultados (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2010).

Os roteiros utilizados foram construídos com base nas diretrizes dos PCDT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b) e seguindo as recomendações de Minayo, Assis e Souza (2010).

### 2.1 Grupo Focal com usuários

De acordo com Guix (2003) e Gatti (2005), dez usuários do CEAF foram convidados a participar. Para a seleção dos participantes considerou-se a experiência com o tema abordado, incluindo: diagnósticos; tempo de recebimento dos medicamentos; tipo de atendimento em saúde (SUS/Plano de saúde/Particular); faixa de escolaridade; faixa de renda; sexo; faixa etária.

Como instrumento norteador da discussão foi utilizado um roteiro que contemplava os tópicos: conhecimento prévio; trajetória percorrida e percepção sobre a organização desta forma de acesso a medicamentos. Os tópicos foram inseridos na discussão de maneira aberta, permitindo que todos os participantes tivessem a chance de expor sua opinião sobre o assunto debatido, e o esgotamento da discussão de cada tema (saturação).

O grupo foi conduzido por um moderador com conhecimento sobre o tema e sem envolvimento direto com a oferta de serviços do

CEAF. Contou-se também com a presença de um observador/relator que se encarregou da observação da comunicação não verbal e do registro de outros acontecimentos de interesse. A discussão foi gravada e teve duração aproximada de 1 hora e 30 minutos.

## 2.2 Entrevistas com médicos e farmacêuticos

Para participar das entrevistas foram convidados:

- Médicos de diferentes especialidades, que atendiam usuários da capital e de outras regiões do estado, e com diferentes locais de trabalho (serviço público/privado) (totalizando uma amostra de sete médicos);
- Farmacêuticos que trabalhavam com o CEAF na capital ou interior do estado e com diferentes tempos de serviço (totalizando uma amostra de seis farmacêuticos).

Foram elaborados questionários semiestruturados específicos para cada categoria de informante. O roteiro de entrevista utilizado com os médicos contemplou perguntas abertas relacionadas ao acesso às informações, conhecimento e entendimento sobre o componente, aspectos positivos e dificuldades da forma atual de organização e gestão do CEAF.

O roteiro para os farmacêuticos contemplou perguntas abertas relacionadas ao acesso às informações, aspectos positivos e dificuldades da forma atual de organização e gestão do CEAF, sobre a organização dos serviços de acordo com o previsto nos PCDT, papel da unidade de trabalho e sua relação com os demais setores envolvidos.

Os roteiros de entrevistas foram previamente discutidos com pesquisadores e profissionais da área. Os ajustes sugeridos foram realizados e a versão final dos roteiros foi aplicada. As entrevistas foram gravadas e realizadas presencialmente pela mesma pesquisadora.

## 2.3 Análise dos dados

Após o grupo focal e as entrevistas, o áudio foi transcrito e, no caso do grupo focal, o material foi complementado pela relatoria.

A abordagem adotada se baseou na premissa de que é o ponto de vista dos sujeitos sociais que deve ser o objeto de estudo, procurando

extrair os significados a partir dos relatos de cada sujeito (MINAYO, 1999).

Para chegar às interpretações, seguiu-se o roteiro de análise proposto por Pope e colaboradores (2000):

- Familiarização com o texto completo de todas as entrevistas e grupo;
- Identificação de todos os conceitos e temas relevantes;
- Indexação dos trechos destacados por tema e correlação com outros;
- Rearranjo dos trechos destacados, considerando seus contextos e peculiaridades, em um fluxo coerente e compreensível;
- Mapeamento dos conceitos, abrangência e natureza do fenômeno estudado, busca pela associação dos temas para a construção de uma explanação para os achados, ligando-os ao referencial teórico.

Os materiais obtidos foram utilizados para o estudo sobre o objeto e aspectos levantados pelos atores foram incorporados no desenvolvimento da avaliação.

## **Etapa 2 – Elaboração e validação do modelo lógico e do modelo teórico do objeto a ser avaliado: capacidade de gestão estadual do CEAF**

Com base nos referenciais teóricos utilizados e nos estudos exploratórios, foram propostos os modelos teórico e lógico para a avaliação. Considerou-se, neste estudo, modelo lógico como um esquema visual que apresenta o programa e quais são os resultados esperados (MEDINA et al., 2005), e modelo teórico aquele que extrapola o programa, no sentido da compreensão de outros fatores que podem interferir nos efeitos desejados (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

A modelagem permite que a avaliação de políticas e programas ultrapasse a visão dicotômica insumos/resultados e possibilite o esclarecimento das razões do êxito da intervenção em contextos diversos e para diferentes grupos populacionais. Entende-se como programa

qualquer ação organizada em saúde pública com fixação de metas, que permitem o acompanhamento dos resultados (NATAL et al., 2010).

Os modelos inicialmente propostos foram validados em uma oficina de consenso. A oficina contou com a participação de seis integrantes do grupo de pesquisa e de quatro farmacêuticos que trabalhavam com o CEAF no estado de Santa Catarina.

Os participantes foram selecionados pelo envolvimento e pela experiência com a temática, constituindo o grupo de especialista ou *expert*, de acordo com a proposição de Deslandes e colaboradores (2010). A técnica de consenso utilizada foi o comitê tradicional, na qual todos os participantes puderam opinar e sugerir alterações (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005). As discussões foram gravadas em áudio e transcritas, e as sugestões propostas foram incorporadas ao desenho final dos modelos.

## Etapa 3 – Desenvolvimento e validação do protocolo de indicadores

A partir da análise conjunta dos modelos pode-se iniciar a construção do protocolo de indicadores. A literatura no campo da avaliação apresenta diferentes denominações para a matriz que contempla os elementos que auxiliarão na análise e interpretação das informações, orientando a emissão do juízo de valor (ALVES et al., 2010; BERRETTA; LACERDA; CALVO, 2011; SCALCO; DE LACERDA; CALVO, 2010).

Nesta pesquisa, optou-se pela utilização da denominação protocolo de indicadores. O protocolo proposto é dividido em três dimensões: organizacional, operacional e sustentabilidade, e apresenta indicadores, perguntas, medidas, parâmetros e fontes de informação. Simultaneamente foram construídas as premissas para a escolha de cada um dos indicadores (ROVER et al., 2016a).

### 3.1 Elementos do protocolo de indicadores

Os elementos que compõem o protocolo são descritos no Quadro 2.

Quadro 2 – Elementos do protocolo de indicadores.

<b>Elemento</b>	<b>Característica</b>	<b>Tipo</b>
<b>Indicadores</b>	Elemento que aponta certa condição, característica, atributo ou medida que permite o registro e a análise de dados e informações sobre um evento, tornando possível a mensuração de conceitos mais complexos; Sintetiza ou representa o que se quer avaliar; Aproximação do fenômeno e não o fato em si; Válido somente no contexto específico no qual se processa a avaliação.	Variável numérica Relação entre dois eventos Qualidade ou atributo do fenômeno
<b>Premissas</b>	Justificativa para uso dos indicadores.	–
<b>Pergunta</b>	Traduz o que se quer saber com cada indicador.	–
<b>Medidas e parâmetros<sup>1</sup></b>	Maneira de dimensionar os resultados; Referências adotadas por quem está avaliando e devem ser aceitos pela equipe de trabalho e pelos atores envolvidos na pesquisa; Fundamentados em aspectos normativos, estabelecidos legalmente e/ou na literatura, porém factíveis com o contexto do objeto avaliado.	Binárias Contínuas

<sup>1</sup> Nos casos em que não há parâmetros técnico-científicos estabelecidos, estes devem ser obtidos através de mecanismos de consenso. Fonte: Elaborado pela autora, com base em Guimarães e colaborelegandas (2004); Alves e colaboradores (2010); Guimarães (2007); Panelli-Martins e colaboradores (2008) e Tanaka; Melo (2001).

A definição dos indicadores considerou os critérios de Tanaka e Melo (2001) e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2008) (Quadro 3).

Quadro 3 – Critérios para a definição dos indicadores

<b>Critérios</b>	<b>Definição</b>
<b>Validade</b>	Capacidade de medir o que se pretende. É determinada pela sua especificidade e sua sensibilidade.
<b>Confiabilidade</b>	Capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando o indicador é aplicado em condições similares.
<b>Mensurabilidade</b>	Basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir.
<b>Relevância</b>	Responder a prioridades de saúde.
<b>Custo-efetividade</b>	Os resultados justificam o investimento de tempo e recursos.
<b>Acessibilidade</b>	Estar acessível ou ser obtido no curto prazo e sem demandar muito trabalho.
<b>Utilidade</b>	Ter sua utilidade reconhecida por outros atores envolvidos na avaliação.

### 3.2 Oficina de consenso para validação do protocolo de indicadores

Para a validação da primeira versão do protocolo de indicadores foi realizada uma oficina em maio de 2015. Para esta oficina de consenso foram convidados pesquisadores das áreas de farmácia e saúde pública, gestores da assistência farmacêutica de sete estados brasileiros (contemplando todas as regiões do país) e farmacêuticos do CEAF.

Todos os convidados que aceitaram participar receberam, 30 dias antes da oficina, um documento por e-mail contendo os indicadores, as perguntas e a premissa de cada indicador. Foi solicitado que os participantes avaliassem cada um dos indicadores, sob os aspectos da relevância, sua representatividade para o reconhecimento da realidade, sua coerência com o tema e com as políticas públicas atuais, baseado no estudo de Deslandes e colaboradores (2011). Foram disponibilizados campos em branco para observações e sugestões dos participantes.

Para pontuação, foi utilizada uma escala de Likert de quatro itens: discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo totalmente, sendo atribuídas as pontuações de 1, 2, 3 e 4, respectivamente para cada item.

Os dados foram tabulados utilizando o software Microsoft Excel®. Na sequência foi calculada a mediana para cada indicador, sendo considerados aprovados os que apresentaram mediana 3 ou 4. Os demais foram levados para discussão na oficina.

A oficina foi dividida em duas partes. Na primeira parte, o objetivo foi a finalização da validação dos indicadores, e para tal foi utilizada a técnica do comitê tradicional, na qual todos os participantes podem opinar e sugerir alterações nos indicadores. No segundo momento foram validados as medidas e os parâmetros para cada um dos indicadores utilizando primeiro a técnica do Grupo Nominal, seguida da técnica do Comitê Tradicional. A utilização de mais de uma técnica na oficina visava possibilitar a superação das limitações encontradas nos métodos (CASSIANI; RODRIGUES, 1996; SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005).

As discussões foram gravadas em áudio com o consentimento dos participantes. As alterações no protocolo foram realizadas com base na relatoria elaborada. O quadro 4 apresenta os indicadores, o que é medido em cada um e a pontuação definida.

Quadro 4 – Indicadores, o que é medido em cada indicador e a pontuação por indicador e total do protocolo.

Indicadores	O que é medido neste indicador?	Pontos
<b>Dimensão organizacional</b>		
Participação	Participação da gestão em Órgãos de participação social e existência de instâncias que permitam a participação dos atores envolvidos.	10
Transparência	Divulgação de informações sobre as faltas de medicamentos e dos preços praticados na compra dos medicamentos.	10
Planejamento	Inclusão de ações do CEAF no PES, PPA e no Relatório de Gestão. Existência de reuniões de planejamento específicas do CEAF.	10
Monitoramento e avaliação das ações	Existência de indicadores e a utilização do monitoramento destes para o planejamento das ações.	10
Parcerias	Parcerias com outras instituições para o desenvolvimento de atividades do CEAF.	10
Regulamentação	Existência de fluxos regulamentados para a avaliação das solicitações e diretrizes sobre os processos de trabalho nas unidades.	10

Indicadores	O que é medido neste indicador?	Pontos
Institucionalização	Existência de uma instância institucionalizada responsável por todas as atividades do CEAF.	10
Acesso descentralizado	Atendimento dos usuários em seus municípios de residência.	10
<b>Pontuação da dimensão</b>		<b>80</b>
<b>Dimensão operacional</b>		
Comunicação	Comunicação entre as unidades.	10
Complementariedade	Preocupação com o atendimento das linhas de cuidados.	10
Condições normativas	Unidades com condições legais e sanitárias para o exercício das atividades.	10
Infraestrutura	Existência de investimentos e condições mínimas de infraestrutura nas unidades.	10
Serviços de referência/ polos de aplicação	Existência de SR nas diversas regiões do estado.	10
Sistemas de informação	Existência de sistemas de informação para o desenvolvimento das atividades.	10
Recursos humanos	Disponibilidade de RH e preocupação com a capacitação contínua.	10
Financiamento	Capacidade de aplicar as estratégias para a manutenção do equilíbrio financeiro e disponibilidade de recursos.	10
Gestão da logística	Existência de mecanismos que qualificam a programação e a aquisição de medicamentos.	10
Boas práticas em logística	Existência de mecanismos que qualificam a distribuição e o controle de estoque dos medicamentos.	10
Disponibilidade de medicamentos	Preocupação com o atendimento oportuno dos usuários.	10
<b>Pontuação da dimensão</b>		<b>110</b>
<b>Dimensão sustentabilidade</b>		
Controle social	Inclusão do CEAF nas pautas do Conselho Estadual de Saúde.	10
Perfil do gestor	Condição de existência do cargo de coordenador da assistência farmacêutica, formalmente instituído, responsável pela gestão do CEAF e a qualificação do gestor.	10
Acessibilidade	Prazo para atendimento dos usuários, existência de demanda judicial e de mecanismos para evitar as ações.	10

Indicadores	O que é medido neste indicador?	Pontos
Relação entre serviços	Ações de acompanhamento das unidades; repasse periódico de orientações e relação da gestão com os outros setores da rede de atenção à saúde.	10
Aspectos clínicos	Existência do monitoramento dos tratamentos e a realização do primeiro atendimento pelo farmacêutico.	10
Relação com os usuários	Preocupação da gestão com a satisfação dos usuários, através de avaliações e ouvidoria.	10
<b>Pontuação da dimensão</b>		<b>60</b>
<b>Pontuação total do protocolo</b>		<b>250</b>

Legenda: CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; PES: Plano Estadual de Saúde; PPA: Programação Plurianual; SR: Serviço de Referência; RH: Recursos Humanos.

O protocolo completo e as premissas para cada indicador estão apresentados em Rover e colaboradores (2016a).

### 3.3 Elaboração dos instrumentos de coleta de dados e definição de diretrizes para a pesquisa de campo

Para a pesquisa de campo foram desenvolvidos e validados os seguintes instrumentos de coleta de dados:

- 1) Questionário com questões abertas e fechadas para verificação de aspectos concernentes a cada dimensão da gestão da assistência farmacêutica e conformação dos seus respectivos indicadores;
- 2) Formulário (*check list*), aplicado pela pesquisadora no dia da visita para a avaliação das condições logísticas das unidades constituintes do CEAF.

Foram desenvolvidos dois formulários, um para as unidades visitadas e um para a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) Central, considerando as especificidades de cada um dos serviços.

Em relação aos questionários, considerando a forma de organização do CEAF neste estado, foram elaborados questionários para as entrevistas com:

- Gestor estadual do CEAF;
- Farmacêuticos de unidades estaduais;
- Farmacêutico da CAF Central;
- Farmacêuticos das unidades municipais.

Objetivando ampliar a coleta de dados, foi realizada a adaptação dos questionários para a coleta à distância. O questionário foi desenvolvido no Google Drive e o link foi encaminhado para três unidades. As mesmas foram visitadas pela pesquisadora e, após a coleta dos dados, foi calculado o fator *kappa* para verificar a concordância entre os dados coletados pelos dois instrumentos (GISEV; BELL; CHEN, 2013). Como resultado encontrou-se concordância quase perfeita ( $>0,81$ ) ou concordância substancial (0.61-0.80) para as duas formas de coleta nestas unidades. Considerou-se desta forma, que o questionário eletrônico estava validado para a coleta de dados à distância.

Visando coletar dados de unidades de todas as Macrorregiões de Saúde do estado, foram obtidos o contato de 143 unidades. Para todas foram enviados, via e-mail, convites para a participação. Destas, 10% foram escolhidas para a entrevista presencial. Considerou-se como critérios para a definição da amostra: inclusão de todos os tipos de unidades que desenvolvem atividades do CEAF; unidades de todas as macrorregiões de saúde do estado e municípios de diferentes portes populacionais (no caso das unidades municipais). As entrevistas e visitas às unidades foram previamente agendadas.

Em relação ao porte populacional utilizou-se a categorização do estudo de Veber e colaboradores (2011), o qual classifica os municípios em conglomerados, de acordo com a população, denominados A (Até 9.999 habitantes), B (entre 10.000 e 49.999) e C (mais de 50.000 habitantes). Complementarmente foram previstas consulta aos documentos apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Documentos complementares utilizados para a coleta de dados

Documentos consultados	
Organograma da SES.	Plano Estadual de Saúde (PES).
POPs e Manuais de Boas Práticas relativos às atividades desenvolvidas.	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS).
Atas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do último ano (2015).	Portaria da instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).
Relatório de Gestão Anual.	Programação Plurianual (PPA).
Atas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES).	Dados dos sistemas informatizados utilizados.
Cronograma de abastecimento de medicamentos.	Documento que estabelece os indicadores utilizados.
Alvarás Sanitários.	Banco de Preços em Saúde.
Registro dos monitoramentos clínicos.	Certidões de Regularidade Técnica (RT).
Registros da Ouvidoria.	Deliberações da CIB.

Os instrumentos de coleta de dados estão disponíveis em Rover e colaboradores (2016a). Os dados obtidos nesta etapa foram utilizados para responder cada um dos indicadores propostos. É importante destacar que se observou também o critério da saturação das informações, durante o processo de coleta e análise dos dados.

### 3.4 Análise dos dados coletados e emissão do juízo de valor

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

Nesse estudo, para cada indicador, foi atribuído um juízo de valor e sua conversão em cores. O julgamento é formado quando as descobertas e interpretações são comparadas com um ou mais parâmetros selecionados para avaliação (ALVES et al., 2010).

A conversão em cores visa facilitar a visualização dos resultados obtidos. Este modelo de apresentação em cores tem como base o modelo desenvolvido pelo NEPAF (BARRETO, 2007; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES, 2007). Neste estudo foi incluída a cor laranja na situação intermediária, entre o amarelo e o vermelho, significando uma situação de alerta (Quadro 6).

Quadro 6 – Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação dos indicadores, a escala de cores e o seu significado

Cor	Pontuação	O que indica
	76 a 100% dos pontos	Manter/Avançar – representa os indicadores que estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir.
	50 a 75% dos pontos	Cuidado – sinaliza os indicadores que apresentaram avanços, porém precisam ser aperfeiçoados.
	25 a 49% dos pontos	Alerta – evidencia os indicadores que precisam melhorar.
	0 a 24% dos pontos	Urgente – sinaliza os indicadores que precisam ser priorizados.

Posteriormente, a partir do somatório das pontuações de cada indicador, foi obtida uma pontuação por dimensão, a qual também foi atribuída uma cor, como forma de sintetizar os resultados encontrados (Quadro 7).

Quadro 7 – Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação das dimensões, a escala de cores e o seu significado

Cor	Pontuação	O que indica
	76 a 100% dos pontos	Que a situação encontrada na dimensão vai de acordo com o preconizado para a capacidade de gestão.
	50 a 75% dos pontos	Que há avanços na situação encontrada, mas é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão.
	25 a 49% dos pontos	Que é preciso melhorar a capacidade de gestão.
	0 a 24% dos pontos	Que a situação encontrada é crítica e compromete a capacidade de gestão, sinalizando uma prioridade.

A escala de valor da avaliação deve ser desenvolvida para permitir a tomada de decisão, e pode ser modificada ao longo do tempo ou em diferentes situações.

Após a análise geral dos resultados por dimensão, foi feita uma análise dos indicadores, tendo como base aspectos qualitativos obtidos por meio das entrevistas (questões abertas) (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2010).

A análise do protocolo permite:

- Identificar as dimensões e os indicadores que obtiveram piores e melhores resultados;
- Promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes de determinadas variáveis;
- Definir estratégias para superação dos constrangimentos identificados e/ou para manutenção das condições favoráveis.



## A aplicação do protocolo: a experiência em Santa Catarina

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de fevereiro e maio de 2016. O cálculo da pontuação dos indicadores foi realizado a partir da aglomeração dos dados obtidos das unidades participantes, seguindo as medidas e parâmetros estabelecidos no protocolo de avaliação.

Das 143 unidades convidadas, 76 retornaram aceitando participar da pesquisa. Houve uma desistência de participação para a coleta presencial e uma resposta via online não incluída, pois foi enviada após a finalização do período de coleta de dados. Assim, a coleta presencial ocorreu em 13 unidades e na coleta via formulário eletrônico contou-se com 61 participantes, totalizando 74 unidades incluídas no estudo.

As unidades estaduais participantes foram: a coordenação/diretoria da assistência farmacêutica, 8 unidades descentralizadas, 1 Serviço de Referência (SR) e a CAF Central. Entre as unidades municipais foram coletados dados de 63 unidades de diferentes municípios.

Com relação ao porte populacional, 22 municípios participantes são classificados no conglomerado A, 26 no conglomerado B e 16 no C.

As unidades participantes atendiam 36.823 usuários do CEAF envolvendo o trabalho de 427 profissionais. A maioria das unidades (90%) atendem outros componentes da assistência farmacêutica e/ou programas além do CEAF, entre eles os mais frequentes são o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e as demandas judiciais.

O protocolo de indicadores e os resultados da avaliação são apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 – Protocolo de indicadores e resultados da avaliação com o juízo de valor para cada indicador e dimensão

Indicadores	O que é medido no indicador?	Pontuação máxima	Dimensão organizacional		Pontos obtidos	Cor
			Dados coletados			
Participação	1) Participação da gestão em Órgãos de participação social. 2) Existência de instâncias que permitam a participação dos atores envolvidos.	10	1) CES, CIB, Conferência Estadual de Saúde e reuniões do PES. 2) Não há.		5	
Transparência	1) Divulgação de informações sobre as faltas de medicamentos. 2) Divulgação dos preços praticados na aquisição dos medicamentos.	10	1) Não há. 2) Sim no Banco de Preços em Saúde.		5	
Planejamento	1) Inclusão de ações do CEAF no PES, PPA e no Relatório de Gestão. 2) Existência de reuniões de planejamento específicas.	10	1) Sim. 2) Não há.		5	
Monitoramento e avaliação das ações	Existência de indicadores e a utilização do monitoramento destes para o planejamento das ações.	10	Não há indicadores.		0	
Parcerias	Parcerias com outras instituições para o desenvolvimento de atividades do CEAF.	10	Sim com os municípios (CIB 398/2014).		10	
Regulamentação	1) Existência de fluxos regulamentados para a avaliação das solicitações. 2) Existência de diretrizes sobre os processos de trabalho nas unidades.	10	1) Sim – fluxos e portarias. 2) Sim em 41 unidades.		7,5	
Institucionalização	Existência de uma instância institucionalizada responsável por todas as atividades do CEAF.	10	Sim, mas a CAF e as licitações são responsabilidades de outra diretoria.		5	

Indicadores	O que é medido no indicador?	Pontuação máxima	Dados coletados	Pontos obtidos	Cor
Acesso descentralizado	Atendimento dos usuários em seus municípios de residência.	10	Sim em 100% dos municípios	10	
	<b>Total dimensão</b>	<b>80</b>		<b>47,5</b> (59,37%)	
<b>Dimensão operacional</b>					
Comunicação	Comunicação entre as unidades.	10	Boa ou muito boa de acordo com 77% das unidades, principalmente por email.	10	
Complementariedade	Preocupação com o atendimento das linhas de cuidados.	10	100% do elenco do grupo 3 está pactuado em CIB (501/2013) e está regulamentada a produção de APAC para o grupo 2.	10	
Condições normativas	Unidades com condições legais e sanitárias para o exercício das atividades.	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não há PGRSS</li> <li>- 66,2% das unidades têm Alvarás Sanitários e 88,7% certidões de RT atualizadas</li> <li>- 38% referiram controle do estado.</li> </ul>	0	
Infraestrutura	Existência de investimentos e condições mínimas de infraestrutura nas unidades.	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 77,78% das unidades estaduais receberam investimentos.</li> <li>- 75% das unidades estaduais e 50,8% das municipais cumprem com pelo menos 75% das condições mínimas.</li> </ul>	8,5	
SR/Polos de Aplicação	Existência de SR nas diversas regiões do estado.	10	Concentrados na capital do estado.	5	
Sistemas de informação	Existência de sistemas de informação integrados para o desenvolvimento das atividades.	10	Sim, porém não alimentam a base nacional e não interoperam com outros sistemas da rede de atenção à saúde.	3	

Indicadores	O que é medido no indicador?	Pontuação máxima	Dados coletados	Pontos obtidos	Cor
Recursos humanos	1) Disponibilidade de RH. 2) - Preocupação com a capacitação contínua do RH.	10	1) Em 55,55% das unidades do estado há farmacêuticos em número suficiente. 2) 22,86% dos farmacêuticos referem capacitações ao menos 1 vez ao ano	2,5	
Financiamento	1) Capacidade de aplicar as estratégias para a manutenção do equilíbrio financeiro. 2) Disponibilidade de recursos. 3) Recursos perdidos por APACs glosadas.	10	1) Sim - CAP e desonerações de tributos 2) Há planejamento orçamentário, mas há falta de recursos 3) < 5% das APACs são glosadas	6,25	
Gestão da logística	1) Existência de mecanismos que qualificam a programação. 2- Existência de mecanismos que qualificam a aquisição.	10	1) Há método estabelecido 2) Apenas mecanismos de punição para fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos.	6	
Boas práticas em logística	1) Existência de mecanismos que qualificam a distribuição. 2) Existência de controle periódico do estoque de medicamentos.	10	1) Não há normas de boas práticas de transporte, mas há cronograma de distribuição. 2) 80% das unidades estaduais e 70,5% das municipais fazem controle mensal de estoque	6,5	
Disponibilidade de medicamentos	Preocupação com o atendimento oportuno dos usuários.	10	Há avaliação para seleção do elenco estadual, porém houve falta de medicamentos por falta de recursos e atrasos na dispensação em 15,7% das unidades.	3	
	<b>Total dimensão</b>	<b>110</b>		<b>60,75</b> (55,23%)	
<b>Dimensão sustentabilidade</b>					
Controle social	Inclusão do CEAF nas pautas do Conselho Estadual de Saúde.	10	Não há pautas nas atas de 2015	0	

Indicadores	O que é medido no indicador?	Pontuação máxima	Dados coletados	Pontos obtidos	Cor
Perfil do gestor	1) Condição de existência do cargo de coordenador da assistência farmacêutica, formalmente instituído, responsável pela gestão do CEAF. 2) Qualificação do gestor.	10	1) Cargo formal, mas não responsável por todas as atividades do CEAF. 2) 9 anos de experiência e especialista em gestão da assistência farmacêutica.	7,5	
Acessibilidade	1) Prazo para atendimento dos usuários. 2) Existência de demanda judicial e de mecanismos para evitar as ações.	10	1) Em média 50 dias para o 1º atendimento. 2) Sem informações do % de ações, mas há um comitê para assessorar o judicial.	3,75	
Relação entre serviços	1) Existência de ações de acompanhamento e repasse periódico de orientações às unidades. 2) Relação da gestão com os outros setores da rede de atenção à saúde.	10	1) Gestor – Sim para ambas; Farmacêuticos 67,14% responderam que há orientações periódicas, mas apenas 11,43% que há acompanhamento. 2) Não realiza levantamentos das demandas para discussão com outros setores.	3	
Aspectos clínicos	1) Existência do monitoramento dos tratamentos. 2) Realização do primeiro atendimento pelo farmacêutico.	10	1) 32,3% realizam o monitoramento. 2) Ocorre em 67,7% das unidades.	6,25	
Relação com os usuários	Preocupação da gestão com a satisfação dos usuários, através de avaliações e ouvidoria.	10	- 4,9% unidades informaram já ter realizado pesquisa de satisfação. - Há ouvidoria, mas os dados não são utilizados no planejamento das ações.	0	
<b>Total dimensão</b>		<b>60</b>		<b>20,5</b> (34,17%)	
<b>Pontuação total do protocolo</b>		<b>250</b>		<b>128,75</b> (51,5 %)	

Legenda: CES: Conselho Estadual de Saúde; CIB: Comissão Intergestores Bipartite; CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; PES: Plano Estadual de Saúde; PPA: Programação Plurianual; RH: Recursos Humanos; SR: Serviço de Referência; CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico; APAC: Autorização de Procedimento de Alto Custo; PGRSS: Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Fonte: Elaborado pela autora.

A dimensão da sustentabilidade avaliou o potencial da gestão em sustentar as ações e resultados do CEAF, a qual é dependente da inter-relação da assistência farmacêutica com outros setores da saúde, da satisfação dos usuários com a qualidade dos serviços e do grau de participação social (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES et al., 2004). A baixa pontuação desta dimensão e o fato de nenhum indicador alcançar a imagem-objetivo refletiu o fato da sustentabilidade das ações ser um tema pouco avaliado na área da assistência farmacêutica (MENDES; LEITE, 2016).

As principais fortalezas nesta dimensão se encontraram nos indicadores perfil do gestor e aspectos clínicos. No perfil do gestor destacou-se a formação e experiência na área farmacêutica, bem como a existência formal do cargo na SES, fator considerado um avanço na direção da institucionalidade do SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2007). A fragilidade encontrada foi a fragmentação e problemas de articulação do gestor com outras áreas da SES que são responsáveis por parte das funções relativas ao funcionamento do CEAF.

No caso dos *aspectos clínicos* destacou-se a participação do farmacêutico no primeiro atendimento (dispensação) dos usuários do CEAF em boa parte das unidades, o que indicou a existência de condições mínimas para o alcance dos objetivos do CEAF. Porém, é necessário avançar na implementação e registro de atividades do monitoramento dos tratamentos propostos nos PCDT (MINISTERIO DA SAUDE, 2010b). Registros do monitoramento são fontes ricas de informações para a gestão (MANZINI, LEITE, 2016; MINISTERIO DA SAUDE, 2010b), contudo, foram verificados em apenas pouco mais de um terço das unidades. Para a superação desta limitação são necessárias medidas como capacitações focadas na “mudança do enfoque filosófico, organizacional e funcional da farmácia, elevando o seu nível de responsabilidade e do profissional farmacêutico” (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012).

O alerta no indicador da *acessibilidade* estava relacionado com tempo de espera até a primeira dispensação e a existência de demandas judiciais para medicamentos fornecidos pelo CEAF. Estas evidenciam a necessidade de criação de fluxos mais ágeis e menos burocratizados, visando o atendimento oportuno dos usuários (ROVER et al., 2016b), o que redundará na sustentabilidade da gestão pela satisfação das necessidades dos usuários.

De forma similar, o alerta no indicador da *relação entre serviços* demonstrou a necessidade de informações sobre a demanda de serviços relacionada ao CEAF e a oferta destes pelo estado. Estas medidas são fundamentais no planejamento para atendimento dos serviços e para a superação das limitações na oferta (ROVER et al., 2016b).

Os aspectos mais críticos da dimensão da sustentabilidade, e que precisam ser priorizados foram os indicadores *Controle social* e *Relação com os usuários*. A relação distante da gestão com os usuários corrobora o relato de Lima-Dellamora, Caetano e Osorio-de-Castro (2012). Estes resultados revelam a necessidade de aproximar a gestão da “ponta”, e que o gestor estabeleça canais de comunicação eficientes com vistas à transformação da realidade organizacional e das relações sociais de produção de cuidados, de modo que facilitem a identificação e solução oportuna das necessidades dos usuários (ROVER et al., 2016b).

Algumas alternativas úteis para resolver estas fragilidades incluem a institucionalização de pesquisas de satisfação com usuários e o acompanhamento dos dados levantados pela ouvidoria para o planejamento das ações. Estes processos poderiam criar um ambiente favorável para sustentar as decisões, traduzindo a construção de uma imagem positiva que aumentaria a viabilidade da gestão.

Em relação ao *Controle social* a ausência de pautas sobre o CEAF nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES), demonstrou a não valorização, por parte da gestão, da participação social. Considerando a natureza estratégica e essencial da participação social para a gestão de programas e políticas públicas (BARRETO; GUIMARÃES, 2010), sugere-se a utilização destes espaços para a discussão de aspectos como a disponibilidade e organização de serviços que comprometem o acesso a medicamentos do CEAF (ROVER et al., 2016c, 2016d).

Na dimensão organizacional, observou-se que apenas dois indicadores estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir: *parceiras* e *acesso descentralizado*. Estes indicadores estavam relacionados entre si, pois a *parceria* com outras instituições para o desenvolvimento de atividades do CEAF foi realizada entre o estado e os municípios através de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, 2014). O atendimento dos usuários passou a ocorrer em seus municípios de

residência, possibilitando a ampliação do acesso aos medicamentos por aumentar a acessibilidade aos serviços farmacêuticos, como colocado por Penchansky e Thomas (1981).

Os indicadores de *participação, transparência, planejamento, institucionalização e regulamentação* sinalizavam avanços, mas necessidade de aperfeiçoamento. Este conjunto de indicadores evidenciou que a capacidade de planejar e decidir de forma participativa e transparente, precisa avançar (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Para melhorar a *participação* poderiam ser criadas estratégias ou instâncias, como reuniões de planejamento, consultas públicas e atividades com associações de pacientes, para o engajamento e co-responsabilização dos envolvidos (pacientes, prescritores, farmacêuticos). A criação de tais estratégias indicaria compartilhamento e transparência no processo decisório o que soma para a capacidade de decidir em ambiente democrático (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Embora o estado registrasse os preços praticados no Banco de Preços em Saúde (BRASIL, 2009), a inexistência de divulgação de informações sobre o desabastecimento de medicamentos demonstrou que a gestão descumpriu princípios legais da transparência. Este último ainda acarreta o retorno dos usuários diversas vezes às unidades de dispensação.

A existência de diretrizes de abrangência estadual sobre os processos de trabalho nas unidades, definida como responsabilidade da gestão estadual na CIB 398 (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014) demonstrou o interesse e o compromisso da gestão com o estabelecimento de fluxos e normas que legitimem e viabilizem a organização das atividades do CEAF. Porém ficou evidente a necessidade de melhorar os canais de divulgação às unidades, uma vez que apenas pouco mais da metade dos farmacêuticos participantes conheciam as diretrizes, o que pode comprometer a adequada implantação das mesmas.

Apesar da inclusão de ações do CEAF no Plano Estadual de Saúde (PES), na Programação Plurianual (PPA) e no Relatório de Gestão, não foram identificadas ações de incentivo para o processo de planejamento (ex. reuniões de planejamento estratégico do CEAF). O indicador *monitoramento e avaliação das ações* foi considerado em situação urgente e ponto a ser priorizado. Tanto o planejamento quanto o monitoramento

e avaliação contribuem para o aperfeiçoamento permanente da gestão, na medida em que se configuram como um relevante mecanismo que visa determinar a qualidade dos serviços oferecidos, identificar as fragilidades (onde e porque acontecem) e implantar as melhorias necessárias (MARIN, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Já na dimensão operacional três indicadores foram avaliados como de acordo com a imagem-objetivo: a *comunicação*, a *complementariedade* e a *infraestrutura*. No entanto, o alcance dado na avaliação a estes indicadores foi limitado, e apesar do resultado positivo, foram detectados alguns aspectos que precisam ser melhorados. No caso da *comunicação* embora a maior parte dos farmacêuticos participantes informou conseguir se comunicar com a gestão regional/central em tempo hábil para resolver os problemas, ainda persistiam problemas na agilidade da comunicação que em alguns casos compromete a resolução imediata dos problemas e/ou dúvidas, podendo resultar na necessidade de mais de um retorno do usuário à unidade.

Quanto à *complementariedade*, esta objetivou identificar a capacidade da gestão estadual para propiciar mecanismos que visam garantir o atendimento de todas as linhas de cuidado, como a pactuação em CIB da responsabilidade dos municípios com o elenco da primeira linha de cuidado. Contudo, não foi avaliado se na prática tais mecanismos garantem a integralidade dos tratamentos medicamentosos.

No caso da *infraestrutura*, a maioria das unidades apresentavam condições mínimas de infraestrutura demonstrando avanço neste indicador em relação ao estudo de Blatt e Farias (2007), e resultados melhores que os de Lima Dellamora, Caetano e Osório-de-Castro (2012) em unidades do Rio de Janeiro. Tal resultado expressou os investimentos nas unidades estaduais nos últimos anos. Por outro lado, embora a descentralização do CEAF beneficie os usuários, foi observado que alguns municípios não têm capacidade de garantir a organização do serviço, estrutura física e pessoal com a qualificação que o CEAF exige. Portanto, é importante que a gestão estadual avalie permanentemente a estrutura física, a capacidade instalada e os equipamentos necessários para a estruturação dos serviços (BLATT; FARIAS, 2007; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007) e colabore com os municípios na estruturação e qualificação da assistência farmacêutica (MANZINI; LEITE, 2016).

A disponibilidade no estado de *Serviços de Referência (SR)* recomendados pelos PCDT para algumas situações clínicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b) representaram um avanço importante na implementação do CEAF (BECKER, BLATT, FARIAS, 2011). No entanto, os resultados revelaram a concentração dos SR na capital e a inexistência de polos de aplicação dos medicamentos. Polos de aplicação são fundamentais para a garantia da aplicação, conservação, compartilhamento de doses e até mesmo para o adequado descarte dos insumos. Desta forma, há ainda a necessidade de ampliação destes serviços visando melhorar a qualidade da assistência prestada.

Relativo ao *financiamento*, segundo as informações fornecidas pelo gestor estadual, o estado aplicava as estratégias (coeficiente de adequação de preços e as desonerações de tributos) para a manutenção do equilíbrio financeiro. Estas estratégias visam à obtenção da proposta mais vantajosa para a administração pública e a aplicação destas, demonstra capacidade de execução neste quesito. Já a insuficiência de recursos para a aquisição dos medicamentos, vem comprometendo a capacidade de executar da gestão, prejudicando o atendimento da linha de cuidado sob responsabilidade do gestor estadual.

Em relação à *Gestão da logística* não havia no estado estratégias visando enfrentar os problemas nas aquisições, o que pode também ser uma das causas dos desabastecimentos, que comprometem o acesso aos medicamentos no tempo oportuno (BLATT, FARIAS, 2007; BECKER, BLATT, FARIAS, 2011). Já a existência de método definido e aplicado na programação e de mecanismos de punição para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos nos editais foram positivas para a gestão, pois visavam à disponibilidade de medicamentos de qualidade e nas quantidades adequadas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

A regularidade da distribuição mostrou, também, o interesse da gestão em assegurar o pronto acesso. Da mesma forma, o controle de estoque mensal permite a obtenção regular de informações sobre os quantitativos nas unidades, evitando assim desabastecimentos ou perda de medicamentos por validade expirada. Ambos os critérios analisados, somam para as *boas práticas em logística*. O critério que comprometeu a capacidade de gestão, neste indicador, foi a inexistência de normas que atendam às boas práticas de transporte de medicamentos, a fim de

suprir as demandas das unidades com qualidade atestada (GUERRA; CAMUZI, 2014). Esta atividade era realizada pelos municípios, embora seja responsabilidade do estado (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014).

Apesar de haver no estado *sistemas de informação* para o gerenciamento das atividades do CEAF, estes não estão conectados à base nacional e não interoperam com outros sistemas da rede de atenção à saúde. Este fato comprometeu a capacidade de gestão, pois gera trabalho adicional e possibilita a ocorrência de erros. Além disso, impossibilita que os profissionais responsáveis pelo cuidado do usuário (médicos e farmacêuticos) de outras unidades de saúde acessem informações sobre os tratamentos realizados no CEAF, dificultando a interação dos diferentes serviços de saúde e comprometendo a integralidade do cuidado.

Quanto ao número de farmacêuticos necessários para o desenvolvimento das atividades do CEAF, pouco mais da metade das unidades informou possuir farmacêuticos em número suficiente. Cabe nesse momento a discussão de que, embora a obrigatoriedade da presença do farmacêutico durante todo o período de funcionamento das farmácias (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1973; BRASIL, 2014), o número de profissionais está aquém das necessidades em boa parte das unidades. Blatt e Farias (2007) e Lima Dellamora, Caetano e Osório-de-Castro (2012) já haviam observado tal deficiência para o desenvolvimento das atividades do CEAF.

Em relação à responsabilidade da gestão no desenvolvimento, na formação e na capacitação de pessoal, foi pequeno o percentual de farmacêuticos que referiu a oferta anual de capacitações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Entre as necessidades de capacitação referidas pelos farmacêuticos estavam: sobre os PCDT, o monitoramento clínico e o sistema de informação utilizado, conhecimentos estes fundamentais para a adequada execução e alcance dos resultados do componente.

É importante destacar que, de acordo com a Portaria nº 1.554 de 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), não é obrigatória a disponibilização de todos os medicamentos padronizados, porém, a seleção não pode comprometer as linhas de cuidado. A não *disponibilização de medicamentos* prejudica a integralidade dos tratamentos e provoca desequilíbrio financeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; MINISTÉRIO

DA SAÚDE, 2010a). Segundo os dados coletados, as faltas de medicamentos e os atrasos na dispensação por falta de recursos, problemas de infraestrutura e pessoal comprometeram a disponibilidade dos medicamentos. Estas situações impactam negativamente na saúde dos usuários, comprometendo assim a capacidade de execução.

O único indicador em vermelho na dimensão operacional, *condições normativas*, foi avaliado através da existência de condições legais para o exercício das atividades nas unidades. Para tal, o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004), os Alvarás Sanitários (BRASIL, 1977) e as certidões de Regularidade Técnica (RT) (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013) foram verificados. Embora o Alvará Sanitário e a Certidão de RT sejam responsabilidade dos farmacêuticos dos municípios (nas unidades municipais), a verificação desses requisitos indica a preocupação da gestão com as condições sanitárias das farmácias onde são desenvolvidas as atividades do componente. Desta forma, o fato do estado não possuir PGRSS e monitorar os Alvarás Sanitários e certidões de RT de menos da metade das unidades indicou que a gestão tem que avançar nestes aspectos.

## Considerações finais

Dada a recente implantação do CEAF, são poucos estudos relacionados a este componente e, especificamente em relação à avaliação da gestão do componente, nenhum estudo foi encontrado. Considerando a relevância do processo de implementação de uma política de saúde e seus programas, na perspectiva de consolidação do SUS, estudos como este são necessários para acompanhar e avaliar esse processo.

De acordo com os referenciais teóricos adotados, a construção da avaliação realizada junto aos atores locais possibilita que os indicadores propostos sejam adequados à realidade, levando em consideração a política e as especificidades da organização da assistência farmacêutica do estado. Outro aspecto relevante é que a participação dos atores possibilita também, que a pesquisa contribua com o avanço nos estágios de desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica durante o próprio processo de pesquisa, bem como com a qualificação dos recursos humanos envolvidos.

Com esse intuito, a construção participativa tornou a avaliação contextualizada e legítima, o que aumenta, em muito, as chances de que seus resultados representem a realidade, e sejam relevantes para a tomada de decisões.

Entretanto deve-se considerar que, apesar do reconhecimento deste trabalho em todas as regiões do país, do processo de construção ser participativo e a validação do protocolo ter sido realizada junto a estes atores, nas análises finais observou-se que algumas medidas e parâmetros apresentaram deficiências na sensibilidade em captar a realidade e que, portanto, devem ser aprimorados para uma próxima aplicação do protocolo. Este fato se explica pela complexidade do processo de gestão da Administração Pública, e estas conclusões foram possíveis, através da análise dos dados do estudo exploratório e das questões abertas das entrevistas para a coleta de dados dos indicadores.

Este último achado destaca a importância de se fazer a aplicação de metodologias mistas e de se buscar informações para uma análise ampliada, ou, nos termos de Minayo, Assis e Souza (2010), a triangulação de métodos.

Nesse sentido, a publicação deste protocolo visa fornecer subsídios para avaliações na área da assistência farmacêutica, reconhecendo-se que a sua aplicação precisará de adaptações, para que os indicadores tenham resultados que condizem com a realidade avaliada, ou seja, considerando as especificidades locais e temporais.

Cabe destacar que os indicadores utilizados nesta avaliação, ao abranger aspectos por muito tempo negligenciados na área, trazem novos elementos para o campo da assistência farmacêutica e da gestão da assistência farmacêutica.

De acordo com os resultados em Santa Catarina, avanços são fundamentais para que a capacidade de decisão, de execução e de sustentabilidade dos resultados garantam a integralidade do tratamento medicamentoso e os melhores resultados possíveis de saúde da população.

Para tanto, há a necessidade de projetos claros e pactuados, planejamento e avaliação que direcionem para o alcance e manutenção dos recursos operacionais, técnicos e humanos visando o atendimento oportuno, integral e contínuo. Portanto, não é um elemento individual que será primordial para a tomada de decisões e alcance dos resultados, e sim o conjunto de recursos, serviços, habilidades, ações no campo político e das relações sociais.

Os problemas na articulação da gestão com usuários, profissionais e outros setores da administração pública e seus reflexos na oferta dos serviços são fatores capacitantes que restringem o acesso, além de constrangerem a sustentabilidade do próprio projeto de gestão.

Espera-se que esses resultados possam ser utilizados no planejamento do presente na direção da conquista de um desenvolvimento pleno da capacidade de gestão. A integralidade dos tratamentos medicamentosos é meta cujo cumprimento pode ser atingido através de um conjunto de ações em saúde e sua constante avaliação e readequação à realidade local para que, assim, o cumprimento dos princípios do SUS seja efetivado. Este é o primeiro passo para a implantação da avaliação da gestão do CEAF no Brasil.

## Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc\\_visa/legis/lei\\_5991.pdf?id=16614&word=](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc_visa/legis/lei_5991.pdf?id=16614&word=). Acesso em: 20 fev. 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). Resolução da diretoria colegiada – RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/.../RDC+nº+306+de+7+de+dezembro+de+20004>. Acesso em: 2 fev. 2015.
- ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO I. et al., editores. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 89-107.
- ANDERSON, C. Presenting and Evaluating Qualitative Research. **Am J Pharm Educ**, v. 74, n. 8, 2010.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. do C. L. Evaluation of decentralized management of basic pharmaceutical care in Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- BARRETO, J. L. **Análise da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos** [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Núcleo de Pós-Graduação em Administração; 2007.
- BECKER, I. R. T.; BLATT, C. R.; FARIAS, M. R. Municipalização das atividades relacionadas ao componente especializado de Assistência Farmacêutica. **Rev. Bras. Farm**, v. 92, n. 3, p. 128-136, 2011.
- BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Evaluation model for municipal health planning management. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Ed.). **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65-78.
- BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. **Health Policy Plan**, v. 28, n. 7, p. 692-704, 2013.

- BLATT, C. R.; ROCHA FARIAS, M. Diagnóstico do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina-Brasil. *Lat Am J Pharm*, v. 26, 2007.
- BRASIL. Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009. **Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp131.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp131.htm)>. Acesso em: 5 jul. de 2016.
- BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-14/2014/Lei/L13021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-14/2014/Lei/L13021.htm)>. Acesso em: 1 fev. 2015.
- BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. **Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6437.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6437.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2015.
- CALVO, M. C.; HENRIQUE, F. Avaliação: Algumas concepções sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. (Ed.). **A odontologia e a Estratégia de Saúde da Família.** Tubarão: Unisul, 2006. p. 115-136.
- CASSIANI, S. H. D. B.; RODRIGUES, L. P. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. *Acta paul. enferm.*, v. 9, n. 3, p. 76-83, 1996.
- CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: Conceitos e métodos. In: BOUSELLE, A. et al. (Ed.). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (BR). Resolução nº 577 de 25 de julho de 2013. **Dispõe sobre a direção técnica ou responsabilidade técnica de empresas ou estabelecimentos que dispensam, comercializam, fornecem e distribuem produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para a saúde.** Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/577.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BR), (Ed.). **Assistência farmacêutica no SUS.** Brasília: CONASS, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BR), (Ed.). **A Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília: CONASS, 2011.
- DESLANDES, S. F. et al. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, v. 10, p. s29-s37, 2010.

- DESLANDES, S. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1633-1645, 2011.
- FARACO, E. B. **Desenvolvimento de protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde**. 2016. 248 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- FELISBERTO, E. **Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil, no período de 2003-2008**. (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2010.
- FETTERMAN, D. M.; WANDERSMAN, A. (Ed.). **Empowerment Evaluation Principles in Practice**. New York: The Guilford Press, 2004.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. [s.l.] Líber Livro, 2005.
- GISEV, N.; BELL, J. S.; CHEN, T. F. Interrater agreement and interrater reliability: Key concepts, approaches, and applications. **Res Social Adm Pharm**, v. 9, n. 3, p. 330-338, 2013.
- GUERRA JÚNIOR, A. A.; CAMUZI, R. C. Logística Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência farmacêutica: Gestão e práticas para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 89-118.
- GUIMARÃES, M. do C. L. et al. Evaluation of management capacity in social organizations: an in-process methodological proposal. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, 2004.
- GUIMARÃES, M. do C. L. **Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um modelo em construção**. Resumo executivo projeto de pesquisa, 2007. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Farmácia, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica; 2007.
- GUIX, J. Analizando los “porqués”: los grupos focales. **Rev Calid Asist**, v. 18, n. 7, p. 598-602, 2003.
- HUMPHREYS, K.; McLELLAN, A.T. A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients, **Addiction**, v. 106, n. 12, p. 2058-2066, 2011.
- KRUK, M. E.; FREEDMAN, L. P. Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. **Health Policy**, v. 85, n. 3, p. 263-276, 2008.
- LIMA-DELLAMORA, E. DA C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensing specialized component medicines in areas of the State of Rio de Janeiro. **Ciê. Saúde Colet**, v. 17, n. 9, p. 2387-2396, 2012.
- LUGONES, R.; BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. **Análisis comparado de política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1999.

- MANZINI, F.; LEITE, S. N. Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica em âmbito municipal. In: Leite SN, et al. (Org.). **Gestão da Assistência Farmacêutica: Proposta para Avaliação no Contexto Municipal: a experiência em Santa Catarina 2015**. Florianópolis: Editora da UFSC; 2016. p. 95-141.
- MARIN, N. (Ed.). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1993.
- MEDINA, G. et al. Uso dos modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro Salvador: EDUFBA Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- MENDES, S. J.; LEITE, S. N. Resultados gerais da avaliação da gestão da assistência farmacêutica em Santa Catarina. In: LEITE, S. N., et al. (Org.). **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para Avaliação no Contexto Municipal: a Experiência em Santa Catarina 2015**. Florianópolis: Editora da UFSC; 2016. p. 147-160.
- MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 2.981 de 26 de novembro de 2009. **Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981\\_26\\_11\\_2009\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html)>. Acesso em: 20 fev. 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013. **Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html)>. Acesso em: 20 fev. 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. 2004. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9696>>. Acesso em: 26 maio 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

- Da excepcionalidade às linhas de cuidado:** o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 3.916 de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos, 1998.** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)>. Acesso em: 5 nov. 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.** 2010b. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001400021](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001400021)>. Acesso em: 4 jul. 2016.
- NATAL, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Colet**, v. 18, n. 4, p. 560-571, 2010.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges. **Ciê. Saúde Colet**, v. 12, p. 1819-1829, 2007.
- PANELLI-MARTINS, B. E.; SANTOS, S. M. C. DOS; ASSIS, A. M. O. **Segurança alimentar e nutricional:** desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil. v. 21, p. 65s\*-81s, 2008.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.
- POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analysing qualitative data. **BMJ**, v. 320, n. 7227, p. 114-116, 2000.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2008.
- ROVER, M. R. M.; VARGAS-PELÁEZ, C. M.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. **Metodologia para o desenvolvimento de um protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica.** UFSC – Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica. Universidade Aberta do SUS – UNASUS (2016a). Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6141>>. Acesso: 5 jan. 2017.
- ROVER, M. R. M. et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em um estado do sul do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 691-711, 2016b.
- ROVER, M. R. M. et al. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacêuticos y usuarios. **Gac Sanit**, v. 30, n. 2, p. 110-116, 2016c.
- ROVER, M. R. M. et al. Modelo Teórico e Lógico para a avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 191-210, 2016d.

- SANTOS, R. I. dos. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. [Internet] [Doutorado em Farmácia]. [Florianópolis/SC, Brasil]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PCCF0228-T.pdf>>. Acesso em: 6 jul. de 2016.
- SCALCO, S. V.; DE LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde Evaluation model for human resource management in health. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 603-614, 2010.
- SOUZA, L. E. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.; HARTZ, Z. M. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da Atenção à Saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro Salvador: EDUFBA Fiocruz, 2005. p. 65-102.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA (BR). **Deliberação Comissão Intergestores Bipartite 398 de 25 de setembro de 2014**. 2014.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EdUSP, 2001.
- VEBER, A. P. et al. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. **Braz J Pharm Sci**, v. 47, n. 1, p. 75-80, 2011.
- WEISS, C. H. **Evaluation: methods for Studying Programs and Policies**. 2. ed. [s.l.] Prentice Hall, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting rational use of medicine: core components**. 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.