



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

LAURA MINUZZI KREUTZ

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO SUS (QUALIFAR-SUS) EM MUNICÍPIOS DO RS**

Porto Alegre
2021

LAURA MINUZZI KREUTZ

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO SUS (QUALIFAR-SUS) EM MUNICÍPIOS DO RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Linha de Pesquisa: Processos de Ensino na Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Denise Bueno

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Kreutz, Laura Minuzzi
ANÁLISE DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO SUS (QUALIFAR-SUS) EM MUNICÍPIOS DO RS
/ Laura Minuzzi Kreutz. -- 2021.
122 f.
Orientadora: Denise Bueno.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Educação
Continuada. 3. Políticas Públicas de Saúde. 4.
Administração de Serviços de Saúde. 5. Atenção
Primária à Saúde. I. Bueno, Denise, orient. II.
Titulo.



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina


Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Laura Minuzzi Kreutz, com ingresso em 16/08/2019
Título: **Análise do Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFICAR-SUS) em municípios do RS**
Orientador: Profª Drª Denise Bueno

Data: 28/08/2021
Horário: 09:00
Local: Webconferência

Banca Examinadora Origem
Roger Dos Santos Rosa UFRGS
Clecio Homrich da Silva UFRGS
Silvana Nair Leite Externo

Porto Alegre, 28 de agosto de 2021

Membros	Assinatura	Avaliação
Roger Dos Santos Rosa		Aprovado
Clecio Homrich da Silva		Aprovado
Silvana Nair Leite	 <p>Documento assinado digitalmente Silvana Nair Leite Contezini Data: 28/08/2021 10:59:47-0300 CPF: 939.830.429-53 Verifique as assinaturas em https://v.ufsc.br</p>	Aprovado

Conceito Geral da Banca: () Correções solicitadas: () Sim (x) Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 33085599
Porto Alegre / RS - RS

AGRADECIMENTOS

Concluir mais esta etapa da minha vida acadêmica e profissional só foi possível graças ao apoio de várias pessoas. Início agradecendo primeiramente a Deus, pela oportunidade de realização deste sonho.

Aos meus pais, meu alicerce, João e Terezinha, por todo incentivo concedido para que me dedicasse aos estudos, sempre estimulando meu interesse pela informação. Agradeço principalmente ao meu esposo, Roni, pelo auxílio na programação do *software*, um dos produtos do mestrado. Por estar tão presente, compartilhar e acolher minhas ideias, por ser escuta e calma em todos os momentos. Ao meu filho Antônio, hoje ainda em meu ventre, que me acompanhou em uma gestação tão tranquila nessa fase final do mestrado e que mesmo antes de nascer já me provoca a me tornar uma pessoa melhor.

À professora orientadora Denise Bueno, por toda dedicação, paciência, disponibilidade, pelas escutas, ensinamentos e por aceitar o desafio de me guiar durante esse percurso. À bolsista Larissa Duarte, por toda dedicação no auxílio na análise dos dados e também pela colaboração no desenvolvimento do georreferenciamento.

Aos colegas do mestrado, pelas trocas, parceria, auxílios e desabafos, nesse “tsunami” chamado pandemia da Covid-19 que acabou nos afastando presencialmente, mas não permitiu que nossos laços fossem distanciados, apesar das dificuldades. Agradeço também aos professores do PPG, por nos acompanharem nessa trajetória com tanta paciência, compreensão e ensinamentos.

Ao programa de pós-graduação e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo ensino público e de qualidade, por ter permitido mais uma oportunidade de qualificação e que tenho muito orgulho de ter em minha história desde a graduação.

À SES/RS, principalmente aos coordenadores do Departamento de Assistência Farmacêutica, pelo reconhecimento da importância da qualificação de seus servidores e pela liberação para realização deste mestrado. Agradeço também à colega de trabalho Giliane, pela parceria diária, por entender minhas ausências e auxiliar na troca de ideias e opiniões sobre os produtos técnicos e o projeto de pesquisa.

À banca examinadora por aceitar o convite para avaliação deste trabalho de conclusão e contribuições para aprimorar esta pesquisa.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Considerando a Assistência Farmacêutica como parte da assistência terapêutica integral, torna-se fundamental que sejam agregados valores às ações e serviços de saúde por meio do desenvolvimento desta, tendo como objetivo o uso racional de medicamentos. O Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS), criado pelo Ministério da Saúde tem como objetivo a integração das atividades farmacêuticas nas Redes de Atenção à Saúde. **OBJETIVO:** Esta dissertação teve como objetivo geral analisar o programa QUALIFAR-SUS em municípios no RS e como objetivos específicos: identificar de que forma está sendo realizado o planejamento e monitoramento da execução de recursos do programa pelos municípios do RS; conhecer fragilidades ou experiências exitosas do QUALIFAR-SUS nos municípios do RS; elaborar vídeos animados como objeto virtual de aprendizagem contendo as principais dúvidas e dificuldades sobre o programa observadas durante a pesquisa; desenvolver um software que possibilite o monitoramento de ações de planejamento e execução do recurso e construir um site para divulgação dos produtos técnicos construídos durante a pesquisa e para divulgação de informações. **PERCURSO METODOLÓGICO:** Trata-se de estudo descritivo exploratório de delineamento transversal. Na primeira etapa, 193 municípios habilitados ao programa no RS foram convidados a participar da pesquisa por intermédio de um formulário online, respondido pelo responsável pela Assistência Farmacêutica ou pelo secretário municipal de saúde. A análise quantitativa dos dados foi realizada através de estatística descritiva utilizando frequências absolutas e percentuais. Para comparação dos indicadores e ações antes e após a habilitação ao QUALIFAR-SUS foi utilizado o teste estatístico McNemar. A segunda etapa consistiu em uma revisão qualitativa de documentos públicos de prefeituras do RS e portarias federais. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos municípios convidados, 92 (47,7%) participaram da pesquisa abrangendo todas as coordenadorias regionais de saúde. A análise dos dados possibilitou identificar diferentes realidades em relação à evolução das assistências farmacêuticas municipais com os recursos. Os principais problemas evidenciam dificuldades no monitoramento, problemas de interlocução da assistência farmacêutica com outras áreas, limitado envolvimento das áreas técnicas no planejamento da utilização do recurso e centralização no secretário municipal de saúde. Apesar das fragilidades apontadas, foi possível identificar um progresso em relação à melhoria da estrutura física que promoveram um melhor cuidado ao usuário. Em relação à educação permanente, percebeu-se que a metodologia de educação à distância facilitou uma maior participação dos profissionais nos cursos, contudo, ainda são apontadas dificuldades de aplicação dos conteúdos teóricos na prática, devido à dificuldade de inserção nas demais ações em saúde. A partir dos resultados analisados, foram desenvolvidos quatro vídeos com informações relacionadas ao programa e um vídeo para compartilhamento de experiências exitosas, um *site* para compartilhamento de informações e interação com os responsáveis pelo programa nas secretarias municipais de saúde e um *software* para planejamento e monitoramento do recurso. **CONCLUSÃO:** Observando a importância do QUALIFAR-SUS para a Assistência Farmacêutica e da educação permanente como uma importante ferramenta para fortalecer o programa, os produtos foram desenvolvidos com a intenção de sensibilizar os trabalhadores envolvidos de forma a garantir os objetivos designados na portaria que o instituiu.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica. Educação Continuada. Políticas Públicas de Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Considering Pharmaceutical Care as part of comprehensive therapeutic care, it is essential that values be added to health actions and services through its development, aiming at the rational use of medicines. The Qualification Program for Pharmaceutical Assistance in SUS (QUALIFAR-SUS), created by the Ministry of Health, aims to integrate pharmaceutical activities in Health Care Networks. **OBJECTIVE:** This dissertation aimed to analyze the program QUALIFAR-SUS in municipalities in RS and as specific objectives: to identify how the planning and monitoring of the execution of program resources by the RS municipalities is being carried out; know weaknesses or successful experiences of QUALIFAR-SUS in the municipalities of RS; create animated videos as a virtual learning object containing the main doubts and difficulties about the program observed during the research; develop software that allows the monitoring of planning and execution actions of the resource and build a website for the dissemination of technical products built during the research and for the dissemination of information. **METHODOLOGY:** This is an exploratory descriptive cross-sectional study. In the first stage, 193 municipalities eligible for the program in RS were invited to participate in the research through an online form, answered by the person responsible for Pharmaceutical Assistance or by the municipal health secretary. Quantitative data analysis was performed using descriptive statistics using absolute and percentage frequencies. To compare indicators and actions before and after qualifying for QUALIFAR-SUS, the McNemar statistical test was used. In the second stage, a qualitative review of public documents from city halls in RS and federal ordinances. **RESULTS AND DISCUSSION:** Of the invited municipalities, 92 (47.7%) participated in the survey covering all regional health coordinators. Data analysis made it possible to identify different realities in relation to the evolution of municipal pharmaceutical assistance with resources. The main problems show difficulties in monitoring, problems of dialogue between pharmaceutical care and other areas, limited involvement of technical areas in planning the use of the resource and centralization in the municipal health secretary. Despite the weaknesses pointed out, it was possible to identify progress in relation to the improvement of the physical structure that promoted better care for the user. In relation to permanent education, it was noticed that the distance education methodology facilitated greater participation of professionals in the courses, however, difficulties in the application of theoretical contents in practice are still pointed out, due to the difficulty of insertion in other health actions. From the analyzed results, four videos were developed with information related to the program and a video for sharing successful experiences, a website for sharing information and interaction with those responsible for the program in the municipal health secretariats, and a software for planning and monitoring the resource. **CONCLUSION:** Watching the importance of QUALIFAR-SUS for Pharmaceutical Assistance and continuing education as an important tool to strengthen the program, the products were developed with the intention of sensitizing the workers involved in order to guarantee the objectives designated in the ordinance that instituted it.

KEYWORDS: Pharmaceutical Services. Education, Continuing. Health policy. Health Services Administration. Primary Health Care.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Financiamento do QUALIFAR-SUS.....	24
Figura 2 - Estrutura operacional das RAS	25
Figura 3 - Municípios convidados e participantes da pesquisa	30
Figura 4 - PIB <i>per capita</i> por região de saúde.....	40
Figura 5 - Itens adquiridos/realizados com o recurso recebido.....	53
Figura 6 - Página inicial do <i>site</i>	77
Figura 7 - Fórum do <i>site</i>	78
Figura 8 - Menu vídeos	79
Figura 9 - Mapa municípios habilitados por macrorregião de saúde do RS	80
Figura 10 - Manual <i>software</i> de monitoramento do QUALIFAR-SUS	81
Figura 11 - Tela login do Sistema de Monitoramento do QUALIFAR-SUS.....	82
Figura 12 - Tela do administrador do Sistema de Monitoramento do QUALIFAR-SUS.....	83
Figura 13 - Tela no ambiente de Treinamento	83

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios habilitados e participantes por CRS	36
Tabela 2 - Municípios participantes por macrorregião de saúde	39
Tabela 3 - Caracterização dos participantes da pesquisa por município	41
Tabela 4 - Tempo de atuação e tipo de vínculo dos profissionais	42
Tabela 5 - Realização de cursos por macrorregião de saúde e modalidade realizada	57
Tabela 6 - Indicadores e ações da AF desenvolvidos com auxílio do QUALIFAR-SUS por porte populacional	62
Tabela 7 - Indicadores e ações antes e após a habilitação ao QUALIFAR-SUS	64
Tabela 8 - Porcentagem de municípios que receberam repasses de custeio nos anos de 2013 a 2020	72
Tabela 9 - Recurso recebido x recurso perdido pelo RS nos anos de 2013 a 2020	72
Tabela 10 - Informações de acesso ao ambiente de treinamento.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
BNAFAR	Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/RS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do RS
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DEAF	Departamento de Assistência Farmacêutica do RS
EaD	Educação à Distância
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do RS
FIP	Fortalecimento Institucional Progressivo
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PAS	Programação Anual de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PMS	Plano Municipal de Saúde
PROADI –SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PS	Plano de Saúde
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
1.1	INTRODUÇÃO	16
1.2	OBJETIVO GERAL	19
1.2.1	Objetivos específicos	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	QUALIFAR-SUS COMO POLÍTICA DE GOVERNO	20
2.2	A INSERÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	24
2.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) PARA INSTITUCIONALIZAR O MONITORAMENTO DE RECURSOS NO SUS	27
3	PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1	LOCAL DO ESTUDO E SUJEITOS PARTICIPANTES	30
3.2	DELINEAMENTO	30
3.3	COLETA DE DADOS	31
3.3.1	Questionário	31
3.3.2	Pesquisa documental	32
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	32
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	35
4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES PARTICIPANTES DA PESQUISA	41
4.3	DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO DAS AÇÕES E METAS	43
4.4	UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS	47
4.5	APOIO INSTITUCIONAL	53
4.6	O EIXO EDUCAÇÃO COMO PROMOTOR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	55

4.7	PORTE POPULACIONAL, INDICADORES E AÇÕES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	61
4.8	ANÁLISE DOCUMENTAL	65
4.8.1	Análise documental das publicações municipais	65
4.8.1.1	Plano de aplicação dos recursos.....	65
4.8.1.2	Monitoramento e avaliação da política	67
4.8.1.3	Qualificação dos recursos humanos através de incentivos financeiros	68
4.8.1.4	Compromisso da Secretaria Municipal de Saúde em assegurar a educação permanente.....	69
4.8.2	Análise documental das legislações federais de repasse do recurso de custeio..	71
5	PRODUTOS	76
5.1	<i>SITE</i> PARA DIVULGAÇÃO DE PRODUTOS	76
5.1.1	Vídeos.....	78
5.1.2	Georreferenciamento	79
5.1.3	<i>Software</i> e manual do usuário	80
6	CONCLUSÃO	85
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ENCAMINHADO AO MUNICÍPIO	102
	APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	108
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	109
	APÊNDICE D – TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	112
	ANEXO A – PARECER CEP UFRGS	113
	ANEXO B – PARECER CEP ESP/RS	118

1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa aborda como tema principal o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS) a partir de uma análise descritiva exploratória da implantação em municípios habilitados no estado do Rio Grande do Sul (RS) e o desenvolvimento de ferramentas para educação permanente dos municípios e coordenadorias regionais de saúde e para monitoramento do programa pelos profissionais envolvidos nas esferas municipal e estadual de gestão.

Na primeira etapa da pesquisa, 193 municípios habilitados ao programa no RS nos anos de 2012 a 2018 foram convidados a participar da pesquisa por intermédio de um questionário online, o qual foi respondido pelo responsável pela assistência farmacêutica local ou pelo secretário municipal de saúde. A segunda etapa consistiu numa revisão documental de portarias federais de repasse do recurso e documentos públicos de prefeituras municipais do RS relacionados ao QUALIFAR-SUS, disponíveis em *sites* de busca.

A proposta dessa dissertação foi concebida através do contexto profissional da autora como técnica da Secretaria Estadual de Saúde do RS desde 2014, atuando no Departamento de Assistência Farmacêutica (DEAF) mais especificamente com as demandas relacionadas ao componente básico da Assistência Farmacêutica (AF). Este local proporciona espaços de discussão sobre a AF na atenção básica e sua inserção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). As questões que envolvem o planejamento e execução de recursos destinados à AF, a importância de monitoramento, oportunizam momentos de reflexão e debate nas instâncias de controle social do SUS.

O estado do RS possui 497 municípios e a coordenação político-administrativa da Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS) é realizada através das 18 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). As CRS são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em uma relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2002). As CRS são heterogêneas e possuem especificidades em suas rotinas de trabalho, assim como o número de municípios atendidos, estrutura física, presença ou ausência de farmacêuticos na AF e integração da AF com os outros setores da coordenadoria.

O interesse pela realização do mestrado profissional em ensino na saúde foi provocado pela necessidade identificada no cotidiano como apoiadora das regionais de saúde e

municípios. A inserção no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde além de possibilitar a qualificação de uma trabalhadora do SUS e das ações em educação permanente exercidas, oportunizou um espaço para investigação e produção de produtos para aprimorar o cotidiano de trabalho da mestranda que muitas vezes é “sufocado” pelas demandas rotineiras.

Considerando esse contexto, de acordo com Freire (1997):

Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino [...] ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade (FREIRE, 1997, p.29).

Na gestão estadual demandamos de informações para tomada de decisão que deveriam, mas nem sempre estão em nosso alcance. Assim, esta pesquisa possibilitou identificar alguns aspectos da realidade dos municípios para propor intervenções.

Questionamentos sobre a AF na atenção básica chegam ao DEAF sistematicamente compondo uma diversidade de temas relacionados às potencialidades e fragilidades da AF. O QUALIFAR-SUS é uma temática muito citada. Nos anos iniciais após as primeiras habilitações dos municípios ao programa, apoiadores regionais do Ministério da Saúde (MS) visitavam estados e municípios, capacitando profissionais e proporcionando suporte técnico. Em meados de 2016, com as trocas de gestão no governo federal, perdeu-se a proximidade desse apoio, passando a ser realizado de forma centralizada pelo MS. Percebem-se muitas dúvidas dos municípios em relação ao programa e um apoio baseado apenas na demanda do município, ocorrendo apenas quando este procura o apoiador para esclarecimento de dúvidas.

Nesse contexto, surge a questão: Como apoiar os municípios sem informações e possibilidade de monitoramento como gestor estadual? Este programa tem sido executado de acordo com suas diretrizes, de forma a qualificar a AF municipal e como propósito final o cuidado ao usuário? A pergunta inicial leva ao desenvolvimento dos produtos desta pesquisa e a segunda pergunta nos leva ao problema inicial desta pesquisa.

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP) da SES/RS e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação dos dois comitês.

Para refletir sobre as questões problematizadas, a dissertação está organizada em quatro capítulos:

O primeiro capítulo aborda apresentação, introdução e objetivos da pesquisa.

O segundo capítulo trata do referencial teórico que embasou o processo de construção do presente estudo, apresentando-se políticas públicas na área da AF e o programa

QUALIFAR-SUS como política de governo; a AF no contexto das redes de atenção à saúde e aspectos sobre a importância da educação permanente como forma de institucionalizar a avaliação e monitoramento em saúde.

O terceiro capítulo discorre sobre o percurso metodológico da pesquisa, delineamento, análise dos dados e procedimentos éticos.

O quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa e discussão.

O quinto capítulo exhibe os produtos da pesquisa.

O sexto capítulo encerra os elementos textuais da dissertação, identificando as considerações finais da pesquisa realizada.

1.1 INTRODUÇÃO

A AF sofreu importantes avanços com sua incorporação como política pública na Política Nacional de Medicamentos (PNM) publicada em 1998, atualmente integrada à Portaria de Consolidação nº 2/2017 (BRASIL, 2017c) e com a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada em 2004, atualmente integrada à Portaria de Consolidação nº 2/2017 (BRASIL, 2017c), que a torna parte integrante do processo de cuidado dos pacientes, com ações direcionadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde (BARBOSA *et al.*, 2017). Com essas políticas, os municípios passaram a assumir responsabilidades que exigem conhecimentos, habilidades técnicas, gerenciais e políticas relacionadas à área (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

A partir das políticas citadas acima, os gestores municipais passam a ter algumas responsabilidades no âmbito da coordenação e execução da AF em seu respectivo âmbito como: unir-se a outros municípios através da organização de consórcios, considerando a responsabilidade na execução; promover o uso racional de medicamentos junto aos usuários e equipe; garantir a dispensação adequada; definir uma relação municipal de medicamentos tendo como orientação a Relação Nacional de Medicamentos e o perfil epidemiológico da população adstrita; garantir o fornecimento de medicamentos destinados à atenção básica e investir na infraestrutura dos almoxarifados e farmácias dos serviços de saúde, a fim de assegurar a qualidade dos medicamentos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A importância da AF no Sistema Único de Saúde (SUS) se deve ao estímulo do acesso pelos usuários a medicamentos e insumos e a função desses serviços no desenvolvimento tecnológico e no uso racional de medicamentos. Analisar a forma como ela está estruturada nos municípios quanto aos processos organizacionais, de infraestrutura e recursos humanos nos permite estabelecer diagnósticos situacionais e possibilitar implicações para atenção básica à saúde (NAMBU *et al.*, 2019).

A escolha do termo atenção básica à saúde (ABS) em detrimento do termo atenção primária à saúde, converge com a escolha do termo empregado pelo movimento sanitário brasileiro que buscou uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo existente na ideia de atenção primária, com o propósito de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada (GIOVANELLA, 2018). O termo “básico” significa: o que serve de base, essencial, fundamental, principal (MICHAELIS, 2021).

Com a evolução dos marcos regulatórios da AF na ABS e os desafios para sua estruturação são consideráveis. Diversos fatores comprometem a qualidade da AF nos municípios brasileiros, entre os quais a insuficiência de recursos financeiros e disparidades regionais (PONTES *et al.*, 2017). Estudo de Barreto e Guimarães (2010) observa que os municípios e estados brasileiros enfrentam problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, infraestrutura não planejada, com dificuldade no atendimento a demanda populacional por medicamentos. Somado a esses fatores, conforme Braga, Paula e Alves (2020), a extensão territorial e a questão federativa do Brasil, estabelecida principalmente pela presença de muitos municípios com menos de 10.000 habitantes, dificultam a gestão da AF.

Compete ressaltar que unicamente a oferta de medicamentos não resolve, nem define a AF. No modelo hegemônico da saúde médico-centrado, há uma supervalorização do acesso ao medicamento. Neste cenário, a AF foi construída focada nos serviços farmacêuticos tendo o medicamento como bem de consumo em detrimento ao cuidado do usuário, desconsiderando as pessoas e suas necessidades (SANTOS, 2011). De acordo com Marin e colaboradores (2003), essa visão minimalista acarretou a fragmentação dos serviços de saúde e impactou de diferentes formas o cuidado ao usuário, compreendendo a formação dos profissionais, o processo de educação continuada, a orientação e o acompanhamento para o uso adequado e racional dos medicamentos. Destaca-se a necessidade que os serviços da AF atuem de forma coordenada, tendo como objetivo adequar às necessidades de saúde, resultando em uma perspectiva de continuidade do cuidado ao usuário (ROVER *et al.*, 2016).

A AF apresenta componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, tendo por objeto a relação com o usuário organizada de acordo com a complexidade, as necessidades da população e os objetivos dos serviços de saúde. Sua inserção nas RAS é estratégica para o sistema de saúde, uma considerando que deve promover acesso, uso racional e responsável de medicamentos, por meio de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, seguindo os mesmos princípios básicos que regem a legislação do SUS no Brasil (BRASIL, 2014a).

A integração da AF à ABS é fundamental para que consiga atingir seus objetivos ao vincular suas ações, de forma qualificada, às demais ações de cuidado da equipe de saúde. Os serviços de AF precisam estar integrados às práticas de cuidado na equipe de saúde, para que ela faça parte das políticas de saúde existentes com foco no usuário e não no medicamento. O

SUS necessita estar preparado em todos os níveis de atenção para atendimento a todas as especificidades da população, sendo necessário garantir a integralidade do cuidado, evitando sua fragmentação (BRASIL, 2019a).

O CNS estabelece a PNAF como política pública norteadora de políticas setoriais, com destaque para a de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos. A perspectiva de reorientação da atuação do farmacêutico para a atenção à saúde com formação de competências que correspondam às necessidades em saúde da população fortalece o preconizado pela PNAF fortalecendo o SUS como um todo (NICOLINE; VIEIRA, 2011).

De acordo com Leite e colaboradores (2008), é necessário que os serviços de saúde possuam trabalhadores formados e preparados para gerenciar o serviço e as pessoas, a fim de que um serviço de saúde seja qualificado. É importante que esses profissionais consigam inovar, integrar e cuidar, com base em critérios científicos e éticos para a consolidação dos princípios do SUS. Dessa forma, para que os serviços de AF estejam estruturados, é fundamental que seus profissionais estejam qualificados.

O QUALIFAR-SUS, instituído em 2012, atualmente integrado à Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 (BRASIL, 2017e) foi criado com a finalidade de contribuir para o aprimoramento e integração das atividades da AF nas RAS. Os principais objetivos do programa são: contribuir para a estruturação física dos serviços farmacêuticos, fomentar a disponibilidade de informações que proporcionem avaliação das ações e serviços de saúde, promover a educação permanente para o aprimoramento das práticas profissionais e inserir as práticas clínicas no âmbito da AF (BRASIL, 2017e; RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

Estudo de Rodrigues, Cruz, Tavares (2017), em avaliação do programa QUALIFAR-SUS em 316 municípios do Brasil implantados ao eixo estrutura nos anos de 2012 a 2013, verificaram que os resultados do apoio à implantação indicam pouco envolvimento das gestões estaduais com os municípios habilitados. Este dado reforça o rompimento com o texto constitucional do pacto federativo, que direciona o processo de implementação das políticas públicas mediante o princípio da descentralização e relação solidária entre os entes. A gestão estadual tem importante papel na coordenação do processo de implantação das políticas de saúde no SUS do respectivo estado, prestando apoio técnico e financeiro aos municípios. Além dos aspectos destacados, as autoras reforçaram a necessidade de análises regionais do programa, considerando as diferentes realidades entre os municípios brasileiros.

A portaria nº 3.364/2017 (BRASIL, 2017c), dispõe sobre o incentivo financeiro e regulamenta a transferência de recursos do QUALIFAR-SUS e refere que o ente federativo beneficiário deverá comprovar a aplicação de recursos financeiros através dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG). No momento atual, o RAG tem sido o único instrumento que a SES/RS pode utilizar para monitorar a aplicação deste recurso pelos entes municipais, não existindo uma forma complementar para acompanhamento das atividades desenvolvidas.

Considerando que o DEAF RS assume responsabilidade pelas atividades de apoio técnico à AF municipal, as diversas dúvidas que o departamento recebe dos municípios e regionais de saúde relacionadas ao QUALIFAR-SUS, as mudanças ocorridas no MS em relação ao apoio técnico que passou a ser realizado de forma centralizada a partir de 2016 e que o programa QUALIFAR-SUS se evidencia como uma ferramenta importante para desenvolvimento e qualificação desses serviços, torna-se necessária a contribuição da gestão estadual no monitoramento e educação permanente, desenvolvendo ferramentas que contribuam para esse suporte.

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar o programa QUALIFAR-SUS em municípios habilitados no RS.

1.2.1 Objetivos específicos

- Identificar de que forma está sendo realizado o planejamento e monitoramento da execução de recursos do programa pelos municípios do RS;
- Conhecer fragilidades ou experiências exitosas do QUALIFAR-SUS nos municípios do RS;
- Elaborar vídeos animados como objeto virtual de aprendizagem contendo as principais dúvidas e dificuldades sobre o programa observadas durante a pesquisa;
- Desenvolver um *software* que possibilite o monitoramento de ações de planejamento e execução do recurso.
- Construir um *site* para divulgação dos produtos técnicos construídos durante a pesquisa e para divulgação de informações relativas ao QUALIFAR-SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de viabilizar o embasamento teórico desta pesquisa, este capítulo aborda o QUALIFAR-SUS como política de governo, a inserção da AF nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a Educação Permanente em Saúde (EPS) como importante ferramenta para institucionalizar o monitoramento de recursos no SUS. Para o levantamento bibliográfico desta pesquisa, utilizaram-se as seguintes bases de dados: SciELO (Biblioteca Eletrônica Científica Online), Google Acadêmico e PubMed.

2.1 QUALIFAR-SUS COMO POLÍTICA DE GOVERNO

Uma política pública pode ser entendida como uma política de Estado ou uma política de governo. Políticas de Estado são caracterizadas como políticas estáveis, apoiadas em uma noção de consenso e orientação que independem do governo ou governante para continuidade, pois são amparadas pela Constituição Federal, como por exemplo, o SUS. Por outro lado, uma política de governo refere-se a um produto do governo político à época da implantação, que pode variar ao longo dos governos e sofrer modificações ou extinções, dependendo do arranjo de forças e das escolhas políticas. Sua continuidade resulta de sua força nas diferentes esferas sociais, pois, para que uma política de governo possa ir além do período de gestão de um governo, é necessária uma efetiva participação social (BARROS; PIMENTEL, 2012).

O direito à AF, como parte da garantia total à saúde, foi instituído na lei nº 8080/90, de acordo com o princípio da integralidade da assistência. Para que o Estado consiga executar esses preceitos, é necessária a realização de políticas públicas, assim o sistema jurídico e político participam de modo efetivo na garantia desse direito social (MARQUES; DALLARI, 2007).

Na construção do SUS foi previsto o direito do usuário à AF, somente regulamentado com a publicação da PNM. Esta política fomenta os princípios e diretrizes do SUS, visando à garantia da eficácia e segurança no uso racional de medicamentos e o acesso da população a medicamentos essenciais. A PNAF publicada em 2004 traz um conceito mais abrangente de AF e é estabelecida como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção e recuperação da saúde, assegurando os princípios da universalidade, integralidade e equidade (CHIEFFI; BARATA, 2009).

A reestruturação da AF esteve em descompasso com os processos iniciais de implementação do SUS, observando-se a realização das primeiras iniciativas quase dez anos após a publicação da lei orgânica da saúde. Esforços foram realizados para estruturar a área de

forma a assegurar o acesso e uso racional dos medicamentos, tendo como eixo constituinte a reorientação de suas práticas e tencionando a melhoria da gestão e os serviços farmacêuticos (VIEIRA, 2008).

Como estratégia prioritária para a implementação das diretrizes das políticas nacionais citadas acima, surge o QUALIFAR-SUS, uma política de governo que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2017e). Anteriormente a implantação do programa, identificavam-se iniciativas estaduais como a de Minas Gerais que em 2008 instituiu o programa Rede Farmácia de Minas, de forma a garantir a infraestrutura adequada das farmácias municipais, informatização e fixação de recursos humanos em municípios com menos de 10.000 habitantes (BARBOSA *et al.*, 2017).

O programa nasce após análise pelo MS das falhas relacionadas à estrutura física, mobiliários e equipamentos dos almoxarifados (Centrais de Abastecimento Farmacêutico - CAF) e das farmácias do SUS; das condições inadequadas de armazenamento dos medicamentos; das dificuldades de conexão com a internet e do não atendimento de sistemas informatizados de modo compatível às necessidades de gestão da AF entre outras dificuldades. Assim, verifica-se a necessidade de ações quanto à estruturação de serviços e para a qualificação dos profissionais, no sentido de melhorar a sua gestão (BRASIL, 2016c).

O artigo da portaria que institui o programa aponta as seguintes diretrizes:

I - promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado;

II - contribuir para garantia e ampliação do acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados;

III - estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde;

IV - promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS e;

V - favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência farmacêutica, o planejamento, programação, controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2017e, art. 3).

O QUALIFAR-SUS está estruturado em quatro eixos que se integram entre si, sendo: estrutura, informação, educação e cuidado. O primeiro eixo a ser implementado foi o da estrutura. A Portaria GM/MS nº 1215/2012 instituiu o apoio à estruturação da AF na ABS dos municípios de até 100 mil habitantes com população em extrema pobreza, constantes do Plano Brasil sem Miséria, considerados municípios elegíveis ao eixo estrutura (RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

Nas primeiras seleções de municípios nos anos de 2012 e 2013, foram priorizados os que participavam de duas ações do MS e que tinham como intenção a reorganização, fortalecimento e estruturação da atenção básica: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. Foram adotados como prioridade na seleção municípios com adesão ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou que possuíam sistema de informação desenvolvido ou adquirido com recursos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a gestão da AF. A implementação do eixo estrutura do programa QUALIFAR-SUS previu, o apoio técnico aos municípios, a destinação de recursos financeiros de investimento e o custeio para reestruturação física e de recursos humanos da AF na ABS (RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

Possivelmente devido às trocas de gestões e mudanças no MS, aproximadamente entre os anos de 2015 e 2016, não houve novas habilitações de municípios. No ano de 2017, foi publicada a portaria nº 3364/2017 (BRASIL, 2017g), modificando os critérios de seleção de municípios, priorizando os que apresentarem menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e regulamentando o financiamento e a seleção de municípios que passam a ser realizados por porte populacional. A seguir são especificadas as divisões por porte:

- Porte 1: municípios com até 5.000 habitantes;
- Porte 2: municípios com 5.001 a 10.000 habitantes;
- Porte 3: municípios com 10.001 a 20.000 habitantes;
- Porte 4: municípios com 20.001 a 50.000 habitantes;
- Porte 5: municípios com 50.001 a 100.000 habitantes;
- Porte 6: municípios com 100.001 a 500.000 habitantes.

O repasse dos recursos financeiros aos municípios habilitados é realizado em conta do bloco de AF (recurso de custeio) e do bloco de investimento (recurso de investimento), diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os respectivos Fundos Municipais de

Saúde (FMS), de acordo com a Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012a) e o Decreto Federal nº 7827/2012 (BRASIL, 2012b).

O recurso de custeio deve ser utilizado para a manutenção de serviços e de outras despesas de custeio relacionadas aos objetivos do eixo, exceto para a compra de medicamentos, priorizando a garantia de conectividade para a utilização do sistema Hórus ou de outros sistemas, com recursos humanos necessários para o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica (BRASIL, 2016b).

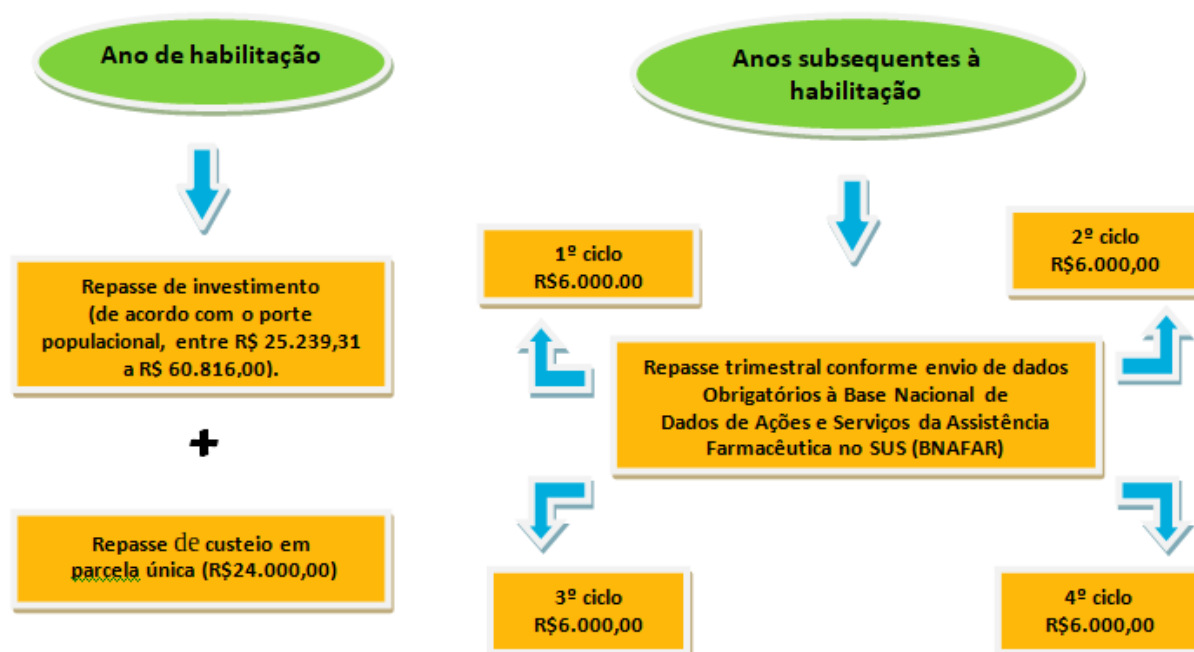
O repasse de custeio é dividido em duas etapas, onde no primeiro ano de habilitação é realizado em parcela única, no total de 24 mil reais e nos anos subsequentes o valor é repassado com periodicidade trimestral em parcelas de 6 mil reais. Nesta etapa, o repasse passa a ser condicionado às taxas de monitoramento do programa de acordo com o eixo informação, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 1/2017, que materializou as demais portarias que instituem a Base Nacional de Dados e Ações e Serviços da AF (BNAFAR) e regulamentou o conjunto de dados, o fluxo e o cronograma de envio referente ao componente básico da AF no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b). O município que não encaminha os dados obrigatórios tem seu repasse interrompido e pode voltar a receber quando a situação for regularizada.

O recurso de custeio, repassado ao longo dos anos, deve ser utilizado para atendimento às demandas do município, desde que relacionadas aos objetivos do programa. Pode ser utilizado para aquisição de materiais de consumo (aquele que em razão do seu uso corrente perde a sua identidade física ou tem uma durabilidade inferior a 2 anos), como materiais de escritório, uniformes, pagamento de luz, água, manutenção de sistemas informatizados, capacitação de servidores, contratação/gratificação de servidores desde que em funções desenvolvidas relacionadas à AF (BRASIL, 2016b).

Já o recurso de investimento é recebido em parcela única, uma única de vez, de acordo com o porte populacional. É um recurso para aquisição de material permanente (aquele que em razão do seu uso corrente não perde a sua identidade física ou tem uma durabilidade superior a dois anos), como por exemplo, mobiliários e equipamentos necessários para a estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (almoxarifados) e farmácia no âmbito da ABS (BRASIL, 2016b).

Na Figura 1, encontra-se esquematizada a forma de financiamento do programa:

Figura 1 - Financiamento do QUALIFAR-SUS



Fonte: Elaborado pela autora com base nas legislações federais que regulamentam o QUALIFAR-SUS.

2.2 A INSERÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

O desenvolvimento das RAS, conduzidas de acordo com a publicação da Portaria nº 4279/2010, atualizada à Portaria de Consolidação nº 3/2017 (BRASIL, 2017d), estabelece como sendo uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, na qualidade e no impacto da atenção prestada sobre a saúde da população (BRASIL, 2014b). As RAS são definidas como:

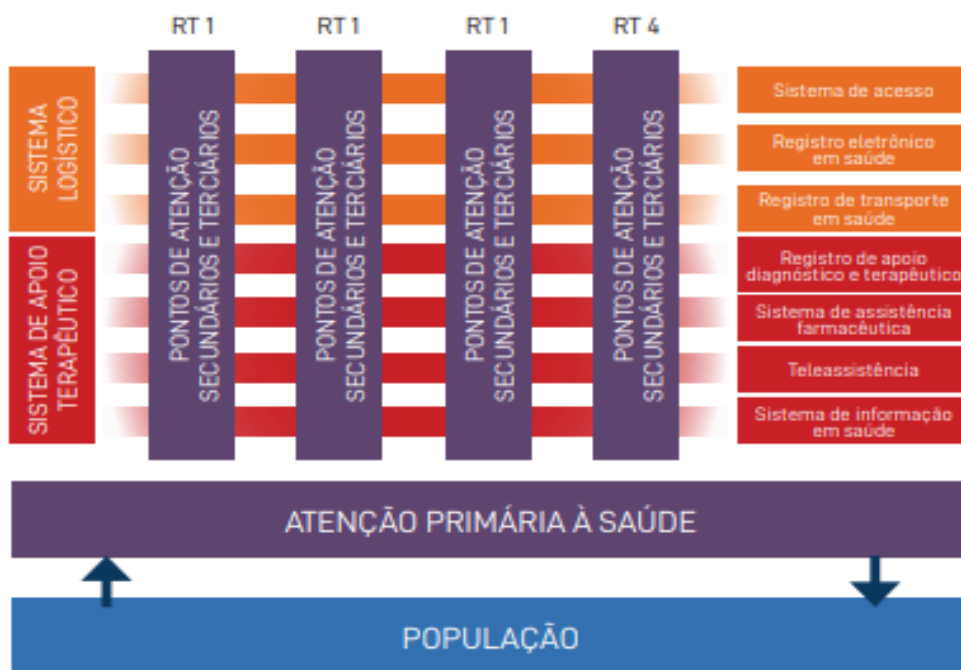
[...] são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2017d, anexo I).

As RAS oferecem condição estrutural mais adequada para efetivar a integralidade da atenção, além de reduzir os custos dos serviços, pois garante maior racionalidade na utilização dos recursos (SILVA, 2011). Três aspectos se fazem relevantes: o primeiro é a integralidade no seu sentido vertical, pressupondo a procura das necessidades dos usuários a partir de um

olhar integral e ampliado; o segundo é o da integralidade horizontal, no qual se evidencia que as respostas das necessidades dos usuários somente serão obtidas após contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades e monitorização do trajeto do usuário; o terceiro se refere à interação entre políticas públicas, ou seja, à intersectorialidade, a qual evidencia que às RAS não devem se restringir ao setor da saúde, devendo ser incluídas políticas de outros setores relacionados aos determinantes saúde-doença (MAGALHÃES, 2006).

Tomando por base a estrutura operacional das RAS (Figura 2), verifica-se que é composta de cinco componentes: o centro de comunicação que é a ABS; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto componente, que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, E. 2011).

Figura 2 - Estrutura operacional das RAS



Fonte: Mendes, E. (2011).

O modelo vigente da AF valoriza muito a disponibilidade e garantia do acesso aos medicamentos, o que não atende os princípios da RAS em sua totalidade. Para que seja superada a fragmentação das ações e serviços na área, é necessária uma maior integração entre a acessibilidade ao medicamento e a oferta de serviços clínicos à comunidade, ou seja,

no cuidado com o usuário. A AF é vista dentro das RAS não só como um sistema de apoio logístico, mas como um ponto de atenção ao cuidado do usuário (BRASIL, 2017d; MENDES, E., 2011). É necessário um enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa, o que envolve nessa concepção a formação dos profissionais, o processo de EPS, a orientação à população e o acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos (NERY; MARTINS, 2015).

Mendes, E. (2011) destacou que as questões logísticas, apesar de serem fundamentais para garantia da acessibilidade aos medicamentos, não devem ser sobrevalorizadas como única e exclusiva atribuição dos profissionais farmacêuticos, em uma visão equivocada que acaba instituindo como objeto da AF, o medicamento. Uma proposta consequente deve deslocar do seu objeto o medicamento, colocando, como seu sujeito, as pessoas usuárias do sistema.

A AF pode ser compreendida como um conjunto de atividades caracterizadas como apoio às RAS – relacionadas ao abastecimento; apoio terapêutico, neste caso relacionado à entrega de medicamentos e cuidado farmacêutico, atividade relacionada à educação em saúde e a clínica farmacêutica, neste caso destacando-se as atividades de vigilância em saúde e consultas individuais e compartilhadas, fundamentais no processo de enfrentamento das condições crônicas (BRASIL, 2014a).

O fator que interfere na conformação e consolidação das RAS é a fragmentação dos serviços e sua difícil articulação, ou mesmo ausência, entre os diferentes pontos de atenção nos diversos níveis de atuação. Os serviços farmacêuticos que se apresentam fragilizados e normalmente afastados do processo de formação da rede assistencial no território são mais vulneráveis a fragmentação do processo de trabalho (ARAÚJO *et al.*, 2017).

No contexto do movimento de estruturação das redes, é fundamental a formação de recursos humanos, com o intuito de consolidar sistemas de saúde integrados que facilitem o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção à saúde e utilização racional dos recursos existentes. É essencial a garantia do desenvolvimento adequado dos processos de formação e EPS que foquem nas necessidades da população e processos de organização da RAS (LAVRAS, 2011).

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) PARA INSTITUCIONALIZAR O MONITORAMENTO DE RECURSOS NO SUS

Práticas de monitoramento e avaliação podem ser consideradas complementares entre si, decorrentes de um mesmo processo. O ato de avaliar, no sentido de atribuir juízo de valor, é inerente a qualquer um dos processos seja de monitoramento ou avaliação. O monitoramento possibilita a construção de hipóteses a cerca do que foi planejado e executado (implementação) ou alcançado (resultado ou impacto), subsidiando a avaliação para o aprofundamento da compreensão sobre esse desenvolvimento (CONASS, 2015).

Práticas de monitoramento e avaliação devem ser atividades institucionalizadas no cotidiano dos trabalhadores em saúde. Progressos em direção ao fortalecimento de processos de monitoramento e avaliação são reconhecíveis no SUS. É importante reconhecer que a lógica de programas verticalizados, não participativos e a demanda de capacitação técnica dos profissionais de saúde para atuarem nessa função é uma das maiores dificuldades para infundir a avaliação enquanto cultura de gestão (OLIVEIRA; REIS, 2016).

O monitoramento pode ser definido como um acompanhamento rigoroso e reflexivo da prática para o seu aprimoramento, facilitando o uso mais efetivo e eficiente dos recursos humanos e financeiros, o que resulta em maiores benefícios para a saúde da população assistida. Torna-se fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, o processo de implementação de um programa para o seu desempenho final (SANTOS *et al.*, 2012).

Compreende-se a gestão do SUS como um processo no qual as equipes gestoras ou sujeitos tomam decisões na implementação da política de saúde. Destacam-se os aspectos normativos e legais estabelecidos no planejamento em saúde: os Planos de Saúde (PS), os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e o Pacto de Gestão, instituídos em legislação. Observa-se uma tendência ao uso dos instrumentos formais de gestão para promover a participação e a gestão democrática do SUS (TAMAKI *et al.*, 2012).

Ainda de acordo com Tamaki e colaboradores (2012), os processos e práticas de avaliação devem fazer sentido na perspectiva dos diversos atores envolvidos. O exercício de funções que são inerentes ao comando do sistema de saúde ou dos seus componentes ocorre num cenário de tensões e conflitos, o que exige dos gestores capacidade para lidar com a complexidade das dimensões, refletidas nos instrumentos de gestão do SUS. Uma política para institucionalizar processos de práticas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS

pode ser executada pelos governos, o que inclui: qualificação das equipes gestoras, desenvolvimento e aporte de metodologia, desenvolvimento e disseminação de tecnologias para monitoramento, avaliações oportunas, os quais poderão estar alinhados aos princípios da administração pública.

Os aspectos do monitoramento e avaliação da gestão são de extrema importância à necessidade da construção de estratégias e de caminhos que propiciem a institucionalização destes processos no âmbito do SUS, ressaltando-se que os acessos aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constituem poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelas instâncias de gestão e pelos espaços de controle social, contribuindo para o empoderamento e mobilização social (CARVALHO *et al.*, 2012).

De acordo com Felisberto (2006), a disseminação da cultura avaliativa e incorporação às rotinas das três esferas de gestão do SUS, permite qualificar as ações dos tomadores de decisão (profissionais de saúde, planejadores, gestores e representantes de organizações da sociedade civil), resultando em mudanças nesses processos. O componente de qualificação das equipes gestoras via processo de capacitação tem uma perspectiva de reforçar a reflexão sobre o papel da avaliação e a importância de se estabelecer uma nova cultura avaliativa nas diversas esferas federativas e entre os autores envolvidos nas práticas de saúde, contribuindo para a institucionalização do monitoramento e avaliação.

Nesse sentido, para que a avaliação seja institucionalizada, é necessária uma melhor interação entre avaliar e tomar decisões, estratégias e recursos com vistas à produção de conhecimento e o treinamento de pessoal. Destaca-se a necessidade de uma aproximação das pessoas no sentido de estarem mais próximas da avaliação, entendendo o papel desta no processo de desenvolvimento de uma organização, atribuindo sentido a esse processo o que pode ser designado como um processo reflexivo e político. O processo de aprendizagem auxilia pessoas, organizações e grupos sociais a fazer escolhas mais consistentes em relação à direção de suas iniciativas (SILVA; BRANDÃO, 2003).

Rocha, Martinello e Fagundes (2012) em relato sobre uma capacitação para o planejamento em saúde, abordaram sobre a metodologia utilizada que procurou criar condições para que a experiência não se restringisse à transferência de conhecimentos ou a assimilação de novas técnicas. Os conteúdos dos instrumentos de gestão, tais como: PS, PAS e RAG, foram objetos de análise, destacando, por exemplo, a atualidade e o foco das informações que sustentam a análise da situação de saúde e da situação da gestão, a definição

de objetivos, diretrizes, metas e indicadores. Em todo o processo, o monitor formulava perguntas instigadoras de discussão buscando sempre consolidar uma visão de conjunto e a inter-relação entre os instrumentos de planejamento.

De acordo com Savi (2019), os municípios apresentaram fragilidades na construção de seus planos municipais de saúde, principalmente os de pequeno porte, sendo fundamental a importância dos gestores estaduais quanto a maior disponibilidade de meios para a capacitação e orientação para que compreendam a importância da prática gestora qualificada e transparente. Os planos devem refletir a situação de saúde e as necessidades da respectiva população. Torna-se fundamental também que os atores sociais, que compõem os conselhos de saúde, tenham acesso à EPS para que sejam instrumentalizados tecnicamente de forma a fortalecer o exercício do controle social.

O planejamento é estratégico na melhoria da capacidade resolutiva do SUS e envolve dois componentes de fundamental importância: o primeiro, de caráter político, que se visualiza na negociação e pactuação entre os entes federados e no âmbito de cada esfera de gestão. O segundo componente tem caráter técnico e envolve tanto o conhecimento acerca de planejamento, quanto à educação continuada de profissionais, principalmente daqueles que desempenham essa função administrativa como objeto específico de trabalho no SUS. Para todos que vivenciam o planejamento, sejam gestores, chefias ou técnicos, é fundamental a apropriação dos instrumentos resultantes do processo de planejamento em suas instituições em diferentes esferas de gestão, assim como a construção de processo interno que possa contribuir para a resolubilidade da gestão e das ações e serviços de saúde (ROCHA; MARTINELLO; FAGUNDES, 2012).

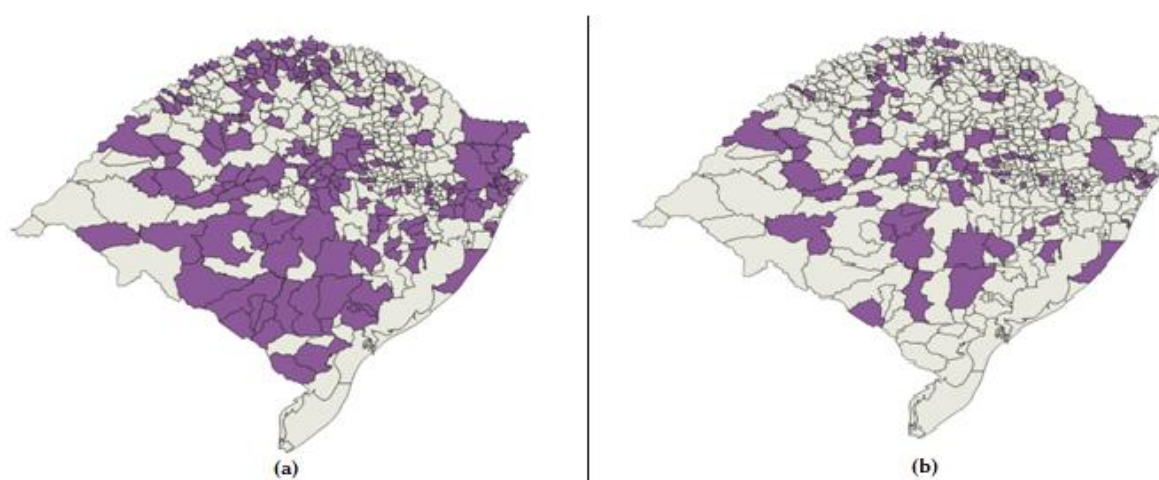
3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo é apresentado o percurso metodológico da pesquisa: local onde foi realizado o estudo e sujeitos participantes, delineamento, análise dos dados e aspectos éticos.

3.1 LOCAL DO ESTUDO E SUJEITOS PARTICIPANTES

193 municípios habilitados ao QUALIFAR-SUS nos anos de 2012 a 2018 no estado do RS foram convidados a participar da pesquisa, conforme mostra a Figura 3 (a). Realizou-se um pré-teste do questionário com um município, observando se todas as respostas foram compreendidas e respondidas adequadamente, identificando questões ou termos confusos e se a ordem das perguntas estava adequada.

Figura 3 - Municípios convidados e participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

Dos 193 municípios convidados, 92 participaram da pesquisa, conforme mostra a figura 3(b).

3.2 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de abordagem do tipo descritiva exploratória. Segundo Vieira (2002), a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Pode-se inferir que ela está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. Em relação à pesquisa exploratória,

oportuniza ao pesquisador maior proximidade com o problema de estudo, proporcionando maior compreensão.

3.3 COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado em duas etapas: primeiramente realizou-se uma análise quali-quantitativa de um questionário semiestruturado que foi encaminhado aos municípios do RS habilitados ao programa até 2018. Na segunda etapa foi realizada uma análise de documentos públicos municipais relacionados ao QUALIFAR-SUS, encontrados em *sites* de busca e análise de portarias de repasse do recurso de custeio do MS publicadas nos anos de 2013 a 2020, disponibilizadas no *site* do MS.

A pesquisa qualitativa possibilita demonstrar fatores de determinado fenômeno, a partir da perspectiva analítica do real, por meio da população que está sendo investigada, adequando-se como ferramenta para elucidar dados quantitativos, auxiliando a aprofundar e melhorar a qualidade da interpretação, ampliando o entendimento sobre o objeto de estudo, pois permite captar a percepção dos participantes, ampliando a compreensão da realidade vivida pelos respondentes e aprofundando a questão de como as pessoas percebem os fenômenos estudados (CÂMARA, 2013).

De acordo com Minayo e Sanches (1993), a relação entre quantitativo e qualitativo não pode ser visualizada como oposição contraditória, pois um estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. A combinação de duas abordagens pode possibilitar olhares diferentes, possibilitando que o problema investigado seja visualizado de forma mais ampla, permitindo uma complementaridade entre ambas (SOUZA; KERBAUY, 2017).

3.3.1 Questionário

Os dados utilizados foram obtidos por questionário semiestruturado *online* (APÊNDICE A), encaminhado aos municípios, direcionado ao responsável pela AF municipal ou na ausência deste ao secretário municipal de saúde. Algumas perguntas foram adaptadas do estudo de Rodrigues, Cruz e Tavares (2017) que avaliaram a implantação do eixo estrutura do QUALIFAR-SUS a nível nacional, aplicando um questionário com os municípios habilitados em 2012 e 2013.

As coletas foram realizadas no período de junho a agosto de 2020. Inicialmente, solicitou-se email dos responsáveis pela AF municipal para as CRS de referência. Durante o

período do estudo, encaminharam-se e-mails contendo o *link* com o formulário (*GoogleForm*®) a 193 municípios habilitados ao QUALIFAR-SUS, convidando a participar da pesquisa. Para minimizar um possível viés ou desconfiança dos municípios ao responder a pesquisa, considerando que a mestrandia é servidora da SES/RS, foi criado um email específico para coleta dos dados. No primeiro encaminhamento do convite para pesquisa, 43 municípios responderam o questionário. Para os locais que não responderam o formulário no primeiro convite, realizou-se mais de uma tentativa de contato, totalizando o número de 97 questionários preenchidos. Dois municípios não aceitaram participar da pesquisa e três questionários foram respondidos de forma duplicada pelos mesmos municípios por diferentes trabalhadores.

Locais que não possuíam responsável pela AF, foram contatados através de e-mails da SMS ou do(a) secretário(a) municipal de saúde.

3.3.2 Pesquisa documental

Para análise documental das legislações e documentos municipais, realizou-se busca de documentos públicos de prefeituras em *sites* de busca e no site Leis Municipais (<https://leismunicipais.com.br/>), filtrando por município habilitado, utilizando as palavras “Qualifar” “Qualifar RS” “Qualifar SUS RS documentos” “Qualifar SUS RS legislações” “Qualifar SUS RS decretos”. A busca foi realizada no mês de abril/2021, contemplando os documentos publicados até a data.

Foram excluídos nesta análise os documentos indisponíveis em texto completo por via eletrônica.

A busca pelas portarias federais de custeio do programa nos anos de 2013 a 2020 foram realizadas através do link: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/Qualifar-SUS>¹.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Em relação ao questionário, os dados sofreram uma pré-análise para remoção das respostas duplicadas de um mesmo município. Para eliminação destas, considerou-se como formulário válido o preenchido pelo(a) responsável da AF municipal ou secretário(a) municipal de saúde. A análise quantitativa dos dados foi realizada através de estatística descritiva utilizando frequências absolutas e percentuais. Para comparação dos indicadores e

¹ O site do MS está passando por uma migração de conteúdo. No momento, as legislações encontram-se no link: <http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/Qualifar-SUS>

ações da AF antes e após a habilitação ao QUALIFAR-SUS, foi utilizado o teste estatístico McNemar (fixando o nível de significância em $p < 0,05$).

Após extração dos dados para o *software* Excel, os quantitativos foram analisados com auxílio do *software* PASW Statistics® versão 18.0.3. A atividade descrita no parágrafo acima foi realizada pela aluna de mestrado com o auxílio de uma aluna bolsista, sob a orientação da professora pesquisadora-coordenadora do projeto de pesquisa.

A técnica utilizada para análise dos dados na pesquisa documental de abordagem qualitativa foi embasada na proposta de Bardin (2016), que define a análise de conteúdo como:

(...) um método empírico, um conjunto de instrumentos em constante refinamento, que se aplica a discursos diversificados e que se refere, principalmente à descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, sem por isso deixar de ser uma análise dos significados [...] (BARDIN, 2016, p.15).

Nessa análise, o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. O esforço do analista é, então, duplo: entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira (CÂMARA, 2013).

Bardin (2016) indicou que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais, conforme o esquema: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. A pré-análise pode ser considerada de leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. Inicia-se o trabalho escolhendo os documentos a serem analisados. Para isso, é preciso obedecer às regras de exaustividade, representatividade; homogeneidade, pertinência e exclusividade. A segunda fase do processo representa a organização do material por codificação (escolha de unidades de registro), classificação (agrupamento pelo sentido das palavras) e categorização (reunião do maior número de informações e correlação de classes de acontecimentos). A terceira fase do processo procura tornar os resultados significativos e válidos, interessando ao pesquisador o que se encontra por trás do que está sendo escrito.

A investigação dos documentos públicos resultou em quatro categorias de análise: 1) plano de aplicação dos recursos; 2) avaliação e monitoramento do programa; 3) qualificação

de recursos humanos através de incentivos financeiros e 4) compromisso da secretaria municipal de saúde em assegurar a educação permanente.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A) sob o parecer nº 3.793.439 de 2020 e pelo CEP da ESP RS (ANEXO B) sob o parecer nº 4.039.233 de 2020. O estudo foi conduzido de acordo com a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012c) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Para este encaminhamento, foi elaborado um termo para autorização da realização da pesquisa com as Secretarias Municipais de Saúde que foi assinado pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do RS (COSEMS/RS) (APÊNDICE B). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). As pesquisadoras envolvidas assinaram um Termo de Responsabilidade e Compromisso para uso e divulgação dos dados da pesquisa (APÊNDICE D).

Um convite por e-mail foi enviado aos sujeitos da pesquisa. Ao selecionar o *link* de acesso disponibilizado, imediatamente os participantes acessaram o TCLE com todas as informações sobre o estudo. Após a leitura do termo, cada entrevistado deveria escolher uma das seguintes opções: a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa; b) não concordo em participar desta pesquisa. O instrumento só poderia ser acessado se fosse escolhida a primeira opção. Caso escolhesse a segunda opção, o entrevistado seria direcionado para uma página de agradecimento e sua participação era finalizada.

Após a coleta, as respostas foram extraídas do banco de dados do instrumento e decodificadas, sem que qualquer dado dos participantes fosse divulgado, resguardando o sigilo e a privacidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados e discussão da pesquisa. Para a apresentação foram organizados os tópicos: 1) caracterização dos municípios participantes da pesquisa; 2) caracterização dos trabalhadores participantes; 3) diagnóstico, planejamento e execução das ações e metas; 4) utilização do recurso; 5) apoio institucional; 6) o eixo educação como promotor da educação permanente em saúde; 7) porte populacional, indicadores e ações da AF e 8) análise documental.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Após encaminhamento do convite aos municípios, 47,7% (92) responderam o questionário *online*, considerando uma proporção elevada para esse método de coleta de dados, destaca-se que a coleta ocorreu durante a pandemia da Covid-19, onde muitos trabalhadores da saúde se encontravam sobrecarregados. Galan e Vernette (2000) estimaram uma taxa de resposta de 7% a 13% de taxa de retorno padrão, podendo aumentar de acordo com a população questionada e principalmente de acordo com o interesse na pesquisa na percepção do respondente.

Optou-se por realizar a coleta dos dados por instrumento *web* devido ao elevado número de municípios participantes da pesquisa, distanciamento geográfico deles e tempo limitado para coleta dos dados. De acordo com Arentze, Hofman e Timmermans (2004), quando se tem algum grau de afinidade com a amostra, no caso de populações específicas, aconselha-se a utilização de um questionário *online*. Quando o banco de dados pode ser controlado, permite-se a obtenção de um plano amostral representativo. Nestes casos, a utilização do questionário pode ser uma alternativa metodológica confiável desde que todos os participantes tenham acesso à internet.

Este tipo de coleta possibilita testar uma pesquisa e depois aplicá-la com várias pessoas num pequeno espaço de tempo e com grande flexibilidade, considerando a disponibilidade da internet vinte e quatro horas por dia (DAMASCENO *et al.*, 2014). Além disso, dados qualitativos e quantitativos podem ser alcançados e integrados a bancos de dados de modo relativamente rápido e com custo baixo, comparando-se com outros métodos de coleta de dados (HAIR *et al.*, 2005).

A taxa de retorno de resposta nesse tipo de pesquisa pode ser prejudicada em diversos estágios da coleta de dados. Em primeiro lugar, pela quantidade de endereços eletrônicos que podem não ser entregues, seja por não atingir os destinatários por erro ou por alteração de e-

mail. Em segundo lugar, pelo número de entrevistados que podem não conseguir, por algum motivo, responder à pesquisa e em terceiro, pela forma de abordagem, que muitas vezes pode inibir ou cansar o respondente, desmotivando-o a preencher o questionário (FRICKER *et al.*, 2005).

Como vantagem desse tipo de coleta de dados nas interações virtuais, os entrevistados se encontram protegidos pela distância através das telas de computador e pelo anonimato possibilitado pela rede. Nesse contexto, acabam se defrontando com um ambiente em que podem se libertar dos constrangimentos a que são constantemente submetidos, sobretudo, em função do olhar dos outros (MENDES M., 2011).

Municípios de todas as CRS do RS participaram da pesquisa. A Tabela 1 apresenta o total de municípios por CRS, o número de habilitados ao QUALIFAR-SUS por CRS e a quantidade municípios participantes da pesquisa por CRS.

Tabela 1 - Municípios habilitados e participantes por CRS

CRS*	Total de municípios na CRS (N)	Municípios habilitados ao QUALIFAR-SUS (até 2018) (N)	Municípios habilitados ao QUALIFAR-SUS / Total de municípios na CRS (%)	Municípios participantes da pesquisa (N)	Municípios participantes da pesquisa/Municípios habilitados ao QUALIFAR-SUS (até 2018) (%)
1 ^a	66	29	44	12	41,4
2 ^a	26	15	57,7	5	33,3
3 ^a	22	11	50	2	18,2
4 ^a	32	17	53,1	12	70,6
5 ^a	49	7	14,3	4	57,1
6 ^a	62	18	29	11	61,1
7 ^a	6	5	83,3	1	20
8 ^a	12	11	91,7	4	36,3
9 ^a	13	3	23,1	1	33,3
10 ^a	11	4	36,4	1	25
11 ^a	33	5	15,2	3	60
12 ^a	24	7	29,2	3	42,8
13 ^a	13	7	53,8	4	57,1
14 ^a	22	6	27,3	1	16,6
15 ^a	26	18	69,2	7	38,9
16 ^a	37	9	24,3	8	88,9
17 ^a	20	11	55	8	72,7
18 ^a	23	10	43,5	5	50
Total	497	193	38,8	92	47,7

Fonte: Elaborado pela autora

*Nota: A apresentação dos resultados foi realizada de acordo com o decreto nº 55.606/2020, que estabelece a nova divisão territorial das CRS da SES/RS (municípios da 2ª CRS passam a pertencer a 1ª CRS, alterando o número da 19ª CRS para 2ª CRS).

Sobre o conhecimento do programa, 95,7% (88) dos participantes conhecem o QUALIFAR-SUS e 4,3% (4) não. Provavelmente, grande parte dos que responderam o questionário, possuía algum entendimento deste, considerando o apontamento de autores (GALAN; VERNETTE, 2000) de que o aumento no número de respostas é relacionado ao interesse na pesquisa na percepção dos respondentes. Quanto aos que desconhecem, 75% (3) apontaram o vínculo recente como motivo pelo desconhecimento e 25% (1) relataram a ausência de orientação/capacitação ao ingressar na SMS.

A tabela acima mostra as CRS que possuem o maior número de municípios habilitados ao QUALIFAR-SUS, sendo respectivamente: 8ª CRS (91,7%), 7ª CRS (83,3%), 15ª CRS (69,2%) e 2ª CRS (57,7%). Ao comparar com os municípios participantes da pesquisa, observa-se que essas CRS não apresentaram alto índice de respostas. Identifica-se maior participação entre os municípios da 16ª CRS (88,9%), 17ª CRS (72,7%), 4ª CRS (70,6) e 6ª CRS (61,1%). Pode-se pressupor que os municípios que não tiveram interesse em responder o questionário, apresentam dificuldades em relação à execução de recursos do programa. Além disso, podem-se considerar aspectos de desenvolvimento socioeconômicos dessas regiões como, por exemplo, o IDHM.

O IDHM é formado por três componentes básicos do desenvolvimento humano: longevidade, conhecimento (nível educacional) e padrão de vida (COSENDEY *et al.*, 2000). Essa unidade de medida (utilizando-se como referência numérica valores entre 0 e 1) é a principal a ser considerada para seleção dos municípios a serem contemplados pelo QUALIFAR-SUS. Indicadores socioeconômicos interferem no acesso da população ao sistema de saúde, considerando as desigualdades no acesso que atingem de forma considerável as populações com menor poder econômico. Estudo de Silva e colaboradores (2011) indica que o transplante renal como terapia inicial, teve maior proporção entre indivíduos que residiam em municípios de maior IDHM e ainda aponta um menor gasto com medicamentos para residentes de municípios de menor IDHM, podendo indicar um acesso mais restrito para os residentes em municípios menos desenvolvidos.

Analisando o IDHM dos municípios participantes da pesquisa, observam-se valores similares de IDHM, considerando que este é o principal critério de seleção. Para análise dos dados, adotaram-se as escalas de IDH adotadas pelo Atlas de Desenvolvimento Humano

(2020), classificando as regiões em: IDH muito baixo: 0-0,499; baixo: 0,500-0,599; médio: 0,600-0,699; alto: 0,700-0,799 e muito alto: 0,800-1,000. Foram convidados a participar da pesquisa 124 municípios classificados como baixo (2), médio (122) e alto (69). Destes, 2 municípios de IDHM baixo participaram (100%), 51 municípios de IDHM médio (42%) e 39 municípios de IDHM alto (56%). Considerando que os municípios do RS contemplados pelo programa possuem em sua grande maioria IDHM médio ou alto, observa-se que a diferença entre os IDHM dos municípios participantes pode indicar menores dificuldades nos municípios com IDHM alto, em relação ao progresso da AF, desenvolvimento e contratação de recursos humanos e alocação deste recurso especificamente.

Observando a média de IDHM dos municípios participantes por CRS, identifica-se maiores valores entre os municípios da 17ª (0,727), 5ª CRS (0,718) e 16ª CRS (0,704), duas dessas regiões tiveram os melhores índices de participação de municípios por regional de saúde. Ao mesmo tempo, os municípios participantes com menores IDHM se encontram nas regiões da 3ª CRS (0,655), 2ª CRS (0,660) e 8ª CRS (0,674), coordenadorias que tiveram baixos índices de participação, conforme demonstrado na tabela 1, reforçando o entendimento de que municípios com menores IDHM possuem maiores dificuldades em relação à execução do programa.

No item 4.8.2 será discutido de forma mais aprofundada o repasse de custeio do programa que é condicionado ao encaminhamento de dados obrigatórios à BNAFAR. Analisando os municípios participantes e convidados, identifica-se maior participação entre os municípios que cumpriram essas etapas desde o início da implantação do programa, observando uma média de recursos recebidos de R\$ 57.000,00 e uma média de recursos recebidos de R\$ 48.000,00 entre os municípios não participantes.

A planificação da RAS tem intuito de problematizar e refletir sobre o papel da ABS como ordenadora da rede, a fim de promover mudanças efetivas na atitude e processos de trabalho dos profissionais que compõem as equipes assistenciais e de gestão (CONASS, 2011). O projeto foi iniciado no RS em 2015, tendo a 4ª CRS como piloto; em 2017 foi estabelecido na 18ª CRS e em 2019 na 17ª CRS. Nas oficinas desenvolvidas pela SES/RS em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a temática da AF foi levada em uma oficina exclusiva para discussão com os trabalhadores da ABS. Destaca-se a participação dos municípios das CRS integrantes das oficinas de planificação (4ª CRS: 70,6%; 17ª CRS: 72,7% e 18ª CRS: 50%). Em 2019, o processo foi expandido para a 3ª e 10ª CRS, porém sob outra forma de condução (em parceria com o Programa de Apoio ao

Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS) através do projeto “PlanificaSUS”. Nesse novo formato, não há uma oficina específica da AF para debate.

Em relação participação por macrorregiões de saúde, conforme exibe a Tabela 2, verifica-se maior participação na pesquisa de municípios pertencentes às regiões Vales (62,3%), Serra (57,1%) e Centro-Oeste (57,1%). Nos primeiros anos de habilitação ao programa, os critérios de seleção contemplavam os constantes no Plano Brasil sem Miséria. A maioria dos entes elegíveis no RS concentrava-se principalmente nas macrorregiões Norte e Sul, sendo as primeiras a serem favorecidas com esse recurso. Estudo de Arcari e colaboradores (2020), constataram um tempo de exercício dos gestores municipais no RS inferior há um ano. Pode-se pressupor também como um fator que contribuiu para a menor taxa de participação dessas macrorregiões (44,6% e 18,7%, respectivamente), a possível troca de gestores e de profissionais das SMS, ocorrida após a habilitação, além dos aspectos socioeconômicos destas regiões conforme já citado anteriormente como o IDHM.

Tabela 2 - Municípios participantes por macrorregião de saúde

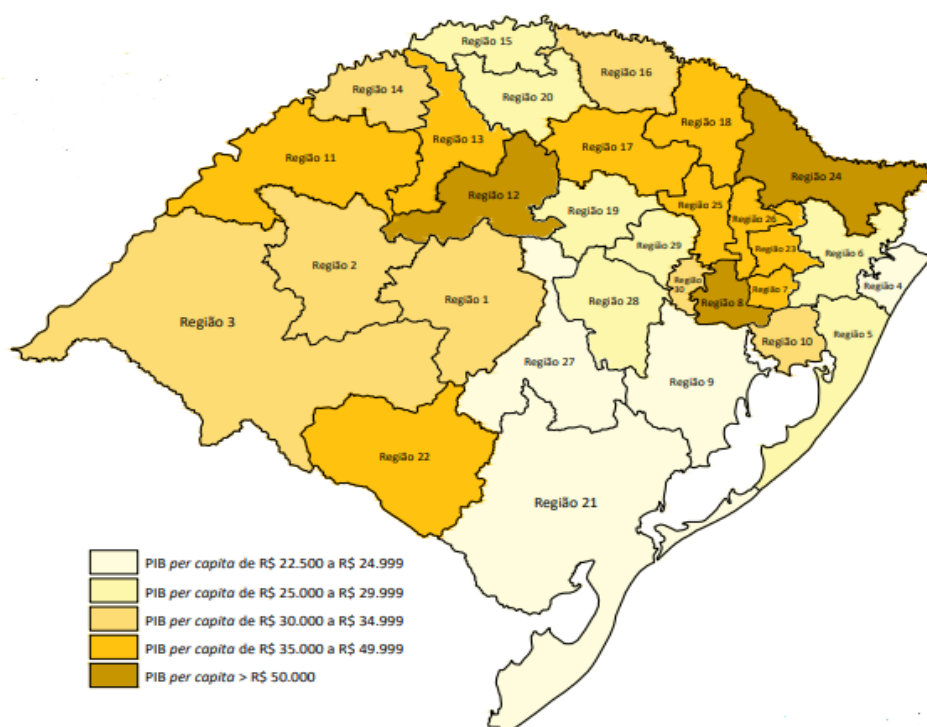
Macrorregião de saúde	Total de municípios convidados (N)	Total de municípios participantes (N)	Total de municípios participantes / Total de municípios convidados (%)
Sul	16	3	18,7
Norte	56	25	44,6
Centro-Oeste	21	12	57,1
Metropolitana	40	17	42,5
Missioneira	26	14	53,8
Serra	7	4	57,1
Vales	27	17	62,3
Total	193	92	47,7

Fonte: Elaborado pela autora

É possível que a alta taxa de participação dos municípios da região Vales (contemplada pelas regionais 8^a, 13^a e 16^a), seja relacionada ao apoio das coordenadorias da região. As regionais de saúde são bastante heterogêneas em número de municípios, rotinas de trabalho e número de servidores. Nesse contexto, algumas conseguem realizar um melhor suporte, incluindo o acompanhamento do QUALIFAR-SUS, podendo ter resultado no maior interesse dos seus entes na participação da pesquisa.

Além disso, conforme já descrito, a baixa e alta participação de algumas regiões pode ser relacionadas a fatores socioeconômicos, como o PIB *per capita*, por exemplo, que evidencia significativas diferenças econômicas entre as regiões de saúde do RS, como pode ser observado através do Plano Estadual de Saúde do RS 2020-2023.

Figura 4 - PIB *per capita* por região de saúde



Fonte: Plano Estadual de Saúde do RS 2020-2023

A figura acima demonstra que as regiões com maiores PIB *per capita* do estado, estão concentradas principalmente nas macrorregiões Missioneira (regiões 11, 12, 13 e 14) e Serra (regiões 23, 24, 25 e 26), onde se observou alta participação dos municípios na pesquisa. Regiões com menores PIB *per capita*, estão situadas na região sul (região 21 e 22), onde se identificou menor participação.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES PARTICIPANTES DA PESQUISA

A Tabela 3 exibe a caracterização dos indivíduos participantes da pesquisa por município e suas profissões, cargos e local de atuação na SMS.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes da pesquisa por município

	N (%)
Profissão	
Farmacêutico(a)	88 (95,6)
Técnico(a) de Enfermagem	1 (1,1)
Educador(a) Físico(a)	1 (1,1)
Auxiliar de Farmácia	1 (1,1)
Secretário(a) Municipal de Saúde	1 (1,1)
Cargo	
Farmacêutico(a) Responsável Técnico	81 (88)
Diretor(a) Técnico(a) da AF	8 (8,7)
Secretário(a) Municipal de Saúde	1 (1,1)
Auxiliar de Farmácia	1 (1,1)
Auxiliar de Escriturário	1 (1,1)
Local de Atuação	
Farmácia Municipal	90 (97,8)
Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	1 (1,1)
Gabinete	1 (1,1)

Fonte: Elaborado pela autora

Observando a tabela acima, identifica-se que a maioria (95,6%) dos respondentes foram farmacêuticos, atuantes como responsáveis técnicos (88%) ou diretores técnicos da AF (8,7%) na SMS, indicando que a maior parte dos municípios participantes da pesquisa possui farmacêutico na AF. Carvalho e colaboradores (2018) destacaram que os farmacêuticos são uns dos profissionais que se destacam entre as categorias profissionais cadastradas em Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que apresentaram as maiores taxas de crescimento nacional (acima de 70%), assim como outras profissões que compunham o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Essa mudança é perceptível ao comparar com estudos realizados em anos anteriores, como uma pesquisa realizada em 2006 com municípios abrangentes pela 17ª CRS no RS que identifica uma AF deficitária em relação à força de trabalho (apenas cinco municípios dos vinte participantes possuíam farmacêuticos). Considerando que grande parte deles era de porte pequeno, a principal justificativa para não contratação foi a ausência de recursos financeiros por parte destes (BERNARDI; BIERBERBACH; THOMÉ, 2006).

Outro estudo realizado em 2008 analisando a qualificação dos serviços de AF na Brasil através de relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União verificou que na região sul do Brasil, 18,7% dos municípios brasileiros apresenta ausência de farmacêutico, seja na coordenação da AF do município ou para a dispensação de medicamentos sujeitos ao controle especial, um indicativo de fragilidade. O autor infere que somente a presença do profissional não garante a qualidade do serviço se o trabalhador assumir apenas um papel administrativo se distanciando do cuidado e atenção ao paciente (VIEIRA, 2008).

O MS através de programas como o QUALIFAR-SUS, reforça a importância da inserção integral da AF na ABS, através da inclusão do profissional farmacêutico e principalmente seu trabalho associado junto à equipe de saúde.

A Tabela 4 mostra o tipo de vínculo e tempo de atuação desses trabalhadores.

Tabela 4 - Tempo de atuação e tipo de vínculo dos profissionais

	N (%)
Tempo de atuação	
Até 1 ano	8 (8,7)
De 1 a 3 anos	22 (23,9)
De 3 a 5 anos	15 (16,3)
De 5 a 10 anos	31 (33,7)
Mais de 10 anos	16 (17,4)
Vínculo	
Estatutário	72 (78,3)
Contrato	12 (13)
CLT	3 (3,3)
Comissionado	5 (5,4)

Fonte: Elaborado pela autora

Percebe-se que a maior parte dos participantes (91,3%), apresentaram tempo de atuação na SMS superior a 12 meses, dado que converge ao encontrado por Carvalho e colaboradores (2017), identificando que em todas as regiões do país quando pesquisadas

mostram tempo de permanência dos profissionais superior a 12 meses, fato constatado em 70% da amostra. Em contraponto, alguns autores (BRASIL, 2018a; BARBOSA *et al.*, 2017) observaram a alta rotatividade de profissionais na AF, em razão da ausência de carreiras públicas atrativas, interferindo na qualificação dos servidores.

Em relação ao vínculo de trabalho, identifica-se que 78,3% dos participantes, possuíam vínculo estatutário. Novamente os resultados coincidem com estudo de Carvalho e colaboradores (2017), que verificam nas regiões Sul e Sudeste, a predominância de municípios com gestores concursados, enquanto em outras regiões a porcentagem entre comissionados e concursados mostrou similaridade.

Considerando a relação entre vínculo empregatício e tempo de atuação, Oliveira e colaboradores (2018) afirmaram que profissionais com esse tipo de vínculo permanecem por mais tempo nas instituições, refletindo em uma menor rotatividade dos profissionais e melhor vinculação com a equipe e população atendida. Atualmente tem sido debatida a proposta do presente governo sobre a reforma administrativa, apresentada em setembro de 2020, consolidada na PEC nº 32/2020 e que pode trazer graves impactos no setor público, incluindo a estabilidade no emprego e precarização das relações de trabalho (BRAUNERT; BERNARDO; BRIDI, 2021).

4.3 DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO DAS AÇÕES E METAS

De acordo com as orientações do MS (BRASIL, 2016b), assim que o município é contemplado ao QUALIFAR-SUS, existe uma sequência de atividades necessárias para que cada ente consiga promover a estruturação da AF:

- Realizar o diagnóstico da situação da AF, principalmente com relação à estrutura física e aos equipamentos;
- Planejar ações e metas de estruturação baseadas no diagnóstico, para o registro do planejamento de estruturação;
- Executar as ações e as metas planejadas para a estruturação da AF;
- Realizar o envio de dados obrigatórios através da BNAFAR (uso do Sistema Hórus ou envio de dados por meio do serviço de *webservice*);
- Monitorar o planejamento e a execução das ações de estruturação;
- Fazer a prestação de contas anual dos recursos financeiros, através do RAG.

Conforme normativa do governo federal (BRASIL, 2016b), para elaborar ações de estruturação para a AF, é preciso, antes, conhecer a situação atual do município. O intuito da realização do diagnóstico é visualizar como está a realidade atual, com identificação do que seria necessário para melhorar o cenário presente.

Baseado no diagnóstico, o município deve realizar o planejamento da utilização de recursos, etapa posterior à habilitação. O planejamento das ações e metas para estruturação da AF tem como finalidade identificar as necessidades e os problemas, a partir da realização do diagnóstico dos serviços farmacêuticos com o intuito de promover a cultura de monitoramento e avaliação por meio do sistema para inserção e monitoramento de metas (e-CAR) (BRASIL, 2016b).

De acordo com os respondentes, 80,7% (71) realizaram o diagnóstico da AF; 1,1% (1) não realizaram e 18,2% (16) não souberam informar. Em relação ao planejamento, o número de municípios que efetuaram essa etapa diminuiu em relação ao diagnóstico. Dos participantes, 78,4% (69) realizaram; 8% (7) não realizaram e 13,6% (12) não souberam informar. Em relação aos motivos da não realização do diagnóstico, o município não realizou por desconhecimento dessa etapa e no que diz respeito ao planejamento, os entes informaram a ausência de realização por enfrentarem dificuldades na realização dessa etapa de execução.

Estes resultados divergem dos encontrados por Rodrigues (2016), onde apenas 35% dos municípios participantes da pesquisa realizaram a etapa de diagnóstico e a maioria (94%) executaram a etapa de planejamento da execução dos recursos. No ano de realização deste estudo, era disponibilizado pelo MS o sistema e-CAR, o que pode ter favorecido o cumprimento da etapa de planejamento. O programa informatizado foi desabilitado para os municípios contemplados ao programa após os anos de 2012, 2013 e 2014. Atualmente, a prestação de contas deve ser realizada apenas pelo RAG. O instrumento de diagnóstico continua sendo fornecido aos municípios como orientador assim que são habilitados.

O sistema e-CAR surgiu em 2011 como uma ferramenta de monitoramento governamental do MS, fruto de uma pactuação orientada por resultados, de forma a alinhar o Plano Plurianual ao Plano Nacional de Saúde. O preenchimento da ferramenta ocorria por dados predominantemente qualitativos, com informações sobre evolução de metas e resultados pactuados no planejamento, destacando o cenário atual, pontos críticos e recomendações. A partir de mudanças no contexto político do MS, ocorridas em 2015, o monitoramento passou a ser realizado sem a mesma frequência. Essa redução foi percebida com maior profundidade em 2016, quando o processo do e-Car foi desestruturado do MS,

dado o impacto da mudança da Presidência da República, desencadeando a mudança de gestão em efeito cascata, a nível ministerial e de suas secretarias e o enfraquecimento da área de Monitoramento e Avaliação do SUS (UBARANA; CRUZ; VITORINO, 2019).

De acordo com Rodrigues (2016), a etapa de diagnóstico é um processo burocrático, realizado através de um instrumento que foi construído de forma verticalizada pelo MS, sem um planejamento ascendente na construção, o que pode acarretar em dificuldades e desinteresse dos municípios na realização.

Em relação ao monitoramento dos programas, fundamental na execução da política, define-se como:

O monitoramento é a análise continuada dos sistemas de informação, acompanhando procedimentos, produtos e situações de saúde, e de que há uma explicitação sobre o acompanhamento dos efeitos do processo, dos resultados e do impacto de uma intervenção. O monitoramento visa ao acompanhamento rotineiro de informações prioritárias para o gestor verificar se a intervenção está se desenvolvendo de acordo com o planejado, ou seja, se os efeitos esperados foram efetivamente executados/alcançados, gerando hipóteses plausíveis sobre as diferenças observadas (HARTZ, 2000 *apud* CRUZ; REIS, 2011, p. 417).

A oferta de um sistema possibilitou à promoção da cultura de monitoramento e avaliação, proporcionando o cadastro de ações e metas e cronograma para execução, integrado as ações de diagnóstico e planejamento realizadas. De acordo com Cruz e Reis (2011) é importante que o gestor tenha conhecimento que de investir no monitoramento requer envolvimento de todos os atores que fazem parte da intervenção, considerando a necessidade de acompanhamento da disponibilidade de recursos, execução das ações planejadas, assim como os efeitos imediatos (produtos), intermediários (resultados) e finalísticos (impacto). A existência de um sistema de monitoramento que atenda as expectativas provoca conhecimento sobre a racionalidade da mesma, favorecendo a disponibilização de informações que auxiliam na tomada de decisão.

Questionados em relação ao monitoramento, 78,4% (69) realizaram e 21,6% (19) não realizaram. A falta de orientação sobre essa questão torna o entendimento de monitoramento do programa por alguns municípios, como um controle de fluxo de caixa: “*Não é a SMS que realiza este monitoramento, o setor responsável é a Secretaria da Fazenda do Município*” (M60). Assim, alguns participantes desconhecem a relação do monitoramento com a concretização das ações e metas planejadas para melhoria da AF, descritos nos instrumentos de planejamento do SUS: “*O monitoramento é realizado através do relatório de gastos mensal fornecido pelo contador. As responsáveis pelo monitoramento são a enfermeira da coordenação de atenção básica e a farmacêutica*” (M36).

Políticas de saúde executadas de forma fragmentada prejudicam a integração dos instrumentos de planejamento, a regionalização e a coordenação nacional. As políticas apoiadas pelo MS como forma de incentivos e a existência de diferentes frentes de apoio financeiro, cada uma com regimento próprio, resultam na necessidade de uma máquina administrativa com conhecimento técnico qualificado e formulação de mecanismos para garantir o cumprimento dos requisitos previstos nas normas, resultando em complexidade e comprometendo a eficiência dos processos (CONASS, 2018).

Em algumas prefeituras, percebe-se a centralização da decisão da utilização do recurso no gestor municipal de saúde, sem a participação ativa das áreas técnicas: “*O monitoramento é realizado pelo Secretário Municipal de Saúde*” (M62). Assim como dificuldades no cumprimento da utilização de recurso de acordo com o estabelecido nas portarias de repasse: “*secretário não se disponibilizou em gastar o recurso com estruturação da AF[...] (M10)*”.

Ferreira e colaboradores (2018) ponderam sobre as questões que envolvem o planejamento: o planejamento está subordinado à gestão ou a gestão está subordinada ao planejamento? Os autores referem que o planejamento deve guiar as decisões do gestor e tem maior probabilidade de ser colocado em prática se for realizado de forma horizontalizada com a participação das equipes técnicas nas decisões.

Observa-se baixa participação de profissionais responsáveis pela AF em municípios brasileiros na elaboração dos instrumentos de planejamento orçamentário: Plano Plurianual; Lei Orçamentária Anual e Lei de Diretrizes Orçamentárias e de instrumentos de planejamento da saúde: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). A não participação dos profissionais na elaboração dessas ferramentas pode ter vários graus de implicação, incluindo a ausência da pauta para as questões da AF por um período de quatro anos. Esperar-se-ia que os profissionais que executam as atividades, realizassem também a avaliação do desempenho destas. Considera-se que da mesma forma que não participaram da elaboração dos instrumentos de planejamento, estão afastados das atividades de prestação de contas e que o distanciamento dos profissionais desta atividade, inibe a produção de conhecimento e qualificação desses trabalhadores (DALLA NORA *et al.*, 2019).

Em relação à inserção de metas nos instrumentos de planejamento e gestão, relacionadas a verbas do QUALIFAR-SUS, 43,2% (38) dos municípios inseriram as metas nos instrumentos; 14,8% (13) não inseriram e 42% (37) não souberam informar. Em convergência com

o encontrado por Dalla Nora e colaboradores (2019), grande parte dos participantes não participaram da construção desses instrumentos e provavelmente os desconheciam.

Os conselhos de saúde têm como principal atuação a formulação de estratégias e a fiscalização da execução da política de saúde na instância correspondente. Exercem papel fundamental no planejamento, incluindo aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do executivo legalmente constituído em cada esfera de governo. Os conselhos têm potencial de serem instrumentos ampliadores dos espaços de decisão do poder público, rompendo com as tradicionais formas de gestão, impulsionando a formação de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução com o Estado (SALIBA *et al.*, 2009).

Segundo recomendação do MS, concluídas as etapas de realização do diagnóstico e planejamento da execução de recursos, sugere-se que o plano de aplicação dos recursos financeiros seja submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para deliberação e acompanhamento por parte dos conselheiros (BRASIL, 2016b). De acordo com os resultados, 65% (57) dos municípios apresentaram o QUALIFAR-SUS ao CMS e 35% (31) não apresentaram. Estes dados demonstram que uma parcela considerável dos participantes não cumpriu essa etapa fundamental de execução da política no município, o que fragiliza a correta aplicação de recursos e monitoramento de acordo com as necessidades de saúde estabelecidas.

Estudos acadêmicos e ações realizadas por órgãos de controle apontam que os conselhos não têm exercido de fato suas funções estabelecidas nas legislações. Diversas fragilidades na atuação dos conselhos são apontadas como: ausência de independência em relação à gestão, reduzida capacitação dos conselheiros, problemas quanto à estrutura física, interferência política na escolha dos conselheiros, ausência de transparência dos gestores quanto ao uso dos recursos e pouca visibilidade social das ações dos conselheiros. O conselho deve exercer um papel principal e não coadjuvante na avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da saúde (CONASS, 2018).

4.4 UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS

Em relação à utilização do recurso de investimento 77,3% (68) aplicaram o recurso. Quanto ao recurso de custeio, observa-se uma diminuição para 73,9% (65) que utilizaram.

Conforme Rodrigues, Cruz e Tavares (2017), alguns locais possuem dificuldades em relação ao processo licitatório de compra para uso do recurso e municípios de pequeno porte

enfrentam dificuldades burocráticas em relação à estrutura da lei que rege a ação de compras públicas. Em 2014, o CONASS relatou alguns obstáculos que entes federados como estados e municípios possuem, principalmente os de pequeno porte, em relação às licitações desertas, preços abusivos e problemas relacionados a descumprimento dos prazos de entrega pelos fornecedores que causam grandes transtornos.

Quanto à utilização do recurso, 21,6% (19) dos respondentes relataram dificuldades. Identificaram-se problemas de licitação deserta; troca de gestores que resultou na saída de toda a administração municipal; dificuldades no enquadramento do que é bem de consumo conforme a legislação; falta de apoio de outros setores, principalmente gestão, compras e contabilidade e dúvidas de como o recurso deve ser aplicado. A maioria dos municípios sinalizaram dificuldades em compreender no que o recurso pode ser investido de acordo com a legislação e desconhecimento dos gestores acerca do programa, conforme relato abaixo:

“Até o momento as conquistas obtidas não são compatíveis com os investimentos repassados ao município. Muito se dá ao fato da falta de conhecimento dos gestores a respeito de tal programa e da importância de investimentos e melhorias na assistência farmacêutica. A falta de informações mais claras do programa colabora para tal.” (M72)

O principal problema destacado pelos respondentes foi resistência ou falta de interesse de alguns gestores na utilização do recurso para adequação da AF. Mais uma vez destacando a verticalização na tomada de decisão de ausência da participação da equipe nas etapas de planejamento.

“Quando ingressei no município, [...] fui através de saber se este recurso já havia sido utilizado, pois encontrei a farmácia municipal em estado crítico. Entrei em contato com a gestão e a partir disto, criamos um projeto para a utilização deste recurso em melhorias da farmácia, porém até o momento o projeto se encontra parado. Já tentei pressionar a gestão inúmeras vezes, porém sem sucesso.” (M75)

A Figura 5 ilustra o que foi realizado ou adquirido com o capital recebido. A maioria dos participantes, 31,4% (70), executaram melhorias estruturais nas farmácias municipais e almoxarifado, com aquisição de mobiliários e utensílios como cadeiras, mesas, armários para armazenamento de medicamentos, caixas para armazenamento de medicamentos no modelo bins, termômetros, entre outros itens necessários para funcionamento e melhoria da ambiência. Considerando que o recurso de investimento, recebido no ano de habilitação, deve ser utilizado somente para aquisição de mobiliários e equipamentos (bens duráveis) (BRASIL, 2016b), esperava-se que a maioria dos municípios realizasse investimentos nesse aspecto.

De acordo com Leite e colaboradores (2017), no contexto do uso racional de medicamentos, sabendo que a AF não pode estar restrita a entrega do medicamento, é importante a

oferta de serviços farmacêuticos qualificados. Para que isso seja possível, é necessário que as farmácias possuam uma estrutura específica, focada na ambiência dos serviços, compreendendo o espaço físico como um espaço social, profissional e de relações interpessoais, garantindo conforto em relação à privacidade e individualidade dos sujeitos. De acordo com Brasil (2010), o espaço deve permitir a produção de subjetividades por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho, podendo ser utilizado como ferramenta facilitadora, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A aquisição de uniformes e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) com o recurso de custeio, citada por 7,6% (15) dos participantes segue a orientação do MS, que recomenda que os trabalhadores permaneçam identificados e uniformizados, de modo a possibilitar o reconhecimento pelos usuários da farmácia. Para assegurar a proteção dos funcionários, dos usuários e dos produtos contra contaminação e danos à saúde, devem ser disponibilizados EPI aos funcionários (BRASIL, 2009a).

A compra de materiais de expediente e pagamento de despesas como luz, internet e telefone foi citada por 10,7% (21) dos municípios, relaciona-se com a recomendação do MS (BRASIL, 2009a) de que a estrutura do serviço de farmácia deve dispor de acesso à internet, telefone e material bibliográfico e que também necessita de pessoal devidamente qualificado para a busca e disponibilização desse tipo de informação de forma adequada às necessidades concretas do serviço de saúde.

O recurso de custeio pode ser utilizado para manutenção de serviços e outras despesas de custeio relacionadas, priorizando garantia de conectividade para utilização de sistema informatizado e trabalhadores necessários para o desenvolvimento das ações de AF (BRASIL, 2016b). Nota-se que 24,4% (48) dos municípios optaram pela manutenção de sistema informatizado, de acordo com os objetivos do eixo informação.

Salienta-se que a manutenção de um sistema informatizado é prioridade para garantia do recebimento de recursos de custeio. O município deve priorizar a manutenção de sistema para envio das informações obrigatórias, podendo ser o sistema Hórus – ofertado de forma gratuita pelo MS - ou sistema custeado ou criado pelo próprio município. Alguns respondentes apontaram dificuldades na submissão dos dados e principalmente quanto à utilização do sistema Hórus que apresenta frequentemente inconsistências e quedas: “*O sistema encontra-se instável frequentemente, com erros e enfrentamentos dificuldades para transmissão dos dados, inclusão no sistema, entre muitos outros...*” (M80).

Em relação às dificuldades para encaminhamentos dos dados obrigatórios da AF via sistema, 69,3% (61) informaram não possuir, 26,1% (23) relataram problemas no encaminhamento dessas informações e 4,6% (4) referiram não informar dados. Para evitar a perda deste recurso, assim como a utilização adequada, seria importante um acompanhamento mais próximo, destacando a importância da figura do apoiador institucional, conforme será abordado no item 4.5.

Segundo Barros e colaboradores (2017), o acesso total a medicamentos pela população é maior quando o responsável pelo setor refere a existência de um sistema informatizado para a gestão de medicamentos, além de protocolos para armazenamento, distribuição e entrega e algum tipo de qualificação e capacitação dos profissionais. Quando o sistema informatizado está ligado em rede com todas as unidades de saúde do município, o acesso total a medicamentos se mostra ainda maior.

Se houver alterações apenas de ordem tecnológica e não de ordem operacional, tratando-se neste caso de pessoal devidamente qualificado ou treinado, pode-se levar a precarização na qualidade do atendimento. Considerando o atendimento na AF, é possível que a implantação de um sistema informatizado melhore o atendimento no sentido da diminuição da fila de espera para atendimento, mas não há garantia de que a informatização solucione a falta de direcionamento das tecnologias para as reais necessidades do usuário (ARAÚJO *et al.*, 2008), conforme visualizado no relato abaixo.

“O sistema tem uma plataforma lenta, como já falei não tenho pessoas capacitadas para trabalhar e tenho apenas 2 computadores para executar o Hórus...como sou sozinha de farmacêutica e meu concurso são apenas 30 horas, a farmácia fica aberta apenas pela manhã o que gera filas imensas.” (M65)

Quanto à força de trabalho, 12,7% (25) utilizaram o capital de custeio com contratação de funcionários ou gratificação. De acordo com Bermudez e colaboradores (2018), os recursos humanos representam um dos fatores críticos para os sistemas e serviços de saúde. Para que as políticas de saúde sejam desenvolvidas é fundamental que estejam disponíveis em quantidade e qualidade. Manuais da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde consideram a força de trabalho como uma componente chave de uma política de medicamentos, considerando tanto o desenvolvimento quanto a gestão do trabalho. A PNM brasileira tem como uma de suas diretrizes o desenvolvimento dos trabalhadores, visando à disposição dos mesmos em qualidade e quantidade, trazendo a responsabilidade para os três entes federativos em relação à provisão adequada e oportuna dos mesmos.

Os quatro eixos do programa (estrutura, informação, educação e cuidado) possuem estreita relação para o alcance dos objetivos contidos na portaria que o instituiu. Observa-se que 5,1% (10) recorreram ao recurso para realização de cursos, deslocamento para capacitações e 3% (6) para confecção de materiais educativos a serem utilizados em oficinas para educação em saúde dos usuários.

Cabe destacar os conceitos dos termos educação na saúde e educação em saúde, considerando que os objetivos do programa no eixo educação se referem principalmente quanto à promoção da educação permanente e capacitação dos profissionais. De acordo com o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS):

Educação em saúde compreende um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...], é o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2009, p. 22).

Quanto à educação na saúde, define-se como “a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2018b). Considerando os conceitos acima, discutiremos de forma mais aprofundada questões relacionadas à educação na saúde no item 4.6 deste trabalho.

Em relação à confecção de materiais informativos, Freitas e Filho (2011) ponderam que apesar do olhar crítico da pesquisa na área de uso de impressos para educação em saúde, considerando que os confeccionadores desses materiais geralmente adotam um modelo linear hegemônico de comunicação em contraponto a perspectiva freireana, a comunicação e a educação por materiais impressos ainda pode abrir caminhos novos para a promoção da saúde, seja pela participação da população numa construção compartilhada de conhecimentos (conforme os modelos dialógico e estrutural), seja por outros meios que venham a ser implementados.

No que concerne à implantação de consultórios farmacêuticos, apenas 0,5% (1) referiram que o programa fomentou o desenvolvimento deste produto. A inserção do farmacêutico em programas de residência multiprofissional promove o trabalho em conjunto com a equipe e estimula o desenvolvimento do cuidado farmacêutico em diferentes níveis de atenção, como por exemplo, na ABS, apresentando importante desenvolvimento na última década. Essa alteração na formação da profissão resulta em uma mudança na perspectiva de atuação desse profissional, que começa a atuar diretamente com os pacientes com vistas a promover o uso ra-

cional de medicamentos e não somente o seu acesso. No entanto, observa-se ausência de registros que indiquem as condições sanitárias para realização do cuidado farmacêutico na ABS (SOARES; BRITO; GALATO, 2020) e estudo de escala nacional, constata poucas unidades de saúde (13,7%) com área específica destinada à consulta farmacêutica ou seguimento farmacêutico (LEITE *et al.*, 2017).

“Programa muito bom em relação a Assistência Farmacêutica com a população... antes podia se dizer que era um lugar para dispensação de medicamentos... agora mudou para dispensa de medicamentos juntamente com uma assistência farmacêutica adequada para cada paciente individualizado.” (M57)

O cuidado farmacêutico na ABS deve ser avaliado através do acesso e resolutividade, instalações e recursos; ações e serviços desenvolvidos; e fortalecimento de vínculo e participação social acesso (SOARES; BRITO; GALATO, 2020). Apesar da baixa implantação de consultórios farmacêuticos visualizada durante a pesquisa, aqui se tratando de salas específicas para acompanhamento dos usuários, é perceptível que o QUALIFAR-SUS valorizou a questão do cuidado ao usuário, melhorando a ambiência e fomentando um atendimento mais adequado:

“O QUALIFAR-SUS oportunizou ao município uma nova visão para a Assistência Farmacêutica, colocando recursos em um setor do SUS que tem um papel de grande relevância para o sistema. Hoje o município está terminando as reformas e vai colocar a farmácia como um centro de atendimento ao usuário, possibilitando dar melhor assistência aos pacientes nas dispensações, grupos e logística de insumos e medicamentos, tanto para a população como para os profissionais da saúde [...]” (M76)

Além dos fatores elencados, alguns locais sinalizam melhoria da interlocução da AF com as demais ações em saúde da SMS, um dos principais objetivos do programa, considerando a AF como ponto de apoio na RAS.

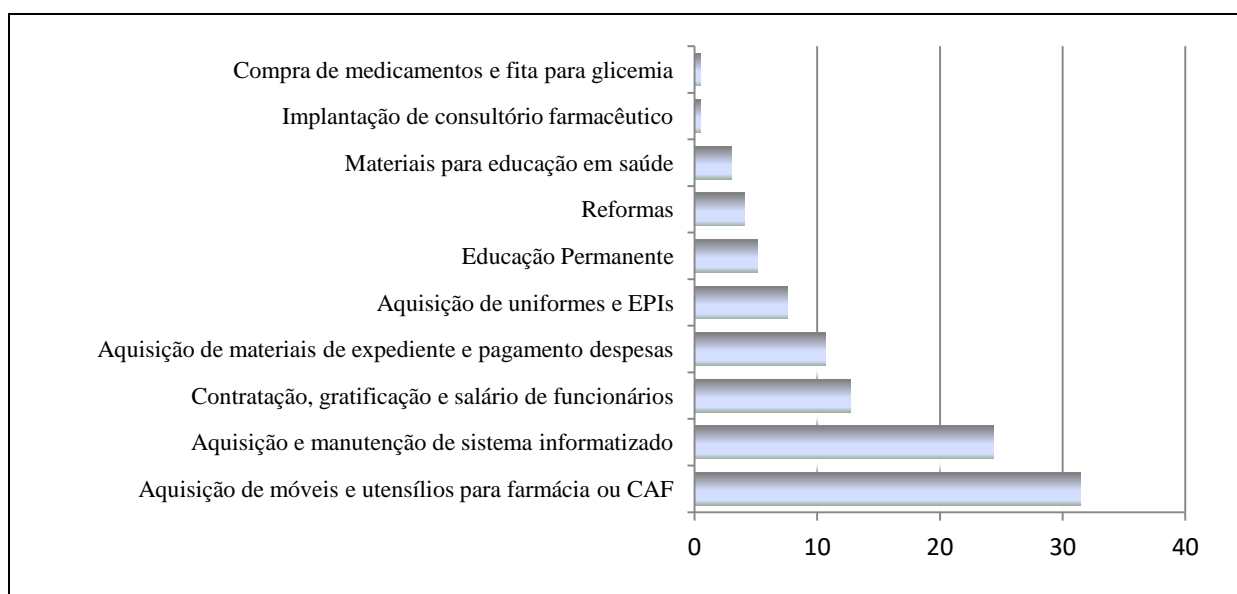
“Houve muitas conquistas com a implantação do QUALIFAR-SUS, a AF obteve visibilidade inserção e aproximação com a equipe de saúde podendo contribuir com a elaboração e participação em muitos projetos principalmente relacionados ao planejamento das ações em saúde, e de acompanhamento e cuidado aos usuários em especial os que apresentam doenças crônicas. Também quanto as melhorias tanto estruturais quanto de custeio que estes valores nos permitem investir.” (M64)

Cabe mencionar que 0,5% (1) dos participantes realizaram a compra de medicamentos e fitas para medição de glicemia com o recurso do programa. Nesses casos, os recursos do programa não podem ser utilizados para compra de medicamentos (BRASIL, 2019b). Para este propósito os municípios recebem um recurso tripartite conforme especificado nas portarias do componente básico (BRASIL, 2017f; BRASIL, 2019c). Como relatado por alguns res-

pondentes, permanecem muitas dúvidas de como o recurso pode ser executado corretamente e esse desconhecimento pode direcionar a uma utilização inadequada.

Quanto às reformas, realizadas por 4,1% (8), salienta-se que é vedada a utilização do recurso de investimento para a realização de construções de novos imóveis, bem como obras de imóveis já existentes (BRASIL, 2017g). Nesse caso, cabe refletir que alguns municípios podem ter se referido às reformas, relacionando-as a readequações de espaço, inclusão de cadeiras na sala de espera ou colocação/retirada de divisórias móveis, o que pode ser realizado com o recurso.

Figura 5 - Itens adquiridos/realizados com o recurso recebido



Fonte: Elaborado pela autora

4.5 APOIO INSTITUCIONAL

O apoio institucional é uma estratégia de incentivo à gestão compartilhada dos processos de trabalho, que é desenvolvida nas práticas cotidianas concretas e que parte do princípio de que todo trabalhador é gestor de seu trabalho. Num modelo verticalizado de organização do trabalho que resulta em processos fragmentados, o apoiador tem um papel de promover a coletividade (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011).

Analisando o envolvimento dos atores na implantação do programa, 55,9% (49) receberam apoio do MS; 37,6% (33) da SES/RS ou das CRS; 5,4% (5) do COSEMS/RS e 1,1% (1) não receberam.

Em relação ao apoio estadual, observa-se uma porcentagem maior se comparada à pesquisa nacional sobre o QUALIFAR-SUS realizada por Rodrigues, Cruz e Tavares (2017)

que identifica pouco envolvimento das gestões estaduais com os municípios habilitados, rompendo o pacto federativo previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Nela, há a orientação de que o processo de implementação das políticas públicas é realizado mediante o princípio da descentralização e relação solidária entre os entes. Os gestores estaduais tem o papel de coordenar o processo de implantação das políticas de saúde no SUS, a partir do apoio técnico e financeiro aos municípios. Em relação ao apoio federal, observa-se uma diminuição em comparação com os resultados de Rodrigues e colaboradores (2017), sinalizado por 72% dos municípios habilitados nos anos de 2012 a 2013.

Em debate envolvendo diferentes atores do cenário da AF do país após quase duas décadas da publicação da PNM e 14 anos da PNAF (BRASIL, 2018a), o apoio externo ao QUALIFAR-SUS foi um dos itens elencados pelos participantes como oportuno no aprimoramento do programa instituído hoje. Até o ano de 2016, aproximadamente, eram disponibilizados consultores de referência para cada estado, responsáveis pelo acompanhamento do programa junto aos municípios. De acordo com Souza, Hoffelder e Oliveira (2018), o golpe de Estado em 2016 trouxe muitas mudanças, passando a haver vários desmontes em políticas públicas e sociais, incluindo as questões de promoção, atendimento e prevenção da saúde pública, a qual vem sofrendo severos ataques oriundos do projeto neoliberal contido nas ações dos governos que sucederam o episódio.

As relações interfederativas na busca da garantia do direito à saúde e que possam convocar manifestações de forças, composições e conflitos, devem permear noções de apoio e cooperação. O apoio integrado, visto como uma estratégia para qualificação da gestão tem como objetivo fortalecer a gestão do SUS, visando à ampliação do acesso e qualidade dos serviços de saúde, considerando a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e dispositivos do decreto nº 7508/11 (BRASIL, 2012d).

A expressão apoiador institucional começou a ser utilizada em 1998, se referindo à função que se expande as denominações sugeridas pela teoria geral da administração para as pessoas que trabalham com alguma forma de apoio às organizações. O apoiador deve se inserir em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir nas organizações. Assim interfere mutuamente nestes domínios, na articulação entre cuidado e gestão. No âmbito do MS, entende-se a função de apoio como o papel institucional exercido por seu agente, chamado de apoiador, na articulação federativa, que assume o posicionamento subjetivo, técnico, pedagógico, ético e político de acordo com os objetivos estratégicos da gestão federal e as demandas dos estados e municípios (BRASIL, 2012d).

Ao estabelecer o apoio institucional como um instrumento para o fortalecimento dos serviços de atenção à saúde, destaca-se as características necessárias para que este apoiador consiga circular livremente nos espaços entre a gestão e assistência. Assim, o apoiador institucional deve se destacar como um facilitador através de sua escuta qualificada e intervenção, propondo avanços nas discussões dos processos de trabalho (MACHADO, 2014).

4.6 O EIXO EDUCAÇÃO COMO PROMOTOR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A PNAF tem como eixo estratégico, a qualificação dos serviços de AF existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2017c). Em consonância com a política, uma das diretrizes do QUALIFAR-SUS é a promoção da EPS e fortalecimento da capacitação para os profissionais de saúde, visando o desenvolvimento das ações da AF no SUS (BRASIL, 2017e). Com esse propósito, foi criado o eixo educação do programa.

Após a publicação da PNM, identifica-se o esforço que o MS realizou nas últimas duas décadas, através de diferentes iniciativas para o fortalecimento da AF, mediante capacitação dos recursos humanos envolvidos, principalmente os farmacêuticos, através de capacitações locais e regionais. Em contraste com o esforço supracitado, ainda persistem situações que demandam atenção, estratégias e dedicação para contorná-las. A concentração de farmacêuticos nas capitais, os serviços de farmácia com estrutura inadequada e com falta de pessoal capacitado e, muitas vezes, a dificuldade de priorizar treinamentos frente à demanda da presença do farmacêutico no serviço, são situações presentes e frequentes. Além disso, há barreiras que não serão derrubadas apenas com esforços relacionados à capacitação (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

Desde o início do QUALIFAR, o MS tem ofertado cursos principalmente à distância, em alguns casos com encontros presenciais, para qualificação dos profissionais através do eixo educação. Neste eixo foi ofertado, por exemplo, na modalidade de especialização, o curso em gestão da AF por educação à distância (EaD) em parceria com a UFRGS: “Farmacêuticos na Atenção Básica/Primária à Saúde: Trabalhando em Rede”, disponibilizado a farmacêuticos atuantes na ABS de todo o Brasil.

Também foram oferecidos a gestores e profissionais do SUS, cursos na modalidade EaD, em parceria com a Fiocruz como exemplo: “Políticas de Saúde e Assistência Farmacêutica no SUS”, “Curso de capacitação para utilização do Sistema Nacional de Gestão

da Assistência Farmacêutica – Hórus”, “Políticas informadas por evidências em Assistência Farmacêutica”, “Ciência de dados para a integração e qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS”.

Em cooperação com o PROADI-SUS, foi ofertado o curso na modalidade presencial, direcionado principalmente a farmacêuticos atuantes em farmácia hospitalar: “Qualificação em Assistência Farmacêutica para profissionais do Sistema Único de Saúde com o uso da simulação realística” e o curso na modalidade semipresencial, voltado a profissionais de nível médio e superior atuantes nas AF municipais: “Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e na integração das práticas de cuidado na equipe de saúde”.

Questionados se os trabalhadores têm acessado as propostas de educação continuada ofertadas pelo MS, 70,4% (62) acessaram e 29,6% (26) não. Os dados divergem da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), estudo em escala nacional concebido pelo MS a fim de avaliar a política de medicamentos no SUS, onde de acordo com informado pelos responsáveis pela AF, apenas 11,7% dos municípios registram algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais (BRASIL, 2017a).

Em relação aos respondentes que não realizaram os cursos do eixo educação, 69,3% (18) referiram não ter tido acesso à divulgação dos cursos; 19,3% (5) relatam dificuldades na realização dos cursos por problemas como falta de funcionários e impedimentos para se ausentar em horário de trabalho; 3,8% (1) informam ter vínculo recente; 3,8% (1) não foram selecionados e 3,8% (1) não souberam responder.

A divulgação dos cursos geralmente ocorre através das redes sociais do MS e através do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), mas não há um meio de comunicação oficial para propagação dessas informações. No portal do MS, onde se encontram algumas informações do QUALIFAR-SUS, na parte relativa ao eixo educação, identificam-se comunicados de apenas dois dos cursos ofertados aos profissionais, o restante dos dados relativos aos demais cursos que estão sendo ou foram oferecidos, podem ser identificadas nas páginas das instituições parceiras do MS na execução dos cursos ou pelas redes sociais.

A impossibilidade de realização dos cursos por problemas relacionados à falta de funcionários e não liberação da chefia é um problema frequentemente relatado pelos trabalhadores. Estudo descrito por Silva e colaboradores (2017) com secretários municipais de

saúde do noroeste do RS evidenciou por parte destes, desconhecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ausência de planejamento, atenção centrada na resolução da doença, tendo como objetivo principal atender as necessidades básicas de consultas, exames e medicamentos. Transparece que um dos motivos da pouca participação de profissionais nos eventos educativos desenvolvidos pela CRS e universidade pública da regional, está relacionado ao reduzido quadro de funcionários e dificuldade de liberação do trabalho, podendo haver outros fatores relacionados, entre os quais a cultura de não valorização dessas atividades, entendendo-as sem relação com suas respectivas realidades, necessidades e dos processos de trabalho.

Em relação à modalidade, como a maioria dos cursos é ofertado em EaD, a maioria dos participantes, 85,5% (53) realizaram os cursos nesse formato. O restante dos respondentes, correspondendo a 14,5% (9), realizaram os cursos na modalidade semipresencial. Questionados se os cursos contribuíram para o aprimoramento de suas práticas profissionais no ambiente de trabalho, 93,5% (58) afirmaram que sim e 6,5% (4) dos respondentes não concluíram os cursos em que se matricularam.

Em relação à participação dos profissionais nas ofertas de EC por macrorregião de saúde, conforme demonstrado na Tabela 5, identificou-se uma maior presença das regiões Norte com 24,2% (15), Vales com 22,6% (14) e Metropolitana com 16,2% (10). Ao analisar a participação dos trabalhadores nos cursos de qualificação na modalidade semipresencial, constata-se maior participação de municípios da região Metropolitana de Porto Alegre equivalente a 66,7% (6), o que pode demonstrar a dificuldade de deslocamento para realização de cursos presenciais de municípios mais distantes da capital.

Tabela 5 - Realização de cursos por macrorregião de saúde e modalidade realizada

Macrorregião de saúde	Somente EaD N (%)	EaD + Presencial N (%)	Total N (%)
Sul	2 (3,7)	1 (11,1)	3 (4,8)
Norte	14 (26,4)	1 (11,1)	15 (24,2)
Centro-Oeste	8(15,1)	-	8 (12,9)
Metropolitana	4 (7,6)	6 (66,7)	10 (16,2)
Missioneira	8 (15,1)	-	8 (12,9)
Serra	4 (7,6)	-	4 (6,4)
Vales	13 (24,5)	1 (11,1)	14 (22,6)

Fonte: Elaborado pela autora

A metodologia EaD, mostra-se como um meio muito importante e apropriado para atender a grande número de alunos de forma mais efetiva que outras modalidades, sem risco de

reduzir a qualidade dos serviços oferecidos em decorrência do elevado número de pessoas. Com ela, tem-se acesso a tecnologias de comunicação e informação para desenvolvimento profissional e humano, através do uso de mídias variadas, facilitando o acesso geográfico com menor custo. Permite também a aprendizagem do profissional na própria instituição em que realiza suas atividades sem afastá-lo por muito tempo, permitindo interatividade. Como desafios do método, são destacados: dificuldade de acesso às tecnologias de comunicação e informação por parte de alguns profissionais de saúde; obstáculos na utilização das ferramentas; escassez de tempo para desenvolver as atividades do curso; dificuldade de comunicação com tutores por morar em locais muito distantes, entre outros (OLIVEIRA, 2007).

É possível fortalecer a EPS com os benefícios das tecnologias de EaD. Não se deve opor as modalidades e sim enriquecer os projetos integrando ambas as contribuições, ou seja, aproximando o conhecimento elaborado às práticas das equipes, alimentando seus benefícios no caminho de um progresso construtivo e que seja inclusivo. Para concretizar essa meta, faz-se necessário o fortalecimento dos modelos educativos à distância, privilegiando a problematização e integrando-os ao desenvolvimento de projetos de EPS as práticas (BRASIL, 2009c).

A educação na saúde, conhecida também como educação no trabalho em saúde exibe duas modalidades distintas: educação continuada e a EPS. A educação continuada se refere a atividades com prazos definidos para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional. Assim, tem relação com atividades educacionais que promovem a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou externo a ele. No que tange à EPS, esta se define a partir da aprendizagem no trabalho, para que o aprender e o ensinar sejam agregados à rotina das organizações e do trabalho, fundamentando-se na aprendizagem significativa e transformação das práticas profissionais que acontecem no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2018b).

Nos serviços de saúde, a área de recursos humanos é centralizada em procedimentos de administração da força de trabalho, tendo as respostas às necessidades de desenvolvimento de pessoal como pontuais, focadas em capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas e seguidamente desvinculadas das necessidades de saúde. Mesmo assim, as atividades de educação continuada têm importância para a consolidação do SUS, considerando o vácuo existente entre a formação real desses profissionais e a necessidade do sistema de saúde (PEDUZZI *et al.*, 2009 *apud* PEDROSO, 2005, p.92).

As capacitações do QUALIFAR-SUS são ofertadas a vários trabalhadores como secretários municipais de saúde, farmacêuticos, auxiliares de farmácia e demais trabalhadores envolvidos com a AF no serviço público de saúde. Em relação à abordagem de quais profissionais realizaram os cursos, 82,3% (51) foram farmacêuticos, 16,1% (10) auxiliares de farmácia e 1,6% (1) secretário de saúde. Segundo Peduzzi e colaboradores (2009), a EPS caracterizada pela problematização das práticas de saúde, articulada à educação continuada, que preconiza os fundamentos técnico-científicos das áreas profissionais individuais a fim de promover o desenvolvimento das instituições, deve contar com a participação multiprofissional dos trabalhadores para que sejam atendidas as necessidades de saúde da comunidade.

Alencar e Nascimento (2011) em pesquisa realizada com gestores, trabalhadores e usuários, avaliando a AF em unidades de saúde da família de um município da Bahia, conclui que um aspecto destacado pelos respondentes foi à necessidade de educação permanente dos profissionais para o trabalho em saúde. Para que os trabalhadores estejam integrados a um novo modo de trabalho que retorne na efetivação de resultados planejados, a inserção destes deve ocorrer a partir da perspectiva da educação em saúde de maneira processual, reflexiva e crítica, para que não exista o fazer por fazer, mas sim o fazer para modificar e resolver as necessidades demandadas.

Em relação ao aprimoramento das práticas profissionais no ambiente de trabalho, todos os participantes apontam que a oferta propiciou adquirir conhecimentos, no esclarecimento de dúvidas e melhorias no atendimento e serviço prestado a comunidade. Alguns problemas elencados foram relacionados ao contexto da AF fragmentada/isolada no município. Além disso, foram relatadas sobrecarga de atividades administrativas relacionadas ao medicamento, dificuldades na inserção de práticas clínicas devido à ausência de auxiliares de farmácia e poucos profissionais atuantes na AF, o que dificulta a implementação dos conhecimentos adquiridos nos cursos.

“[...] Não temos muito acesso as unidades de saúde, por isso nem sempre conseguimos praticar o que é visto em cursos.” (M8)

Para uma maior inserção do profissional na ABS é necessário haver mudanças desde a graduação, pois nela está à base de formação dos profissionais. Mudanças essas que permitam ao farmacêutico assumir a AF como atividade que envolve todas as fases de atenção à saúde, colocando o profissional na atenção direta ao usuário de medicamentos.

Apesar dos avanços na formação, muito ainda deve ser feito para que haja uma maior e mais intensa inserção deste profissional na equipe de saúde e setor público. Em alguns casos

ainda se identificam profissionais assumindo ações principalmente administrativas em detrimento de ações de educação em saúde, orientação e promoção do uso racional de medicamentos (BOSSE; OLIVEIRA; BECKER, 2013), centralizando suas ações no medicamento e não no usuário do sistema de saúde, como observado no relato abaixo:

“Há uma dificuldade em colocar em prática os conhecimentos adquiridos, pois ficamos presos às diversas rotinas de atendimento de demandas sobre medicamento, tais como programação, controle de estoque, aquisição, contato com fornecedores, dispensação, gerência dos medicamentos de alto custo do estado, gerência dos medicamentos do componente estratégico (tuberculose, hanseníase, etc), processos judiciais e outras rotinas administrativas.” (M45)

É de extrema importância que o farmacêutico esteja articulado à equipe de saúde na perspectiva de que a AF pertença às ações de saúde da rede de atenção. O profissional deve atuar com a equipe multiprofissional na busca da identificação dos problemas, sua hierarquização, estabelecimento de prioridades, definição das estratégias e ações para intervenção e os obstáculos a serem superados para atingir a dimensão integral da AF (BRASIL, 2014c).

Com o desenvolvimento da ABS, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ação prioritária, passou-se a discutir sobre a necessidade de integração da atividade farmacêutica nas equipes multiprofissionais. O farmacêutico na ESF passou a ser uma possibilidade real, com a criação do NASF, evidenciando a necessidade de um maior preparo e aperfeiçoamento para o serviço. A justificativa para que o profissional seja inserido nas equipes não deve estar restrita ao fato de que nas ações da equipe são utilizados medicamentos. É necessária uma compreensão do seu papel no SUS, nas ações de prevenção de doenças promoção, recuperação e manutenção da saúde, demonstrando capacidade de intervenção ampla pertencendo às equipes de saúde (BRASIL, 2008).

“A educação permanente é fundamental para qualquer profissional, especialmente para mim que sou o único Farmacêutico que trabalha na área de assistência farmacêutica, no sentido de dar apoio a outros profissionais da Rede de Atenção a Saúde.” (M13)

Um aspecto destacado foi de que os cursos propiciaram a possibilidade de trocas entre os trabalhadores de diferentes estados e municípios, permitindo conhecer diferentes realidades no país.

“Os cursos proporcionaram um despertar para as praticas profissionais mais voltadas para o cuidado além das trocas de experiências proporcionadas entre colegas.” (M84)

Para que seja possível modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde e promover mudanças nas condutas de trabalho é necessário favorecer a reflexão compartilhada

e sistemática através de ações educativas. É importante promover a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da procura de soluções compartilhadas, incluindo, o acesso a novos conhecimentos e competências culturais, estritamente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas (BRASIL, 2009c).

4.7 PORTE POPULACIONAL, INDICADORES E AÇÕES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Diferenças na condução da AF são observadas nos municípios de acordo com o porte populacional. Ao avaliar a aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para a ABS em municípios brasileiros, verifica-se que municípios com população superior a 500 mil habitantes, em média, investem menos recursos para disponibilizar mais itens para acesso dos usuários. Municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes tem um gasto médio superior ao mínimo recomendado e quanto maior o porte populacional, maior o número de itens adquiridos (PONTES *et al.* 2017).

Arcari e colaboradores (2020), em estudo realizado com secretários municipais de saúde do RS, observaram significativas diferenças no perfil do gestor e nas características da gestão quando considerado o porte populacional. Em relação à presença do sexo feminino nas administrações, constata-se uma maioria significativa de secretárias nos municípios de pequeno porte, característica que diverge dos municípios de médio e grande porte, onde homens e mulheres dividem o cargo em número semelhante. Quanto à tomada de decisão, municípios menores tendem a considerar como prioridade para atendimento a demanda espontânea, enquanto as opiniões do corpo técnico têm melhores expressões na medida em que o porte dos municípios aumenta. A falta de comprometimento e resistência dos trabalhadores foi apresentada como um problema maior em municípios de médio e grande porte quando comparado aos pequenos.

No ano de 2017, com a publicação da Portaria nº 3364/2017, o MS habilitaria municípios já contemplados ao QUALIFAR-SUS, ao Fortalecimento Institucional Progressivo (FIP), com a finalidade de ofertar recursos adicionais aos entes de acordo com objetivos propostos pelo programa. Para recebimento do recurso adicional, os municípios seriam avaliados pelos objetivos indicados na portaria (BRASIL, 2017g). Na sequência, o MS anulou a publicação e o FIP não teve prosseguimento. Para analisar os municípios participantes da pesquisa, optou-se por selecionar os indicadores e ações propostos pelo MS

na publicação e questionar em quais deles o programa contribuiu para o desenvolvimento. A Tabela 6, a seguir, mostra os indicadores e ações conquistadas por porte populacional.

Tabela 6 - Indicadores e ações da AF desenvolvidos com auxílio do QUALIFAR-SUS por porte populacional

	Porte 1 (N=41)	Porte 2 (N=14)	Porte 3 (N=10)	Porte 4 (N=8)	Porte 5 (N=4)	Porte 6 (N=1)	TOTAL (N=78)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
REMUME ¹ padronizada	15(36,6)	4(28,6)	5 (50)	3 (37,5)	2 (50)	-	29 (37,2)
Ações que contemplem o processo de EPS ²	17 (41,5)	6 (42,8)	4 (40)	3 (37,5)	-	-	30 (38,5)
Fluxo para procedimento de farmacovigilância	1 (2,4)	1 (7,7)	-	1 (12,5)	-	-	3 (3,8)
AF no organograma da SMS ³	17 (41,5)	5 (35,7)	5 (50)	6 (75)	2 (50)	-	35 (44,8)
PMS ⁴ com ações da AF	16 (39)	6 (42,8)	3 (30)	5 (62,5)	3 (75)	-	33 (42,3)
Banco de preços em saúde ⁵	2 (4,9)	2 (14,3)	-	-	1 (25)	-	5 (6,4)
Ações ou produção de material informativo quanto ao URM ⁶	13 (31,7)	4 (28,6)	3 (30)	1 (12,5)	-	-	21 (26,9)
Unidades de dispensação informatizadas e/ou farmácia climatizada ⁷	27 (65,8)	7 (50)	5 (50)	6 (75)	4 (100)	-	49 (62,8)
CFT ⁸ formalizada	6 (14,6)	2 (14,3)	2 (20)	3 (37,5)	1 (25)	-	14 (17,9)
Medicamentos fitoterápicos na lista padronizada	1 (2,4)	3 (21,4)	-	1 (12,5)	1 (25)	-	6 (7,7)
Instrumentos de padronização (POP ⁹ e manuais ¹⁰)	7 (17,1)	7 (50)	2 (20)	1 (12,5)	2 (50)	-	19 (24,3)
Plano de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde	9 (21,9)	3 (21,4)	3 (30)	1 (12,5)	2 (50)	-	18 (23,1)
Desenvolvimento de serviços de cuidado farmacêutico na ABS ¹¹	14 (34,1)	6 (42,8)	5 (50)	3 (37,5)	-	1 (100)	9 (37,2)

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: De acordo com a Portaria nº 3364/2017 (BRASIL, 2017g), os portes populacionais dos municípios são definidos como: **Porte 1:** até 5.000 hab.; **Porte 2:** de 5.001 a 10.000 hab.; **Porte 3:** de 10.001 a 20.000 hab.; **Porte 4:** de 20.001 a 50.000 hab.; **Porte 5:** de 50.001 a 100.000 hab.; **Porte 6:** de 100.001 a 500.000 hab.

Legenda: 1) REMUME: Relação Municipal de Medicamentos; 2) EPS: Educação Permanente em Saúde; 3) Secretaria Municipal de Saúde; 4) PMS: Plano Municipal de Saúde; 5) Banco alimentado com informações sobre os preços praticados nas aquisições; 6) URM: Uso Racional de Medicamentos; 7) Unidades com termohigrômetro e/ou caixas para armazenamento do tipo bins; 8) CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica; 9) Procedimento Operacional Padrão; 10) Manual de boas práticas de estocagem de medicamentos no almoxarifado; 11) Atenção Básica à Saúde.

A partir dos resultados, evidenciou-se que a maioria dos municípios apontam maiores conquistas relacionadas a questões estruturais como: unidades de dispensação informati-

zadas e/ou farmácia climatizada com termo-higrômetro e/ou caixas para armazenamento de medicamento do tipo bins (62,8%) e organizacionais como AF no organograma da SMS (44,8%) e Plano Municipal de Saúde (PMS) contemplando ações da AF (42,3%).

Frequentemente observa-se que a AF não tem o adequado reconhecimento ou a aceitação por outras áreas ou departamentos e regularmente não consta formalmente na estrutura organizacional das secretarias de saúde. Muitas vezes não se insere no PMS nem no orçamento anual dos municípios e suas ações de organização não estão integradas no SUS, não havendo planejamento nas diferentes etapas do ciclo (KLEIN; SCUPIEN, 2017). Os resultados demonstram que a adesão ao QUALIFAR-SUS, pode auxiliar na diminuição das dificuldades visualizadas pelos autores.

Em relação ao porte populacional, identifica-se que os municípios de porte 1, 2, 3, 4 e 5 apresentaram melhores resultados em relação às unidades de dispensação informatizadas e/ou farmácia climatizada e/ou termo-higrômetro e/ou caixas para armazenamento de medicamento do tipo bins. Municípios de porte 1 e 2 relataram a conquista de ações que contemplem o processo de EPS. Municípios de porte populacional 3 e 4 demonstraram conquistas relacionadas à AF no organograma da SMS e municípios de porte populacional 5 identificaram o PMS contendo ações da AF.

Observando o município de porte populacional 6, identifica-se que programa contribuiu apenas para desenvolvimento de serviços de cuidado farmacêutico na ABS. Cabe destacar que esse município, já possuía grande parte dos indicadores abordados, tais como: lista padronizada de medicamentos essenciais, ações que contemplassem o processo de EPS, AF no organograma da SMS, plano municipal de saúde com ações da AF, ações ou produção de material informativo para profissionais ou usuários quanto ao uso racional de medicamentos, unidades de dispensação com computador e/ou ponto de internet e/ou farmácia climatizada e/ou termo-higrômetro e/ou caixas para armazenamento de medicamento do tipo bins para armazenamento e instrumentos de padronização.

Considerando que o QUALIFAR-SUS contempla majoritariamente municípios de porte populacional pequeno, a amostra deste estudo abrangia poucos municípios de médio e grande porte, não sendo possível inferir através da pesquisa que os municípios de maior porte populacional apresentavam melhores condições de infraestrutura. Ao analisar a infraestrutura da AF no SUS no estado de Minas Gerais, Barbosa e colaboradores (2017), relatam a expectativa de que os municípios de porte populacional maior apresentassem melhores condições de infraestrutura, situação não constatada durante o estudo. Os autores indicam que os resultados

podem ser relacionados em grande parte ao programa QUALIFAR-SUS que até o ano da publicação do artigo, contemplava municípios com até 100.000 habitantes.

Analisando como eram esses indicadores e ações antes da adesão ao programa, observa-se de acordo com a Tabela 7, que os itens mais indicados pelos municípios antes da adesão ao programa eram: Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) padronizada (n=45); unidades de dispensação informatizadas e/ou farmácia climatizada e/ou termo-higrômetro e/ou bins para armazenamento (n=40); plano de gerenciamento de resíduos sólidos (n=38) e PMS com ações da AF (n=33). Destaca-se o baixo número de municípios que realizavam serviços de cuidado farmacêutico na ABS (n=8) e ações que contemplassem o processo de EPS (n=6). Estas duas últimas ações mostraram significativa melhoria após a implantação no QUALIFAR-SUS, de acordo com o teste estatístico de McNemar.

Tabela 7 - Indicadores e ações antes e após a habilitação ao QUALIFAR-SUS

Indicadores e ações da AF	Possuía/ realizava antes da habilitação	Conquistou/ realizou após habilitação	Teste estatístico (McNemar)
	N (%)*	N (%)*	
REMUME ¹ padronizada	45 (17,2)	29 (10)	0,03751
Ações que contemplem o processo de EPS ²	6 (2,3)	30 (10,3)	0,00003
Fluxo para procedimento de farmacovigilância	1 (0,4)	3 (1)	0,61707
AF no organograma da SMS ³	22 (8,5)	35 (12)	0,04852
PMS ⁴ com ações da AF	33 (12,6)	33 (11,3)	0,86763
Banco de preços em saúde ⁵	5 (1,9)	5 (1,8)	0,75183
Ações ou produção de material informativo quanto ao URM ⁶	15 (5,8)	21 (7,2)	0,34470
Unidades de dispensação informatizadas e/ou farmácia climatizada ⁷	40 (15,3)	49 (16,8)	0,21155
CFT ⁸ formalizada	9 (3,4)	14 (4,8)	0,38273
Medicamentos fitoterápicos na lista padronizada	11 (4,2)	6 (2,1)	0,30169
Instrumentos de padronização (POP ⁹ e manuais ¹⁰)	28 (10,7)	19 (6,5)	0,18844
Plano de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde	38 (14,6)	18 (6,2)	0,00255
Desenvolvimento de serviços de cuidado farmacêutico na ABS ¹¹	8 (3,1)	29 (10)	0,00049

Fonte: Elaborado pela autora

%; frequência relativa

Legenda: 1) REMUME: Relação Municipal de Medicamentos; 2) EPS: Educação Permanente em Saúde; 3) Secretaria Municipal de Saúde; 4) PMS: Plano Municipal de Saúde; 5) Banco alimentado com informações sobre

os preços praticados nas aquisições; 6) URM: Uso Racional de Medicamentos; 7) Unidades com termohigrômetro e/ou caixas para armazenamento do tipo bins; 8) CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica; 9) Procedimento Operacional Padrão; 10) Manual de boas práticas de estocagem de medicamentos no almoxarifado; 11) Atenção Básica à Saúde.

A dispensação de medicamentos nas unidades de saúde, em muitos casos ainda segue moldes funcionalistas, estruturados nos modelos *Tayloristas* e *Fayolistas*², sem disponibilidade de tempo para incorporação de novas práticas, considerando como único fim a entrega do medicamento. O modelo de estruturação da AF deve ser construído no acolhimento e diálogo, oportunizando um espaço para construção de ações de escuta e respeito às singularidades do outro, reflexões sobre as dificuldades do serviço, dos usuários e trabalhadores (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011). As conquistas destacadas pelos municípios podem contribuir para reorganização desse modelo instituído.

4.8 ANÁLISE DOCUMENTAL

Este subcapítulo apresenta a segunda etapa da pesquisa que consistiu na realização de uma análise documental. Para apresentação e discussão dos resultados, dividiu-se em: análise das publicações municipais e análise das legislações federais de repasse do recurso.

4.8.1 Análise documental das publicações municipais

Nos documentos encontrados, onze municípios descrevem como será realizada a utilização do recurso, destacando-se a contratação e gratificação de servidores da AF; adequação da estrutura física das farmácias; aperfeiçoamento dos profissionais da AF através de capacitações e confecção de materiais informativos para educação em saúde. Através destes documentos foi possível analisá-los segundo quatro categorias: 1) Plano de aplicação dos recursos; 2) Monitoramento e avaliação da política; 3) Qualificação dos recursos humanos através de incentivos financeiros e 4) Compromisso da Secretaria Municipal de Saúde em assegurar a educação permanente.

4.8.1.1 Plano de aplicação dos recursos

Alguns municípios realizam o plano de aplicação de recursos do QUALIFAR-SUS, mas nem todos os documentos são públicos ou passam por aprovação do CMS. Entre os pro-

² De acordo com Cunha e Campos (2010, p. 40): “na lógica da organização taylorista-fayolista o poder gerencial está atrelado ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividem por corporações e não por coordenações de equipes interdisciplinares”.

jetos de lei ou decretos que mencionavam o programa em municípios do RS, apenas 16 continham um plano de aplicação de recursos ou justificativa para utilização da verba de acordo com as diretrizes. Alguns decretos se referiam à transferência de recursos entre rubricas orçamentárias da prefeitura, estando em não conformidade com os objetivos do programa (dois realizaram transferência do recurso para compra de medicamentos, um para contratação de recursos humanos para assistência médica/odontológica e um município que realizou a transferência para a secretaria municipal da educação – transporte escolar e manutenção da educação infantil). Estes dados demonstram a fragilidade com que o assunto é tratado por alguns gestores.

Com a descentralização das ações de saúde, os gestores municipais assumiram papéis essenciais na consolidação do SUS, sendo importantes atores na condução das ações. A carência de suporte legal que oriente suas práticas e estabeleça limites de poder entre os entes do executivo, resultam em dificuldades enfrentadas por essa esfera de gestão. Tem-se na legislação sobre financiamento da saúde no âmbito do SUS uma importante ferramenta para a adequada padronização das práticas administrativas, de forma que todos os secretários de saúde tenham autonomia sobre os recursos destinados ao setor e o entendimento de como utilizá-los da forma correta (VILLANI; BEZERRA, 2013).

O orçamento é uma das ferramentas de administração de finanças do governo, sendo através dele que o poder legislativo permite ao poder executivo a execução de alguma despesa pública com o intuito de cobrir as despesas ao Estado ou seguir a política econômica do país. Entretanto, esse instrumento de planejamento deve ser usado pelo gestor moderadamente e com conhecimento a fim de promover a saúde da população utilizando de forma adequada os recursos disponíveis. É importante que o secretário de saúde esteja sustentado pelo conhecimento técnico em saúde pública e de planejamento estratégico para que execute uma boa governabilidade, devendo se manter permanentemente atualizado acerca das questões técnicas de maior relevância (MELLO, 2021).

Estudos de avaliação da AF em diferentes unidades de saúde da ABS no país demonstram que a sua realidade é bem diferente do que está estabelecido na legislação ou em documentos orientadores do MS. Entre as principais causas dos problemas enfrentados estão à falta de comprometimento ou intervenção dos gestores nessa área, carência de recursos financeiros, falta de planejamento; aquisições equivocadas e armazenamento em condições inadequadas. Considerando as numerosas demandas e diferentes realidades, a estruturação da AF ainda parece não ser prioridade na disputa pelos recursos dos orçamentos de saúde, sua impor-

tância parece não estar tão explicitada para a maioria dos gestores, visto as condições constatadas pelas condições físicas e de recursos humanos nas farmácias das unidades de saúde. Dessa forma, os desafios para a organização e implementação de uma AF que seja efetiva, passam pela conscientização dos gestores da importância de sua estruturação, através de investimentos em estrutura física, organização dos processos e EPS dos trabalhadores envolvidos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

4.8.1.2 Monitoramento e avaliação da política

Na definição das prioridades sociais e de como será realizada a alocação de recursos do orçamento público, pode ser realizada através do conhecimento das potencialidades dos indicadores sociais, sendo um dado de grande valia para os gestores e instituições envolvidas. Os indicadores, se bem empregados, enriquecem a interpretação empírica da realidade social, orientando a análise, formulação e implementação de políticas sociais. Podem ser utilizados também na negociação das prioridades sociais, contribuindo no dimensionamento das carências a serem atendidas nas diversas áreas de intervenção (JANUZZI, 2002). Almeida e Tanaka (2016) ao discutirem a importância da avaliação em saúde refletiram sobre a importância de contemplar os resultados alcançados pelos programas e políticas de saúde, tendo a finalidade de melhorar o desempenho do sistema e a transparência dos recursos públicos que é uma prioridade, considerando também a questão da crise financeira no setor.

Identifica-se a avaliação periódica da AF através do trecho:

“A política será avaliada periodicamente a cada 1 ano, utilizando-se dos seguintes instrumentos e indicadores: a) Pesquisas de opinião e satisfação com os usuários do sistema público de saúde; b) Dados estatísticos, controles e relatórios de prestação de atendimento e serviços; c) Reuniões com gestores, funcionários e população; d) Outros sistemas de avaliação utilizados em nível estadual e federal, adequados ao município e ao propósito desta lei.”

[...] o programa será pautado pelas seguintes diretrizes:

[...] possuir parâmetros e indicadores definidos pela Gestão Municipal, considerando as diferentes realidades da saúde; Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo permanentemente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade.” (M58)

De acordo com Madeira (2014), considerando que a promoção de políticas públicas que atendam aos anseios da sociedade é de responsabilidade do Estado, é fundamental que exista planejamento e contínua interação entre os governos e a sociedades, a fim de que as funções estatais sejam exercidas com legitimidade e que sejam pactuados objetivos e metas que orientem a implementação de políticas públicas.

4.8.1.3 Qualificação dos recursos humanos através de incentivos financeiros

Como forma de qualificar a gestão do cuidado, identifica-se a designação do recurso para gratificação de profissionais que atuam na AF mediante o cumprimento de critérios e metas. Este incentivo é denominado pelos municípios de Incentivo de Melhoria da Qualificação da Assistência Farmacêutica.

Os trechos abaixo destacam que o recebimento deve ser realizado mediante o cumprimento de indicadores e metas pelos trabalhadores:

“[...] os profissionais que atuam na área da Assistência Farmacêutica farão jus ao incentivo do QUALIFAR-SUS mediante avaliação, acompanhamento e cumprimento dos indicadores e das metas estabelecidas para a melhoria da qualidade dos serviços da Assistência Farmacêutica Básica Municipal” (M42, M95)

“[...] os profissionais para receber o incentivo financeiro do QUALIFAR-SUS deverão cumprir integralmente os seguintes requisitos:

I - Cumprir com a respectiva carga horária a que estiverem lotados junto à SMS;

II - Prestar assistência integral aos cidadãos que estiverem sob sua responsabilidade;

III - Valorizar a relação atendente paciente e atendente família como parte de um processo terapêutico e de confiança;

IV - Oportunizar os contatos com cidadãos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária;

V - Executar ações básicas de vigilância sanitária em sua área de abrangência;

VI - Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável” (M78)

Alguns municípios atrelam o recebimento de incentivos ao cumprimento do eixo informação do programa (manutenção e envio obrigatório de dados relacionados à AF), conforme destaque abaixo:

“[...] desde que realize o serviço de conectividade para utilização do Sistema HÓRUS e outros sistemas desenvolvendo, assim, as ações de assistência farmacêutica na atenção básica, fornecendo, inclusive todos os dados exigidos para tal sistema” (M42)

Atribui-se o recebimento da gratificação pelos profissionais ao cumprimento dos eixos cuidado e educação do programa, com enfoque para as questões de promoção da saúde e uso racional de medicamentos, citando a importância da implementação das práticas integrativas e complementares e educação em saúde dos usuários:

“I - Estruturar no Setor de Farmácia, Práticas Integrativas e Complementares em conjunto com a Secretaria da Saúde, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, conforme diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;

II - Realizar a capacitação e treinamento das equipes auxiliares, coordenado pelas farmacêuticas;

III - Implementar ações de fármaco vigilância de forma integrada, com o envolvimento de todos os profissionais de saúde;

IV - Criar fóruns de discussão de participação da população e programas de educação aos usuários, com enfoque para: a. Condições sanitárias: higiene, hábitos alimentares e outros hábitos saudáveis e sua relação com a qualidade de vida; b. Importância da assistência farmacêutica e; c. Uso correto de medicamentos.” (M58)

Em relação à gestão do trabalho em saúde, o cenário nacional do sistema de saúde brasileiro assinala uma série de desafios. Baixa remuneração, ausência de motivação dos profissionais, precariedade dos vínculos trabalhistas e dificuldades na implementação de estratégias para rotatividade dos trabalhadores, são alguns dos nós críticos que vem sendo debatidos há anos (VIEIRA *et al*, 2017).

Nesse sentido, para além da perspectiva de direitos, considera-se um plano de carreiras como uma potente ferramenta de gestão, principalmente quando agregado a outros subsídios, tais como a gratificação, a avaliação de desempenho e a progressão por qualificação. Identifica-se ainda uma frágil incorporação dos planos de cargos, carreiras e salários em municípios brasileiros e em relação à avaliação de desempenho, percebendo-se maior incorporação desta em municípios de porte grande (população maior que 500 mil habitantes). Municípios pequenos possivelmente possuem maiores dificuldades na implantação de planos de carreira (SEIDL, 2014).

Um dos principais desafios é relacionado ao aperfeiçoamento das práticas de gestão do trabalho nos serviços de saúde. Tem-se na avaliação de desempenho, um dos focos de atenção do processo de gestão, com o objetivo de identificar o nível de capacitação/qualificação profissional, bem como o potencial dos trabalhadores relacionados aos objetivos da organização (VIEIRA *et al*, 2017).

4.8.1.4 Compromisso da Secretaria Municipal de Saúde em assegurar a educação permanente

Considerando a função do programa em promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, como já relatado anteriormente, parte do recurso recebido pode ser utilizado para essa finalidade. Alguns profissionais identificam necessidade de participação em cursos e dificuldades para obtenção

de liberação do gestor. Destaca-se no parágrafo abaixo, o compromisso da SMS em garantir o desenvolvimento destes profissionais.

“A Secretaria Municipal de Saúde deverá garantir o contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades de forma que se possa dispor de recursos humanos em qualidade, quantidade e gratificado para provimento adequado e oportuno” (M58)

Em conformidade com a PNM, PNAF e Política Nacional de Educação Permanente, atualmente incorporadas à Portaria de Consolidação nº 2/2017 (BRASIL, 2017c), menciona-se a adoção de diretrizes para a consolidação do programa como:

“[...] promoção do uso racional de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores, a orientação dos serviços em função das necessidades, criando ações multidisciplinares para desenvolvimento de soluções em busca da melhoria da saúde da população [...] e da satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS” (M58)

A EPS é um valioso instrumento no aperfeiçoamento do processo de trabalho sendo também uma das formas mais proveitosas de qualificação dos trabalhadores do SUS, contribuindo para a valorização e a satisfação dos trabalhadores. Entre seus propósitos, encontra-se a superação do aprendizado para o trabalho e da lógica pontual das capacitações, aperfeiçoamentos e atualizações (SILVA *et al.*, 2017).

Estudo de Silva e colaboradores (2017) identificaram a percepção de gestores sobre a EPS, onde as ações educativas preconizadas e desenvolvidas se distanciam dos preceitos que regem a política. Considerando que a percepção de EPS vincula as ações educativas às necessidades dos educandos, para que estas necessidades sejam identificadas, é necessário realizar um diagnóstico de ações educativas dos servidores e usuários, quais são os problemas do cotidiano de trabalho, a intersecção com a academia, introdução de novas técnicas, tecnologias, metodologias de trabalho e especialmente a ressignificação e reestruturação do processo de trabalho. É importante também considerar a inserção de temas pontuais, como as capacitações, pois podem ser relevantes no fazer diário.

Os gestores demonstram dificuldades em compreender a EPS como um instrumento de gestão e dispositivo nas práticas de saúde, um importante meio para proporcionar a organização de espaços coletivos e participativos para o planejamento das ações de saúde. A falta de uma visão profissional ampliada, envolvendo a equipe, ressaltando a importância da interdisciplinaridade no trabalho em equipe é destacado por alguns gestores como fator crítico em seus municípios. Neste contexto, a EPS se destaca como um elemento importante para a cons-

trução de processos em conjunto com os trabalhadores, incluindo a questão da comunicação, primordial nos processos de negociação permanente para a efetivação desta política (MISHIMA *et al.*, 2015).

4.8.2 Análise documental das legislações federais de repasse do recurso de custeio

Considerando que o recurso de custeio do programa é repassado trimestralmente do FNS aos FMS em parcelas de R\$ 6.000,00 condicionado ao envio dos dados à BNAFAR, realizou-se uma busca das portarias de repasse do programa nos anos de 2013 a 2020, para verificar se os municípios habilitados estão recebendo, de acordo com o envio de dados obrigatórios. Quando o ente deixa de encaminhar os dados, este recurso é interrompido e volta a ser regularizado quando normalizado o envio.

Analisando as portarias, identificou-se que desde a implantação do programa, muitos municípios do estado deixaram de receber o recurso pela não transmissão de dados. No ano de 2020, 72 novos municípios foram habilitados, o que impactou consideravelmente no valor repassado. Apesar do aumento, neste ano, a maioria dos municípios não recebeu o recurso em nenhum trimestre devido à ausência ou falha de encaminhamento dos dados informatizados nos ciclos de monitoramento. Com isto, o estado perdeu aproximadamente 55% do total de recursos que poderiam ser destinados aos municípios do RS para investimento na AF em 2020.

A Tabela 8 mostra o aumento no número de municípios habilitados ao QUALIFAR-SUS a partir do ano de 2018. Com essa elevação, observa-se também um acréscimo na porcentagem de municípios que não receberam nenhum repasse de custeio (33% e 31, 2% em 2019 e 2020, respectivamente) e uma diminuição no número de municípios que receberam os quatro repasses anuais (26,8% e 20,3% em 2019 e 2020, respectivamente).

Tabela 8 - Porcentagem de municípios que receberam repasses de custeio nos anos de 2013 a 2020

Ano	Total de municípios habilitados N	Nenhum repasse N(%)	1 repasses N(%)	2 repasses N(%)	3 repasses N(%)	4 repasses N(%)
2019	194	64 (33)	14 (7,2)	25 (12,9)	39 (20,1)	52 (26,8)
2018*	121	4 (7,3)	1 (1,8)	21 (38,2)	9 (16,3)	20 (36,4)
2017	55	11 (20)	3 (5,5)	10 (18,2)	8 (14,5)	23 (41,8)
2016	55	6 (11)	2 (3,6)	2 (3,6)	8 (14,5)	37 (67,3)
2015	55	3 (5,4)	10 (18,2)	16 (29,1)	15 (27,3)	11 (20)
2014	21	2 (9,5)	-	-	12 (57,2)	7 (33,3)
2013	9	-	3 (33,4)	-	-	6 (66,6)

Fonte: Elaborado pela autora com base nas portarias federais de repasse do recurso de custeio

Nota: Em 2018 não houve repasse do recurso de custeio para os novos municípios habilitados no ano (estava desenvolvendo um novo *webservice* para envio de dados obrigatórios para as novas habilitações). O repasse foi calculado sobre o número de municípios habilitados em 2017.

Em relação aos valores totais encaminhados desde o início da implantação do QUALIFAR-SUS, apenas 55% do valor total do recurso de custeio foi destinado aos municípios do estado, devido ao não cumprimento pelos entes, da obrigatoriedade do envio de informações exigidas pelo MS. Apesar do aumento no número de municípios habilitados e consequentemente no valor do recurso recebido pelo estado no ano de 2019, houve um aumento na perda de recursos, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 9 - Recurso recebido x recurso perdido pelo RS nos anos de 2013 a 2020

Ano	Recurso recebido (R\$)	Recurso perdido (R\$)
2020	R\$2.916.000,00	R\$3.468.000,00
2019	R\$2.334.000,00	R\$2.322.000,00
2018	R\$900.000,00	R\$420.000,00
2017	R\$834.000,00	R\$486.000,00
2016	R\$1.068.000,00	R\$252.000,00
2015	R\$786.000,00	R\$534.000,00
2014	R\$384.000,00	R\$120.000,00
2013	R\$162.000,00	R\$54.000,00
Total	R\$9.384.000,00	R\$ 7.656.000,00

Fonte: Elaborado pela autora com base nas portarias federais de repasse do recurso de custeio

A tabela acima retrata o total de recurso perdido pelos municípios do estado do RS, referente ao programa QUALIFAR-SUS no decorrer das habilitações de 2013 a 2020. Apesar do incremento no recebimento do recurso, principalmente a partir de 2019, através do incremento de municípios habilitados, uma grande parcela de municípios deixou de receber seus repasses pelo não cumprimento de requisitos obrigatórios.

O aumento no número de municípios habilitados ao QUALIFAR-SUS realiza-se em consonância com a atualização da Portaria nº 957/2016 (atualmente materializada na Portaria de Consolidação nº 1/2017) (BRASIL, 2017b), que estabeleceu o conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e do Programa Farmácia Popular do Brasil para composição da BNAFAR, tornando obrigatória a transmissão de dados pelos entes federados, estabelecendo prazos para adequação dos envios de dados e sistemas utilizados e incentivando prioritariamente, os municípios habilitados ao programa na efetivação do cumprimento da portaria. Mesmo com o incentivo financeiro, constatam-se resistências e dificuldades no cumprimento da portaria supracitada.

O inciso IV do artigo nº 15 da Lei Federal nº 8080/1990 estabelece como objetivos e atribuições do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, a organização e coordenação do sistema de informação de saúde (BRASIL, 1990).

Análise de Vidor, Fisher e Bordin (2011), constataram que há duas realidades nos municípios gaúchos relacionadas aos sistemas de informação: entes que compreendem a alimentação dos sistemas apenas como mais uma tarefa a ser cumprida por ordem do nível central e municípios que entendem o potencial desses sistemas, mas apresentam dificuldades em sua utilização.

Mesmo considerando os esforços que vêm sendo realizados nos últimos anos para otimizar a utilização dos sistemas de informação, a situação permanece distante do ideal. Apesar do acúmulo de dados disponíveis no país, enfrentamos um baixo percentual de utilização para apoio à decisão, além disso, é necessário superar a fragmentação das ações existentes envolvendo inúmeros sistemas de informação em funcionamento no SUS. A integração e melhor articulação entre os sistemas são condições fundamentais para a melhoria da qualidade da gestão no SUS (CONASS, 2003; MORAES, 1994).

A falta de informações a nível estadual e federal emerge como um dos problemas da AF. Cada município e estado possuem sistemas próprios de dispensação e controle dos medicamentos. A BNAFAR foi criada em 2013 com o intuito de agregar essas informações. Entes

federados que utilizam sistemas criados pela equipe de tecnologia de informação da secretaria ou por empresa contratada, podem encaminhar os dados obrigatórios (entradas, saídas, posição de estoque e dispensação dos medicamentos do componente básico da AF) à base nacional, através de uma ferramenta *webservice*. Apesar da obrigatoriedade da transmissão de dados pelos entes estabelecida em portaria, verifica-se uma baixa adesão de envio de informações e problemas no envio de dados (informações incompletas, problemas de conectividade e interoperabilidade entre os sistemas).

Ao oportunizar o acesso ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (MS), o gestor federal intencionou para o desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica que permitisse a interoperabilidade entre os sistemas municipais e estaduais, considerando suas particularidades. Assim, municípios e estados que não aderissem ao Hórus, sistema ofertado de forma gratuita, poderiam transmitir um conjunto de dados obrigatórios sobre os Componentes da AF (COSTA; NASCIMENTO, 2012).

A implantação do sistema Hórus acarretou em busca de parcerias, sensibilização da população local, aquisição de equipamentos, melhorias nas estruturas físicas, contratação e treinamento de recursos humanos, melhorias nos fluxos da comunicação entre diferentes pontos de atenção e apoio na rede municipal, aproximação da equipe de saúde e usuários, transparência nas atividades realizadas e racionalização do tempo de trabalho. Também propiciou melhoria de acesso às informações e valorização das atividades assistenciais, vigilância dos medicamentos nos pontos de atenção da rede de saúde e vigilância da utilização pelos usuários (COSTA; NASCIMENTO, 2012). Apesar da oferta deste sistema, os municípios apontam diversos problemas de acesso e lentidão no sistema que dificultam seu manuseio.

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde aponta que a informação e informática devem ser tratadas como macrofunção estratégica de gestão do SUS. De acordo com a política, o planejamento, a definição e implantação dos sistemas de informação em saúde devem ser realizadas de forma participativa contemplando as necessidades de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores das três esferas de governo, enfrentando o desafio da integração e articulação das informações em saúde (BRASIL, 2016a).

Reforça-se a importância das CRS por sua posição estratégica dentro da organização da gestão da saúde no estado, merecendo atenção especial como interlocutoras entre o nível central e os municípios. Seria adequado realizar avaliações permanentes dos meios existentes de apoio e qualificação a estas, objetivando seu fortalecimento para que possam contribuir

com o aprimoramento de seu papel como apoiadoras técnicas, auxiliando na organização administrativa dos municípios (VIDOR, 2004).

A suspensão de repasse pelo não envio de dados obrigatórios à BNAFAR, poderia ser minimizada com a sensibilização e compreensão dos profissionais envolvidos sobre a importância do recurso, monitoramento e efetiva aplicação de acordo com as necessidades e pactuações nos respectivos instrumentos de gestão do SUS e conselhos municipais de saúde, contando com o apoio das regionais de saúde na sensibilização de seus municípios e monitoramento.

5 PRODUTOS

Considerando que o mestrado profissional é uma pós-graduação na modalidade profissional, onde o requisito é a elaboração de um produto técnico, desenvolveu-se um *site*: www.assistenciafarmaceutica.com.br/qualifarsus, para agregar os produtos desenvolvidos nesta pesquisa. Conforme Paixão e Filho (2014), o produto tecnológico deve permitir interação com a realidade de trabalho do discente, consolidando o conhecimento com a prática e contribuindo para a melhoria do conhecimento científico através das novas descobertas.

5.1 SITE PARA DIVULGAÇÃO DE PRODUTOS

A internet tornou-se um veículo imprescindível na disseminação de informações, visto que a utilização de computadores se encontra difundida em todas as áreas da atividade humana e na área da saúde, principalmente no âmbito educacional, vem se evidenciando pela intensa adesão às tecnologias computacionais. Além disso, pode ser considerada uma importante fonte de informação em saúde para os consumidores. Sabendo que os trabalhadores necessitam de atualização contínua por meio da educação permanente, pode-se considerar a informática como uma ferramenta indispensável para favorecer a aprendizagem em qualquer lugar, no trabalho ou fora dele (ALVES *et al.*, 2005).

A página foi organizada com a intenção de reunir e difundir informações contidas nos materiais desenvolvidos ao longo desta pesquisa, como vídeos, mapas e manual do *software* produzido para monitoramento do QUALIFAR-SUS. O material será compartilhado para que possa ser visualizado entre os trabalhadores envolvidos com o programa nas SMS e CRS, incluindo as áreas de AF, planejamento, financeiro, compras e secretários municipais de saúde. O *site* é responsivo, ou seja, pode ser visualizado em qualquer dispositivo, *tablet*, celular ou computador, oferecendo maior flexibilidade para o público-alvo, não havendo prejuízo na visualização do conteúdo.

De acordo com Fogg e colaboradores (2002), alguns indicadores podem avaliar a qualidade da informação na *web*, indicando também que um *site* terá boa aceitação se contiver o endereço de email que permita um contato entre o usuário e o gestor da página para resolução de dúvidas. Para Mostafa e Terra (1998), a maioria dos critérios se sujeita a um consenso sobre as questões relacionadas com o processo de comunicação científica, ou seja, reconhecem a relevância, objetividade, atualização, cobertura do *site* e interatividade da página.

Três critérios podem ser utilizados para avaliar a qualidade de um *site*, sendo relacionados a conteúdo (critérios de abrangência, acurácia e inteligibilidade); técnico (critérios relacionados à credibilidade das informações além de suporte técnico eficiente e adequado e interatividade com seus usuários) e por último *design* (critérios que indicam a facilidade de uso, de navegação e acessibilidade de acordo com as necessidades e expectativas dos usuários, um *site* de qualidade será aquele que poderá ser acessado independentemente de equipamentos, programas e formatos específicos) (MENDONÇA; NETO, 2015).

A Figura 6 mostra a tela inicial do *site*, com os respectivos menus em que foi organizada a disponibilização dos materiais.

Figura 6 - Página inicial do *site*



Fonte: www.assistenciafarmaceuticars.com.br/qualifarsus

O menu início apresenta o programa QUALIFAR-SUS, seus eixos e diretrizes e o menu objetivos compartilha os objetivos da pesquisa e a intenção da criação do *site* de compartilhamento de materiais do programa. Nas abas: vídeos, municípios e *software* são compartilhados os produtos desenvolvidos.

A aba publicações foi criada com o intuito de compartilhar materiais contendo legislações, artigos e relatos de experiências publicadas em eventos e revistas científicas, portanto, nesse item são encontrados diversos materiais relativos ao programa. Os resultados dessa pesquisa também serão divulgados neste menu, após a publicação. O *site* também possui um fórum (figura 6) com caráter educativo e informativo, para esclarecimento de dúvidas e troca de experiências entre os trabalhadores.

Figura 7 - Fórum do *site*

Fonte: www.assistenciafarmaceuticars.com.br/forum

5.1.1 Vídeos

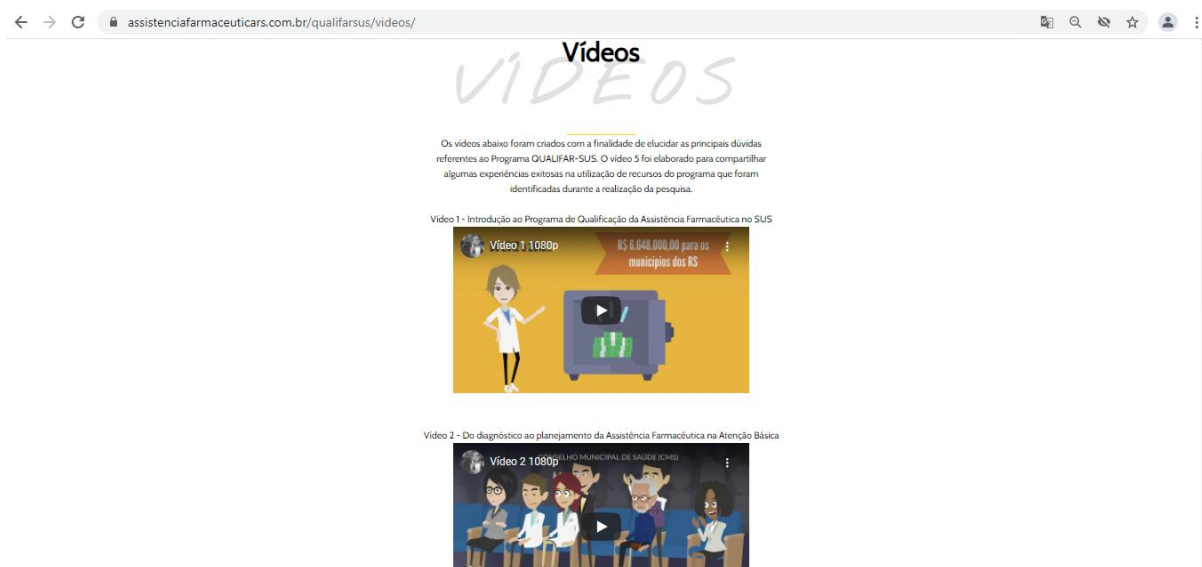
A partir dos resultados obtidos na pesquisa e observação de algumas dúvidas relativas ao programa, optou-se por realizar quatro vídeos animados, contendo as principais perguntas e dificuldades encontradas. As temáticas abordadas foram:

- 1) Introdução ao programa com a portaria que o institui, seus principais objetivos por eixos temáticos e tipos de recursos que podem ser recebidos, consultas às portarias de habilitação, critérios de seleção e como os gestores municipais podem se habilitar ao programa;
- 2) Diagnóstico, planejamento e monitoramento da utilização do recurso, importância da AF constar nos instrumentos de planejamento (plano municipal de saúde, programação anual de saúde, relatório detalhado do quadrimestre anterior, relatório anual de gestão) e nos instrumentos orçamentários (plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual) de forma integrada às demais ações em saúde;
- 3) Acompanhamento e utilização de recursos do QUALIFAR-SUS, consulta de repasses dos recursos no *site* do Fundo Nacional de Saúde e como podem ser utilizados os recursos de investimento e custeio de acordo com as legislações;
- 4) Base Nacional da Assistência Farmacêutica (BNAFAR), recurso de custeio, critérios que o MS considera para avaliação dos dados, periodicidade da avaliação e dados que devem ser encaminhados.

Considerando que um dos objetivos específicos da pesquisa era o de conhecer experiências exitosas do programa no estado do RS, identificaram-se alguns relatos que demonstra-

ram a melhoria do atendimento aos usuários a partir da habilitação ao programa e alocação adequada do recurso. Dessa forma, realizou-se um quinto vídeo, com o objetivo de apresentar cinco experiências exitosas, através de fotos e relatos dos profissionais trabalhadores, de municípios gaúchos de diferentes macrorregiões. Os vídeos foram realizados através da plataforma *Vyond* e são apresentados no menu vídeos, conforme demonstra a Figura 8.

Figura 8 - Menu vídeos



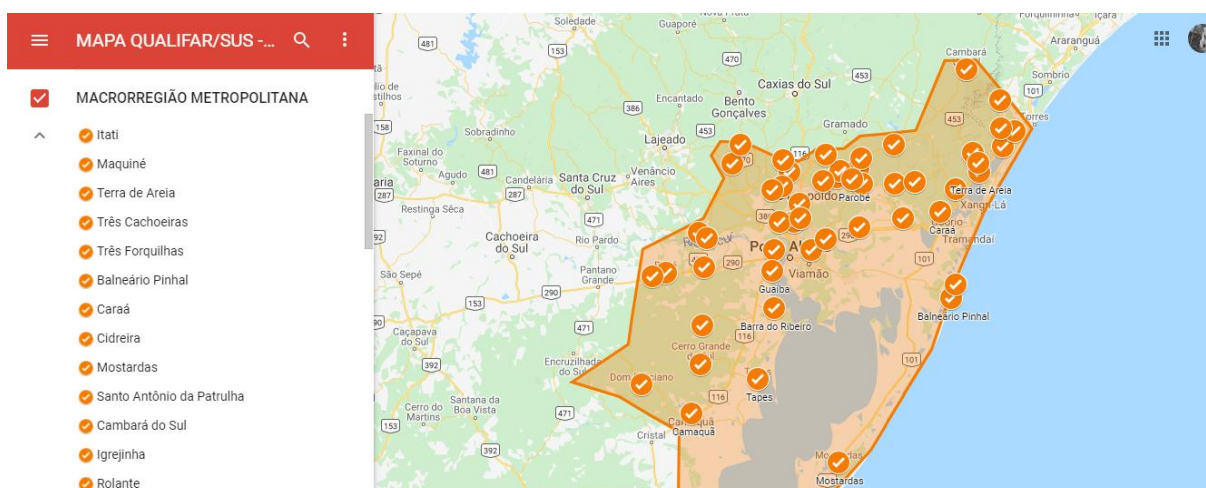
Fonte: www.assistenciafarmaceuticars.com.br/qualifarsus/videos

5.1.2 Georreferenciamento

Ao convidar os municípios habilitados ao QUALIFAR-SUS para participar da pesquisa, observou-se que alguns profissionais identificavam a necessidade de recebimento do recurso, mas desconheciam que o município já estava incluído no programa e havia recebido recurso de investimento para qualificação da AF. Quando o recurso não é aplicado ou não há um plano de aplicação de recursos, nem aprovação do CMS e quando há rotatividade de profissionais na SMS, essa informação se perde. As portarias de habilitação são publicadas no Diário Oficial da União e no *site* do MS há um compilado de todas as legislações por ano, onde os municípios habilitados estão identificados.

No menu municípios, compartilhou-se um link que contém um mapa como forma de melhorar a visualização e divulgação dos municípios habilitados. Para isso, realizou-se um georreferenciamento na plataforma *Google Maps*® por macrorregião de saúde. Ao clicar no município, encontra-se disponível o ano e portaria que o habilitou. A figura abaixo apresenta o mapa.

Figura 9 - Mapa municípios habilitados por macrorregião de saúde do RS



Fonte: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1pEZEExy8Rm_UthNDQoF29vcSI98s4pkXI&ll=-29.99604563061303%2C-51.10251527033317&z=8

5.1.3 Software e manual do usuário

Considerando a necessidade de aprimorar o monitoramento e planejamento da utilização do recurso do QUALIFAR-SUS pelo gestor estadual, foi elaborado um *software* com objetivo de garantir a transparência na execução dos recursos executada, ação que era objetivo desta pesquisa. O *software* auxiliará como um canal de diálogo, através de informes de cursos do eixo educação, perguntas e respostas sobre a utilização do recurso e materiais referentes aos demais eixos do programa. No menu *software* encontra-se disponível o link para acesso, onde é disponibilizado um manual técnico do usuário.

Um manual técnico possui ao menos duas linguagens: a verbal e a visual. Também se encontram nos manuais, ao menos, duas linguagens verbais: a linguagem geral (empregada pelo público sem conhecimento prévio sobre o produto) e uma linguagem de especialidade (empregada pelas pessoas que desenvolveram o produto/tecnologia). Para êxito na função de transferência de informação e conhecimento entre os produtores da tecnologia e os leitores do manual, este deve apresentar pelo menos três estruturas: textual, visual e de acesso à informação (esta proporciona ao leitor que encontre no texto um dado ou uma informação que possibilite a compreensão, como por exemplo, um glossário) (GALVÃO, 2005).

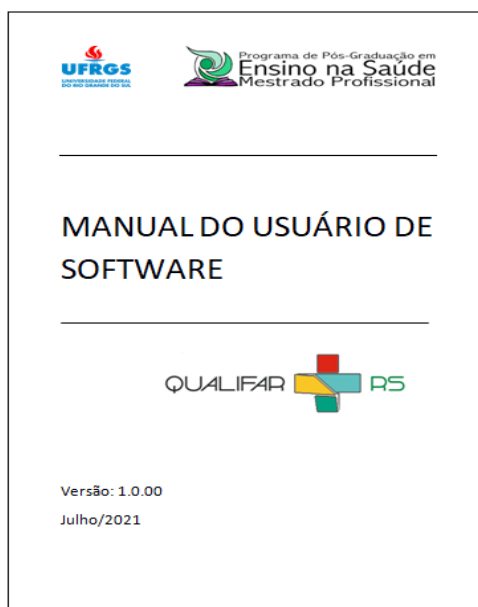
O manual de *software* é um dos recursos necessários para que o usuário obtenha informação do produto. Para que o utilizador do sistema consiga interpretar e entender as informações ali contidas é necessária uma estrutura de transferência bem definida, a fim de que consiga ter acesso à informação e ao *software* de forma efetiva. Considerando o valor que a

informação possui, o manual pode se tornar um grande aliado, com grande poder de convencimento (CASSIOLA, 2006).

Ainda de acordo com Cassiola (2006), para compreensão da informação, é importante que seja apresentada de forma lógica e ordenada para que faça sentido ao usuário do sistema. A utilização da informação e dos sistemas de informação geralmente está ligada ao perfil do usuário que é observado como disciplinado e passivo, o que na prática não acontece. Dessa forma, quanto mais entender quem será o público-alvo a que se destina a informação, maior será o nível de eficácia dessa comunicação.

Na construção do manual, buscou-se utilizar uma linguagem simples, ordenada conforme o padrão do sistema e contendo a utilização de recursos visuais. Conforme sugerido por Galvão (2005), para que contemplasse a estrutura de acesso à informação, foi incluído um glossário para esclarecimento de termos utilizados durante o texto. A figura abaixo apresenta a página inicial do manual construído (o *download* do manual pode ser realizado através do link de acesso ao software: <https://assistenciafarmaceuticars.com.br/qualifarsusr/login.xhtml>).

Figura 10 - Manual *software* de monitoramento do QUALIFAR-SUS



Fonte: elaborado pela autora

A partir dos resultados da pesquisa, verificou-se que as maiores dificuldades relacionadas ao programa são relacionadas a questões de planejamento da utilização do recurso; dúvidas sobre como utilizar o recurso corretamente; ausência de encaminhamento de dados relativos à AF para a base de dados nacional com consequente perda do recurso de custeio e ne-

cessidade de um canal de comunicação com os municípios para difusão de informações relativas a cursos e capacitações relacionadas ao eixo educação.

Dessa forma, o sistema foi organizado em três menus gerais (planejamento e monitoramento, educação e sistemas de informação), possibilitando o cadastro de ações realizadas, status de execução, cadastro de metas e emissão de relatórios. Foi disponibilizado um menu para divulgação dos cursos promovidos através do eixo educação e informações sobre o sistema Hórus ou BNAFAR, com documentações e perguntas e respostas. A Figura 11 apresenta a tela de login inicial do sistema.

Figura 11 - Tela login do Sistema de Monitoramento do QUALIFAR-SUS

QUALIFAR RS

Login

Bem vindo!
Informe os dados abaixo:

Usuário ou e-mail

Senha

Entrar

Versão: 1.0.00

Fonte: <http://qualifarsus.assistenciafarmaceuticars.com.br/>

O conteúdo disponibilizado nos menus é configurável e dinâmico, podendo ser alterado pelo administrador do sistema, conforme demonstrado na Figura 12.

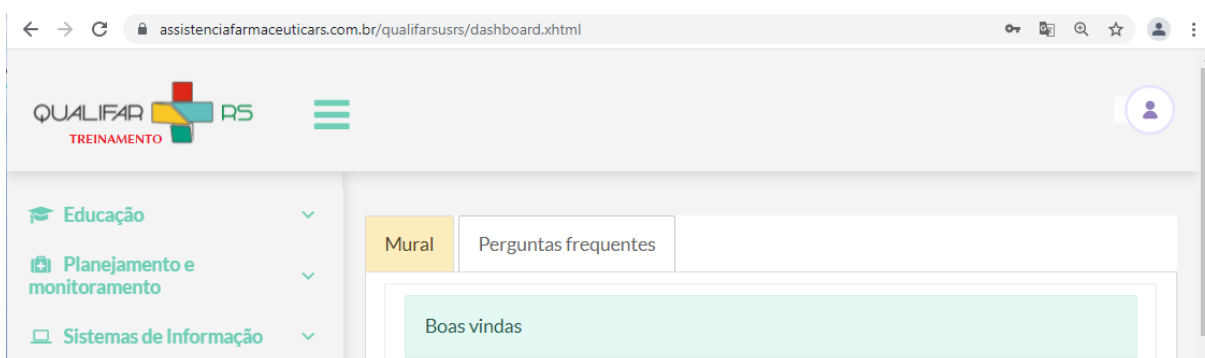
Figura 12 - Tela do administrador do Sistema de Monitoramento do QUALIFAR-SUS



Fonte: <http://qualifarsus.assistenciafarmaceuticars.com.br/>

De forma a facilitar a compreensão do sistema pelos usuários e utilização em capacitações, criou-se um ambiente de treinamento do *software*, onde pode ser manuseado livremente para aprendizagem. O ambiente de treinamento se diferencia do de produção pelo grifo em vermelho abaixo do logo, conforme figura abaixo.

Figura 13 - Tela no ambiente de Treinamento



Fonte: <http://qualifarsus.assistenciafarmaceuticars.com.br/>

O ambiente pode ser acessado através do link: <https://assistenciafarmaceuticars.com.br/qualifarsusrs/> informando os seguintes dados, conforme tabela a seguir:

Tabela 10 - Informações de acesso ao ambiente de treinamento

Perfil	Usuário	Senha
Administrador estadual	admintre	1234
Regional	crstre	1234
Município	muntre	1234

Fonte: elaborado pela autora

Cada um dos perfis demonstrados na tabela possui diferentes permissões de visualização dos dados, sendo o administrador estadual o que obtém a visualização de todos os dados alimentados pelos municípios. O perfil de regional permite visualizar os dados dos municípios adstritos e o perfil municipal apenas os dados inseridos pela SMS.

6 CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como principal objetivo analisar a aplicação de recursos do programa QUALIFAR-SUS em municípios habilitados no RS. A partir desse objetivo principal se pretendeu especificamente: identificar de que forma está sendo realizado o planejamento e monitoramento da execução de recursos do programa; conhecer fragilidades ou experiências exitosas do QUALIFAR-SUS nos municípios do RS; elaborar materiais educativos para os profissionais envolvidos com o programa nos municípios; desenvolver um *software* que possibilite o monitoramento de ações de planejamento e execução do recurso.

Ao finalizar esse mestrado profissional, é possível concluir que seus propósitos foram alcançados. Com a coleta de dados, considerando ser uma pesquisa de delineamento transversal, foi possível a obtenção de um diagnóstico temporal da situação do programa no RS, até então desconhecido pela inexistência de informações em nível de gestão. Os materiais desenvolvidos foram compartilhados com as Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios e serão divulgados na página do DEAF no site da SES/RS.

Considerando que hoje temos um total de 266 municípios contemplados, pretende-se primeiramente, eleger uma CRS para realizar um trabalho piloto no treinamento do *software* com os municípios. Cabe destacar a avaliação não só como uma atribuição de juízo de valor, mas possibilitar um *feedback* sobre a condução das políticas de saúde para que seja possível orientar e apoiar decisões. Nesse sentido, a intenção de construir um programa informatizado é a de, depois de realizada essa investigação inicial da pesquisa, continuar obtendo informações atualizadas que subsidiem a tomada de decisões e aprimorem o monitoramento do programa.

Como limitações do *software*, compreendem-se as dificuldades na implantação de um sistema de monitoramento a todos os municípios, considerando as barreiras já elencadas por Ubarana, Cruz e Vitorino (2019), como falta de uma política de monitoramento e avaliação do SUS, ocasionando a insustentabilidade dos sistemas de monitoramento que acabam sendo atrelados a vontade política dos gestores. Outras dificuldades decorrem na compreensão dos técnicos quanto à importância do monitoramento e avaliação das políticas de saúde que devem ser incorporadas a sua rotina e não apenas como uma atividade burocrática.

Figueiró *et al.* (2017), evidenciam a falta de confiança dos técnicos e desinteresse no preenchimento das informações relativas a um *software* de monitoramento, também apresentando medos de estarem sendo vigiados e controlados com possibilidade de punição. O *software* (produto da pesquisa) foi desenvolvido com o intuito de não ser apenas um sistema bu-

rocrático para alimentação de dados que não fazem sentido, mas também ser um meio de aproximação com o apoiador, fornecendo informações para esclarecimento de dúvidas.

A pesquisa possibilitou identificar algumas fragilidades do programa QUALIFAR-SUS nos municípios do RS como: pouco envolvimento dos trabalhadores da AF no planejamento e monitoramento dos recursos do programa, ausência de monitoramento, centralização da decisão no secretário municipal de saúde ou pouca integração da AF com os demais setores envolvidos nessas etapas e ausência de apresentação do programa ao CMS. Em contrapartida, visualizou-se que maioria dos municípios participantes utilizou o recurso na AF, principalmente na adequação da estrutura física das farmácias, possibilitando um atendimento mais humanizado aos usuários e melhoria das condições de acesso e armazenamento a medicamentos.

Identificou-se em muitos municípios, a contratação de recursos humanos para a AF, elemento de fundamental importância para melhoria do atendimento aos usuários, considerando que possibilitou ao profissional farmacêutico que, quando pertencente à equipe de profissionais na secretaria de saúde, é visualizado muitas vezes atuando de forma fragmentada na AF, focado apenas no acesso a medicamentos e rotinas administrativas. Com o investimento na força de trabalho e qualificação destes profissionais, torna-se possível implementar ações de cuidado farmacêutico e promover práticas de educação em saúde e uso racional de medicamentos junto à equipe e usuários na ABS.

A promoção de cursos no eixo educação viabilizou aos trabalhadores a troca de experiências com outros municípios, a qualificação destes e o estímulo para integração da AF e promoção do cuidado, oportunizando acesso a diversos eixos estratégicos elencados na PNAF. Os eixos (estrutura, educação, informação e cuidado) do QUALIFAR-SUS estão interligados e no momento em que há falha em algum eixo, todos os demais são comprometidos.

A EPS e a educação continuada são fundamentais para melhoria dos processos de trabalho, incluindo à importância do envolvimento dos trabalhadores nas questões relativas a monitoramento e avaliação dos programas de saúde, no acolhimento aos usuários e na inserção da AF nas RAS. Após décadas da publicação de políticas públicas como a PNM em 1988 e PNAF em 2004, ainda visualizamos a AF fragmentada das demais ações em saúde e muitas vezes ausente dos instrumentos de gestão do SUS. Nesse sentido, para resolutividade dos serviços é fundamental sua existência no planejamento municipal, integrada e focada no cuidado ao usuário e não apenas no acesso ao medicamento.

O QUALIFAR-SUS é uma importante conquista para efetivar essas políticas e integrar a AF nas RAS, um êxito para os profissionais do SUS que trabalham muitas vezes em um cenário precário de assistência aos usuários. Na conjuntura política que estamos vivenciando, de perdas e regressão de direitos sociais é fundamental valorizar esse programa e lutar para que permaneça e seja ampliado. Para isso, é necessário disseminar sua existência, objetivos, diretrizes, execução correta do recurso e importância do controle social. Vislumbra-se na EPS um dispositivo primordial para que esses objetivos sejam alcançados e os produtos desenvolvidos durante o mestrado profissional intencionaram para o alcance desses propósitos.

Como limitação importante para este estudo, considera-se o fato da coleta de dados realizada por questionário *online* não permitir um maior aprofundamento das questões, além do erro de não resposta que costuma ser alto. Possivelmente a maior parte dos participantes que concordou em participar da pesquisa, possuía interesse e algum conhecimento na temática, fato observado pela grande quantidade de trabalhadores da AF que responderam os questionários. Dessa forma, pode ser considerada como viés da pesquisa, a diferença de opiniões entre respondentes e não respondentes. Pode ser considerada como restrição da entrevista, a falta de motivação e incapacidade de alguns participantes em responder o questionário.

A taxa de não respondentes e a ausência de documentos públicos municipais relativos ao QUALIFAR-SUS sugere maiores dificuldades no conhecimento e aplicação de recursos do programa, observando também que os municípios participantes possuíam os melhores IDHM se comparados aos não participantes e maiores valores de recebimento de recurso de custeio desde a implantação do programa, assim como as regiões de saúde com maiores índices de resposta foram as com maiores PIB *per capita*. Dessa forma os problemas aqui abordados podem estar subestimados. Importante ponderar que as questões poderiam ser respondidas tanto pelo gestor municipal de saúde como pelo responsável pela AF, neste caso refletindo a opinião da pessoa mais diretamente envolvida com a área.

De acordo com Cooper e Schindler (2003), a utilização de estratégias que aumentem a probabilidade de retorno das respostas do grupo de não respondentes pode minimizar este tipo de viés. Estas medidas foram adotadas durante a coleta dos dados, o que possibilitou uma taxa de retorno maior, possibilitando maior representatividade dos municípios respondentes de acordo com a distribuição geográfica. Em relação ao porte populacional, cabe salientar que a maior parte dos municípios habilitados ao programa, possui porte populacional pequeno (menor que 20.000 habitantes), o que permite considerar com maior confiabilidade os resultados encontrados apenas para a população em questão.

Estudos futuros poderão comparar municípios do RS habilitados e não habilitados ao programa em relação à estrutura da AF e demais aspectos avaliados neste estudo, assim como outros indicadores, com a finalidade de confirmar se há melhor desempenho nos municípios que recebem o recurso.

Considerando a importância da AF, não restrita apenas à produção e distribuição de medicamentos, abrangida em sua complexidade por políticas públicas já descritas como a PNM e PNAF, este trabalho intencionou para visualização do QUALIFAR-SUS no RS e as principais conquistas obtidas até o momento, após nove anos de implantação do programa. Em relação às fragilidades visualizadas, pretende-se com os produtos obtidos com o mestrado profissional e com ações de educação permanente direcionadas à população e temática deste estudo, instigar e sensibilizar os diversos atores envolvidos para adequação na condução do programa de forma a garantir os objetivos intitulados na portaria que o instituiu.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. Assistência Farmacêutica no Programa de Saúde da Família: encontros e desencontros no processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3939-3949, 2011.
- ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento dos gestores municipais. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 45, p. 1-10, 2016.
- ALVES, Vera Lúcia Souza *et al.* Criação de um web site para enfermeiros sobre pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 56-61, 2006.
- ARAÚJO, Aílson da Luz André de *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na Atenção Primária do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 611-17, 2008.
- ARAÚJO, Suetônio Queiroz *et al.* Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017.
- ARCARI, Janete Madalena *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020.
- ARENTZE, Theo; HOFMAN, Frank; TIMMERMANS, Harry. Predicting Multi-Faceted Activity-Travel Adjustment Strategies in Response to Possible Congestion Pricing Scenarios Using an Internet-Based Stated Adaptation Experiment. **Transport Policy**, v.11, n. 1, p.31-41, 2004.
- BARBOSA, Mariana Michel *et al.* Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475-2486, 2017.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARRETO, Joslene Lacerda; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Mônica Maria Raphael. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, 2011.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; PIMENTEL, Ellen Horato do Carmo. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. **Polis e Psique**, v. 2, n. 2, p. 3-22, 2012.
- BARROS, Rafael Damasceno D. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p.1-11, 2017.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos de SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-1949, 2018.

BERNARDI, Carmen L. B. de; BIEBERBACH, Emily Wagner; THOMÉ, Henrique Inácio. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 73-83, 2006.

BOSSE, Tamara Simão; OLIVEIRA, Larissa; BECKER, Indianara Reynaud Toreti. A formação do profissional Farmacêutico e sua inserção na Atenção Básica. **Revista Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UNESC**, v.1, n.1, p.53-63, 2013.

BRAGA, Maria Helena; PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz de; ALVES, Terezinha Nomedes de. A Assistência Farmacêutica no município de Juiz de Fora em Minas Gerais: uma visão a partir dos Planos Municipais de Saúde. **Revista de APS**, v. 23, n. 2, p. 251-267, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Lei nº 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, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico de que o Brasil necessita Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/41%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202008%20I%20Forum%20Nacional%20de%20Educaca%C3%A7%C3%A3o%20Farmaceutica%20O%20Farmaceutico%20de%20que%20o%20Brasil%20necessita_%20I%20FNEF.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=435-diretrizes-para-estruturacao-farmacias-no-ambito-do-sistema-unico-saude-5&category_slug=assistencia-farmaceutica-958&Itemid=965. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=1634&n=1&s=5&t=2>. Acesso em: 23 jun.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) . Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2011]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2012a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7827, de 16 de outubro de 2012**. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [2012b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2012c]. Disponível em

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do apoio integrado para qualificação da gestão e atenção no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em:

<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/15/Diretrizes-Apoio-Integrado-MS10-07-12.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica - Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica - Caderno 3: Planejamento e Implantação de Serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmacutico_atencao_basica_saude_3.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **QUALIFAR-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde – eixo estrutura: atenção básica: instruções técnicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualifarsus_programa_nacional_qualificacao_farmacutica.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relatório de Gestão: Coordenação - Geral de Assistência Farmacêutica Básica, 2009-2015**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_assistencia_farmacutica_basica_2009_2015.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Série PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_avaliacao_assistencia_pnaum_caderno4.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de Setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017b]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de Setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017c]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS**, de 28 de Setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017d]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS**, de 28 de Setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017e]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS**, de 28 de Setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017f]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3364, de 8 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre o Processo de Fortalecimento Institucional Progressivo e sobre o incentivo financeiro de investimento do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica -QUALIFAR-SUS para o ano de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017g]. Disponível em: https://www.lex.com.br/legis_27579572_PORTARIA_N_3364_DE_8_DE_DEZEMBRO_D E_2017.aspx. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomreco mend.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_f ortalecimento.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3038, de 21 de novembro de 2019**. Dispõe sobre 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, para o ano de

2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.038-de-21-de-novembro-de-2019-229384661>. Acesso em 23 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3193, de 9 de dezembro de 2019**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.193-de-9-de-dezembro-de-2019-232399751>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRAUNERT, Mariana Bettega; BERNARDO, Kelen Aparecida da Silva; BRIDI, Maria Aparecida da Cruz. IMPACTOS DA REFORMA ADMINISTRATIVA SOBRE AS FORMAS DE CONTRATAÇÃO E ESTABILIDADE DOS SERVIDORES PÚBLICOS. **Cadernos de Gestão Pública**, v. 26, n. 84, p. 1-19, 2021.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, Marselle Nobre *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 295-392, 2018.

CARVALHO, Marselle Nobre *et al.* Força de trabalho na assistência farmacêutica na atenção básica do SUS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-11, 2017.

CASSIOLA, Eder. **MANUAL DE SOFTWARE E A TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÃO: Proposta de estrutura de informação para o Manual no formato Impresso e Incorporado**. 2006. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota técnica nº 15/2014. **Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos**. Brasília, DF: CONASS, 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2014/01/NT-15-2014-atualizada-out.-DIFICULDADES-NA-AQUISICAO-DE-MEDICAMENTOS-NAS-SES.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Planificação da Atenção à Saúde nos Estados**. Brasília, DF: CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Boas Práticas e Diálogos Institucionais**. Coletânea Direito à Saúde, v. 3, Brasília, DF: CONASS, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea_direito_saude_boas_praticas_dialogos_institucionais_v3.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 7ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COSENSEY, Marly Aparecida Elias *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171-182, 2000.

COSTA, Karen Sarmiento; NASCIMENTO JR, José Miguel do. Hórus: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 91-99, 2012.

CRUZ, Marly Marques da; REIS, Ana Cristina. Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ensp, 2011. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_511202866.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS; Gastão Wagner de Souza. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, v.11, n.1, p. 31-46, 2010.

DALLA NORA, Letisa Comparin *et al.* Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 278-286, 2019.

DAMASCENO, Larissa Mayara da Silva *et al.* POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DA COLETA DE DADOS ATRAVÉS DA PESQUISA ONLINE. In: SEMEAD – SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, SVII, São Paulo. **Anais...**, São Paulo: USP, 2014. p. 1-16.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 3, p. 553-563, 2006.

FERREIRA, Jéssica *et al.* Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.

FIGUEIRÓ, Ana Claudia *et al.* Implementação de um sistema de monitoramento e avaliação no âmbito federal: o caso do e-CAR no Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sis-

tema Único de Saúde (SUS). **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 16, n. 2, p. 65-74, 2017.

FOGG, BJ *et al.* **Stanford-Makovsky web credibility study 2002: investigating what makes web sites credible today – a research report by the Stanford Persuasive Technology Lab & Makovsky & Company**: Stanford University, p.1-16, 2002. Disponível em: <http://credibility.stanford.edu/pdf/Stanford-MakovskyWebCredStudy2002-prelim.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo, Paz e Terra, 1997.

FREITAS, Fernanda Valéria de; FILHO, Luiz Augusto Rezende. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p. 243-255, 2011.

GALÁN, Jean-Philippe; VERNETTE, Eric. Vers une 4ème génération: les études de marché On-line. **Revue Décisions Marketing**, v. 19, p. 39-52, 2000.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. Modelo para representação da informação em manuais técnicos. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (ENANCIB), VI, 2005. **Anais...** Florianópolis: EdUFSC, 2005. p. 1-13.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p.1-5, 2018.

HAIR, Joseph F *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

JANUZZI, Paulo de Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.

KLEIN, Traudi; SKUPIEN, Suellen Vienscoski. Institucionalização e reconhecimento da assistência farmacêutica em municípios paranaenses, Brasil. **Infarma**, v. 29, n. 1, p. 34-42, 2017.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEITE, Silvana Nair *et al.* I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 461-462, 2008.

LEITE, Silvana Nair *et al.* Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM – Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-11, 2017.

MACHADO, Luana. **O apoio institucional nos processos de trabalho: ferramenta para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde**. 2014. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MADEIRA, Lígia Mori (org). **Avaliação de Políticas Públicas**. UFRGS: Porto Alegre, 254 p., 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/108181/000948500.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MAGALHÃES, Júnior Helvécio Miranda. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. Tese de doutorado. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2006. 184 p.

MARIN, Nelly *et al.* (org). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MELLO, Sandra Maria. Gestores municipais do sistema único de saúde: dificuldades na gestão e no planejamento das ações em saúde. **Revista de Ciência e Inovação**, v. 6, n. 1, p. 69-76, 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

MENDES, Marina. Interação virtual e identidade. **Cadernos da Escola de Comunicação**, v. 6, n. 9, p. 1-14, 2011.

MENDONÇA, Ana Paula Bernardo; NETO, André Pereira. Critérios de avaliação da qualidade de informação em sites de saúde: uma proposta. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 9, n. 1, p.1-15, 2015.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Editora Melhoramentos, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de S; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MISHIMA, Silvana Martins *et al.* Perspectiva dos gestores de uma região do estado São Paulo sobre educação permanente em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 665-673, 2015.

MOSTAFA, Solange Puntel; TERRA, Marisa. As fontes eletrônicas de informação: novas formas de comunicação e conhecimento. **São Paulo em perspectiva**, v. 12, n. 4, p. 54-59, 1998.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Hucitec: São Paulo, 1994, 192 p.

NAMBU, Maurício Massayuki *et al.* Primary Pharmaceutical Assistance in a Regional Inter-Agency Committee on Health: Evaluation and Shared Action for Organization. **Portuguese-Journal of Public Health**, v. 37, p. 26–37, 2019.

NERY, Alisson Alamo Pereira; MARTINS; Sefora Taís de Castro. A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 10, n. 3, p. 20-30, 2015.

NICOLINE, Cláudia Benacchio; VIEIRA, Rita de Cássia Padula Alves. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 39, p. 1127-1141, 2011.

OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de; REIS, Regimarina Soares. **Gestão Pública em Saúde: Monitoramento e Avaliação no Planejamento do SUS**. 1ª edição. São Luís: Edufma, 2016.

OLIVEIRA, Isabelly Costa Lima de *et al.* Cultura de segurança: percepção dos profissionais de saúde em um hospital mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2450-2457, 2018.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André Rene. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3561 – 3567, 2010.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. Educação à Distância como estratégia para educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n.5, p. 585-589, 2007.

PAIXÃO, Roberto Brasileiro; FILHO, Horácio Nelson Hastenreiter. Autoavaliação de impactos: o que nos dizem os egressos de um mestrado profissional em administração? **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 831-859, 2014.

PEDUZZI, Marina *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PONTES, Marcela Amaral *et al.* Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília, DF: PNUD, IPEA e Fundação João Pinheiro, 2020. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 12 set. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Plano Diretor de Regionalização**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2002. Disponível em: https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 55.606, de 27 de novembro de 2020**. Altera o Decreto nº 50.125, de 5 de março de 2013, que estabelece a Divisão Territorial das Coordenadorias Regionais da Secretaria da Saúde. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, [2021]. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=492581>. Acesso em: 23 jun. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Porto Alegre, RS: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

ROCHA, Cristina Maria Vieira da; MARTINELLO, Ayrton Galiciani; FAGUNDES, Aristel Gomes Bordini. CAPACITAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJASUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 560-576, 2012.

RODRIGUES, Patrícia Silveira; CRUZ, Mariana Sodário; TAVARES, Noêmia Urruth Leão. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 192-208, 2017.

RODRIGUES, Patrícia Silveira. **Análise da implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica para a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica**. 2016. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

ROVER, Marina Raijche Mattozo *et al.* Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 691-711, 2016.

SALIBA, Nemre Adas *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública (RAP)**, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, 2009.

SANTOS, Rosana Isabel dos. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SANTOS, Elizabeth Moreira dos. Monitoramento em Promoção de Saúde: uma experiência de capacitação de adultos em um Estado do Nordeste brasileiro. **Educar em Revista**, v. 46, p. 193-207, 2012.

SAVI, Camila Antunes. **Controle social na gestão do SUS: a participação popular na elaboração dos planos municipais de saúde em Santa Catarina**. 2019. 46 f. TCC (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

SILVA, Grazielle Dias da *et al.* Medicamentos excepcionais para doença renal crônica: gastos e perfil de utilização em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 357-368, 2011.

SEIDL, Helena *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 94-108, 2014.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p.1-8, 2017.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à Saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, Rogério Renato; BRANDÃO, Daniel. OS QUATRO ELEMENTOS DA AVALIAÇÃO. **Instituto Fonte para o desenvolvimento social**, v. 10, n. 2, p. 59-66, 2003.

SOARES, Leticia Santana da Silva; BRITO, Evelin Soares De; GALATO, Dayani. Percepções dos atores sociais sobre a Assistência Farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 411-426, 2020.

SOUZA, André do Nascimento de; HOFFELDER, Karlla Rennata; OLIVEIRA, Glacielli Thaiz De Souza De. O impacto da política neoliberal no acesso aos medicamentos do programa farmácia popular. In: EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (EVINCI), XIII, 2018, Curitiba. **Anais...Curitiba: UFLA**, 2018. p. 522-530.

SOUZA, Kellcia Rezende; KERBAUY, Maria Teresa Miceli. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **EDUCAÇÃO E FILOSOFIA**, v. 31, n. 61, p. 21-44, 2017.

TAMAKI, Edson Mamoru *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

UBARANA, Juliana Amorim; CRUZ, Marly Marques da; VITORINO, Santuzza Arreguy Silva. Avaliação da implantação do Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação dos Resultados (Sistema e-CAR) na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, no período de 2012-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, p. 1-12, 2019.

VIDOR, Ana Cristina; FISHER Paul Douglas; BORDIN, Ronaldo. Utilização dos sistemas de informação em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 24-30, 2011.

VIDOR, Ana Cristina. **Sistemas de Informação em Saúde: Situação Atual em Municípios de Pequeno Porte**. 2004. 146 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana De Salud Publica**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

VIEIRA, Swheelen de Paula *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 110-121, 2017.

VIEIRA, Valter Afonso. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Revista da FAE**, v. 5, n. 1, p. 61-70, 2002.

VILLANI, Renata Alves Gomes; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 521-529, 2013.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ENCAMINHADO AO MUNICÍPIO**1) Dados de identificação****Município onde trabalha:** _____**Local onde trabalha na Secretaria Municipal de Saúde (SMS):** _____**Tempo que atua na SMS:**

- Até 1 ano
- De 1 a 3 anos
- De 3 a 5 anos
- De 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

Profissão: _____**Cargo que ocupa na SMS:** _____**Tipo de vínculo:**

- CLT
- Estatutário
- Contrato
- Comissionado
- Outro - Especifique: _____

2) Conhece o programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS)?

- Sim (pula para questão 4)
- Não (responda a questão 3 e encerre o preenchimento)

3) Por qual motivo não conhece o Programa QUALIFAR-SUS?**4) Quando se habilitou ao QUALIFAR-SUS, o município realizou um diagnóstico para identificação das necessidades de estruturação da Assistência Farmacêutica (AF)?**

***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.**

- Sim (pula para a questão 6)
- Não (responda a pergunta 5)

() Não sei (pula para a questão 6)

5) Por qual motivo não foi realizado um diagnóstico para identificação das necessidades de estruturação da AF?

() Desconhecimento dessa etapa de execução

() Dificuldade na execução dessa etapa.

() Outra. Qual? _____

6) O município realizou planejamento para execução dos recursos recebidos pelo Programa QUALIFAR-SUS?

() Sim (pula para a questão 8)

() Não (responda a pergunta 7)

7) Por qual motivo não foi realizado planejamento para execução dos recursos recebidos pelo Programa QUALIFAR-SUS?

() Desconhecimento dessa etapa de execução

() Dificuldade na execução dessa etapa.

() Outra. Qual? _____

8) Quem participou da etapa de planejamento das ações e metas referentes ao QUALIFAR-SUS para estruturação da Assistência Farmacêutica? (assinale)

() Secretário(a) Municipal de Saúde

() Coordenador Municipal de Assistência Farmacêutica

() Assessoria da Secretaria de Saúde

() Representante ou equipe de Planejamento da Secretária Municipal de Saúde

() Outra. Qual? _____

9) O município realiza monitoramento da utilização deste recurso?

() Sim (responda a questão 10)

() Não (pula para a questão 11)

10) Como é realizado o monitoramento da utilização do recurso do QUALIFAR-SUS e qual área da SMS que realiza este monitoramento? _____

11) O QUALIFAR-SUS foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde?

- Sim
 Não
 Não sei

12) O município utilizou o recurso de investimento* do Programa QUALIFAR-SUS?

***Recurso de investimento: efetuado em parcela única no ano de habilitação, de acordo com o porte populacional do município.**

- Sim (pula para a questão 14)
 Não (responda a questão 13)

13) Por qual motivo ainda não foi utilizado o recurso de investimento?

14) O município utilizou/utiliza o recurso de custeio* do Programa QUALIFAR-SUS?

***Recurso de custeio: repassado no primeiro ano em parcela única e nos anos subsequentes com periodicidade trimestral conforme envio de dados para a BNAFAR.**

- Sim (pula para a questão 16)
 Não (responda a questão 15)

15) Por qual motivo não foi utilizado o recurso de custeio?

16) Descreva o que foi adquirido com o recurso?

Exemplo: Uniformes para os trabalhadores da AF, contratação de farmacêutico, contratação de auxiliar, aquisição/manutenção de sistemas informatizados, materiais de expediente, contas de água e luz, aluguel de sala para a farmácia, aluguel de sala para a CAF, gratificação de desempenho de profissionais da AF, realização de pesquisas, educação permanente, aquisição de móveis e utensílios, etc.

17) O município deixou de receber o repasse do recurso de custeio em algum(ns) dos últimos três ciclos de monitoramento do MS?

- Sim (responda a questão 18)
 Não (pule para a questão 20)
 Não sei (pula para a questão 20)

18) Qual foi o motivo da interrupção de repasse do recurso de custeio?

- Problemas na alimentação do Hórus.
- Problema no envio para o *webservice*
- Outros

19) Quais os problemas enfrentados pelo município em relação a transmissão de dados pelo Hórus ou *webservice*?**20) O município teve dificuldade(s) na execução do recurso de custeio ou investimento? Em caso afirmativo, qual(is) foi(ram)?****21) Os profissionais da Assistência Farmacêutica do município tem tido acesso às ofertas de capacitação (EaD ou Presencial) pelo Ministério da Saúde? *Exemplo: “Qualificação de Profissionais da Assistência Farmacêutica e Capacitação para o Sistema HÓRUS”, “Farmacêuticos na Atenção Básica/Primária à Saúde: Trabalhando em Rede”, "Ciência de dados para a integração e qualificação da assistência farmacêutica no SUS", "Planejamento em saúde e gestão da Assistência Farmacêutica", "Capacitação em Assistência Farmacêutica para Profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS)” – com o uso da simulação realística, etc?**

- Sim (pula para as questões 23.1, 23.2 e 23.3)
- Não (responda a questão 22)

22) Qual o motivo da falta de acesso as ofertas de capacitação?

- Não obtive acesso a divulgação dos cursos
- Não tenho liberação para assistir os cursos
- Os temas dos cursos não são atrativos
- Me inscrevi, porém não fui selecionado
- Outro: _____

23.1) Em qual modalidade estes cursos foram realizados?

- EaD
- Presencial

23.2) Quantos e quais trabalhadores da AF (profissão/cargo) participaram dos cursos?

23.3) Na sua percepção, os cursos ofertados contribuíram para o aprimoramento das práticas profissionais no seu ambiente de trabalho? De que forma?

24) Em caso de dúvidas em relação ao programa, o município recebe apoio do(a):

- Ministério da Saúde (MS)
- Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS)
- Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/RS)
- Outros. Quais: _____

25) A implantação ao QUALIFAR-SUS possibilitou ao município a elaboração de algum destes itens (assinale)?

- Lista municipal padronizada de medicamentos essenciais
- Ações que contemplem o processo de Educação Permanente
- Fluxo para procedimento para a notificação de queixa ou evento adverso de medicamento no município
- Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde
- Plano Municipal de Saúde com ações da Assistência Farmacêutica
- Banco de preços em saúde alimentado com informações sobre os preços praticados nas aquisições relacionadas à AF
- Ações ou produção de material informativo para profissionais ou usuários quanto ao uso racional de medicamentos
- Unidades de dispensação com computador e/ou ponto de internet e/ou farmácia climatizada e/ou termo-higrômetro e/ou bins para armazenamento
- Comissão de farmácia e terapêutica formalizada
- Medicamentos fitoterápicos na lista padronizada
- Instrumentos de padronização, tais como POP e manual de boas práticas de estocagem de medicamentos na CAF
- Plano de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde
- Desenvolvimento de serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica

26) Assinale quais itens o município possuía antes da habilitação ao QUALIFAR-SUS:

- () Lista municipal padronizada de medicamentos essenciais
- () Ações que contemplem o processo de Educação Permanente
- () Fluxo para procedimento para a notificação de queixa ou evento adverso de medicamento no município
- () Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde
- () Plano Municipal de Saúde com ações da Assistência Farmacêutica
- () Banco de preços em saúde alimentado com informações sobre os preços praticados nas aquisições relacionadas à AF
- () Ações ou produção de material informativo para profissionais ou usuários quanto ao uso racional de medicamentos
- () Unidades de dispensação com computador e/ou ponto de internet e/ou farmácia climatizada e/ou termo-higrômetro e/ou bins para armazenamento
- () Comissão de farmácia e terapêutica formalizada
- () Medicamentos fitoterápicos na lista padronizada
- () Instrumentos de padronização, tais como POP e manual de boas práticas de estocagem de medicamentos na CAF
- () Plano de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde
- () Serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica

27) Considera que houve conquistas/mudanças obtidas após a implantação do QUALIFAR-SUS no município? Quais?

28) Campo aberto para inclusão de outras informações que a instituição considere relevante acerca do QUALIFAR-SUS.

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL - CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RS

Eu, William Alves, responsável pelo Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do RS (COSEMS/RS), ciente da pesquisa intitulada: Avaliação do Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) em Municípios do Estado do RS, desenvolvida pelas pesquisadoras: mestranda Laura Minuzzi Kreutz, sob orientação acadêmica da professora Dra. Denise Bueno, do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, bem como ciente do projeto de pesquisa, objetivos e metodologia conforme descritos abaixo, sou favorável ao desenvolvimento desta e acesso aos dados definidos pelo questionário, para fins exclusivos do projeto, após parecer de aprovação do Comitê de Ética da UFRGS, conforme diretrizes e normas da Resolução CNS 466/2012 e 510/16.

Objetivo geral: *"descrever a aplicação de recursos do programa QUALIFAR-SUS em 193 municípios habilitados no RS nos anos de 2012 a 2018."*

Objetivos específicos: *"Verificar como está sendo realizado o acesso aos quatro eixos prioritários do programa: estrutura, informação, educação e cuidado, pelos municípios habilitados ao programa no RS; verificar de que forma está sendo realizado o planejamento e monitoramento da execução de recursos do QUALIFAR-SUS nos municípios habilitados; identificar possíveis fragilidades ou experiências exitosas do QUALIFAR-SUS a fim de auxiliar os municípios na execução do programa; elaborar um documento técnico, a partir dos resultados obtidos na pesquisa, para subsidiar os municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde com informações sobre a temática; criar um site que permita o cadastro de ações de planejamento e execução com dados referentes ao QUALIFAR-SUS, permitindo o monitoramento através da emissão de relatórios de acompanhamento."*

Metodologia: *"questionário encaminhado por e-mail para os responsáveis pela Assistência Farmacêutica municipal ou na ausência destes, para o secretário municipal de saúde."*

Porto Alegre, 13 de dezembro de 2019.

Assinatura e Carimbo do Responsável Institucional

William Alves
Secretário Executivo do COSEMS/RS
CNPJ: 92.859.768/0001-33

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Análise do Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) em Municípios do Estado do RS. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por uma mestranda Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Você foi selecionado por realizar suas atividades de trabalho dentro de um município contemplado pelo Programa QUALIFAR-SUS e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de pesquisa. Os objetivos desta pesquisa são descrever a aplicação de recursos em municípios contemplados pelo eixo estrutura do QUALIFAR-SUS nos anos de 2012 a 2018; verificar como está sendo realizado o acesso aos quatro eixos prioritários do programa: estrutura, informação, educação e cuidado, pelos municípios habilitados ao programa no RS; verificar de que forma está sendo realizado o planejamento e monitoramento da execução de recursos do QUALIFAR-SUS nos municípios habilitados; identificar fragilidades ou experiências exitosas do QUALIFAR-SUS a fim de auxiliar os municípios na execução do programa; elaborar um documento técnico, a partir dos resultados obtidos na pesquisa, para subsidiar os municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde com informações sobre a temática e criar um site que permita o cadastro de ações de planejamento e execução com dados referentes ao QUALIFAR-SUS, permitindo o monitoramento através da emissão de relatórios de acompanhamento.

Sua participação consiste em responder ao questionário eletrônico online. As respostas devem refletir apenas a sua própria percepção quanto ao programa. O tempo estimado para responder é de 10 minutos. Os dados coletados ficarão sob a responsabilidade do pesquisador principal por um período de 5 anos e após serão destruídos.

Esta pesquisa envolve riscos mínimos, que podem ser considerados: 1) possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; 2) desconforto; 3) cansaço e aborrecimento ao responder o questionário; 4) quebra de sigilo e 5) tempo despendido ao responder as perguntas.

Para minimizar estes riscos, serão adotadas as seguintes providências pelos pesquisadores: 1) adesão voluntária a pesquisa sem constrangimento aos não respondentes; 2) manutenção da privacidade e confidencialidade, não havendo menção aos sujeitos e nomes de municípios; 3) em caso de algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma e não previsto no termo de consentimento, haverá suspensão imediata da pesquisa; 4) divulgação pública dos resultados da pesquisa. Havendo quebra de confidencialidade, caso seja mencionada alguma informação na resposta do questionário que possa ser associada ao município em questão, os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Como benefícios deste estudo, esta pesquisa busca conhecer a situação de 193 municípios habilitados ao programa QUALIFAR-SUS, tendo o objetivo o a compreensão das atividades implantadas.

Procura reconhecer experiências exitosas ou fragilidades, a fim de articular atividades de educação permanente direcionadas ao público-alvo. Os dados obtidos serão apresentados na defesa da dissertação de mestrado e também em reuniões com as regionais de saúde. Pretende-se também publicar um artigo científico na revista Saberes Plurais: Educação na Saúde, revista do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS. Planeja-se como produto final, elaborar um site que permita aos municípios habilitados, o cadastro de ações de planejamento e execução das ações referentes ao QUALIFAR-SUS, facilitando as ações de apoio e monitoramento pelos diversos atores envolvidos. Os municípios possuirão acesso somente ao perfil municipal, o que permitirá o acompanhamento apenas de seu município. Apenas o gestor estadual terá uma senha com permissão de acesso aos dados gerais. Outro produto que será elaborado é um documento orientador sobre o QUALIFAR-SUS para que as assistências farmacêuticas municipais possam recorrer a fim de esclarecer dúvidas sobre a execução dos recursos, prestação de contas, entre outros questionamentos que demandam ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Conselho das Secretarias Municipais de Saúde. Estes departamentos, amparados pelo manual norteador, conseguirão aprimorar o monitoramento e suporte aos municípios habilitados. Os produtos poderão ser divulgados aos municípios através de email direcionado aos municípios e também se espera disponibilizá-lo na página da SES/RS e COSEMS/RS.

Os sujeitos participantes e nomes de municípios não serão mencionados ou identificados. Dessa forma, podemos garantir que em nenhum momento durante os processos de análise e divulgação dos resultados os mesmos terão a identidade exposta.

Em caso de qualquer dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além do direito a assistência integral, você terá direito a solicitar indenização pelas vias judiciais, conforme artigo 17 da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016.

A decisão em não participar da pesquisa não acarretará nenhum tipo de constrangimento.

Você receberá uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinada e rubricada (rubrica em todas as páginas) pelo pesquisador.

A qualquer momento, o participante poderá fazer perguntas aos pesquisadores, que têm a obrigação de prestar os devidos esclarecimentos, através do email: denise-bueno@ufrgs.br ou telefone: 33082175.

Termo de compromisso do pesquisador

Garanto que este Termo de Consentimento será seguido e que responderemos a quaisquer questões colocadas pelo participante.



Nome e assinatura do pesquisador responsável

Consentimento de participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Declaro que li os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, localizada na Rua Paulo Gama, 110 – Sala 32. Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Porto Alegre/RS, telefone (51)3308-3738 – endereço eletrônico: etica@propesq.ufrgs.br, como também pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública, telefone (51)3901-1532. O Comitê de Ética e Pesquisa é um colegiado, formado por um grupo de especialistas, cuja função é defender os interesses, a integridade e a dignidade dos participantes, contribuindo para que sejam seguidos os padrões éticos nas pesquisas com seres humanos.

Para participar da pesquisa, é necessário que você concorde com o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você concorda em participar desta pesquisa?

Sim

Não

Nome e assinatura do participante ou responsável legal

Porto Alegre, 07 de junho de 2020

APÊNDICE D – TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: Análise do Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS) em municípios do Estado do RS.

Pesquisador Responsável: Denise Bueno

Aluna: Laura Minuzzi Kreutz

Instituição de Origem do Pesquisador: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Programa de Pós-Graduação: Ensino na Saúde – Faculdade de Medicina

Telefone para contato: (51) 33082175

Local da Coleta de dados: Questionário online (Google Form)

Registro no CEP/UFRGS: 25926619.7.0000.5347

Os pesquisadores do projeto acima identificado assumem o compromisso de:

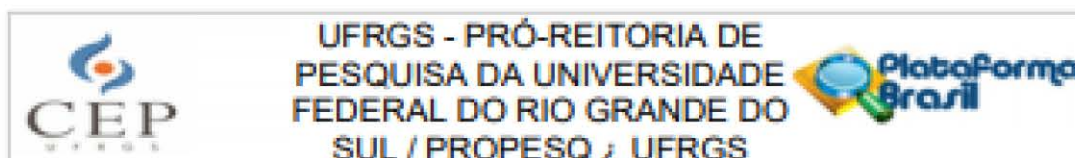
- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa. Os pesquisadores declaram ter conhecimento de que as informações pertinentes as técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessadas aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excedendo se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente às atividades ou que as informações e/ou documentação já for de domínio público.

Porto Alegre, 15 de dezembro de 2019.



Denise Bueno

ANEXO A – PARECER CEP UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS (QUALIFAR-SUS) EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RS

Pesquisador: Denise Bueno

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25926619.7.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.793.439

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa que tem como pesquisador responsável Denise Bueno, intitulado "ANÁLISE DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS (QUALIFAR-SUS) EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RS" e que pretende "descrever a aplicação de recursos do programa QUALIFAR-SUS em 193 municípios habilitados no RS nos anos de 2012 a 2018.

Como hipótese, os pesquisadores informam que "O recurso do QUALIFAR-SUS não estão sendo utilizados do desconhecimento sobre a forma de aplicação deste recurso".

Foi apresentada uma fundamentação teórica bem estruturada, considerando aspectos relativos a assistência farmacêutica, Redes de Atenção à Saúde, Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS)

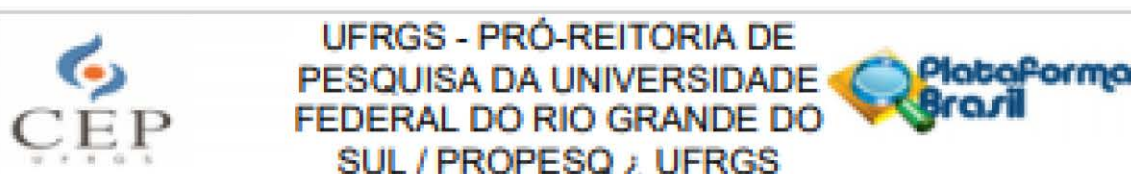
Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo geral, descrever a aplicação de recursos do programa QUALIFAR-SUS em 193 municípios habilitados no RS nos anos de 2012 a 2018.

Como objetivos específicos:

Verificar como está sendo realizado o acesso aos quatro eixos prioritários do programa:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 91.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4685 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Projeto: 3.793.439

estrutura, informação, educação e cuidado, pelos municípios habilitados ao programa no RS;

Verificar de que forma está sendo realizado o planejamento e monitoramento da execução de recursos do QUALIFAR-SUS nos municípios habilitados;

Identificar fragilidades ou potencialidades do QUALIFAR-SUS a fim de auxiliar os municípios na execução do programa;

Elaborar um documento técnico, a partir dos resultados obtidos na pesquisa, para subsidiar os municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde com informações sobre a temática;

Criar um site que permita o cadastro de ações de planejamento e execução com dados referentes ao QUALIFAR-SUS, permitindo o monitoramento através da emissão de relatórios de acompanhamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos, os pesquisadores informam "desconforto em responder sobre suas rotinas de trabalho e tempo despendido para responder o questionário". Na nova versão foi prevista também a eventual quebra de confidencialidade e as medidas serão tomadas para mitigar seu risco. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Como benefícios, os pesquisadores relatam que "poderão permitir o desenvolvimento de produtos pela pesquisadora que apoiem os municípios para o tema em questão."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme informado pelo pesquisador, serão coletados dados dos 193 municípios do RS habilitados no Programa. Os dados utilizados serão obtidos por questionário semiestruturado online (Google Form) que será encaminhado aos municípios por email, sendo direcionado ao responsável pela assistência farmacêutica municipal ou na ausência deste, ao secretário municipal de saúde. Os emails dos responsáveis pela assistência farmacêutica municipal serão solicitados às respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde.

Um dos objetivos apresentados consiste em elaborar um site que permita aos municípios habilitados, o cadastro de ações de planejamento e execução das ações referentes ao QUALIFAR-SUS, facilitando as ações de apoio e monitoramento pelo ente estadual. Na nova versão os pesquisadores esclarecem que "planeja-se como produto final, elaborar um site que permita

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Fariópolis CEP: 91.040-000
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



**UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL / PROPEAQ UFRGS**



Contratado de Pesquisa 2.702.420

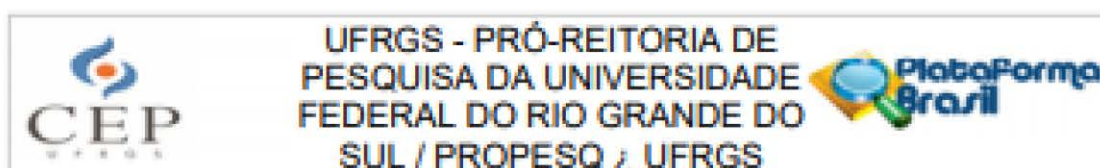
os municípios habilitados, o cadastro de ações de planejamento e execução das ações referentes ao QUALIFAR-SUS, facilitando as ações de apoio e monitoramento pelo ente estadual. Os municípios possuem acesso somente ao perfil municipal, o que permitirá o acompanhamento apenas de seu município. Apenas o gestor estadual terá uma senha com permissão de acesso aos dados gerais.

Foram apresentados cronograma e orçamento de forma adequada. Conforme informado pelo pesquisador, serão coletados dados dos 123 municípios do RS habilitados no Programa. Os dados utilizados serão obtidos por questionário semiestruturado online (Google Form) que será encaminhado aos municípios por e-mail, sendo direcionado ao responsável pela assistência farmacêutica municipal ou na ausência deste, ao secretário municipal de saúde. Os e-mails dos responsáveis pela assistência farmacêutica municipal serão solicitados às respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde. Este procedimento foi considerado não adequado, solicita-se que as Coordenadorias Regionais de Saúde encaminhem os questionários aos responsáveis, sem que haja repasse dos e-mails para o pesquisador. Em resposta, os pesquisadores informam que "Para manter a privacidade e anonimato do município frente ao pesquisador, um aluno bolsista será responsável por contatar os municípios e encaminhar o link que contém o questionário para o e-mail. Para análise dos dados pelo pesquisador, o aluno bolsista criará uma planilha ocultando o nome do município através de códigos. Anexado na PB, termo de confidencialidade assinado pelo pesquisador."

Foi apresentado o questionário de coleta de dados. Considerando que cada município responderá somente 1 questionário, solicita-se que o mesmo seja realizado de maneira identificada, retirando-se seu nome. Em resposta, os pesquisadores informaram que "não será possível retirar a identificação nome do município, pois o questionário será disponibilizado através de um único link para preenchimento pelo GoogleForm. Dados como porte populacional, ano de habilitação e região de saúde serão analisados. Para análise dos dados pelo pesquisador, o aluno bolsista criará uma planilha ocultando o nome do município através de códigos."

Foi apresentado o Termo de Concordância do Diretor de Assistência Farmacêutica do Estado do Rio Grande do Sul. Nesta última versão, a SES foi cadastrada como instituição copartícipe. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Endereço: Av. Paulo Gama, 115 - Sala 321 do Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Foinópolis CEP: 91.040-000
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3336-3738 Fax: (51) 3336-4442 E-mail: atic@propeaq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.763.439

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado projeto de pesquisa e folha de rosto assinada.

O TCLE foi adequado. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se em condições de aprovação, de acordo com os aspectos éticos (CNS Resolução 466/12).

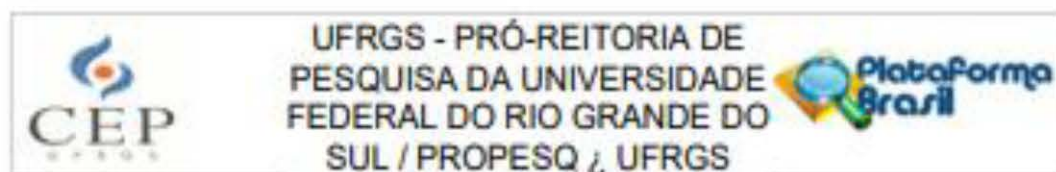
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1468080.pdf	02/01/2020 10:45:40		Aceito
Outros	TAICOSEMS.jpg	02/01/2020 10:44:05	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ta1.pdf	02/01/2020 10:42:26	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetovf.pdf	22/12/2019 11:15:57	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/12/2019 11:14:20	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Outros	cartaprojetolaura3.pdf	22/12/2019 11:13:53	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	17/12/2019 18:58:10	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_DeniseBuono_LAURA.pdf	20/11/2019 13:54:17	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/11/2019 18:45:27	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/11/2019 18:42:57	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Fátima CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4065 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.783.428

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

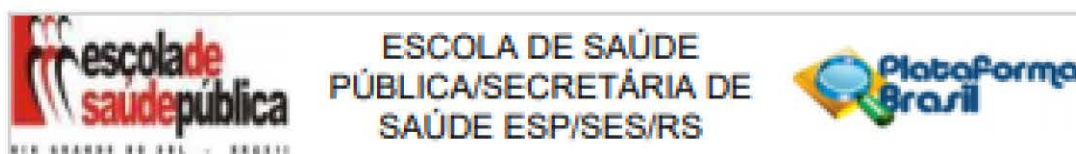
PORTO ALEGRE, 03 de Janeiro de 2020

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Retoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4065 **E-mail:** mdc@propesq.ufrgs.br

ANEXO B – PARECER CEP ESP/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS (QUALIFAR-SUS) EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RS

Pesquisador: Denise Bueno

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25926619.7.3001.5312

Instituição Proponente: ESCOLA DE SAUDE PUBLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.039.233

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão do projeto de pesquisa a ser realizado por Laura Minuzzi Kreutz, sob orientação de Denise Bueno, para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Objetivo da Pesquisa:

As autoras apresentam como objetivo geral: “[...] descrever a aplicação de recursos do programa QUALIFAR-SUS em 193 municípios habilitados no RS nos anos de 2012 a 2018.”. E, como objetivos específicos: “Verificar como está sendo realizado o acesso aos quatro eixos prioritários do programa: estrutura, informação, educação e cuidado, pelos municípios habilitados ao programa no RS; Verificar de que forma está sendo realizado o planejamento e monitoramento da execução de recursos do QUALIFAR-SUS nos municípios habilitados; Identificar fragilidades ou experiências exitosas do QUALIFAR-SUS a fim de auxiliar os municípios na execução do programa; Elaborar um documento técnico, a partir dos resultados obtidos na pesquisa, para subsidiar os municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde com informações sobre a temática; Criar um site que permita o cadastro de ações de planejamento e execução com dados referentes ao QUALIFAR-SUS, permitindo o monitoramento através da emissão de relatórios de acompanhamento.”.

Os objetivos estão adequados e apresentados de mesma forma nos documentos da pesquisa.

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

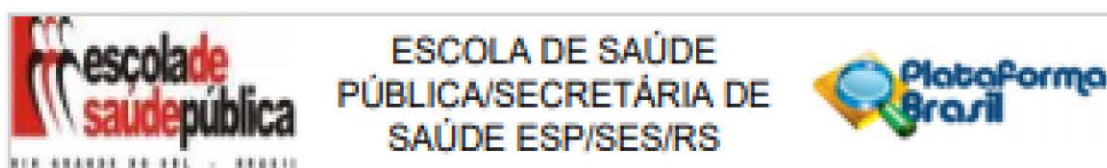
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: cepa-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Protocolo: 4.039.233

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, na atual versão, as autoras informam que: "Esta pesquisa envolve riscos, que podem ser considerados: 1) possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; 2) desconforto; 3) cansaço e aborrecimento ao responder o questionário; 4) quebra de sigilo e 5) tempo despendido ao responder as perguntas. Para minimizar estes riscos, serão adotadas as seguintes estratégias de pesquisa: 1) adesão voluntária a pesquisa sem constrangimento aos não respondentes; 2) manutenção da privacidade e confidencialidade, não havendo menção aos sujeitos e nomes de municípios; 3) em caso de algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, consequente à mesma e não previsto no termo de consentimento, haverá suspensão imediata da pesquisa; 4) divulgação pública dos resultados da pesquisa.". Nas recomendações sobre a ética na pesquisa, informam ainda que: "Os dados coletados serão mantidos em sigilo, assegurando a privacidade e o anonimato dos participantes. As informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a este projeto. Havendo quebra de confidencialidade, caso seja mencionada alguma informação na resposta do questionário que possa ser associada ao município em questão, os resultados da pesquisa farão a depuração dos dados de forma a garantir o anonimato do nome do município, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os sujeitos e os municípios da pesquisa.".

Quanto aos benefícios, as autoras informam que: "Como benefícios deste estudo, esta pesquisa busca conhecer a situação de 193 municípios habilitados ao programa QUALIFAR-SUS, tendo o objetivo o a compreensão das atividades implantadas. Procura reconhecer experiências exitosas ou fragilidades, a fim de articular atividades de educação permanente direcionadas ao público-alvo. Os dados obtidos serão apresentados na defesa da dissertação de mestrado e também em reuniões com as regionais de saúde. Pretende-se também publicar um artigo científico na revista Saberes Plurais: Educação na Saúde, revista do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS. Planeja-se como produto final da dissertação a elaboração de um site que permita aos municípios habilitados, o cadastro de ações de planejamento e execução das ações referentes ao QUALIFAR-SUS, facilitando as ações de apoio e monitoramento pelos diversos atores envolvidos. Os municípios possuirão acesso somente ao perfil municipal, o que permitirá o acompanhamento apenas de seu município. Apenas o gestor estadual terá uma senha com permissão de acesso aos dados gerais. Outro produto a ser elaborado é um documento orientador sobre o QUALIFAR-SUS para que as assistências farmacêuticas municipais possam recorrer a fim de esclarecer dúvidas sobre a execução dos recursos, prestação de contas, entre outros questionamentos que

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

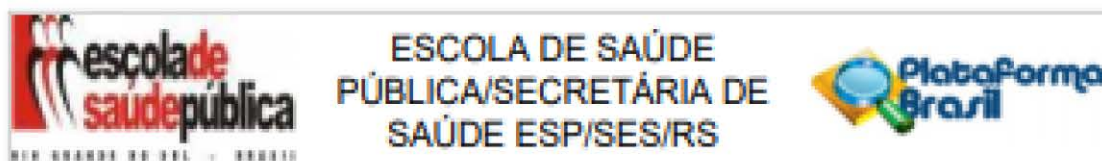
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3601-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.009.233

- Termo de Confidencialidade, assinado pela pesquisadora Denise Bueno;

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

As recomendações a seguir não se constituem em obstáculo ético para a realização da pesquisa, porém, estão aqui apresentadas como contribuição do CEPS/ESP ao projeto:

- A) realizar a revisão de português do texto, especialmente do TCLE;
- B) descrever a gradação dos riscos em todos os documentos da pesquisa;
- C) suprimir das estratégias para a minimização dos riscos o item 4) divulgação pública dos resultados da pesquisa, já que este não serve para tal fim;
- D) informar que os interesses do estudo não são apenas acadêmicos, mas também para a gestão;
- E) disponibilizar aos participantes da pesquisa uma cópia do TCLE, mesmo que a pesquisa seja realizada por questionário online.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após atender às pendências apontadas em parecer anterior, o projeto de pesquisa está apto a ser realizado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1495105.pdf	19/04/2020 19:53:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoQualitar_cepesp.pdf	19/04/2020 19:51:21	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Outros	cartaprojetolauracepesp.pdf	19/04/2020 19:47:26	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	19/04/2020 19:41:00	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_novocepesp.pdf	19/04/2020	Laura Minuzzi	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

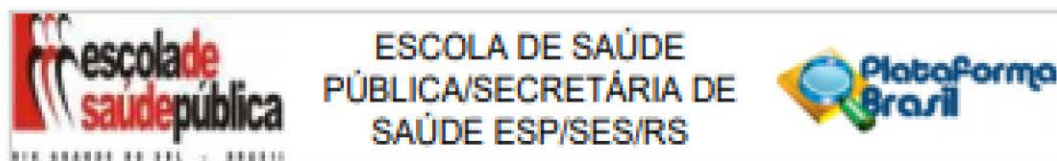
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3001-1532

E-mail: cepa-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.009.033

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novocepsp.pdf	19:39:58	Kreutz	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/03/2020 16:35:03	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_COSEMS.pdf	17/03/2020 16:32:04	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Outros	TAICOSEMS.jpg	02/01/2020 10:44:05	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoivf.pdf	22/12/2019 11:15:57	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/12/2019 11:14:20	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Outros	cartaprojetolaura3.pdf	22/12/2019 11:13:53	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	17/12/2019 18:58:10	Laura Minuzzi Kreutz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Maio de 2020

Assinado por:
Claudia Weyne Cruz
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Parkson

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3041-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br