

Modelo lógico e matriz de julgamento para apreciação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde Brasileira

Modelo lógico y matriz de juicio para la evaluación de los servicios farmacéuticos en la atención primaria brasileña

Implementation tools to assess Pharmaceutical Services in Primary Health Care in Brazil

Nathalia Cano PEREIRA⁽¹⁾

Vera Lucia LUIZA⁽²⁾

Luiz Villarinho Pereira MENDES⁽³⁾

Karen Sarmiento COSTA⁽⁴⁾

Recebido: 28 jul 2021

Revisado: 10 ago 2021

Aceito: 18 ago 2021

Autor de correspondência:

Nathalia Cano Pereira

nathalia.canop@gmail.com

Como citar: Pereira NC, Luiza

VL, Mendes LVP, Costa KS.

Modelo lógico e matriz de

juulgamento para apreciação

dos serviços farmacêuticos na

atenção primária em saúde

brasileira. J Manag Prim

Health Care. 2021;13:e013.

<https://doi.org/10.14295/jmphc.v13>

.1163

Conflito de interesses:

KS Costa declara conflito de

interesses por ter composto o

quadro de diretores no

Departamento de Assistência

Farmacêutica e Insumos

Estratégicos do Ministério da

Saúde durante a realização do

estudo fonte. NC Pereira

declara conflito de interesses

por ter estado na Assessoria de

Assistência Farmacêutica da

Secretaria Municipal de Saúde

do Rio de Janeiro durante a

realização do estudo fonte no

município.

Copyright: Este é um artigo de

acesso aberto, distribuído sob

os termos da Licença Creative

Commons (CC-BY-NC). Esta

licença permite que outros

distribuíam, remixem, adaptem

e criem a partir do seu trabalho,

mesmo para fins comerciais,

desde que lhe atribuíam o

devido crédito pela criação

original.

⁽¹⁾ Public Health Department, Wirral Council, England, United Kingdom.

⁽²⁾ Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP,

Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁽³⁾ Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Sociétés, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, France.

⁽⁴⁾ Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Campinas, SP, Brasil.

Resumo

Este estudo teve como objetivo apresentar a elaboração de dois instrumentos avaliativos - o modelo lógico (MLog) e a matriz de julgamento (MJul) destinados a mensurar o nível de implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde no Brasil – APS. Os dados do estudo fonte “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um Recorte nas Regiões do Projeto Qualisus-Rede” desenvolvido pelo Ministério da Saúde e o Banco Mundial de 2013 a 2015. Foi utilizado com orientador na construção dos instrumentos. O MLog envolveu a adaptação de modelo preexistente, análise crítica do estudo fonte, análise documental e reunião com especialistas. A elaboração da MJul se deu a partir do julgamento dos especialistas acerca da relevância de cada componente do MLog, o que, juntamente com dados de literatura, possibilitou subsidiar a formulação dos indicadores e demais critérios. O MLog final possui 9 componentes, sendo 4 na dimensão gestão do medicamento, 4 na gestão do cuidado e 1 transversal, 22 atividades, 21 produtos, 17 resultados imediatos e 12 resultados intermediários. Estudos avaliativos são estratégicos não apenas para implementação das políticas farmacêutica, mas também para consolidação da APS. Ao descrever as etapas de elaboração de um instrumento avaliativo, o presente estudo não apenas propõe indicadores adaptados à gestão atual dos serviços farmacêuticos no Brasil, mas também possibilita facilmente a adaptação desse instrumento a qualquer outro contexto.

Descritores: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Implementação de Políticas; Serviços Farmacêuticos.



Resumen

Este estudio tuvo como objetivo presentar el desarrollo de dos instrumentos evaluativos - el modelo lógico y la matriz de juicio - diseñados para medir el nivel de implementación de los Servicios Farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud – APS en Brasil. Los datos del estudio fuente "*Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um Recorte nas Regiões do Projeto Qualisus-Rede*" desarrollado por el Ministerio de Salud (BR) y el Banco Mundial de 2013 a 2015 se utilizaron como asesor en la construcción de los instrumentos. El modelo lógico implicó la adaptación de un modelo preexistente, análisis crítico del estudio fuente, análisis documental y reunión con expertos. La matriz de análisis se elaboró a partir del juicio de los expertos sobre la pertinencia de cada componente del modelo lógico, lo que, junto con los datos bibliográficos, permitió formular los indicadores y otros criterios. El modelo lógico final tiene 9 componentes, 4 en la dimensión de gestión de la medicación, 4 en la gestión de la atención y 1 transversal, 22 actividades, 21 productos, 17 resultados inmediatos y 12 resultados intermedios. Los estudios evaluativos son estratégicos no sólo para la implementación de políticas farmacéuticas, sino también para la consolidación de la APS. Al describir las etapas de elaboración de un instrumento evaluativo, este estudio no sólo propone indicadores adaptados a la gestión actual de los servicios farmacéuticos en Brasil, sino que permite fácilmente la adaptación de este instrumento a cualquier otro contexto.

Palabras-claves: Evaluación em Salud; Atención Primaria de la Salud; Implementación de Políticas; Servicios Farmacéuticos.

Abstract

This study aimed to present the development of two evaluative instruments - the logic model and the judgment matrix - designed to measure the level of implementation of Pharmaceutical Services in Primary Health Care – PHC in Brazil. The source study data "*Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um Recorte nas Regiões do Projeto Qualisus-Rede*" developed by the Ministry of Health (BR) and the World Bank from 2013 to 2015 underpinned the instruments development. The logic model was based on a pre-existing model, source study data analysis, document analysis and meetings with experts. The analysis matrix was developed based on the judgment of the experts about the relevance of each component of the logic model, which, together with literature data, enabled the formulation of indicators and other criteria. The final logical model has 9 components, 4 in the medication management dimension, 4 in care management and 1 cross-cutting, 22 activities, 21 products, 17 immediate results and 12 intermediate results. Evaluative studies are strategic not only for the implementation of pharmaceutical policies but also for the consolidation of PHC. By describing the stages of elaboration of an evaluative instrument, this study not only proposes indicators adapted to the current management of pharmaceutical services in Brazil, but also easily enables the use of this instrument to any other context.

Keywords: Health Evaluation; Primary Health Care; Health Program Evaluation; Implementation research; Pharmaceutical Services.

Introdução

A Política Nacional de Medicamentos foi publicada através da Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998 do Ministério da Saúde¹ e a partir desse momento, diversos estudos avaliativos vem sendo realizados sobre intervenções ligadas à garantia de acesso a medicamentos no país. Nesse período, a Assistência Farmacêutica – AF municipal tem estado como pauta central de debate das discussões setoriais por ser considerada um desafio especial aos gestores no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS. Com o avanço da organização do SUS e da política de Atenção Primária à Saúde – APS,² temas mais relacionados ao cuidado em saúde e passaram a entrar na agenda dos

gestores. Após a instituição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF,³ os estudos voltados para os Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde – SEFAR-APS ganharam maior destaque, sobretudo o debate sobre as atividades ligadas ao cuidado farmacêutico.

Os SEFAR-APS são atividades desenvolvidas por profissional farmacêutico ou sob sua supervisão com objetivo de garantir acesso a medicamentos e seu uso racional à população. É considerado um serviço de saúde com atividades específicas e únicas que está vinculado às unidades básicas de saúde, seja física ou referencialmente. Está completamente inserido nas ações de AF municipal, da qual se diferencia por se tratar de um serviço de contato direto com a população.⁴ Os SEFAR são parte integrante da APS e sua adequada implementação e efetividade são essenciais para resolutividade do cuidado em saúde.

A execução dos SEFAR, assim como da APS, é responsabilidade dos municípios que possuem poder decisório sobre sua implementação.⁵ Características demográficas, econômicas e sociais possuem importante impacto na implementação dos serviços locais de saúde. Diante desse cenário, acredita-se que produzir estudos avaliativos sobre a implementação dos SEFAR é essencial para aumentar a compreensão o serviço e alcance de seus resultados.

O modelo lógico (MLog) e a matriz de julgamento (MJul) têm sido instrumentos comumente utilizados em estudos avaliativos, incluindo aqueles relacionados à implementação de programas e políticas farmacêuticas.⁶⁻⁸ São considerados essenciais para este tipo de estudo por serem capazes de aumentar a compreensão sobre a intervenção ou o programa e verificar se o programa em execução cumpre o planejado.⁹

O MLog permite avaliar como um programa ou intervenção deve produzir resultados desejados. Mostra as relações entre os insumos e os recursos disponíveis para criar e entregar uma intervenção, as atividades envolvidas e os resultados esperados.¹⁰ A MJul é uma ferramenta utilizada em estudos que pretendem mensurar o nível de implementação de um programa por meio de indicadores, idealmente construídos a partir de modelo lógico. O escore de cada indicador deve ser cuidadosamente construído, uma vez que o alcance ou não do indicador definirá o quanto o programa foi implementado no contexto analisado.⁹

Apesar da importância dos estudos avaliativos, uma das etapas críticas na avaliação de programas de âmbito nacional diz respeito à coleta de dados, por apresentar dificuldades operacionais com alto custo envolvido.¹¹ Assim, uma alternativa à racionalização dos esforços de avaliação é a realização de estudos a partir da análise de bancos de dados secundários derivados de projetos e estudos desenvolvidos sobre o mesmo objeto de

estudo. É menos oneroso e mais célere o desenvolvimento avaliações a partir de dados de pesquisas já realizadas.

Este estudo teve como objetivo apresentar a elaboração de dois instrumentos avaliativos – MLog e a MJul – destinados a mensurar o nível de implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Os dados são do estudo fonte “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um Recorte nas Regiões do Projeto Qualisus-Rede”. Esta pesquisa, desenvolvida pelo Ministério da Saúde e o Banco Mundial de 2013 a 2015,¹² coletou dados e informações com amplas possibilidades de análise, principalmente referentes aos SEFAR-APS. Considerando a relevância deste serviço como programa estratégico para implementação das políticas farmacêutica e para consolidação da APS, bem como a importância da realização de estudos de base nacional, acredita-se que esta pesquisa possa contribuir melhor compreensão dos SEFAR na APS e para desenvolvimento de estudos avaliativos futuros.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e metodológico.

Desenho do estudo

Este trabalho foi dividido em duas fases: (1) elaboração de modelo lógico (MLog); e (2) construção da matriz de julgamento (MJul).

Estudo Fonte

O estudo “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: Um Recorte nas Regiões do Projeto QualiSUS-Rede”, doravante aqui referido como **Estudo Fonte** foi realizado de dezembro de 2013 a julho de 2015 em 485 municípios e o Distrito Federal, pertencentes a 17 estados, distribuídos em 43 regiões de saúde que faziam parte das Regiões prioritárias do QualiSUS-Rede em 2013, e utilizou cinco instrumentos para coleta de dados.¹²

Para este artigo, foi considerado o questionário 3, aplicado para entrevistar os responsáveis pelos serviços farmacêuticos e orientar a observação direta em unidades básicas de saúde/centros de saúde/postos de saúde, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, farmácias do sistema prisional e farmácias em edificação exclusiva (medicamentos básicos/farmácia viva/programa farmácia popular/medicamentos especializados).

Procedimentos

- Modelo lógico – MLog

A elaboração do MLog envolveu: (1) análise documental e seleção de modelo lógico orientador; 2) análise detalhada do questionário 3 utilizado no estudo fonte; (3) seleção e adequação dos componentes e atividades; (4) consulta aos atores-chave; e (5) ajustes finais do MLog dos SEFAR-APS.

Foram selecionados e analisados 6 documentos sobre SEFAR-APS no Brasil, sendo três artigos,¹³⁻¹⁵ uma dissertação de mestrado¹⁶ e dois manuais do Ministério da Saúde.^{17,18} Os documentos apresentaram diferentes formas para organização e nomeação dos componentes dos SEFAR-APS. Três trabalhos^{13,14,17} organizaram os componentes segundo a nomenclatura aplicada à AF, dividindo-os em técnico-gerenciais e/ou técnico-assistenciais. Outros três estudos^{15,16,18} adotaram nomenclaturas distintas para organização dos mesmos componentes. Quanto ao provisionamento de medicamentos, notou-se uma homogeneidade na descrição das ações e na nomeação dos componentes. Todos os documentos consideraram essenciais “programação, solicitação/aquisição, armazenamento e dispensação/entrega de medicamentos”. Já os componentes ligados à promoção do uso racional de medicamento apresentaram grande variação na nomenclatura adotada; porém, todos os documentos propuseram ações voltadas para o cuidado ao usuário e envolvimento com as equipes de saúde.

A proposta selecionada para orientar a construção do MLog foi a de Pereira¹⁶ por atender os seguintes critérios: (a) familiaridade da pesquisadora principal com o MLog; (b) possuir componentes essenciais para execução de qualquer tipo de SEFAR-APS; e (c) usar uma linguagem que dialogava com as demais categorias profissionais da saúde.

A análise do questionário envolveu exploração detalhada sobre sua forma de organização, quantidade e tipos de perguntas, e identificação de núcleos temáticos. Essa imersão foi necessária para ampliar a compreensão sobre o questionário, por se tratar de instrumento de coleta de dados, construído para outro estudo, que orientaria a construção de uma nova ferramenta de avaliação expressa em MLog e MJul. O questionário continha 77 perguntas semiestruturadas distribuídas em 25 variáveis e em 3 dimensões: (i) Gestão para desenvolvimento da Assistência Farmacêutica (D1); (ii) Estrutura e condições de funcionamento da Assistência Farmacêutica (D2); e (iii) Acesso e qualidade da atenção (D3).

Foram selecionados os componentes do MLog e as atividades que possuíam relação com as perguntas do questionário e, portanto, poderiam ser consideradas viáveis à avaliação. As perguntas foram analisadas e agrupadas segundo componente, e mais especificamente, segundo atividade do MLog. Algumas perguntas do questionário, embora tivessem relação direta com um dos componentes, não apresentavam relação com qualquer atividade do MLog de Pereira.¹⁶ Tal fato ensejou a definição de novas atividades ao MLog. Ao final dessa etapa, analisou-se o conteúdo textual dos componentes e das

atividades selecionadas, com vistas à adequação, quando necessário. Esta etapa foi desenvolvida por dois autores desse estudo e o resultado encaminhado para o julgamento de atores-chave.

A seleção dos atores-chave para compor o painel de consenso levou em consideração pelo menos dois dos seguintes critérios: (i) ter participado do projeto "Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: Um Recorte nas Regiões do Projeto QualiSUS-Rede"; (ii) ser farmacêutico com mais de 2 anos de experiência em Assistência Farmacêutica na APS; (iii) ser pesquisador da área de Assistência Farmacêutica Básica (AFB); ou (iv) ser ou ter sido gestor de saúde com experiência em APS e AFB. Foram convidados seis atores-chaves, dentre eles estavam pesquisadores, farmacêuticos e gestores.

No convite para participação do painel, os atores-chave receberam informações sobre a metodologia a ser empregada. O método de consenso foi inicialmente previsto para ser realizado em dois momentos: (1) envio, por correio eletrônico, de questionário e devolução para consolidação das respostas; e (2) reunião virtual envolvendo os atores-chave para consenso final.

Após obtido seu consentimento na participação no painel, foi enviado aos atores-chave, por meio eletrônico: instruções sobre a primeira etapa, o modelo lógico adaptado e três blocos de perguntas. No bloco 1 era solicitado que fosse realizado o julgamento do MLog quanto a pertinência e relevância dos componentes assim como a adequação das dimensões aos propósitos do presente estudo. Solicitou-se que fosse apontada a relevância de cada componente em uma escala de 0 a 10. As demais perguntas solicitavam respostas dicotômicas (sim ou não). O bloco 2 apresentava as perguntas do estudo fonte já classificadas segundo componente/atividades do MLog. Nesse bloco os atores eram questionados sobre: (i) correlação da pergunta do questionário com a atividade do modelo lógico; (ii) pertinência da atividade para o modelo lógico; (iii) clareza da atividade (conteúdo); (iv) correlação da atividade ao componente do MLog. Todo o bloco solicitava respostas dicotômicas. Já no bloco 3, solicitava-se que os atores-chave avaliassem as perguntas do questionário que foram expurgadas na primeira etapa de construção do Mlog.

Os atores foram convidados para reunião virtual que foi realizada por meio do aplicativo Skype®, com duração de duas horas. A reunião foi iniciada com a obtenção de autorização para gravação. O modelo foi apresentado aos atores-chave para análise e discussão, sendo solicitado posteriormente que fossem respondidos os blocos 1 e 2.

Quanto ao bloco 1, as dimensões propostas para o MLog foram mantidas sem alterações, e julgadas como suficientes, adequadas e igualmente relevantes para descrição da intervenção – SEFAR-APS. Para cada componente foram ajustados e consensuados seus objetivos, insumos e atividades com vistas a melhor caracterizar a estrutura disponível e as

atividades previstas para alcance dos objetivos e resultados propostos.

Quanto à estrutura e organização do MLog, foi sugerido que o componente técnico “Planejamento e Gestão” fosse disposto no modelo de maneira transversal aos demais componentes, sofrendo alterações em seu objetivo primário bem como incluído um novo insumo e uma atividade.

O componente que provocou maior discussão entre os atores-chave foi “Dispensação/Entrega”, ensejando um debate rico sobre a diferença entre os dois termos. Ao final tendo em vista o exposto, optou-se pela manutenção do termo combinado “Dispensação/entrega”.

Com relação ao bloco 2, apenas as atividades/perguntas relacionadas ao componente “Dispensação/entrega” foram avaliadas e ajustadas. As demais não passaram por análise dos atores-chaves. Optou-se por priorizar a análise das perguntas vinculadas a este componente por ter sido objeto de dissenso. Os atores-chaves consideraram a atividade “entrega domiciliar de medicamentos” como irrelevante para julgamento do grau de implementação uma vez que sua execução não é essencial e balizadora para implantação dos SEFAR-APS.

Todas as ponderações apresentadas pelos atores-chave foram consensuadas, sem votação, assumindo o desempate nos casos cabíveis, com base em análise da literatura. Compareceram à reunião virtual três atores-chaves, havendo, portanto, perda de 50% dos convidados.

A última etapa de elaboração do MLog do SEFAR-APS foi caracterizada pela sua adequação à luz das considerações apresentadas pelos atores-chave.

- Matriz de julgamento (MJul)

A construção da MJul iniciou juntamente com a do MLog. A MJul foi estruturada no Microsoft Excel® e inicialmente contava com apenas 4 variáveis: “componente”, “atividade”, “pergunta” e “resposta”.

As alterações no MLog decorrentes do painel de consenso ensejaram revisão da matriz. A construção dos indicadores da MJul levou em consideração insumos e atividades de cada componente do MLog.

Os indicadores foram construídos com base no objetivo de cada atividade e na informação coletada por cada pergunta do estudo fonte. Assim, cada componente abrangeu um conjunto de atividades, sendo que cada atividade possuía pelo menos um indicador, para o qual existia pelo menos uma pergunta vinculada (Figura 1).

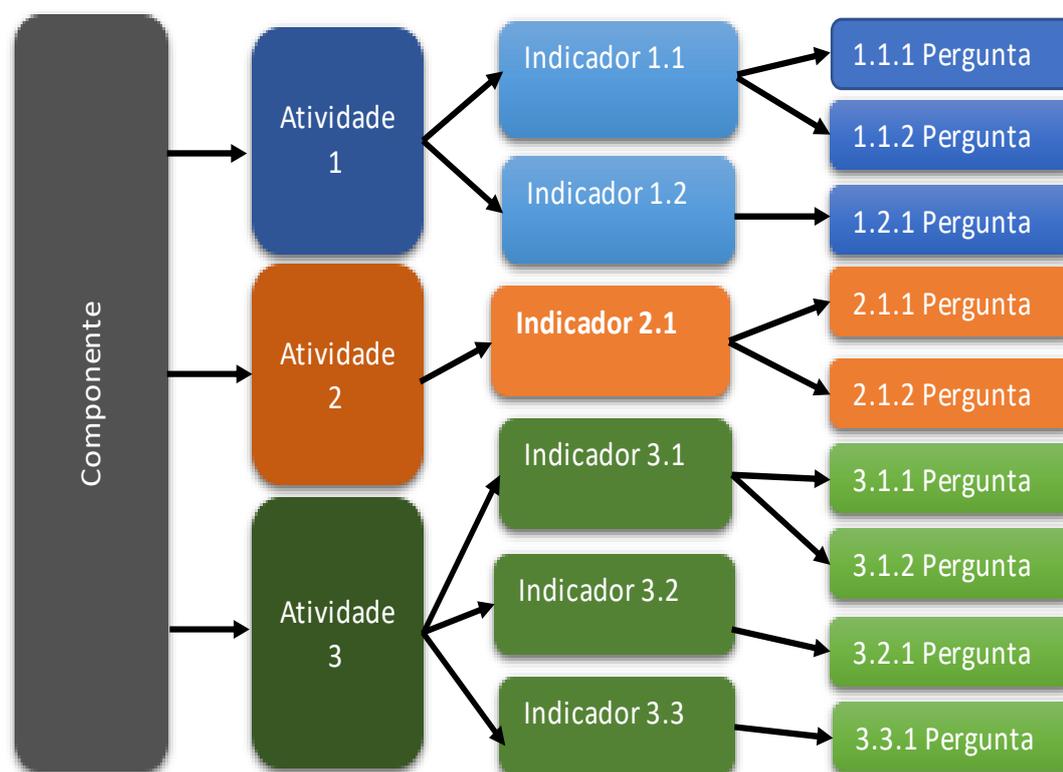


Figura 1. Estrutura Primária da Matriz de Julgamento dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde. Rio de Janeiro, Brasil
Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Para cada indicador foi atribuído um padrão, ou seja, um valor de referência mensurável representando a meta (ideal) a ser alcançada. A definição dos indicadores e seus padrões foi realizada à luz de pesquisa bibliográfica, tendo como base referências nacionais e internacionais para julgamento de desabastecimento, qualidade da gestão de estoque, infraestrutura e uso racional de medicamentos. A partir da definição dos padrões, foi possível atribuir valores de referência para os indicadores (pontos de corte). Nos casos em que não havia um padrão único, o ponto de corte foi obtido por consenso de pelo menos dois autores desse artigo. Dessa forma, para cada indicador foi atribuída uma pontuação entre 0 e 10 pontos, onde 0 correspondeu ao padrão não atingido e a pontuação máxima significa o alcance do padrão em sua plenitude. O ponto de corte de cada indicador foi definido de acordo com as respostas às perguntas vinculadas ao referido indicador. Assim, a pontuação de cada pergunta foi definida considerando o padrão do indicador e ao tipo

de pergunta: (1) resposta única; (2) dicotômica; (3) múltipla; (4) semiaberta; ou (5) encadeada.

Cada uma das variáveis resposta foram analisadas para atribuição dos pontos, sendo classificadas individualmente por meio de um código único de identificação composto pelo código da pergunta e código da resposta. Para as perguntas dicotômicas, considerou-se pontuação máxima (10) para execução completa do padrão ouro e mínima (zero) para não execução. As demais perguntas também receberam pontuação de acordo com o padrão, entretanto por possuírem maior possibilidade de respostas, sua pontuação variou entre execução do padrão, realização parcial ou não realização.

Ao todo, foram identificadas sete perguntas com resposta única, 23 dicotômicas, uma múltipla, 12 encadeadas e 25 semi-abertas.

O peso de cada componente foi elaborado a luz do julgamento dos atores-chave na reunião de consenso sobre a relevância/importância dos componentes técnicos do MLog da intervenção. Os atores-chave julgaram a relevância de cada componente, atribuindo uma pontuação em escala de 0–10, onde zero correspondia à ausência de relevância e 10 representava a maior relevância. Ao final, foi possível identificar e ranquear os componentes técnicos segundo sua relevância para os SEFAR-APS.

- Cálculo do Grau de Implementação

Esta etapa foi destinada a definição da fórmula de cálculo do grau de implementação dos SEFAR-APS nos municípios brasileiros, a partir da exploração da base de dados secundária oriunda do estudo fonte e utilização da matriz de análise construída na fase anterior. Foi considerada como unidade de análise o município e o desfecho esperado foi oferta de SEFAR-APS conforme previsto no MLog.

As informações coletadas no estudo fonte foram organizadas no Microsoft Excel®, segundo SEFAR-APS visitado (linha) e pergunta do questionário (coluna).

O cálculo para obtenção do grau de implementação foi dividido em etapas. Na primeira etapa foi realizado o cálculo da pontuação de cada pergunta vinculada aos indicadores.

A segunda etapa de cálculo correspondeu à definição da pontuação alcançada pelos indicadores. Para indicadores compostos, ou seja, aqueles que tinham mais de uma pergunta vinculada, foi realizada a média entre a pontuação obtida em cada pergunta. A pontuação máxima de cada pergunta era 10 pontos, a mesma pontuação máxima do respectivo indicador. A pontuação alcançada pelo indicador foi multiplicada pelo peso de seu respectivo componente obtendo assim sua pontuação final. Assim, a fórmula de cálculo do indicador utilizada foi a seguinte:

$$F_j = D_j * E_j$$

$$D_j = \frac{\sum_{i=1}^N P_i}{N}$$

Onde: F = escore alcançado pelo indicador; E = peso do componente; P = perguntas; i = nº de perguntas; N = total de perguntas por indicador

Na terceira etapa procedeu-se ao cálculo do grau de implementação de cada SEFAR-APS. Foi feito o cálculo da pontuação máxima esperada para cada indicador e, a partir das variáveis obtidas na etapa anterior, foi possível calcular o grau de implementação do SEFAR-APS:

$$U = \frac{\sum_{j=1}^N F_j}{\sum_{j=1}^N G_j} = \frac{\sum_{j=1}^N D_j * E_j}{\sum_{j=1}^N 10 * E_j}$$

Onde: Corre um índice j nos indicadores; G = escore esperado para o indicador

Em seguida, o cálculo do grau de implementação municipal foi realizado a partir da mediana dos valores obtidos por cada SEFAR-APS do referido município. Assim, o grau de implementação do município foi definido segundo a seguinte fórmula.

$$\text{Nível de implementação} = Me * 100$$

$$Me = U_k, k = \frac{n+1}{2} \text{ ou } k = \frac{\frac{n}{2} + \frac{n+2}{2}}{2}$$

Onde: U = valor do termo central; k = termo central na sequência de pontos de atenção; n = número de pontos de atenção

A definição dos pontos de corte para julgamento do grau de implementação dos SEFAR-APS municipal utilizou como parâmetro Modelo B proposto por Cosendey,¹⁹ sendo julgado o grau de implementação como incipiente (<25%), crítico (25–49%), insatisfatório (50–75%) e aceitável (>75%). A literatura não apresenta um padrão de pontos de cortes para avaliação dos programas, ficando a critério dos autores julgar qual melhor ponto de corte a ser utilizado.

Resultados

O MLog final (Figura 2) teve nove componentes, sendo quatro na dimensão gestão do medicamento, quatro na gestão do cuidado e um transversal, 36 insumos, 21 atividades, 20 produtos, 16 resultados imediatos e 11 resultados intermediários. O resumo das ações desenvolvidas para elaboração do MLog e da MJul é apresentado no Quadro 1.

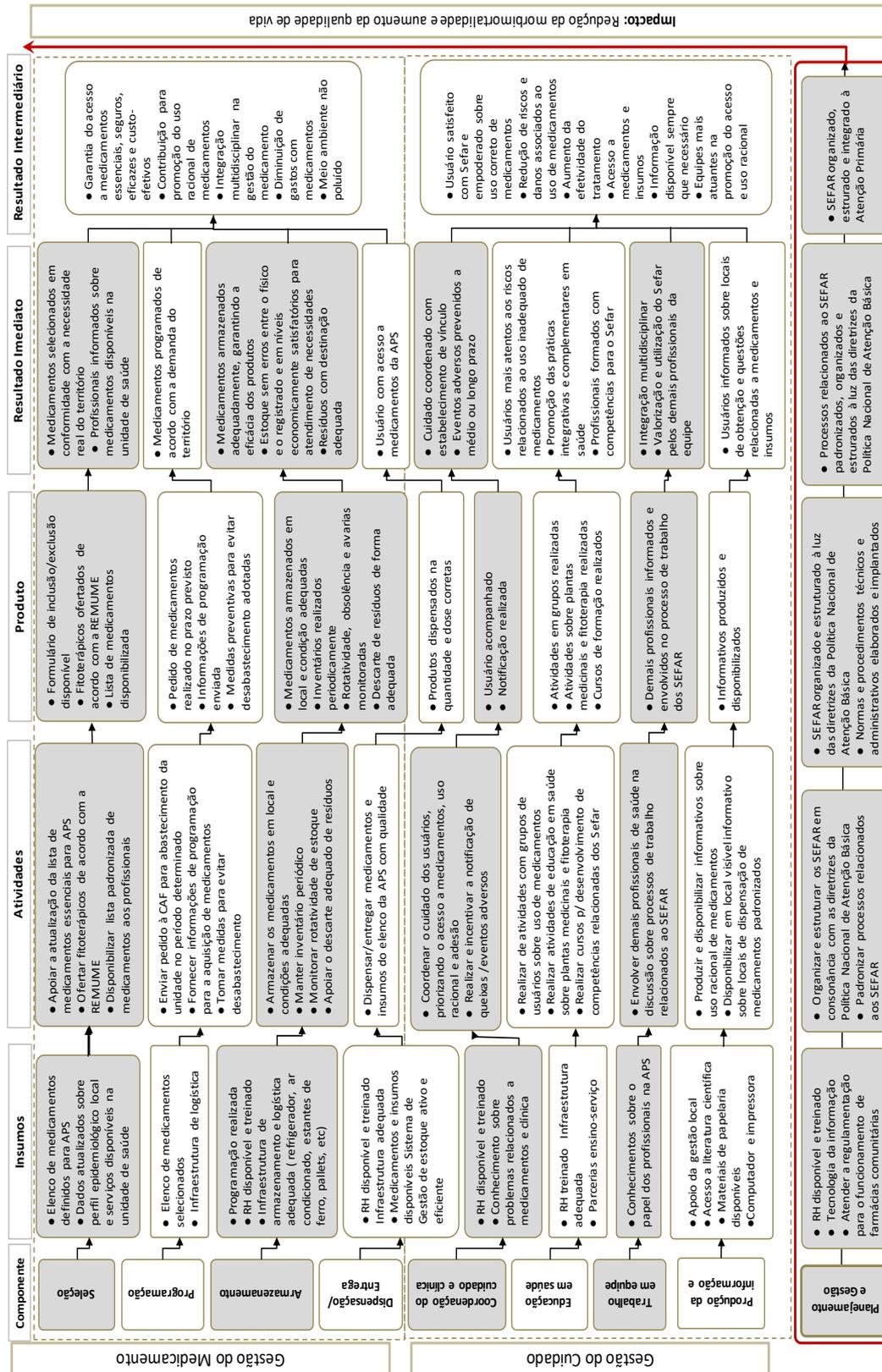


Figura 2. Modelo Lógico dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde – APS. Rio de Janeiro, Brasil

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Referência	Caminho metodológico		Ações desenvolvidas	Proposta final
Modelo Lógico: 14 componentes, 36 insumos, 67 atividades, 66 produtos, 54 resultados imediatos e 38 resultados intermediários.	<u>2ª Etapa:</u> Adequação	Modelo lógico	3 componentes, 18 insumos, 48 atividades, 46 produtos, 38 resultados imediatos e 27 resultados intermediários	Modelo Lógico: 9 componentes, 21 insumos, 21 atividades, 20 produtos, 16 resultados imediatos e 11 resultados intermediários. Base para elaboração da matriz julgamento: 68 perguntas mantidas
		Perguntas estudo fonte	3 dimensões, 25 variáveis e 10 perguntas excluídas	
Questionário fonte: 3 dimensões, 25 variáveis e 77 perguntas estruturadas	<u>3ª Etapa:</u> Consulta atores-chave	Modelo lógico	1 insumo incluído 1 atividade incluída 1 componente modificado	
		Perguntas estudo fonte	8 perguntas excluídas	
	<u>4ª Etapa:</u> Ajustes finais	Modelo lógico	1 excluída 1 atividade modificada 2 insumos incluídos	
		Perguntas estudo fonte	10 perguntas retornadas	

Quadro 1. Resumo de ações para a elaboração do modelo lógico e base para matriz de julgamento.

Rio de Janeiro, Brasil, 2020

Fonte: Adaptado de Faraco.⁷

Dos 14 componentes do MLog de Pereira,¹⁶ cinco foram mantidos, três foram excluídos, sendo eles: "Distribuição", "Visão continua e integral dos processos" e "Orientação ao Usuário" e seis foram agrupados ("Programação", "Solicitação", "Coordenação do Cuidado", "Tomada de decisões clínicas, diagnósticas e/ou terapêuticas", "Educação em Saúde, Aconselhamento e medidas de prevenção", "Educação Permanente e Formação"), em três ("Programação/solicitação", "Coordenação do cuidado e clínica farmacêutica" e "Educação em Saúde").

O componente Planejamento e Gestão foi incluído ao modelo lógico na dimensão gestão do medicamento durante a etapa de adequação modelo, porém sua disposição foi alterada pelos atores-chave. Este passou a ser, então, componente transversal do modelo cuja abrangência perpassa ambas as dimensões. Neste mesmo componente, também foi incluída a atividade "Padronizar processos relacionados ao SEFAR" e o insumo "Atender a regulamentação para funcionamento de farmácias comunitárias". Tais inclusões ensejaram a reconsideração de 10 perguntas do questionário fonte que haviam sido excluídas em etapas anteriores.

Os atores-chave concordaram com a exclusão de oito perguntas referentes a entrega domiciliar de medicamentos, o que ensejou a exclusão de uma atividade do componente “Dispensação/Entrega”.

Ao final, 48 atividades foram excluídas do MLog de Pereira,¹⁶ 12 modificadas e sete foram mantidas. Nove atividades foram incluídas durante o processo de elaboração do modelo final. A exclusão dos componentes e atividades mencionadas se deu pela impossibilidade de mensuração devido a ausência de informação no estudo fonte.

A MJul (Quadro 2) proposta possui com 43 indicadores, distribuídos entre 9 componentes. Cada componente contou com um número variável de indicadores. A matriz base utilizada para construção dos indicadores contou com 21 atividades e quatro insumos do MLog e 68 perguntas do questionário fonte.

	Indicador	Padrão	Ponto de Corte
Planejamento e Gestão	Existência de farmacêutico no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) ^{1,2}	Pelo menos 1 farmacêutico	Sim: 10 pontos; Não ou Não sei: 0 ponto
	Treinamento de equipes para utilizar equipamentos contra incêndio ¹	Equipe treinada para utilizar equipamentos contra incêndio	Sim: 10 pontos; Não ou Não sei: 0 ponto
	Existência de Infraestrutura mínima para funcionamento do Sefar ^{1,2}	Pelo menos 1 de cada: computador, telefone, impressora e internet	Sim: 10 pontos Não: 0 ponto
	Existência de licença de funcionamento, Certidão de Regularidade Técnica vigente, licença do corpo de bombeiros, afixadas em local visível ¹	Licenças vigentes e afixadas em local visível	Sim, fixado em local visível: 10 pontos Sim, não fixado em local visível: 5 pontos Não possui ou Não sei: 0 ponto
	Estabelecimento recebe visita de representante da indústria/distribuidora de medicamentos	Não receber visita de representante da indústria/distribuidora de medicamentos	Não: 10 ponto Sim ou Não sei: 0 ponto
	Realização de atividades técnicos-gerenciais e técnico-assistências pelo farmacêutico do NASF	Pelo menos 5 atividades técnicos-gerenciais e 5 técnico-assistências	Cada atividade técnico-gerencial: 2 pontos Cada atividade técnico-assistencial: 2 pontos
	Existência de Procedimentos Operacional Padrão (POP) para a atividades dos SF	Pelo menos 5 procedimentos operacionais disponíveis	Cada procedimento operacional: 2 pontos Não possui: 0 ponto
Seleção	Existência de formulário disponível para a solicitação de inclusão/exclusão de	Formulário disponível aos profissionais	Sim: 10 pontos Não ou Não sei: 0

	Indicador	Padrão	Ponto de Corte
	medicamentos na lista padronizada de medicamentos do Município		
	Oferta fitoterápico em acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	Pelo menos 8 fitoterápicos ofertados de acordo com a RENAME	Cada fitoterápico de acordo com a RENAME: 1,25 pontos Não sei ou Não oferta fitoterápico: 0 ponto
	Disponibilização de lista de medicamentos padronizada aos prescritores e demais profissionais de saúde	Lista de medicamentos padronizados impressa e disponível nos consultórios dos prescritores	Sim: 10 Não; Não sei: 0 ponto
Programação	Existência de cronograma de envio do pedido para abastecimento das unidades para a Central de Abastecimento Farmacêutica (CEAF) ²	Cronograma envio do pedido para abastecimento das unidades para a Central de Abastecimento Farmacêutica (CEAF) disponível	Sim: 10 pontos Não ou Não sei: 0 ponto
	Existência de cronograma de envio das informações de programação para aquisição de medicamentos) ²	Cronograma para envio de informações de programação disponível	Sim: 10 Não ou Não sei: 0 ponto
	Informação sobre os motivos de desabastecimento de medicamentos	Conhecer pelo menos 2 motivos para a falta de medicamentos	Problemas no mercado farmacêutico, setor de compras, ou repasses de medicamentos nas instâncias do SUS: 5 pontos; Atraso na distribuição para as Unidades, na entrega do distribuído ou com fornecedor: 5 pontos; Não sei ou Não se lembra: 0 ponto
	Ocorrência de desabastecimento de medicamentos no estabelecimento	Máximo de 10 % de itens em falta	Até 10%: 10 pontos; 10 a 20%: 5 pontos; Acima de 21%: 0 ponto
Não ocorrer ou raramente ocorrer desabastecimento de medicamentos		Raramente ou Não ocorre: 10 pontos; Às vezes: 5 pontos; Sempre, Quase sempre ou Não sei: 0 ponto	
Armazenamento	Armazenamento de medicamentos em local e condições adequados	Temperatura, luminosidade e umidade controladas; Espaço adequado, com climatização, limpo, com medicamentos longe do teto, das paredes e piso, em uso de prateleiras e suporte equivalente.	Sim: 10 pontos Não e Não sei: 0 pontos

	Indicador	Padrão	Ponto de Corte
	Existência de local específico para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial ²	Local para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial definido	Sim: 10 pontos Não: 0 ponto
	Existência de refrigerador para armazenamento de medicamentos termolábeis e controle de temperatura ²	Possuir no mínimo 1 refrigerador de uso exclusivo para armazenamento de medicamentos e realizar controle de temperatura pelo menos 1 vez ao dia	Sim, possui refrigerador com controle de temperatura exclusivo para medicamentos: 10 pontos; Refrigerador compartilhado com a vacina: 5 pontos; Compartilhado com alimentos e/ou outros produtos: 2 pontos Não possui refrigerador ou Não sei: 0 ponto
	Realização de inventário periódico ²	Inventário realizado semanalmente para medicamentos sob controle especial e mensalmente para demais medicamentos	Dos medicamentos sob controle especial: Semanalmente: 10 pontos; Quinzenalmente: 5 pontos; Acima ou Não é feito: 0 pontos Dos demais medicamentos: Até 1 mês: 10 pontos; Trimestralmente: 5 pontos; Acima ou Não é feito: 0 ponto
	Monitoramento da movimentação de estoque no estabelecimento	Monitoramento do estoque realizado com adoção medidas para evitar perda de medicamentos	Sim, estoque monitorado por Sistema informatizado: 10 pontos; Manualmente: 5 pontos; Não, Não sei ou Perde-se: 0 pontos; Não há excesso: 10 pontos
	Existência de local específico para depósito de resíduos e serviço de recolhimento implantado no estabelecimento	Local definido para depósito de resíduo e serviço de recolhimento implantado	Sim: 10 pontos; Não e Não sei: 0 pontos
Dispensação/Entrega	Dispensação/entrega realizados com orientação	Usuário orientado e medicamento dispensado/entregue pelo farmacêutico ou pela equipe de farmácia	Usuário orientado e medicamento dispensado/entregue por farmacêutico ou equipe de farmácia: 10 pontos; Por outros profissionais: 5 pontos; Não orienta ou Não sei: 0 ponto
	Informação quanto a alternativas de acesso a medicamentos	Alternativa de acesso a medicamentos no SUS proposta ao usuário	Encaminha o usuário para outra unidade ou para Programa Farmácia Popular, Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar: 5 pontos;

	Indicador	Padrão	Ponto de Corte
			Solicita o retorno posteriormente: 2,5 pontos Encaminha para uma farmácia comercial, Nenhum procedimento é adotado ou Não sei: 0 ponto
	Existência de amostra grátis de medicamentos sendo entregue aos usuários do SUS no estabelecimento	Estabelecimentos sem amostra grátis de medicamentos sendo entregue	Não existe amostra grátis no estabelecimento: 10 pontos; Entrega de amostra grátis na farmácia, no consultório ou outro local, Não sei: 0 ponto
Coordenação do Cuidado e Clínica Farmacêutica	Acompanhamento de usuário sem adesão ao tratamento	Usuários sem adesão identificados e com registro sobre dificuldade de uso de medicamentos no prontuário	Usuário identificado, com registro em prontuário manual ou eletrônico: 10 pontos; Formulário específico de adesão ou ficha de seguimento farmacoterapêutico: 8 pontos; Ficha da Farmácia: 5 pontos; Não identifica e não registra ou Não sei: 0 ponto
	Realização de seguimento farmacoterapêutico no estabelecimento	Farmacêutico realiza seguimento farmacoterapêutico	Sim, farmacêutico realiza: 10 pontos; Outros profissionais, Não ou Não sei: 0 ponto
	Existência de estratégias para melhorar a compreensão dos usuários sobre o uso de medicamentos	Pelo menos 8 estratégias	São utilizados métodos alternativos (pictogramas; desenhos ou cores), discussão do caso com farmacêutico, encaminha ao farmacêutico ou ao serviço de seguimento farmacoterapêutico, realiza contato com a equipe da APS ou convida a participar de grupo: 1,5 pontos; Realiza contato com familiar e/ou cuidador: 1 ponto Encaminha para o médico, encaminha para o enfermeiro; encaminha para o outros profissionais ou realiza contato com o Agente Comunitário; 0,5 ponto Não sei ou Não realiza nenhum procedimento: 0 ponto
	Existência de grupos prioritários com foco na APS para realização de seguimento farmacoterapêutico	Pelo menos 5 grupos prioritários	Hiperdia, Tuberculose, Hanseníase, Asma, Rinite, DST/AIDS: 2 pontos; Não sei: 0 ponto

	Indicador	Padrão	Ponto de Corte
	Existência de medidas para aumentar a adesão	Adoção de 4 medidas para promover a adesão	Busca ativa pela equipe da AF: 4 pontos; Comunica-se com a equipe de APS do usuário: 3 pontos Busca ativa pela equipe da Unidade de Saúde de referência: 2 pontos Aguarda o retorno do usuário, retira o usuário do programa, Nenhum procedimento é realizado, Não é realizada a identificação, Não sei ou não lembra: 0 ponto
	Existência de pacientes em uso de medicamentos do CEAF ²	Paciente em uso de medicamentos do CEAF com registro no estabelecimento	Sim: 10 pontos Não ou Não sei: 0 ponto
	Garantia de informação aos usuários sobre acesso CEAF	Informação prestada por farmacêutico, médico, enfermeiro e auxiliar de farmácia.	Informação prestada por farmacêutico: 5 pontos; Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar Farmácia: 2 pontos; Assistente Social; Agente Comunitário de Saúde; Técnico/Auxiliar em Enfermagem; Auxiliar Administrativo; outros: 1 ponto cada; Não; Não sei: 0 ponto
	Existência de mecanismos de informação sobre o CEAF	Informação verbal e visual sobre o CEAF ofertada	Verbalmente, Panfleto: 5 pontos; Internet: 3 pontos; Protocolos clínicos, Cartaz: 2 pontos; Não sei ou outros: 0 ponto
	Realização de visitas domiciliares ²	Visitas domiciliares realizadas por farmacêutico	Sim: 10 pontos Não; Não sei: 0
	Uso de medicina baseada em evidência no acompanhamento de usuários	Uso de protocolos clínicos no acompanhamento dos usuários	Sim: 10 pontos Não; Não Sei: 0 ponto
	Existência de fluxo para a notificação de queixa e/ou evento adverso de medicamento no Município	Notificação de queixa / eventos adversos realizada e com fluxo para encaminhamento bem estabelecido	Notificação é realizada e encaminhada para Nível central da AF ou NOTIVISA: 10 pontos; Vigilância em Saúde: 8 pontos; Não recebe notificação, Nenhum ou Não sei: 0 ponto
	Nº de notificações de queixas/eventos realizados no último ano	Pelo menos 10 notificações realizados no último ano	Acima de 10: 10 pontos; 1 a 9 notificações: 5 pontos; Nenhuma: 0 ponto

	Indicador	Padrão	Ponto de Corte
Educação em saúde	Existência de atividades com grupos de usuários sobre uso de medicamentos	Atividade de grupo sobre uso de medicamentos realizada por farmacêutico e demais profissionais	Atividade de grupo realizada por farmacêutico: 5 pontos; Médico: 3 pontos; Enfermeiro: 2 pontos; Não realizada atividade de grupo; Não sei: 0 ponto
	Existência de atividade de educação em saúde sobre plantas medicinais/fitoterapia	Atividade de educação em saúde sobre plantas medicinais/ fitoterapia realizada por farmacêutico e demais profissionais	Atividade de educação em saúde sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos realizada por farmacêutico: 5 pontos; Médico, Enfermeiro, auxiliar de farmácia: 3 pontos; Agente comunitário/auxiliar de enfermagem: 2 pontos; Não realizada atividade de grupo; Não sei: 0 ponto
	Participação em cursos de educação continuada	Participação em cursos relacionados a Assistência Farmacêutica ou APS	Mestrado em AF:5 pontos; Especialização em Gestão da AF: 3 pontos; EaD Hórus, Hórus presencial, EaD Farmacêuticos na APS, EaD em Fitoterapia: 2 pontos; Outros na área de AF: 1 ponto; Não concluiu, Não sei ou Nenhum: 0 ponto
	Nº de capacitações realizadas pelo farmacêutico aos profissionais da equipe sobre uso racional de medicamentos	Pelo menos 12 capacitações no ano	Acima de 12: 10 pontos; 0 a 11: 5 pontos; Não sei ou Nenhuma: 0 ponto
Trabalho em Equipe	Reunião da equipe multiprofissional para discussão sobre processo de trabalho relacionados a Assistência Farmacêutica	Reunião realizada pelo menos 1 vez ao mês.	Semanal, Quinzenal ou Mensal: 10 pontos; Bimensal: 5 pontos; Trimestral: 3 pontos; Semestral: 2 pontos; Anualmente ou Eventualmente: 1 ponto; Não ou Não sei: 0 ponto
Produção da Informação e Comunicação	Disponibilidade de informativos sobre URM no estabelecimento de saúde	Material informativo sobre URM disponível aos usuários no estabelecimento de saúde	Sim: 10 pontos Não ou Não sei: 0 ponto
	Disponibilização de informativo sobre locais de obtenção de medicamentos padronizados	Informativo disponível sobre locais de entrega/dispensação de medicamentos padronizados	Sim, informação visível: 10 pontos Não ou Não sei: 0 ponto
	Utilização de fonte de informação sobre uso de medicamentos pela equipe de saúde ¹	Uso da medicina baseada em evidência como padrão para fonte de informação sobre medicamentos	Sim, Portal Saúde Baseada em Evidências; Centro de Informação sobre Medicamento; Formulário Terapêutico Nacional: 4 pontos Dicionário de

	Indicador	Padrão	Ponto de Corte
			Especialidade farmacêuticas (DEF), Bula dos medicamentos, Internet; Aplicativo de celular: 2 pontos; Não ou Não sei: 0 ponto

Quadro 2. Matriz de Julgamento dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, Brasil, 2020

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nota: APS: Atenção Primária em Saúde; AF: Assistência Farmacêutica; Rename: relação nacional de medicamentos essenciais; NASF: Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família; CEAF: Central de Abastecimento Farmacêutica. 1: Indicadores relacionados aos insumos e não a atividades do MLog; 2: Indicadores que podem não ser aplicáveis dependendo do contexto da intervenção. Sua pontuação não será contabilizada para fins de cálculo do grau de implementação.

Discussão

O MLog aqui proposto para os SEFAR-APS apresenta uma descrição abrangente sobre a intervenção esclarecendo seus componentes e resultados esperados.

Os SEFAR-APS estão previstos no contexto das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica,² Política Nacional de Medicamentos¹ e Política Nacional de Assistência Farmacêutica.²⁰ O MLog construído atende as diretrizes previstas nessas políticas, contemplando duas dimensões que juntas formam um conjunto componentes e atividade capazes de garantir acesso a medicamentos e promover seu uso racional, com vistas a redução da morbimortalidade e aumento da qualidade de vida. Sua elaboração é considerada etapa precípua no processo avaliativo, especialmente quando não há um documento oficial que apresente de forma clara as atividades essenciais da intervenção.

Desta feita, o MLog proposto neste estudo esclareceu os componentes essenciais à implementação²¹ e se apresenta como um instrumento orientador para avaliação dos SEFAR-APS. Suas atividades visam garantir o acesso a medicamentos e seu uso racional, independente do contexto e da forma de organização em que os SEFAR-APS seja executado - em farmácias em edificação exclusiva ou dentro de unidades de saúde. Os SEFAR-APS são serviços funcionalmente integrados aos estabelecimentos de saúde e buscam garantir atenção integral, integrada e contínua atendendo as necessidades e problemas de saúde da população.²²

A submissão do MLog à análise de pares, além de dialogar com uma pequena parte da comunidade científica, demonstrou consistência no delineamento do modelo e apontou para uma questão interessante a sobre relevância dos componentes dos SEFAR-APS. Para os atores envolvidos no consenso, os componentes apresentam relevância equivalente, não havendo nenhum componente considerado de extrema importância frente aos demais.

Durante a consulta aos atores-chave, foram apresentadas considerações sobre a legislação nacional que define a dispensação como ato privativo do farmacêutico, não podendo ser assim nomeado quando realizado por outros profissionais, inclusive auxiliares de farmácia. Para o Conselho Federal de Farmácia (resolução nº 585, 2013) a dispensação exige do farmacêutico formação clínica, haja vista a necessidade de avaliar a prescrição, correlacionar os medicamentos prescritos/ não prescritos com as condições de saúde e características do paciente, além de considerar outros fatores que podem interferir no resultado do tratamento e na segurança do paciente.²³ Entretanto, a literatura internacional não apresenta distinção entre os termos Dispensação e Entrega. Além disso, nível de desenvolvimento do SUS entre os municípios, regiões e estados brasileiros é muito variável, sendo muito diversa a conformação da rede de prestação de serviços, a organização da Assistência Farmacêutica e prestação dos SEFAR. O acesso aos medicamentos em muitas unidades de saúde do SUS ou farmácias não é realizado por meio de farmacêuticos, mas sim por técnicos e auxiliares e pessoal do nível administrativo. Diante disso, considerou-se a manutenção de ambos os termos.

Com relação a atividade “entrega domiciliar de medicamentos”, foi considerada uma ação facultativa e aplicável em situações de pacientes com múltiplas morbidades cujo deslocamento até a unidade de saúde esteja prejudicado. Entretanto, este serviço demanda infraestrutura de serviços e recursos humanos, pois além de requerer um sistema eficiente de entrega é necessária a conjugação de visita domiciliar por profissional de saúde para que seja realizado o atendimento de maneira integral.

A construção da MJul a partir da base de dados de um estudo pré-existente pode ser considerada um desafio metodológico, pois é necessário ajustar os desejos do avaliador às possibilidades do banco de dados. Esse trabalho exige do avaliador um exercício metodológico cuidadoso e exaustivo para que se construa uma matriz capaz de responder as perguntas avaliativas mesmo diante das limitações apresentadas. Foi necessário cautela na elaboração dos indicadores; foram adotados padrões já consagrados e que respondessem as atividades esperadas para a intervenção. Estudos deste tipo^{7,24} tratam da elaboração de um instrumento confiável e profícuo que possa ser utilizado por pesquisadores e gestores.

Cabe ressaltar que a etapa mais exaustiva durante a construção da matriz foi a definição dos padrões e atribuição da pontuação tendo em vista a diversidade de variáveis do estudo fonte. O exercício de pontuar cada variável levando em consideração o padrão do indicador e as possibilidades de resposta exigiu uma análise pormenorizada de cada variável em cada indicador para que a definição a pontuação de fato traduzisse cada uma das observações realizadas no SEFAR em juízo de valor.

A definição dos indicadores exigiu muita clareza sobre os objetivos da intervenção e estrutura do banco de dados.

Os indicadores do **Planejamento e Gestão**, componente transversal, pretendem aferir aspectos gerais, presentes em ambas as dimensões do MLog. Contemplam características físicas, documentais e humanas capazes de indicar o cuidado dos gestores com o planejamento e organização dos SEFAR-APS durante sua implementação. Esse processo envolve conhecimentos sob legislação aplicada, infraestrutura física e alocação de recursos materiais e humanos.²⁵ Trata-se portanto de responder ao principal desafio logístico dos gestores : manter o menor estoque possível e, simultaneamente, permitir que medicamentos selecionados e de alta qualidade estejam prontamente disponíveis para consumo, tudo isso ao menor custo.²⁵

Os indicadores ligados à **Seleção** estão relacionados à disponibilidade da lista de medicamentos ofertados no município e existência de mecanismo capaz de possibilitar a participação de profissionais na atualização da lista de medicamentos essenciais. A seleção é processo sistemático que permite escolher medicamentos relevantes para a saúde, dentre os produtos já aprovados e regulados no país. No contexto da APS, o elenco de medicamentos deve atender a condições de saúde do primeiro nível de atenção. A lista de medicamentos do município deve se basear na lista existente no âmbito nacional ou estadual. O envolvimento dos profissionais de saúde na seleção de medicamentos promove a corresponsabilização com a promoção do acesso e estimula a redução do uso de medicamentos desnecessários e sem qualidade. Os medicamentos selecionados para APS devem ser incorporados com base em evidências científicas, estudos de segurança e farmacoeconomia. Assim, a seleção, para ser válida e confiável cientificamente, deve estar fortemente baseada em evidências contemporâneas robustas. Deve também ser eticamente orientada, portanto independente e isenta de conflito de interesse, a fim de gerar a credibilidade necessária para sua adesão pelos profissionais de saúde. A prescrição de medicamentos que estão fora do elenco de medicamentos disponíveis na APS pode significar submeter os usuários a riscos relacionados a efetividade do tratamento e prejudicar a adesão.²⁶

No componente **Programação** os indicadores têm por objetivo verificar o cumprimento de requisitos mínimos para garantir a disponibilidade dos medicamentos em quantidades e tempo adequados. A programação visa atender as necessidades de uma população-alvo e envolve, não apenas estimar quantidade de produtos, mas também levar em consideração fatores de contexto como, capacidade de armazenamento, período de ressuprimento, recursos financeiros e humanos disponíveis e a capacidade de entrega do

serviço. A qualidade das informações disponíveis deve guiar a escolha dos métodos mais adequados para realização da programação.²⁵

Os indicadores de **Armazenamento** estão relacionados à capacidade do serviço de garantir a qualidade do medicamento, evitar desperdício e danos ambientais devido a perdas evitáveis. Os SEFAR-APS devem seguir as Boas Práticas de Armazenamento (BPA), cumprindo requisitos básicos definidos pela legislação sanitária nacional e manuais internacionais.²⁷

A **Dispensação/entrega** é uma atividade de ligação entre a dimensão gestão técnica do medicamento e gestão do cuidado por conjugar aspectos de manejo com o medicamento e interação direta com o usuário.²⁸ Na MJU, dois dos indicadores pretendem verificar se o SEFAR-APS presta orientação aos usuários no momento da entrega do medicamento. O terceiro indicador pretende verificar o cumprimento das premissas da dispensação no SUS de garantir acesso a medicamentos essenciais e de qualidade. Com base em estudo transversal de representatividade nacional, Leite *et al.*²⁹ caracterizou a dispensação de medicamentos na APS do Brasil. Ele observou que entre os responsáveis pela dispensação, 87,4% afirmaram informar sobre o modo de uso dos medicamentos sempre ou repetidamente, e 18,1% afirmaram desenvolver algum tipo de atividade clínica.

Os indicadores relacionados a **Coordenação do Cuidado e Clínica farmacêutica** pressupõe a mensuração das ações de clínica farmacêutica e do acompanhamento do usuário e de suas questões relacionadas a medicamentos. Firmino *et al.*³⁰ realizaram estudo clínico onde investigaram a influência do Cuidado Farmacêutico na resistência cardiovascular em hipertensos atendidos em uma UBS de Fortaleza (Ceará). O grupo intervenção (GI) recebeu seguimento farmacoterapêutico de nove meses e o grupo controle (GC) recebeu assistência tradicional. Observou-se redução estatisticamente significativa nas taxas de resistência cardiovascular e nos níveis de pressão arterial no GI, enquanto no GC não houve alteração significativa. Identificaram-se 151 problemas relacionados a medicamentos e foram realizadas 124 intervenções farmacêuticas, das quais 89,2% resultaram em solução/prevenção dos problemas.

As atividades de **Educação em Saúde** estão previstas na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB e sua realização pelos SEFAR-APS deve ser feita por meio de ações na comunidade ou com usuários voltadas ao debate sobre uso de medicamentos, sejam alopáticos ou não. Além disso, deve envolver também atividades de formação do farmacêutico e de seus auxiliares bem como a capacitação dos demais profissionais para atuação junto a promoção do uso racional de medicamentos. A Lei n. 1.3021 de 2014 que dispõe sobre o exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas prevê inúmeras estratégias de educação em saúde, entre as quais: realização de oficinas em escolas ou

dentro das unidades de saúde; participação de grupos educativos da equipe multidisciplinar.³¹

O indicador de **Trabalho em Equipe** pretende verificar o envolvimento dos demais profissionais da APS com o SEFAR-APS. O trabalho em equipe também está previsto pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB² e representa uma das mudanças de atitude para os SEFAR-APS apontadas por organismos internacionais e MS. Acredita-se que a integração dos profissionais e seu envolvimento com a organização do Sistema de Saúde possa aumentar a efetividade e reduzir o tempo destinado a resolução de problemas. Além disso, a integração da equipe melhora o aspecto inter-relacional no ambiente de trabalho, aumentando a satisfação do trabalhador e, por consequência, do usuário.³²

Por fim, a **Produção da Informação e Comunicação** nos serviços de saúde é um dos aspectos considerados estratégicos do ponto de vista da gestão e da consolidação da intervenção. Segundo a literatura,^{4,29} as ações farmacêuticas devem atender as boas práticas e seguir a medicina baseada em evidência para prevenção de danos e promoção da saúde, com vistas ao alcance da diminuição da morbimortalidade e qualidade de vida dos usuários. Os resultados devem ser alvo de estudos e fonte de informações para o sistema de saúde com vistas a consolidação do SEFAR-APS e ao fortalecimento da relação farmacêutico-paciente e farmacêutico-prescritor. Além disso, o uso de materiais informativos auxilia os usuários no autocuidado orientado e na automedicação responsável. Assim, seus indicadores pretendem mensurar a disponibilidade de informações sobre uso racional de medicamentos, acesso a medicamentos e a utilização da medicina baseada em evidência.³³

Limitações

Construir instrumentos avaliativos a partir de estudos já realizados implica em limitações relacionadas à modelagem da intervenção. A utilização de dados de pesquisas anteriores para delineamento de instrumentos avaliativos pode implicar na dificuldade de contemplar componentes e de atividades do MLog em decorrência das possibilidades permitidas pelo estudo fonte. Nestes casos, a construção do MLog fica restrita ao escopo de perguntas e dados já coletados pelo estudo fonte, sem muita flexibilidade para elaborar um modelo avaliativo amplo. No caso específico deste estudo, a ausência de perguntas no estudo fonte sobre a participação direta do farmacêutico na rede assistencial, no delineamento e implantação dos processos assistências, e seu envolvimento com as ações de controle social indica que alguns estudos sobre os SEFAR-APS ainda não consideram tais atividades como essenciais.

Quanto a reunião de consenso, algumas medidas poderiam ter sido tomadas para reduzir as intercorrências durante o método como a realização de um pré-teste dos documentos para verificar sua aceitabilidade, compreensão, clareza e tempo para análise e resposta. Contudo, a reunião de consenso teve um papel relevante na validação do MLog e suas contribuições foram extensivas a construção da matriz de julgamento.

Cabe mencionar que a saída desses componentes, segundo julgamento dos atores-chaves, não prejudicou a representação do SEFAR-APS uma vez que os componentes considerados essenciais foram mantidos.

Considerações Finais

Em meio a avanços, mas também retrocessos, inúmeros desafios continuam colocados para assegurar a perenidade de políticas que assegurem o efetivo acesso e uso racional de medicamentos à população.³⁴ Nesse sentido, os SEFAR-APS são particularmente importante, tendo em vista que a APS é entendida como eixo estruturante e porte de entrada do Sistema Único de Saúde. No entanto, a expansão acelerada da APS nas últimas décadas no Brasil não foi acompanhada de uma avaliação e monitoramento sistemático dos serviços farmacêuticos na sua perspectiva mais integral, considerando elementos do cuidado.³⁶ Algumas iniciativas tem sido empreendidas com o propósito de preencher essa lacuna, mas são ainda escassas ou muito locais.⁷ Nesse sentido, esta metodologia aqui descrita apresenta uma contribuição os estudos de avaliação orientados para a gestão e governança em saúde pública no âmbito dos SEFAR-APS. Ao descrever as etapas de elaboração de um instrumento avaliativo, o presente estudo não apenas propõe indicadores adaptados à gestão atual dos SEFAR-APS no Brasil, mas também possibilita facilmente a adaptação desse instrumento a qualquer outra realidade tanto no nível local, quanto nacional e mesmo internacional.

Construir instrumentos capazes de julgar os SEFAR-APS, mesmo diante da diversidade das formas de implementação, é extremamente necessário e urgente por serem consideradas ferramentais úteis aos gestores no apoio a tomada de decisão. Neste sentido, embora o de modelo lógico e matriz de julgamento pareçam estruturas fixas e engessadas, eles se mostram instrumentos capazes de expressar a intervenção de maneira objetiva e emitir julgamento de valor.

Pensar a intervenção junto aos atores-chaves proporcionou debate sobre pontos nefrálgicos da teoria da intervenção, que passaram a ser analisados de maneira mais cuidadosa durante a construção da matriz. O debate sobre modelos lógicos dos SEFAR-APS contribui para formação entendimentos sobre componentes essenciais da intervenção e

colabora para melhor compreensão da intervenção, mesmo considerando as particularidades de cada contexto.

É importante destacar que a elaboração de modelos e matrizes se justificam como etapa preparatória para uma avaliação inclusive apoiando a decisão quanto à sua pertinência, seu foco e sua tempestividade. O presente trabalho relatou a metodologia de construção modelos e matrizes a partir de uma pesquisa já realizadas, apresentando a trajetória percorrida nesse processo. Tendo em vista a grande relevância deste tipo de estudo para a pesquisa avaliativa, acreditamos que nosso relato possa contribuir para desenvolvimento de ferramentas de análise para pesquisas na área da saúde.

Contribuição autoral

NC Pereira, VL Luiza e KS Costa participaram da concepção, planejamento, análise, interpretação, redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo intelectual; LVP Mendes participou da redação e revisão crítica do conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova Política Nacional de Medicamentos [Internet]. Brasília, DF: MS; 1998[citado 16 set. 2017]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017[citado 25 jun. 2021]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Ministério da Saúde (BR). Práticas Farmacêuticas no núcleo de apoio à saúde da família (Nasf AB). Brasília, DF: MS; 2018[citado 8 maio 2019]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/praticas_farmaceuticas_nasfab.pdf
4. Pereira NC, Luiza VL, Cruz MM. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. *Saude Debate*. 2015;39(105):451-68.
<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002013>.

5. Viana ALÁ, Machado CV. Federative coordination and decentralization: Brazilian experience in health. *Cien Saude Colet.* 2009;14(3):807-17. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000300016>.
6. Rodrigues PS, Cruz MS, Tavares NUL. Avaliação da implantação do Eixo estrutura do programa nacional de qualificação da assistência farmacêutica no SUS. *Saude Debate.* 2017;41(spe):192-208. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S15>.
7. Faraco EB, Rover MM, Farias MR, Leite SN. Desenvolvimento de um protocolo de indicadores para avaliação nacional da capacidade de gestão da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde. *Rev Adm Saude.* 2020;20(78):e204. <https://doi.org/10.23973/ras.78.204>.
8. Barbosa MM, Garcia MM, Nascimento RCRM, Reis EA, Guerra Junior AA, Acurcio FA, et al. Avaliação da infraestrutura da assistência farmacêutica no sistema único de saúde em Minas Gerais. *Cien Saude Colet.* 2017;22(8):2475-86. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.10952017>.
9. Bezerra LCA, Alves CKA, Reis YAC, Samico I, Felisberto E, Carvalho ALB, et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Cien Saude Colet.* 2012;17(4):883-900. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400011>.
10. Anderson LA, GwaltneyMK, Sundra DL, Brownson RC, Kane M, Cross AW, et al. Using concept mapping to develop a logic model for the prevention research centers program. *Prev Chronic Dis.* 2006[citado 14 set 2021];3(1):1-9. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/jan/05_0153.htm
11. Jones C, Gannon B, Wakai A, O'Sullivan R. A systematic review of the cost of data collection for performance monitoring in hospitals. *Syst Rev.* 2015;4:38. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0013-7>.
12. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no sistema único de saúde em regiões de saúde. *Cien Saude Colet.* 2017;22(4):1181-91. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27042016>
13. Rodrigues FF, Aquino R, Medina MG. Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde no cuidado ao paciente com tuberculose. *Saude Debate.* 2018;42(spe 2):173-87.

14. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no sistema único de saúde em regiões de saúde. *Cienc Saude Colet.*2017;22(4):1181-91. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27042016>
15. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Panamazonica Saude.* 2011;2(3):41-9. <http://doi.org/10.5123/S2176-62232011000300006>.
16. Pereira NC. Monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde: buscando a qualificação da gestão [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
17. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do sistema único de saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2009[citado 20 abr 2019]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://farmacia.ufba.br/sites/farmacia.ufba.br/files/diretrizes_de_farmacias_no_sus.pdf
18. Ministério da Saúde (BR). Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2014[citado 20 abr 2019]. (Cuidado farmacêutico na atenção básica Caderno 1). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf
19. Cosendey MAE, Hartz ZMA, Bermudez JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cad Saude Publica.* 2003;19(2):395-406. <http://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000200006>.
20. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. Brasília, DF: MS; 2004.
21. W.K. Kellogg Foundation. Logic model development guide: using logic models to bring together planning, evaluation, and action. Battle Creek: W.K. Kellogg Foundation; 2004.
22. Pan American Health Organization. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D: PAHO; 2013[citado 20 abr 2019]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3193>
23. Conselho Federal de Farmácia (BR). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília, DF: CFF; 2016.

24. Ferreira GSA, Salgado Junior W, Costa AL. Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS. *Saude Debate*. 2019;43(123):1003-14.
25. Guerra Júnior AA, Camuzi RC. Logística farmacêutica. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castillo SR, Oliveira MA, Jaramillo NM, editores. *Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2014. p. 89-118.
26. Wannmacher L. Seleção de medicamentos. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castillo SR, Oliveira MA, Jaramillo NM, editores. *Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2014. p. 79-87.
27. Ali SA, Ali SA, Suhail N. Importance of storing medicines on required temperature in pharmacies and role of community pharmacies in rural areas: literature review. *i-manager's J Nurs*. 2016;6(2):32-42. <http://doi.org/10.26634/jnur.6.2.6045>.
28. Sartor VB, Freitas SFT. Modelo para avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica à saúde. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):827-36. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005135>.
29. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F, et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. *Rev Saude Publica*. 2017;51(suppl 2):11s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007121>.
30. Firmino PYM, Vasconcelos TO, Ferreira CC, Moreira LM, Romero NR, Dias LA, et al. Cardiovascular risk rate in hypertensive patients attended in primary health care units: the influence of pharmaceutical care. *Braz J Pharm Sci*. 2015;51(3):617-27. <https://doi.org/10.1590/S1984-82502015000300013>.
31. Conselho Federal de Farmácia (BR). Lei n. 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília, DF]: CFF; 2014.
32. Ivama-Brummell AM, Junior DL, Sakai MH. Recursos humanos para assistência farmacêutica no sistema único de saúde. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castillo SR, Oliveira MA, Jaramillo NM, editores. *Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2014. p. 69-68.
33. Castilho SR, Heleodoro NM. Informação de Medicamentos. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castillo SR, Oliveira MA, Jaramillo NM, editores. *Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2014. p. 135-43.

34. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA, et al. Pharmaceutical services and comprehensiveness 30 years after the advent of Brazil's unified health system. *Cien Saude Colet.* 2018;23(6):1937-49.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>.
35. Santos RI. *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro [tese]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.

Minicurrículo

Natália Cano Pereira | <https://orcid.org/0000-0001-7932-2835>
<http://lattes.cnpq.br/5607637483863390>

Vera Lucia Luiza | <https://orcid.org/0000-0001-6245-7522>
<http://lattes.cnpq.br/5695431457826528>

Luiz Villarinho Pereira Mendes | <https://orcid.org/0000-0002-9027-0287>
<http://lattes.cnpq.br/0334275752105707>

Karen Sarmiento Costa | <https://orcid.org/0000-0002-2218-6024>
<http://lattes.cnpq.br/2525225235696202>