UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

IZABEL PEREIRA DE ASSIS

DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MINAS GERAIS: PERCEPÇÕES DE GESTORES MUNICIPAIS

UBERABA

2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

IZABEL PEREIRA DE ASSIS

DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MINAS GERAIS: PERCEPÇÕES DE GESTORES MUNICIPAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional - PROFIAP, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Professor Doutor Luan Augusto Alves Garcia.

UBERABA

2026

Catalogação na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

A865d

Assis, Izabel Pereira de
Descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica em Minas Gerais: percepções de gestores municipais / Izabel Pereira de Assis. -- 2026.
176 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2026
Orientador: Prof. Dr. Luan Augusto Alves Garcia

1. Farmácia. 2. Farmácia - Planejamento. 3. Medicamentos. 4. Descentralização na administração. 5. Saúde pública. 6. Política de saúde. I. Garcia, Luan Augusto Alves. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 615.1

Cicera Daniele da Silva - Bibliotecária - CRB-6/3012

IZABEL PEREIRA DE ASSIS

DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MINAS GERAIS: PERCEPÇÕES DE GESTORES MUNICIPAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Uberaba, 17 de agosto de 2026

Banca Examinadora:

Dr. Luan Augusto Alves Garcia – Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dr. Vinícius de Souza Moreira
Universidade Federal de Alfenas

Dra. Bethania Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado eletronicamente por **Luan Augusto Alves Garcia**, **Usuário Externo**, em 18/08/2026, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 e no art. 34 da Portaria Reitoria/UFTM nº 215, de 16 de julho de 2024.

Documento assinado eletronicamente por **Vinicius de Souza Moreira**, **Usuário Externo**, em 18/08/2026, às 15:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 e no art. 34 da Portaria Reitoria/UFTM nº 215, de 16 de julho de 2024.

Documento assinado eletronicamente por **BETHANIA FERREIRA GOULART**, **Professor do Magistério Superior**, em

19/08/2026, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 e no art. 34 da Portaria Reitoria/UFTM nº 215, de 16 de julho de 2024.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.uftm.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1828680** e o código CRC **659D074C**.

RESUMO

Objetivo da pesquisa: Analisar as percepções de gestores municipais da Assistência Farmacêutica sobre a implementação da descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais, identificando desafios, benefícios e oportunidades desse processo sob a perspectiva da gestão pública municipal. **Enquadramento teórico:** O estudo insere-se na linha de pesquisa de Políticas Públicas, ao abordar a implementação de uma política pública de saúde no âmbito municipal, articulando descentralização, governança interfederativa, capacidades administrativas municipais e gestão da Assistência Farmacêutica. Contribui para a linha ao evidenciar como gestores locais percebem a transferência de responsabilidades, os apoios institucionais, os fluxos operacionais e os efeitos da política no cotidiano da administração pública. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, de métodos mistos, desenvolvido em duas etapas integradas sequencialmente, realizado no estado de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2025 e maio de 2026. Na etapa quantitativa, foram elaborados e submetidos à validação de conteúdo, por juízes especialistas, o questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos gestores e o roteiro norteador destinado à etapa qualitativa. A validação considerou critérios de objetividade, simplicidade, clareza, relevância e adequação da linguagem, sendo calculado o Índice de Validade de Conteúdo, com ponto de corte igual ou superior a 0,80. Os resultados dessa etapa subsidiaram os ajustes e a definição da versão final do roteiro utilizado na etapa qualitativa. Nesta etapa, participaram três gestores municipais, sendo realizada uma sessão de grupo focal com dois participantes e uma entrevista semiestruturada com um participante, ambas conduzidas com o mesmo roteiro norteador. O material empírico foi transcrito, organizado e submetido à análise temática, com identificação de núcleos de sentido, agrupamento em categorias empíricas e interpretação dos achados à luz do referencial teórico. **Resultados:** A validação indicou adequação dos instrumentos para utilização com gestores municipais, com ajustes pontuais decorrentes das contribuições dos juízes. Na etapa qualitativa, os achados demonstraram que a descentralização foi percebida como estratégia capaz de aproximar o serviço dos usuários, ampliar a autonomia municipal, favorecer a comunicação com prescritores e possibilitar maior organização local dos fluxos de atendimento. Entretanto, sua implementação exigiu reorganização concreta

da Assistência Farmacêutica municipal, envolvendo adequação de estrutura física, ampliação e qualificação de equipe, aquisição de equipamentos, redefinição de rotinas e incorporação de novas responsabilidades administrativas. Os gestores relataram diferenças entre o apoio técnico regional, percebido como mais próximo e resolutivo, e decisões do nível central estadual, por vezes avaliadas como verticalizadas e pouco sensíveis à realidade municipal. Também foram identificados desafios relacionados à burocratização da rotina operacional, ao excesso de documentos, à duplicidade de registros, à necessidade de digitalização de processos, à pouca integração entre sistemas e registros, ao financiamento e à indefinição de responsabilidades entre os entes federativos. Apesar desses limites, os participantes reconheceram ganhos relacionados à ampliação do acesso, à proximidade com usuários e prescritores, à autonomia local e à maior responsabilização municipal pelo cuidado farmacêutico. **Originalidade/relevância:** A pesquisa é relevante por analisar a descentralização a partir da perspectiva dos gestores municipais que vivenciam sua implementação, contribuindo para preencher lacuna sobre as condições concretas de operacionalização dessa política no âmbito local. **Contribuições práticas:** Os impactos são potenciais, nas áreas científica, organizacional, prática, societal e de políticas públicas, ao subsidiar recomendações para capacitação, planejamento, organização dos fluxos, aprimoramento dos sistemas de informação e fortalecimento da governança local. Com base nos achados, foi elaborado um Relatório Técnico Conclusivo contendo uma matriz orientadora destinada a apoiar o planejamento, a implantação, o acompanhamento e o aprimoramento da descentralização do CEAF em municípios mineiros.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; descentralização administrativa; gestão em saúde; políticas públicas.

ABSTRACT

Research objective: To analyze the perceptions of municipal Pharmaceutical Services managers regarding the implementation of the decentralization of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance in Minas Gerais, identifying challenges, benefits, and opportunities associated with this process from the perspective of municipal public management. **Theoretical framework:** The study is situated within the Public Policies research line by addressing the implementation of a public health policy at the municipal level and articulating decentralization, interfederative governance, municipal administrative capacities, and Pharmaceutical Services management. It contributes to this research line by showing how local managers perceive the transfer of responsibilities, institutional support, operational workflows, and the effects of the policy on the daily routine of public administration. **Methodology:** This was a descriptive mixed-methods study conducted in two sequentially integrated stages in the state of Minas Gerais. Data collection took place between August 2025 and May 2026. In the quantitative stage, a sociodemographic and professional characterization questionnaire for managers and a guiding script for the qualitative stage were developed and submitted to content validation by expert judges. Validation considered the criteria of objectivity, simplicity, clarity, relevance, and language adequacy, and the Content Validity Index was calculated using a cutoff point of 0.80 or higher. The results of this stage supported adjustments and the definition of the final version of the script used in the qualitative stage. Three municipal managers participated in this stage. One focus group session was conducted with two participants, and one semi-structured interview was conducted with one participant, both using the same guiding script. The empirical material was transcribed, organized, and subjected to thematic analysis, including the identification of meaning units, their grouping into empirical categories, and interpretation of the findings in light of the theoretical framework. **Results:** The validation indicated that the instruments were appropriate for use with municipal managers, with specific adjustments resulting from the contributions of the expert judges. In the qualitative stage, the findings showed that decentralization was perceived as a strategy capable of bringing services closer to users, increasing municipal autonomy, improving communication with prescribers, and enabling greater local organization of care workflows. However, its implementation required concrete reorganization of municipal Pharmaceutical Services, including

adaptation of physical infrastructure, expansion and qualification of staff, acquisition of equipment, redefinition of routines, and incorporation of new administrative responsibilities. Managers reported differences between regional technical support, perceived as closer and more responsive, and decisions made at the central state level, which were sometimes viewed as top-down and insufficiently sensitive to municipal realities. Challenges were also identified regarding bureaucratization of operational routines, excessive documentation, duplication of records, the need for process digitalization, limited integration between information systems and records, financing, and unclear responsibilities among the federative entities. Despite these limitations, participants recognized gains related to expanded access, greater proximity to users and prescribers, local autonomy, and increased municipal accountability for pharmaceutical care. **Originality/relevance:** The study is relevant because it analyzes decentralization from the perspective of municipal managers who directly experience its implementation, contributing to filling a gap regarding the concrete conditions under which this policy is operationalized at the local level. **Practical contributions:** The potential impacts span scientific, organizational, practical, societal, and public policy domains by supporting recommendations for training, planning, workflow organization, improvement of information systems, and strengthening of local governance. Based on the findings, a Final Technical Report was developed containing a guiding matrix designed to support the planning, implementation, monitoring, and improvement of CEAF decentralization in municipalities in Minas Gerais.

Keywords: pharmaceutical services; medicines of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance; administrative decentralization; health management; public policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dimensões conceituais e níveis de estruturação das políticas públicas ..26
Figura 2 – Descentralização, regionalização e governança no SUS 32
Figura 3 – Organização geral do CEAF no SUS 37
Figura 4 – Estrutura da PDCEAF em Minas Gerais 40
Figura 5 – Diagrama representativo do desenho do estudo.....47

Quadro 1 – Componentes da Assistência Farmacêutica no SUS 34
Quadro 2 – Dimensões teórico-analíticas para interpretação da implementação municipal da PDCEAF.....44
Quadro 3 – Etapas da pesquisa e estratégia de integração dos dados (métodos mistos).....48
Quadro 4 – Municípios mineiros de grande porte com execução da dispensação descentralizada do CEAF, segundo macrorregião de saúde.....53
Quadro 5 – Principais documentos utilizados na construção do roteiro norteador....57
Quadro 6 – Opções com IVC inferior a 0,80 e ajustes realizados no bloco de caracterização dos gestores.....72
Quadro 7 – Percepção dos gestores sobre treinamentos, capacitações e apoios institucionais relacionados à descentralização do CEAF 75
Quadro 8 – Síntese integrada das categorias empíricas da etapa qualitativa com gestores municipais.....94
Quadro 9 – Matriz orientadora para implantação e aprimoramento da descentralização do CEAF em municípios mineiros 99
Quadro 10 – Síntese dos atributos qualificadores do PTT 102

LISTA DE SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
BNAFAR	Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
GF	Grupo Focal
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LME	Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
LOA	Lei Orçamentária Anual
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDCEAF	Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PPA	Plano Plurianual
PROFIAP	Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública
PTT	Produto técnico-tecnológico
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RH	Recursos Humanos
SAGER	*Sex and Gender Equity in Research*
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus, por me sustentar e me conceder forças a cada dia. Sou grata pelas oportunidades que colocou em meu caminho e pela forma como conduziu cada etapa desta trajetória. Creio que nada acontece sem a Sua permissão e, por isso, agradeço profundamente por ter me permitido viver esta experiência e por ter estado comigo em todos os momentos, especialmente naqueles em que o cansaço, as dúvidas e as incertezas pareciam maiores. Até aqui, Sua presença me conduziu.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luan Augusto Alves Garcia, registro um agradecimento muito especial. Obrigada por estar sempre disponível, por acreditar em mim, por me incentivar e por compreender minha rotina, minhas responsabilidades e a correria que tantas vezes fizeram parte deste percurso. Agradeço pela paciência, pelas orientações, pelas inúmeras trocas e, principalmente, pela confiança depositada em mim e neste trabalho. Em muitos momentos, sua tranquilidade e suas palavras de incentivo foram fundamentais para que eu continuasse acreditando que seria possível chegar até aqui.

Aos professores, Bethânia, Iluska e Vinícius, agradeço pela disponibilidade, pelo olhar atento e pelas contribuições dedicadas a este trabalho em diferentes momentos de sua construção. As considerações, reflexões e sugestões apresentadas foram importantes para o amadurecimento da pesquisa e para o aprimoramento da dissertação. Registro minha gratidão pelo tempo, pela atenção e pela oportunidade de aprendizado proporcionada ao longo deste percurso.

Aos professores do Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP/UFTM, agradeço pelos conhecimentos compartilhados e pelas reflexões proporcionadas ao longo do curso. Cada disciplina, cada encontro e cada discussão contribuíram, de diferentes formas, para ampliar meu olhar sobre a Administração Pública e sobre a realidade vivenciada no serviço público.

Aos colegas do PROFIAP, agradeço pela convivência, pelas trocas, pelas dúvidas compartilhadas e pela parceria ao longo desta caminhada. De forma muito especial, agradeço à Aline Marçal, minha companheira em tantos trabalhos, projetos e artigos. Obrigada por topar as ideias, os desafios e as correrias junto comigo. Foram muitas horas de dedicação, discussões, ajustes e recomeços, mas também tivemos a

alegria de colher bons frutos de todo o esforço construído em conjunto. Sou muito grata pela parceria que construímos ao longo do mestrado.

À Monique, agradeço especialmente pela amizade, pelo apoio e pela disponibilidade nos inúmeros momentos de dúvida. Obrigada pelas conversas, pelas trocas e por estar presente durante esse percurso, tornando a caminhada mais leve.

À Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, registro minha sincera gratidão pelo apoio institucional ao longo desta trajetória. Foi no contexto da gestão municipal que surgiram as inquietações que deram origem a esta pesquisa e foi também nesse espaço que encontrei apoio para desenvolvê-la. Agradeço pela abertura à realização do estudo, pela compreensão diante das demandas acadêmicas e pela flexibilização da jornada de trabalho em momentos importantes deste percurso, o que contribuiu para que eu pudesse conciliar as responsabilidades profissionais com as atividades do mestrado. A escolha da Secretaria como instituição destinatária do Produto Técnico-Tecnológico representa, para mim, uma forma de devolver à gestão municipal parte do conhecimento construído a partir de uma realidade que também ajudou a despertar esta investigação.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, minha gratidão por terem acompanhado tão de perto esta trajetória. Vocês ouviram muitas falas sobre o mestrado, muitos desabafos, dúvidas, inseguranças e incertezas. Obrigada por me escutarem, pela paciência e, sobretudo, por tantas vezes me incentivarem e lembrarem que tudo daria certo. O apoio, as palavras de motivação e o carinho de vocês fizeram diferença, especialmente nos momentos mais difíceis e cansativos.

Aos juízes especialistas que participaram da etapa de validação, agradeço pela disponibilidade e pela dedicação na análise dos instrumentos da pesquisa. Suas contribuições foram fundamentais para o aprimoramento metodológico deste estudo.

Aos gestores municipais da Assistência Farmacêutica que aceitaram participar da pesquisa, agradeço pela confiança e pela generosidade em compartilhar suas experiências, dificuldades, percepções e aprendizados. Cada relato trouxe uma contribuição única e possibilitou compreender, a partir da realidade de quem vivencia a gestão municipal, os desafios e as possibilidades envolvidos na descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

À minha família, agradeço pelo amor, pela paciência e pela compreensão ao longo desta caminhada. Sei que, muitas vezes, estive cansada, correndo de um compromisso para outro e com pouco tempo para estar presente como gostaria. O

mestrado ocupou meus pensamentos, minhas horas e grande parte da minha energia, e vocês acompanharam tudo isso de perto. Obrigada por compreenderem minhas ausências e por permanecerem ao meu lado, mesmo nos dias mais difíceis e corridos. Espero que esta conquista também seja motivo de orgulho para vocês, assim como é para mim motivo de profunda gratidão saber que tenho uma família com quem posso compartilhar este momento.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, fizeram parte desta trajetória. Cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio, cada conversa e cada contribuição tiveram sua importância. Esta conquista também carrega um pouco de cada pessoa que caminhou comigo até aqui.

APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA

Sou farmacêutica, graduada em Farmácia Industrial pela Universidade de Uberaba (2008), com especializações em Gestão da Assistência Farmacêutica (2016), Gestão em Saúde Pública e da Família (2014) e Docência nos Ensinos Médio, Técnico e Superior (2014). Atualmente, sou servidora pública efetiva da Prefeitura Municipal de Uberaba/MG (desde 2019), atuando no Departamento de Vigilância Sanitária e no Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde. Minhas atividades envolvem, entre outras atribuições, o acompanhamento de rotinas relacionadas à organização dos serviços e à implementação de políticas públicas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A escolha do tema desta pesquisa foi motivada pela vivência no contexto da gestão municipal e pela observação do processo de implantação da Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Uberaba. A partir dessa experiência, surgiu o interesse em compreender como o processo de descentralização ocorreu e tem se desenvolvido em outros municípios mineiros de porte semelhante. Além disso, a vivência profissional permitiu observar a crescente incorporação de processos de descentralização na execução de políticas públicas de saúde, com repercussões diretas sobre a organização e a capacidade de gestão no âmbito municipal.

O desenvolvimento deste estudo no âmbito do Mestrado Profissional em Administração Pública (PROFIAP/UFTM) surgiu, portanto, da aproximação entre a minha experiência profissional e o interesse em compreender, de forma mais aprofundada, os processos de descentralização e suas repercussões na gestão municipal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA 21
1.2 OBJETIVOS 22
1.2.1 Objetivo geral 22
1.2.2 Objetivos específicos 22
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA 22
2 REFERENCIAL TEÓRICO 25
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA 25
2.2 DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA NO SUS 29
2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS E ORGANIZAÇÃO DOS SEUS COMPONENTES 33
2.4 O CEAF NO SUS 35
2.5 A PDCEAF EM MINAS GERAIS 38
2.6 GESTÃO MUNICIPAL, CAPACIDADE INSTITUCIONAL E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DESCENTRALIZADA 41
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 46
3.1 TIPO DE ESTUDO 46
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO 49
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 50
3.3.1 Participantes da pesquisa 50
3.3.2 Comitê de juízes especialistas 50
3.3.3 Delimitação dos municípios elegíveis para o Grupo 2 52
3.3.4 Amostragem, recrutamento e critérios de seleção dos gestores 54
3.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS 56
3.4.1 Instrumentos de coleta e validação de conteúdo 56
3.4.2 Coleta de dados com gestores municipais 59
3.4.3 *Corpus*, organização e tratamento do material empírico 61
3.4.4 Análise dos dados qualitativos 62
3.4.5 Elaboração do PTT 64
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 65
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 67

4.1 VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS POR JUÍZES ESPECIALISTAS 67
4.2 PERCEPÇÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DO CEAF 73
4.2.1 Reorganização municipal para implantação do CEAF descentralizado....75
4.2.2 Governança, apoio institucional e verticalidade dos fluxos estaduais 79
4.2.3 Burocratização da rotina operacional e limites dos sistemas de informação 84
4.2.4 Ampliação do acesso, autonomia local e responsabilização municipal ...87
4.2.5 Síntese integrada da etapa qualitativa com gestores 93
5 SEÇÃO PROPOSITIVA – PTT.....96
5.1 JUSTIFICATIVA PARA ELABORAÇÃO DO PTT 96
5.2 PÚBLICO-ALVO E CONTEXTO DE APLICAÇÃO.....97
5.3 SITUAÇÃO-PROBLEMA E LINHA DE INTERVENÇÃO.....98
5.4 OBJETIVO DO PTT 98
5.5 MATRIZ ORIENTADORA PARA IMPLANTAÇÃO E APRIMORAMENTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO CEAF 99
5.6 APLICABILIDADE E IMPACTO POTENCIAL.....101
5.7 PROTOCOLO DE ENTREGA AOS PRATICANTES 103
5.8 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PTT.....103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....105
REFERÊNCIAS.....109
APÊNDICE A – Formulário de caracterização sociodemográfica e profissional dos juízes especialistas.....122
APÊNDICE B – Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos gestores municipais – versão submetida à validação.....124
APÊNDICE C – Roteiro norteador do grupo focal – versão submetida à validação 127
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido dos juízes especialistas.....129
APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido dos gestores municipais participantes da etapa qualitativa 132
APÊNDICE F – Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos gestores municipais – versão final após validação.....135

APÊNDICE G – Roteiro norteador do grupo focal – versão final após validação 139
APÊNDICE H – Produto técnico-tecnológico: relatório técnico conclusivo com matriz orientadora 141
ANEXO A – Comprovação de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....167
ANEXO B – Formulário de cadastro do produto técnico-tecnológico plataforma sucupira 171

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 representou um marco na garantia dos direitos sociais ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo público de atenção à saúde. Em seu artigo 6º, reconhece a saúde como um direito social fundamental à cidadania, enquanto o artigo 196 reforça que a saúde é “um direito de todos e dever do Estado”, devendo ser assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam os riscos de doenças e outros agravos (Brasil, 1988). A Constituição também estabeleceu o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, consolidando os princípios de universalidade, integralidade e equidade que norteiam o SUS. Esse arcabouço legal fundamenta as políticas públicas de saúde e orienta a análise das práticas e desafios, especialmente no contexto da descentralização da gestão (Mendes, 2019).

Embora o acesso à saúde esteja constitucionalmente garantido como direito universal, persistem desigualdades e barreiras relacionadas à organização e à disponibilidade dos serviços, que podem limitar o acesso da população e comprometer a equidade na atenção à saúde (Barros *et al.*, 2016). Um dos principais entraves é o descompasso entre a alta demanda por cuidados de saúde e a limitada oferta de serviços, comprometendo a efetividade do acesso e acentuando as desigualdades na assistência à população.

Nesse contexto, a descentralização administrativa tornou-se uma diretriz central na estruturação da gestão pública brasileira após a Constituição de 1988, que redefiniu atribuições entre os entes federativos, ampliando a autonomia municipal e incentivando a municipalização das políticas públicas (Brasil, 1988; Lopez; Guedes, 2019). Essa reorganização teve como objetivo tornar a gestão pública mais responsiva às demandas locais, aumentar a eficiência na alocação dos recursos e melhorar o acesso aos serviços públicos (Marenco; Bruxel, 2023). Compreender como os gestores municipais percebem os processos de descentralização de políticas públicas torna-se, portanto, essencial para aprimorar a gestão pública no Brasil.

No âmbito específico do SUS, a Lei nº 8.080, de 1990, regulamenta o funcionamento do sistema e define responsabilidades para cada nível de governo. Entre suas diretrizes, está prevista a assistência terapêutica integral, que inclui a assistência farmacêutica e reconhece o acesso a medicamentos como componente essencial da atenção à saúde (Brasil, 1990). Nesse sentido, a Política Nacional de

Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998, busca garantir segurança, eficácia, qualidade dos medicamentos, seu uso racional e acesso equitativo (Brasil, 1998). A PNM foi concebida para atender às necessidades crescentes de saúde, promovendo a assistência farmacêutica como parte integral da atenção à saúde.

Complementarmente, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), define assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, com o medicamento como insumo essencial, visando ao acesso e uso racional (Brasil, 2004a).

Nos anos seguintes, diversas estratégias foram implementadas com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos no âmbito do SUS. Entre elas, destacam-se o Programa Farmácia Popular, instituído em 2004 (Brasil, 2004b), e a criação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), implantado em 2009, que promoveu a ampliação do acesso a medicamentos de alto custo, o aumento dos investimentos federais e a expansão do número de usuários atendidos (Brito; Araújo, 2023).

Outras iniciativas igualmente relevantes contribuíram para a estruturação da assistência farmacêutica, como a instituição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o fortalecimento da PNAF e a atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), responsável pela avaliação técnica e incorporação de novos medicamentos e tecnologias em saúde (Brasil, 1998, 2018; Simões, 2024). Estratégias como as parcerias para o desenvolvimento produtivo também se consolidaram como instrumentos importantes para fomentar a produção nacional de medicamentos estratégicos, reduzindo a dependência de importações. Além disso, a modernização da regulação sanitária tem integrado o desenvolvimento tecnológico às ações de vigilância, fortalecendo a garantia da qualidade e segurança dos medicamentos disponibilizados à população (Rech; Farias, 2021). Essas ações demonstram os esforços contínuos para consolidar a assistência farmacêutica como um dos pilares fundamentais do cuidado integral à saúde no Brasil.

Apesar da ampliação do acesso aos medicamentos do CEAF, do aumento dos investimentos federais e da expansão do número de usuários atendidos desde sua implementação, ainda persistem limitações operacionais, administrativas e estruturais que dificultam sua plena consolidação como direito universal. Estudos apontam que a

descentralização, embora aproxime os serviços da população, enfrenta desafios significativos como o aumento da demanda, limitação de recursos humanos, necessidade de capacitação técnica e dificuldades na articulação entre os entes federativos (Gaede *et al.*, 2020; Silva; Costa, 2015).

Em Minas Gerais, destaca-se a implementação da Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF), instituída inicialmente pela Resolução da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) nº 7.628, de 2021, e posteriormente reformulada pela Resolução SES/MG nº 9.063, de 2023. Essa política transfere aos municípios a responsabilidade por etapas operacionais anteriormente concentradas nas farmácias regionais, como a solicitação, dispensação e renovação de tratamentos com medicamentos especializados. Seu principal objetivo é aproximar os serviços farmacêuticos do território dos usuários, reduzindo barreiras de acesso e promovendo um atendimento mais resolutivo no âmbito do SUS (Minas Gerais, 2021, 2023). De forma mais ampla, estudos sobre o acesso aos medicamentos do CEAF identificam dificuldades relacionadas à insuficiência de recursos, à falta de estrutura física, à insuficiência de profissionais farmacêuticos e à necessidade de qualificação das equipes envolvidas no componente (Brito; Araújo, 2023).

Nesse contexto, a atuação dos gestores municipais da Assistência Farmacêutica assume especial relevância, uma vez que esses atores participam diretamente da organização dos serviços e da operacionalização das responsabilidades assumidas pelos municípios, constituindo uma perspectiva importante para compreender como a descentralização se concretiza no âmbito local (Brasil, 2018).

Diante desse cenário, a pesquisa volta-se à compreensão da implementação da descentralização do CEAF em Minas Gerais a partir da perspectiva dos gestores municipais da Assistência Farmacêutica, considerando os desafios e as potencialidades desse processo no âmbito da gestão pública municipal.

Espera-se que a realização desta pesquisa contribua diretamente para a Administração Pública, ao gerar conhecimentos aplicados sobre os desafios e potencialidades da descentralização na assistência farmacêutica, oferecendo subsídios técnicos para políticas públicas mais eficazes, transparentes e equitativas na gestão municipal do SUS.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A assistência farmacêutica é um dos pilares fundamentais do SUS, tendo papel estratégico na promoção do acesso a medicamentos essenciais, no cuidado integral e na efetividade das políticas públicas de saúde. O CEAF representa uma importante vertente dessa política, sendo responsável pela organização do acesso a medicamentos definidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), geralmente relacionados a condições de maior complexidade clínica ou terapêutica, cuja gestão envolve aspectos técnicos, administrativos e financeiros desafiadores (Brito; Araújo, 2023).

Nos últimos anos, o processo de descentralização do CEAF, especialmente no estado de Minas Gerais, tem mobilizado diferentes esferas de governo e gestores municipais. Esse movimento tem como premissas a ampliação do acesso, o aumento da eficiência administrativa e a adequação das ações à realidade local. No entanto, a descentralização também implica novas responsabilidades e desafios para os municípios, como a necessidade de capacidade técnica para a gestão, financiamento adequado, articulação entre os entes federativos e garantia de qualidade no atendimento à população. Essas questões têm sido destacadas em diagnósticos institucionais, como relatório do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2023), que aponta a complexidade da implementação de políticas descentralizadas de Assistência Farmacêutica e a necessidade de estratégias integradas para seu aprimoramento.

Em nível internacional, instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforçam, por meio de recomendações e diretrizes técnicas, a necessidade de assegurar o acesso oportuno, equitativo e seguro a medicamentos, integrando-o às estratégias de fortalecimento dos sistemas de saúde (Brasil, 2018). No contexto nacional, o Tribunal de Contas da União (TCU) destacou, em suas análises, a importância da governança, da transparência e da eficiência no uso dos recursos públicos destinados à assistência farmacêutica (Bruns; Luiza; Oliveira, 2014; Melo; Castro, 2017).

Assim, emerge a seguinte questão norteadora do estudo: *Como os gestores municipais da Assistência Farmacêutica percebem a implementação da descentralização do CEAF em Minas Gerais no contexto da gestão pública municipal?*

1.2 OBJETIVOS

Para atender à finalidade do estudo, os objetivos foram organizados em objetivo geral e objetivos específicos, apresentados a seguir.

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as percepções dos gestores municipais da assistência farmacêutica sobre a implementação da descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais, identificando desafios, benefícios e oportunidades desse processo sob a perspectiva da gestão pública municipal.

1.2.2 Objetivos específicos

a) Elaborar e validar um roteiro norteador para avaliar os principais desafios e ganhos percebidos pelos gestores municipais durante a implantação e a operacionalização da Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais;

b) Identificar os principais desafios, ganhos percebidos e necessidades de aprimoramento apontados pelos gestores municipais durante a implantação e a operacionalização da Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais;

c) Elaborar e apresentar um Relatório Técnico Conclusivo, na modalidade produto técnico-tecnológico, com recomendações voltadas ao aprimoramento da gestão municipal do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, fundamentadas nos achados da pesquisa sobre a implantação e a operacionalização da Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A descentralização do CEAF constitui uma estratégia de reorganização dos serviços farmacêuticos em Minas Gerais, com potencial para aproximar o atendimento

dos usuários do SUS. Entretanto, a implementação dessa política exige esforços administrativos e técnicos consideráveis dos gestores locais, que enfrentam desafios como limitações financeiras, estruturais e escassez de recursos humanos qualificados para gerir medicamentos especializados (Brasil, 2018; CONASS, 2023).

Sob a perspectiva da implementação de políticas públicas, a execução das ações governamentais não depende apenas da definição formal de responsabilidades, mas também dos arranjos institucionais, das capacidades técnico-administrativas e político-relacionais e das condições concretas em que a política é operacionalizada. Nesse processo, a interação entre a estrutura normativa, os recursos disponíveis e a atuação dos implementadores pode levar à adaptação das diretrizes às características dos contextos locais de execução (Pires; Gomide, 2016; Lima; D'Ascenzi, 2017).

Diante desse contexto, torna-se fundamental compreender como os gestores municipais percebem a descentralização do CEAF, considerando sua participação direta na operacionalização da política no âmbito local. Investigar essas percepções possibilita identificar aspectos que dificultam ou favorecem sua implementação nos municípios, oferecendo subsídios para o aprimoramento da gestão e da governança do CEAF em âmbito municipal e regional.

Este estudo dialoga com marcos nacionais e internacionais que reafirmam o direito ao acesso a medicamentos e à saúde segura e oportuna. Entre esses referenciais estão os compromissos assumidos pelo Brasil nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, que objetiva assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019*)*. No plano nacional, o Acórdão nº 426/2016 do TCU evidencia fragilidades na governança da assistência farmacêutica, apontando especialmente a insuficiência de planejamento, monitoramento e avaliação das ações do CEAF, fatores que comprometem a efetividade e a equidade dessa política pública (Brasil, 2016).

Embora a literatura sobre Assistência Farmacêutica no SUS contemple discussões relevantes sobre acesso a medicamentos, financiamento, judicialização, organização dos serviços e gestão dos componentes da assistência farmacêutica, observa-se escassez de estudos voltados especificamente à análise da descentralização do CEAF sob a perspectiva dos gestores municipais, especialmente no contexto de Minas Gerais.

A relevância deste estudo reside na possibilidade de produzir conhecimento aplicado que contribua para o aprimoramento das políticas públicas de saúde, oferecendo subsídios para práticas de gestão mais eficazes e alinhadas aos princípios fundamentais do SUS, como equidade, eficiência e integralidade. Ao evidenciar as percepções dos gestores municipais, a pesquisa amplia a compreensão sobre as condições reais de implementação da descentralização do CEAF, contribuindo para orientar ajustes e promover inovações que aprimorem a execução das políticas públicas em âmbito local.

Ao investigar a realidade de Minas Gerais — marcada por diversidade territorial e administrativa —, este trabalho poderá fornecer subsídios para o aprimoramento da política no contexto estadual e oferecer elementos de reflexão potencialmente úteis a outras unidades federativas que desenvolvam processos semelhantes de descentralização em saúde.

Finalmente, esta pesquisa ganha especial relevância no contexto do Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública (PROFIAP), pois aborda questões práticas relacionadas à implementação e à gestão de uma política pública descentralizada. Ao produzir conhecimento aplicado sobre as experiências e percepções dos gestores municipais, o estudo poderá oferecer subsídios para o aprimoramento de processos administrativos, da governança e da gestão da assistência farmacêutica descentralizada em Minas Gerais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção apresenta os principais conceitos e discussões teóricas que fundamentam a pesquisa, organizados em tópicos relacionados às políticas públicas, à implementação e descentralização na gestão pública, à governança no SUS, à organização da Assistência Farmacêutica, ao CEAF e à PDCEAF em Minas Gerais.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA

As políticas públicas representam instrumentos fundamentais de ação do Estado, elaborados para enfrentar problemas que afetam coletivamente a sociedade e promover direitos sociais. De acordo com Secchi, Coelho e Pires (2020), podem ser compreendidas como diretrizes elaboradas para enfrentar um problema público, tendo como elementos centrais a intencionalidade pública e a resposta a uma situação reconhecida socialmente como relevante.

Complementarmente, Souza (2006) define políticas públicas como o conjunto de decisões, programas e ações adotadas pelos governos para atender demandas da sociedade, organizar a oferta de serviços e garantir o acesso a direitos fundamentais. Esses processos são permeados por relações de poder, disputas de interesses e negociações constantes, refletindo escolhas políticas que expressam prioridades, valores e concepções sobre o papel do Estado na sociedade.

Um problema público, ponto de partida para a construção de uma política pública, não existe apenas como uma condição objetiva. Ele é reconhecido como problema a partir da percepção de que determinada situação é insatisfatória e demanda intervenção do Estado (Secchi; Coelho; Pires, 2020). Entre os elementos essenciais de uma política pública, destacam-se a identificação do problema, a definição de objetivos, a escolha de instrumentos de ação e a mobilização de recursos humanos, financeiros e materiais para sua execução (Secchi; Coelho; Pires, 2020; Souza, 2006).

A compreensão do termo “política” pode ser aprofundada a partir da distinção entre três sentidos complementares: *polity*, *politics* e *policy* (Secchi; Coelho; Pires, 2020). A dimensão *polity* refere-se à estrutura institucional e às regras formais e informais nas quais ocorrem as decisões políticas. A dimensão *politics* diz respeito à

disputa pelo poder e aos processos de negociação entre interesses divergentes. Já a dimensão *policy* abrange as diretrizes, programas e ações concretas adotadas pelo Estado para solucionar problemas públicos.

A Figura 1 apresenta uma síntese das dimensões conceituais da política e dos níveis de estruturação das políticas públicas, permitindo visualizar a relação entre o plano institucional, as disputas políticas e as ações concretas do Estado.

Figura 1 – Dimensões conceituais e níveis de estruturação das políticas públicas



Fonte: elaboração própria, 2026, com base em Secchi, Coelho e Pires (2020).

A partir dessa compreensão, a descentralização do CEAF pode ser analisada no nível operacional da implementação de políticas públicas, uma vez que envolve a execução local de diretrizes voltadas à reorganização do acesso a medicamentos especializados no âmbito do SUS. No presente estudo, essa descentralização não é compreendida apenas como uma decisão normativa ou administrativa, mas como uma política pública implementada em contexto federativo, institucional e operacional específico, envolvendo diferentes níveis de governo, normas técnicas, recursos financeiros, estruturas locais e atuação direta dos gestores municipais.

Entre os modelos analíticos utilizados para estudar políticas públicas, destaca-se o ciclo de políticas públicas, também denominado modelo sequencial (Secchi; Coelho; Pires, 2020). Esse modelo organiza o processo político em estágios,

comumente agrupados nas fases de identificação do problema, formação da agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação. Embora não represente de forma linear toda a complexidade dos processos decisórios reais, o ciclo contribui para organizar a análise e compreender como as políticas são construídas, executadas e avaliadas ao longo do tempo.

No contexto desta pesquisa, a etapa de implementação assume especial relevância. É nessa fase que as diretrizes formalmente estabelecidas são traduzidas em ações concretas (Secchi; Coelho; Pires, 2020). A implementação depende da mobilização de recursos técnicos, financeiros e humanos, da articulação entre atores institucionais e da existência de capacidades necessárias à execução da política (Pires; Gomide, 2016). Por isso, não deve ser compreendida apenas como cumprimento de normas, mas como um processo dinâmico, no qual as diretrizes interagem com as condições concretas dos contextos de implementação (Lima; D'Ascenzi, 2017).

A literatura sobre implementação de políticas públicas distingue, entre suas abordagens clássicas, as perspectivas *top-down* e *bottom-up* (Secchi; Coelho; Pires, 2020). A abordagem *top-down* enfatiza a formulação central da política e o cumprimento, pelos executores, das diretrizes estabelecidas. Em contraste, a abordagem *bottom-up* atribui maior relevância à atuação dos implementadores locais e às condições concretas em que a política é executada.

Essa distinção é relevante para a análise da PDCEAF, uma vez que a política é formulada no âmbito estadual, mas sua operacionalização ocorre nos municípios, onde as diretrizes encontram diferentes condições institucionais e capacidades de execução.

Além dessas abordagens, a análise da implementação pode ser enriquecida pela perspectiva dos arranjos institucionais e das capacidades estatais. Pires e Gomide (2016) definem arranjos institucionais como o conjunto de regras, mecanismos e processos que estabelecem a forma pela qual atores e interesses se articulam na implementação de uma política pública específica. Esses arranjos condicionam as capacidades disponíveis para a ação estatal e, consequentemente, as condições para a execução das políticas públicas.

As capacidades estatais referem-se, nesse contexto, às condições que permitem ao Estado produzir e implementar políticas públicas e entregar bens e serviços à sociedade. Pires e Gomide (2016) distinguem duas dimensões principais:

as capacidades técnico-administrativas, relacionadas à existência de organizações profissionalizadas, mecanismos de coordenação intra e intergovernamental e procedimentos de monitoramento; e as capacidades político-relacionais, associadas à interação dos agentes estatais com atores políticos, à participação social e à atuação de instâncias de controle. Essa perspectiva permite analisar a implementação não apenas como cumprimento formal de normas, mas a partir das condições institucionais efetivamente disponíveis para sua execução.

De forma complementar, Lima e D'Ascenzi (2017) consideram a implementação como resultado da interação entre o desenho formal da política, as condições locais e a atuação dos implementadores. Essa perspectiva é especialmente relevante em políticas descentralizadas, nas quais os atores locais interpretam, adaptam e operacionalizam diretrizes formuladas em outras instâncias de governo.

Ainda no campo dos estudos sobre implementação, Matland (1995) propõe uma abordagem integradora que busca aproximar as perspectivas *top-down* e *bottom-up*, considerando os níveis de ambiguidade e conflito como elementos centrais para compreender o processo de implementação. Para a análise desenvolvida nesta pesquisa, essa perspectiva é complementada pela abordagem dos arranjos institucionais e das capacidades estatais, que relaciona as condições de implementação à forma como atores, regras e mecanismos de coordenação se articulam (Pires; Gomide, 2016), e pela compreensão da implementação como um processo de influência mútua entre a estrutura normativa formal da política, os contextos locais de execução e a atuação dos implementadores (Lima; D'Ascenzi, 2017).

No Brasil, a descentralização ganhou centralidade após a Constituição Federal de 1988, especialmente no campo das políticas sociais. Esse processo ampliou o papel dos municípios na execução de políticas públicas, ao mesmo tempo em que evidenciou diferenças de capacidade administrativa, técnica e financeira entre os entes subnacionais. Assim, a descentralização pode aproximar a política das necessidades locais e fortalecer a responsabilidade municipal, mas também exige condições institucionais adequadas para que as responsabilidades assumidas sejam executadas com qualidade e continuidade (Abrucio, 2005; Arretche, 2004).

Dessa forma, compreender a descentralização do CEAF em Minas Gerais exige situá-la no campo da implementação de políticas públicas. A política estadual estabelece diretrizes e critérios para sua execução (Minas Gerais, 2023), mas sua

operacionalização ocorre nos municípios, que apresentam diferentes estruturas, equipes, recursos e experiências de gestão. Por esse motivo, os conceitos de políticas públicas, implementação e descentralização constituem uma base importante para analisar as percepções dos gestores municipais sobre os desafios e oportunidades desse processo.

2.2 DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA NO SUS

A descentralização da gestão pública em saúde no Brasil deve ser compreendida no contexto da reorganização institucional e federativa promovida pela Constituição Federal de 1988. A criação do SUS, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, implicou a redefinição de responsabilidades entre União, estados e municípios, estabelecendo uma lógica de gestão compartilhada da política de saúde (Brasil, 1988; Mercadante, 2002).

No âmbito do SUS, a descentralização buscou aproximar a gestão dos serviços das necessidades da população, ampliando o papel dos entes subnacionais, especialmente dos municípios, na execução das políticas públicas de saúde. Esse arranjo fortaleceu a atuação municipal, mas também manteve a necessidade de coordenação nacional e estadual, uma vez que a organização do sistema depende da articulação entre os diferentes níveis de governo (Arretche, 2004; Mercadante, 2002).

A descentralização não elimina as diferenças existentes entre os governos subnacionais nem a necessidade de coordenação entre os níveis de governo. Arretche (2004) destaca que as desigualdades horizontais entre estados e municípios, especialmente quanto à capacidade de gasto, podem repercutir na implementação das políticas sociais. Abrucio (2005), por sua vez, ressalta que governos subnacionais podem enfrentar limitações financeiras e administrativas para assumir determinadas responsabilidades, o que reforça a importância da coordenação intergovernamental.

No âmbito do SUS, essas questões se articulam aos desafios da regionalização. Shimizu *et al.* (2021) identificaram dificuldades relacionadas à organização dos sistemas locais e ao acesso aos serviços de saúde, especialmente aqueles de maior complexidade tecnológica, além de limitações na coordenação e no planejamento regional.

A regionalização constitui estratégia complementar à descentralização, pois busca organizar os serviços de saúde em redes regionais, articulando municípios e

demais pontos de atenção. Essa organização é fundamental para garantir acesso integral e equitativo, principalmente nos serviços que exigem maior densidade tecnológica ou capacidade especializada. Dessa forma, a regionalização procura superar a fragmentação das ações e fortalecer a coordenação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção (Viana *et al.*, 2018).

Entretanto, a regionalização também apresenta desafios relevantes. Sua efetividade depende de instrumentos de planejamento, regulação, financiamento e pactuação capazes de orientar a organização dos serviços nos territórios. Além disso, depende da capacidade de articulação entre os atores institucionais envolvidos, incluindo gestores municipais, gestores estaduais, instâncias regionais e órgãos de coordenação do sistema (Shimizu *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a governança assume papel central na organização do SUS. A governança pública pode ser compreendida como o conjunto de processos, instituições e práticas que orientam a tomada de decisões no setor público, visando à eficiência, à transparência e à responsabilidade na gestão de recursos e na prestação de serviços (Assis; Garcia, 2024). No setor saúde, decisões estruturadas, baseadas em evidências e planejadas com participação social podem contribuir para ampliar o acesso e a cobertura e qualificar os serviços, enquanto a integração entre os diferentes níveis de gestão favorece a coordenação e a sustentabilidade do sistema (Assis; Garcia, 2024).

No SUS, a governança envolve ainda a articulação entre atores governamentais e não governamentais presentes nos territórios, não se restringindo às instâncias formais de pactuação entre os entes federativos. Nesse processo, destacam-se a participação social, a transparência e a existência de mecanismos de prestação de contas, elementos relevantes para o fortalecimento da gestão compartilhada do sistema (CONASS, 2023).

Nesse campo, a noção de *accountability* contribui para compreender a responsabilização pública em políticas descentralizadas, especialmente quando envolve transparência, prestação de contas, justificativa das decisões e possibilidade de controle social e institucional sobre a atuação estatal. Em contextos de descentralização, a aproximação entre Estado e cidadão pode ampliar a visibilidade da gestão local e a cobrança por respostas, mas esse processo depende de arranjos institucionais, canais de participação, clareza de responsabilidades e mecanismos efetivos de acompanhamento (Feu, 2022). No campo da saúde, essa discussão

assume relevância adicional, pois decisões relacionadas ao acesso, à alocação de recursos e à organização da assistência exigem justificativas públicas, critérios transparentes e possibilidade de revisão e controle das decisões administrativas (Tauk, 2020).

Nessa perspectiva, a avaliação das políticas públicas pode incorporar critérios como efetividade e equidade, permitindo analisar tanto a produção de resultados sociais quanto a distribuição dos benefícios de forma compatível com as necessidades dos diferentes territórios e populações. A análise desses critérios também possibilita identificar distanciamentos entre as diretrizes normativas e sua concretização no processo de implementação, reforçando a importância do monitoramento e da avaliação sistemática das políticas públicas (Assis *et al.*, 2026b).

As Comissões Intergestores — Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR) — constituem espaços permanentes de discussão da política de saúde e de sua execução no SUS (CONASS, 2023). Essas instâncias integram a organização interfederativa do sistema e favorecem a articulação e a pactuação entre os gestores das diferentes esferas de governo, especialmente nos processos relacionados ao planejamento, à regionalização e à definição compartilhada de responsabilidades.

No âmbito do planejamento do SUS, os instrumentos específicos da saúde devem estar articulados aos instrumentos de planejamento e orçamento governamental. Na esfera municipal, o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) orientam o planejamento, a execução e o acompanhamento das ações de saúde, enquanto o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) promovem sua articulação com o planejamento e a execução orçamentária do governo municipal (CONASS, 2023). Essa compatibilização contribui para aproximar as diretrizes da política de saúde das decisões concretas de gestão e da alocação de recursos no território.

A Figura 2 sintetiza a relação entre descentralização, regionalização e governança no SUS, destacando o arranjo federativo, os espaços de pactuação e os instrumentos de planejamento que orientam a implementação das políticas de saúde no território.

Figura 2 – Descentralização, regionalização e governança no SUS



Fonte: elaboração própria, 2026, com base em Brasil (1988), CONASS (2023), Viana *et al.* (2018) e Shimizu *et al.* (2021).

A descentralização e a regionalização do SUS permanecem condicionadas às capacidades dos entes subnacionais e à coordenação entre os níveis de gestão. Entre os desafios descritos estão limitações de recursos, fragilidades no planejamento, rotatividade na gestão, baixa qualificação formal dos gestores e dificuldades de coordenação regional (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016; Shimizu *et al.*, 2021).

No caso de políticas que envolvem assistência farmacêutica e acesso a medicamentos especializados, esses desafios tornam-se ainda mais relevantes. A organização dos fluxos de solicitação, análise, dispensação, renovação e acompanhamento exige planejamento, sistemas de informação, profissionais capacitados e articulação constante entre municípios, regionais de saúde e gestão estadual. Portanto, a descentralização no SUS, quando aplicada a políticas de maior complexidade operacional, demanda não apenas normas e pactuações, mas também capacidade institucional para executar as responsabilidades assumidas.

Dessa forma, compreender a descentralização, a regionalização e a governança no SUS é essencial para analisar a implementação municipal da PDCEAF

em Minas Gerais. Essa política se insere em um arranjo federativo no qual o Estado define diretrizes e critérios, enquanto os municípios assumem responsabilidades operacionais no atendimento aos usuários e na organização local dos serviços. Assim, os conceitos discutidos neste tópico contribuem para interpretar os desafios e oportunidades percebidos pelos gestores municipais no processo de descentralização do CEAF.

2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS E ORGANIZAÇÃO DOS SEUS COMPONENTES

A assistência farmacêutica no SUS constitui um eixo fundamental para a garantia da integralidade do cuidado em saúde, pois envolve ações relacionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial. Essas ações abrangem diferentes etapas, como seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e promoção do uso racional dos medicamentos, com o objetivo de assegurar acesso adequado e qualificado à população (Brasil, 1998, 2004a; CONASS, 2007).

No âmbito da Assistência Farmacêutica, especialmente no CEAF, a execução das ações envolve exigências organizacionais e operacionais relacionadas ao planejamento, à qualificação dos profissionais, à logística, ao processamento de informações e à estrutura necessária para o funcionamento dos serviços. Essas condições são relevantes para a adequada implementação das ações e para a continuidade do cuidado (CONASS, 2007; Fatel *et al.*, 2021).

Na década de 1990, a PNM, instituída pela Portaria nº 3.916/1998, estabeleceu diretrizes importantes para a gestão pública de medicamentos, incluindo a garantia de segurança, eficácia e qualidade, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Posteriormente, a PNAF, aprovada pela Resolução nº 338/2004, ampliou essa compreensão ao reconhecer a assistência farmacêutica como parte integrante da política de saúde e como conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (Brasil, 1998, 2004a).

No âmbito do SUS, a assistência farmacêutica está organizada em componentes que buscam responder a diferentes necessidades de saúde da população. De forma geral, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica

(CBAF) está relacionado ao fornecimento de medicamentos e insumos voltados à Atenção Primária à Saúde; o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) atende programas de saúde pública voltados a agravos e condições específicas; e o CEAF organiza o acesso a medicamentos utilizados em tratamentos definidos por PCDT, geralmente relacionados a condições de maior complexidade clínica ou terapêutica (Brasil, 2018; CONASS, 2023).

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos componentes da assistência farmacêutica no SUS, destacando seus objetivos gerais, tipos de medicamentos e principais responsabilidades de gestão.

Quadro 1 – Componentes da Assistência Farmacêutica no SUS

Componente	Objetivo geral	Características principais	Gestão e financiamento
CBAF	Garantir acesso a medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	Medicamentos essenciais utilizados na atenção básica, conforme listas e pactuações vigentes.	Financiamento tripartite, com execução predominantemente municipal.
CESAF	Atender programas estratégicos de saúde pública.	Medicamentos e insumos destinados à prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, de importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis.	Financiamento federal e aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, com distribuição aos estados, responsáveis pela programação, distribuição e monitoramento dos estoques.
CEAF	Garantir acesso a medicamentos definidos em linhas de cuidado previstas nos PCDT.	Medicamentos utilizados em tratamentos de maior complexidade, com critérios de acesso, monitoramento e renovação definidos em protocolos.	Gestão compartilhada entre os entes federativos, com responsabilidades definidas conforme grupos de financiamento, normas nacionais e pactuações locais.

Fonte: elaboração própria, 2026, com base em Brasil (2018) e CONASS (2023).

A organização da Assistência Farmacêutica em componentes estabelece diferentes responsabilidades relacionadas ao financiamento, à aquisição, à programação, ao armazenamento, à distribuição e à dispensação de medicamentos,

conforme as características e normas de cada componente. No CEAF, por exemplo, essas responsabilidades variam segundo os grupos de medicamentos e são distribuídas entre Ministério da Saúde, estados, Distrito Federal e municípios (CONASS, 2023).

A gestão da Assistência Farmacêutica envolve planejamento, organização, execução, acompanhamento e avaliação das ações, além da disponibilidade de estrutura e de recursos humanos, materiais e financeiros adequados (CONASS, 2007). No âmbito do CEAF, essas exigências assumem especial relevância diante da complexidade de sua operacionalização. Fatel *et al.* (2021), ao avaliarem a capacidade de gestão do componente no estado de São Paulo, identificaram desafios relacionados, entre outros aspectos, à infraestrutura, ao monitoramento e à comunicação entre os atores envolvidos.

Essa compreensão ultrapassa uma perspectiva restrita da Assistência Farmacêutica aos serviços, à provisão de medicamentos ou aos procedimentos logísticos. Rech *et al.* (2026) destacam que a PNAF conferiu à Assistência Farmacêutica uma dimensão mais ampla no âmbito da Política Nacional de Saúde, caracterizada por seu papel estratégico e intersetorial na formulação e no desenvolvimento de ações públicas.

A gestão da Assistência Farmacêutica municipal, portanto, não se restringe à execução técnica de etapas logísticas relacionadas ao medicamento. Ela envolve planejamento, articulação institucional, organização dos serviços, gestão de pessoas, uso de informações e capacidade de resposta às necessidades da população. Nessa perspectiva, Mendes *et al.* (2024) consideram a Assistência Farmacêutica municipal como processo técnico, político e social integrado à gestão municipal da saúde.

Entre os componentes da assistência farmacêutica, o CEAF apresenta especial relevância para este estudo, por envolver medicamentos de maior complexidade, critérios específicos de acesso, fluxos administrativos próprios e articulação entre diferentes esferas de governo. Por essa razão, o próximo tópico aprofunda sua organização no SUS e os principais desafios relacionados à sua gestão.

2.4 O CEAF NO SUS

O CEAF constitui uma das estratégias do SUS para organização do acesso a medicamentos utilizados em tratamentos ambulatoriais definidos em PCDT. Esses

protocolos estabelecem critérios para diagnóstico, tratamento, monitoramento e acompanhamento terapêutico, orientando a utilização dos medicamentos com base em diretrizes técnico-científicas e normativas do Ministério da Saúde (Brasil, 2018; CONASS, 2023).

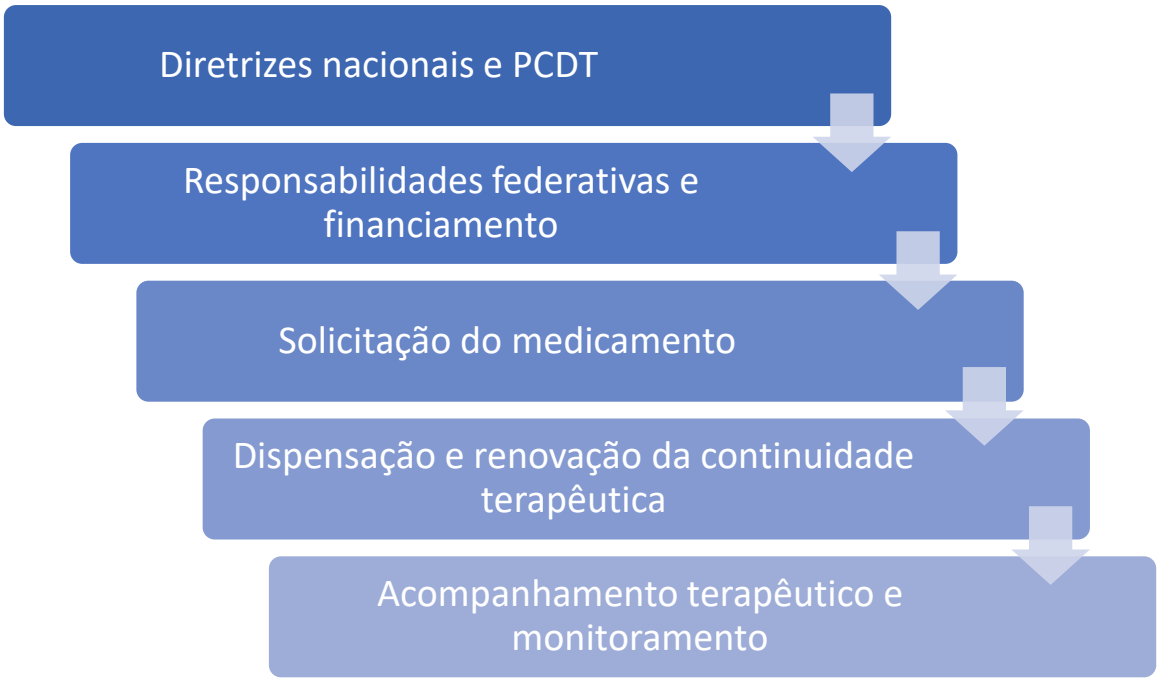
Inicialmente regulamentado em 2009, o CEAF foi estruturado com o objetivo de garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em linhas de cuidado definidas nos PCDT. Diferentemente de uma política voltada apenas ao fornecimento de medicamentos de maior custo, o componente organiza o acesso a tecnologias terapêuticas conforme critérios clínicos, responsabilidades federativas, grupos de financiamento e etapas administrativas específicas. Dessa forma, sua operacionalização exige articulação entre os entes federativos e integração com os demais pontos da rede de atenção à saúde (Brasil, 2018; CONASS, 2023).

A gestão do CEAF envolve responsabilidades distribuídas entre as diferentes esferas de gestão, conforme os grupos de medicamentos e as etapas de execução do componente. Os medicamentos são organizados em três grupos, com distintas responsabilidades de financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação. No Grupo 1, o financiamento é de responsabilidade da União; no Grupo 2, das Secretarias Estaduais de Saúde; e, no Grupo 3, o financiamento é tripartite, cabendo aos municípios a aquisição e a dispensação dos medicamentos (Brasil, 2018; CONASS, 2023).

Além dessa distribuição de responsabilidades, o acesso ao CEAF envolve etapas como solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. Essas etapas podem ser executadas pela rede pública municipal mediante pactuação entre gestores estaduais e municipais e observância dos critérios regulamentares, legais e sanitários aplicáveis (CONASS, 2023).

A Figura 3 apresenta uma síntese da organização geral do CEAF no SUS, destacando a articulação entre diretrizes nacionais, responsabilidades federativas e etapas relacionadas ao acesso e à continuidade do tratamento.

Figura 3 – Organização geral do CEAF no SUS



Fonte: elaboração própria, 2026, com base em Brasil (2018) e CONASS (2023).

A operacionalização do CEAF envolve etapas relacionadas à solicitação do medicamento, à dispensação e à renovação da continuidade do tratamento, conduzidas conforme os critérios estabelecidos nos PCDT e demais normas do componente. Essas etapas demandam fluxos administrativos bem definidos, sistemas de informação, profissionais capacitados e comunicação efetiva entre usuários, serviços de saúde e instâncias gestoras.

Estudos sobre capacidade de gestão e organização do CEAF evidenciam que seu funcionamento envolve dimensões organizacionais, operacionais e de sustentabilidade. Rover *et al.* (2017), ao avaliarem a capacidade de gestão do componente em um estado do Sul do Brasil, identificaram necessidades de aprimoramento relacionadas, entre outros aspectos, ao planejamento, ao monitoramento, aos sistemas de informação, aos recursos humanos e à articulação entre os serviços.

Fatel *et al.* (2021), em estudo realizado no estado de São Paulo, também identificaram fragilidades relacionadas ao monitoramento de resultados clínicos, à regulamentação, à infraestrutura e à comunicação entre os atores envolvidos. Em análise de quatro estados brasileiros, Rover *et al.* (2021) encontraram diferenças na

organização do componente e fragilidades relacionadas à força de trabalho, à estrutura física, à padronização das etapas de execução, à articulação com os municípios e à interoperabilidade dos sistemas de informação. Esses achados evidenciam que o funcionamento do CEAF depende não apenas da disponibilidade dos medicamentos, mas também de condições organizacionais, estruturais e de coordenação adequadas à execução das ações.

Outro aspecto relacionado ao acesso aos medicamentos de alto custo é a judicialização da saúde, inserida em um contexto mais amplo de dificuldades de acesso, financiamento e incorporação de tecnologias. Em revisão de escopo sobre a judicialização de medicamentos de alto custo no Brasil, Osorio-de-Castro *et al.* (2025) identificaram os estados como os principais réus nos estudos analisados, isoladamente ou em solidariedade com outros entes governamentais. Os autores também destacam que o CEAF concentra parcela importante dos medicamentos judicializados e que o acesso aos medicamentos de alto custo envolve articulação entre as três esferas de governo.

Dessa forma, a gestão do CEAF exige planejamento logístico, capacitação contínua, integração entre os níveis de gestão, uso adequado dos sistemas de informação e monitoramento dos processos de solicitação, dispensação e renovação. Esses elementos são fundamentais para reduzir barreiras administrativas, qualificar o atendimento ao usuário e fortalecer a integralidade da assistência farmacêutica no SUS (Brasil, 2018; CONASS, 2023).

Desse modo, o CEAF constitui um componente de elevada complexidade operacional, pois articula normas clínicas, financiamento público, responsabilidades interfederativas e execução territorial. Essa complexidade ajuda a compreender por que alguns estados passaram a adotar estratégias de descentralização de etapas do componente. Em Minas Gerais, esse movimento resultou na PDCEAF, abordada no próximo tópico.

2.5 A PDCEAF EM MINAS GERAIS

A PDCEAF em Minas Gerais foi instituída pela Resolução SES/MG nº 7.628, de 3 de agosto de 2021, com a finalidade de ampliar e qualificar o acesso aos medicamentos do CEAF, contribuir para o uso racional de medicamentos e fortalecer

a integralidade da atenção à saúde. A norma estabeleceu critérios para a descentralização das etapas de solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento dos medicamentos do CEAF para farmácias municipais e Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) (Minas Gerais, 2021).

A criação da PDCEAF deve ser compreendida no contexto dos desafios de acesso aos medicamentos especializados em um estado de grande extensão territorial e com diferenças regionais importantes. Antes da descentralização, etapas relacionadas ao CEAF concentravam-se nas farmácias regionais, o que podia exigir deslocamentos dos usuários até os pontos de atendimento regional. Nesse sentido, a política buscou aproximar o serviço dos municípios de residência dos usuários, reorganizando fluxos e ampliando a participação municipal na execução do componente (Minas Gerais, 2021).

Estudos recentes sobre o CEAF reforçam que a centralização dos pontos de dispensação pode produzir barreiras geográficas e dificultar o acesso de usuários que dependem de medicamentos especializados de uso contínuo. Nesse sentido, a descentralização pode contribuir para ampliar a acessibilidade, desde que acompanhada de estrutura adequada, recursos humanos, sistemas de informação e qualidade do serviço (Oliveira *et al.*, 2026; Rossignoli *et al.*, 2025). A experiência do Paraná também indica que a implementação da descentralização pode ocorrer de forma heterogênea entre regiões de saúde, o que reforça a importância da dimensão regional na consolidação da política (Rossignoli *et al.*, 2025).

Em 2023, a Resolução SES/MG nº 9.063 revogou a norma anterior e aprovou a Política Continuada de Descentralização do CEAF. A nova regulamentação manteve a diretriz de descentralizar as etapas de solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento, além de disciplinar normas, critérios e financiamento para adesão dos municípios mineiros à política (Minas Gerais, 2023).

Ao analisarem a PDCEAF, Madeira e Moreira (2025) destacam que a política foi estruturada por meio de normas estaduais, critérios de adesão, uso de sistemas de informação, incentivo financeiro e indicadores de monitoramento. Essa organização evidencia que a PDCEAF não corresponde apenas à transferência do ponto de atendimento, mas a um arranjo operacional que exige participação municipal, alimentação de sistemas, organização de fluxos e acompanhamento da execução.

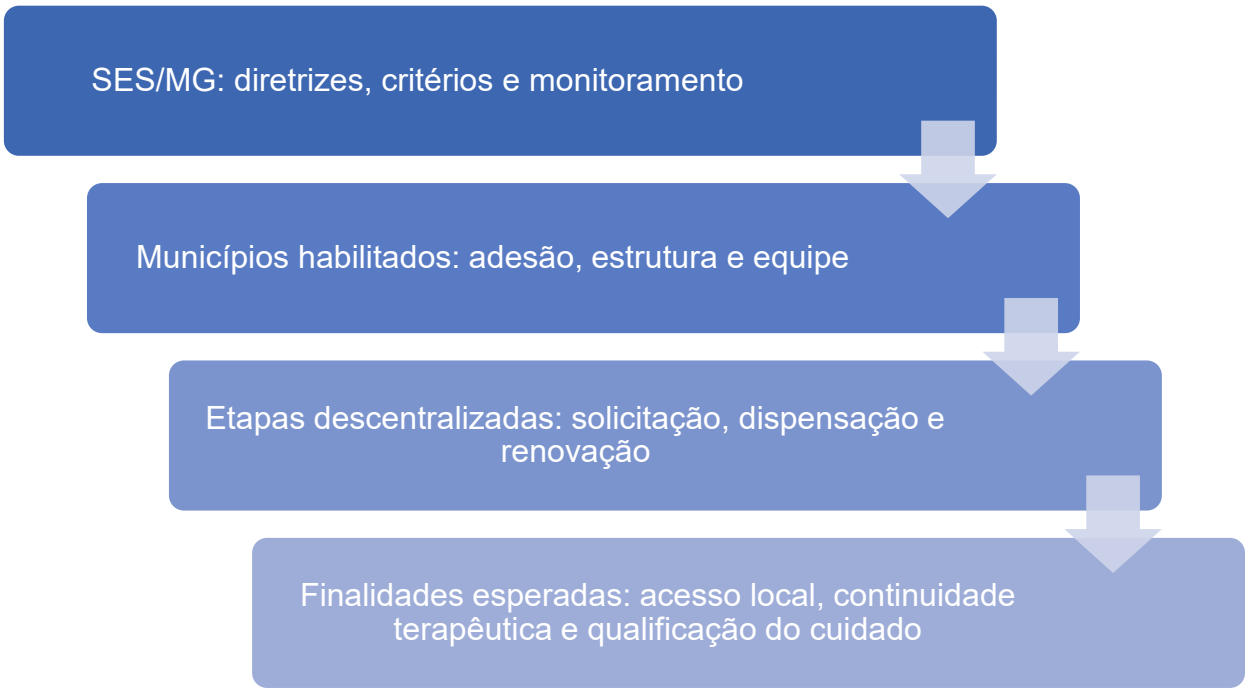
A adesão à PDCEAF ocorre conforme interesse da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mediante processo de adesão e habilitação previsto na regulamentação

estadual. Para os municípios interessados, a política define requisitos e responsabilidades a serem assumidas no âmbito local, incluindo a indicação dos pontos de execução das etapas descentralizadas, a organização de estrutura compatível com as atividades e a disponibilidade de equipe responsável pelos procedimentos relacionados ao CEAF (Minas Gerais, 2023).

A operacionalização da política envolve a transferência de etapas do atendimento ao usuário para o município, especialmente solicitação do tratamento, dispensação dos medicamentos e renovação da continuidade terapêutica. Essa transferência não significa autonomia plena do município sobre o componente, pois a execução local permanece vinculada às normas estaduais, aos PCDT, aos sistemas de informação e aos critérios definidos para acesso e acompanhamento dos tratamentos (Minas Gerais, 2023; Brasil, 2018).

A Figura 4 apresenta uma síntese da estrutura da PDCEAF em Minas Gerais, destacando a relação entre diretrizes estaduais, adesão municipal, etapas descentralizadas e resultados esperados pela política.

Figura 4 – Estrutura da PDCEAF em Minas Gerais



Fonte: elaboração própria, 2026, com base em Minas Gerais (2021, 2023).

A política também prevê incentivo financeiro aos municípios habilitados, com repasse do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, condicionado

ao cumprimento dos critérios e indicadores estabelecidos. Esses recursos destinam-se ao custeio das atividades relacionadas à execução da política, conforme as regras previstas na regulamentação estadual e no respectivo Termo de Adesão (Minas Gerais, 2023).

Apesar de seu potencial para ampliar o acesso e aproximar o atendimento dos usuários, a PDCEAF impõe desafios relevantes à gestão municipal. A execução das etapas descentralizadas exige infraestrutura adequada, disponibilidade de farmacêuticos e demais profissionais capacitados, domínio dos fluxos administrativos, uso de sistemas de informação, controle documental, organização logística e articulação constante com as unidades regionais e com a gestão estadual (Brasil, 2018; CONASS, 2023; Minas Gerais, 2023).

Nesse sentido, a descentralização do CEAF envolve uma tensão importante: pode ampliar a acessibilidade ao aproximar o atendimento do município de residência dos usuários (Oliveira *et al.*, 2026; Rossignoli *et al.*, 2025), mas sua execução local depende de condições adequadas de organização do serviço, estrutura física e qualificação dos profissionais (Rover *et al.*, 2017). No caso da PDCEAF, essas exigências se traduzem em requisitos e responsabilidades definidos para os municípios aderentes, mantendo-se a execução vinculada às normas estaduais, aos sistemas de informação e aos critérios estabelecidos para o funcionamento do componente (Minas Gerais, 2023). A execução descentralizada também se insere em um contexto de articulação interfederativa, no qual a coordenação entre os diferentes níveis de gestão é relevante para a organização regional das ações e serviços de saúde (Shimizu *et al.*, 2021).

Dessa forma, a PDCEAF constitui elemento central para este estudo, pois materializa, no campo da Assistência Farmacêutica, a implementação municipal de uma política pública estadual descentralizada. Sua análise permite examinar como diretrizes normativas são operacionalizadas em contextos locais distintos e como os gestores municipais percebem os desafios, limites e oportunidades desse processo.

2.6 GESTÃO MUNICIPAL, CAPACIDADE INSTITUCIONAL E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DESCENTRALIZADA

A implementação de políticas públicas descentralizadas exige que os entes locais disponham de condições institucionais para transformar diretrizes normativas

em ações concretas. No campo da saúde, essa exigência torna-se ainda mais relevante, pois os municípios assumem responsabilidades relacionadas à organização dos serviços, ao atendimento à população, à gestão de equipes, ao uso de recursos públicos e à articulação com outras esferas de governo (Abrucio, 2005; Arretche, 2004; CONASS, 2023).

No âmbito da Assistência Farmacêutica, a atuação municipal envolve responsabilidades relacionadas à organização e à execução dos serviços, que se ampliam quando etapas do CEAF são descentralizadas. A gestão da Assistência Farmacêutica requer planejamento, organização, execução, acompanhamento e avaliação das ações, além da estruturação dos serviços e da qualificação dos recursos humanos (CONASS, 2007).

No CEAF, etapas do atendimento podem ser executadas pela rede pública municipal mediante pactuação entre gestores estaduais e municipais e observância dos critérios estabelecidos para o componente (CONASS, 2023). Nesse contexto, estudos sobre a gestão do CEAF evidenciam ainda a importância de condições adequadas de estrutura, recursos humanos e sistemas de informação para a execução das atividades (Rover *et al.*, 2017; Brasil, 2018).

A descentralização amplia a relevância das capacidades dos governos subnacionais, uma vez que estados e municípios passam a assumir responsabilidades que demandam estruturas administrativas e burocracias capazes de executá-las. Grin e Gonçalves (2024) destacam, nesse contexto, a importância da capacidade administrativa, da profissionalização das burocracias subnacionais e da disponibilidade de conhecimento técnico especializado para o desempenho das atribuições assumidas. No campo do SUS, Pinafo, Carvalho e Nunes (2016) identificaram como desafios da descentralização limitações de recursos, fragilidades no planejamento, alta rotatividade em cargos de gestão e baixa qualificação formal dos gestores, aspectos que podem comprometer sua operacionalização.

Na gestão municipal da Assistência Farmacêutica, um dos desafios recorrentes refere-se à limitação de recursos humanos e à necessidade de capacitação permanente das equipes. A atuação dos gestores exige domínio de normas sanitárias, protocolos clínicos, fluxos administrativos, processos de aquisição, planejamento logístico e prestação de contas. Além disso, a rotatividade de profissionais e gestores pode comprometer a continuidade das ações, a preservação da memória institucional

e a consolidação de rotinas administrativas (Brasil, 2018; Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016).

Outro aspecto relevante é a necessidade de planejamento integrado. Instrumentos como o PMS, a PAS e o RAG, articulados ao PPA, à LDO e à LOA, contribuem para orientar prioridades, organizar recursos e alinhar as ações de saúde às necessidades da população. Para que esses instrumentos produzam efeitos concretos, é necessário que sejam incorporados aos processos de tomada de decisão, monitoramento e organização da gestão (CONASS, 2023).

No caso da descentralização do CEAF em Minas Gerais, a gestão municipal passa a lidar com responsabilidades relacionadas à solicitação, dispensação e renovação da continuidade terapêutica, conforme previsto na política estadual. Essas etapas envolvem conferência documental, alimentação de sistemas, comunicação com usuários e articulação com a gestão estadual. Neste estudo, a expressão técnico-operacional refere-se às atividades práticas e normativas envolvidas na execução do componente, incluindo fluxos, registros, sistemas e procedimentos relacionados às etapas descentralizadas (Brasil, 2018; Minas Gerais, 2023).

Os aspectos financeiros também constituem elementos importantes da implementação descentralizada. A existência de incentivo financeiro ou de recursos destinados ao custeio da política não elimina, por si só, os desafios de execução. A utilização adequada dos recursos depende de planejamento, conhecimento das regras de aplicação, capacidade de formalizar despesas, apoio das áreas administrativas e integração com os processos municipais de compras, contratos e prestação de contas. Assim, os desafios financeiros não se restringem à disponibilidade de recursos, mas envolvem também a capacidade de execução e gestão desses recursos no âmbito local (CONASS, 2023; Minas Gerais, 2023; Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016).

A governança também assume papel essencial na implementação da política. A descentralização do CEAF depende da articulação entre municípios, unidades regionais de saúde e SES/MG, bem como da clareza dos fluxos, da comunicação institucional e do suporte técnico oferecido aos gestores locais. Quando essa articulação é frágil, podem ocorrer dificuldades na interpretação das normas, na resolução de problemas operacionais e na continuidade do atendimento aos usuários (CONASS, 2023; Minas Gerais, 2023; Shimizu *et al.*, 2021).

Com base nos conceitos discutidos ao longo do referencial e nos aspectos relacionados à gestão municipal do CEAF, o Quadro 2 sintetiza dimensões teórico-analíticas utilizadas para orientar a interpretação da implementação da PDCEAF no contexto municipal.

Quadro 2 – Dimensões teórico-analíticas para interpretação da implementação municipal da PDCEAF

Dimensão teórico-analítica	**Conceitos relacionados**	**Aspectos considerados na interpretação**
Implementação e capacidade institucional municipal	Implementação de políticas públicas; capacidades estatais e institucionais; relação entre formulação e execução	Condições locais para execução da política; estrutura física; recursos humanos e financeiros; planejamento; qualificação das equipes; organização municipal e adaptação das diretrizes às condições locais.
Governança e coordenação interfederativa	Governança; regionalização; coordenação entre níveis de gestão	Articulação entre municípios, unidades regionais e gestão estadual; apoio técnico e institucional; comunicação; pactuação; definição de responsabilidades e acompanhamento da execução da política.
Organização técnico-operacional da execução	Implementação; gestão da Assistência Farmacêutica; operacionalização do CEAF	Fluxos de solicitação, dispensação e renovação; procedimentos administrativos; registros e documentação; sistemas de informação; rotinas de trabalho e monitoramento dos processos.
Descentralização e responsabilização municipal	Descentralização; autonomia municipal; *accountability*	Ampliação das responsabilidades locais; organização do serviço no território; proximidade com os usuários e condições de acesso; autonomia na organização local; transparência, prestação de contas e responsabilização pública.

Fonte: elaboração própria, 2026, com base no referencial teórico do estudo.

As dimensões sintetizadas no Quadro 2 foram utilizadas como referências teóricas para a interpretação dos achados da etapa qualitativa, sem constituírem categorias previamente definidas para a análise. As categorias foram construídas a partir dos núcleos de sentido identificados nas falas dos participantes e, posteriormente, interpretadas em diálogo com os conceitos discutidos no referencial teórico.

Dessa forma, a atuação dos gestores municipais é relevante para compreender como a descentralização do CEAF se concretiza nos territórios. Embora a política seja definida por normas estaduais e nacionais, sua execução ocorre em realidades locais distintas, uma vez que os governos subnacionais apresentam diferentes condições econômicas, administrativas e fiscais para assumir e executar responsabilidades

descentralizadas (Abrucio, 2005; Arretche, 2004). No caso da PDCEAF, a regulamentação estadual estabelece requisitos e responsabilidades a serem assumidos pelos municípios aderentes, incluindo condições relacionadas à estrutura e à equipe responsável pela execução das etapas descentralizadas (Minas Gerais, 2023). Por isso, analisar as percepções desses gestores permite identificar dificuldades operacionais e aspectos relacionados às condições municipais de implementação da política.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta seção apresenta os procedimentos metodológicos adotados no desenvolvimento da pesquisa. São descritos o tipo de estudo, o cenário da investigação, a população e a amostra, os instrumentos e as técnicas de coleta de dados, os procedimentos de análise e os aspectos éticos observados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

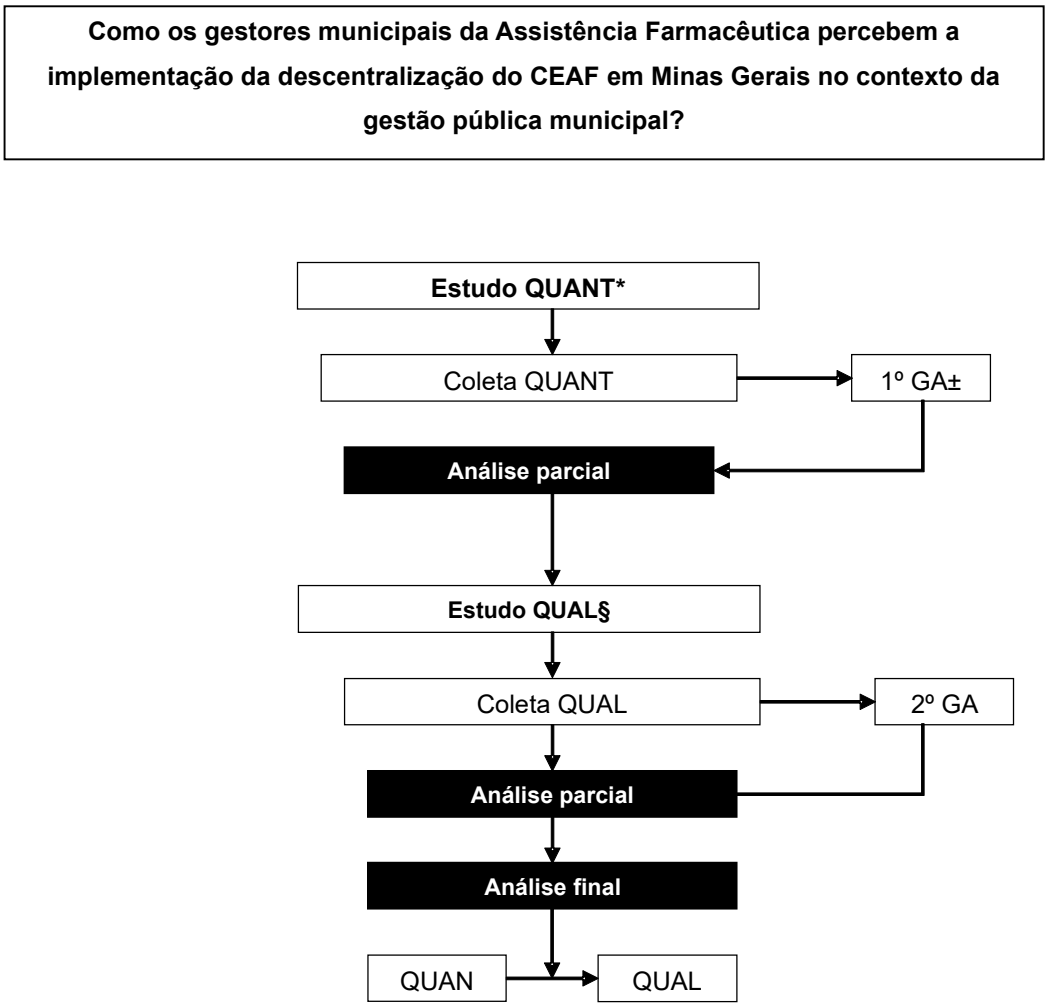
Este estudo teve caráter descritivo e foi desenvolvido por meio de um desenho sequencial de métodos mistos, composto por duas etapas articuladas (Santos *et al*., 2017; Fetters; Curry; Creswell, 2013). A primeira, de natureza metodológica e abordagem quantitativa, destinou-se à validação de conteúdo dos instrumentos de coleta. A segunda, de abordagem qualitativa, voltou-se à compreensão das percepções e experiências dos gestores municipais da Assistência Farmacêutica em relação ao processo de descentralização do CEAF.

Quanto ao caráter descritivo, o estudo buscou observar, registrar e analisar o fenômeno investigado sem interferir diretamente em sua realidade, favorecendo sua descrição e interpretação no contexto em que ocorre (Sampaio; Paula, 2024).

No presente estudo, a integração entre as abordagens não ocorreu pela análise conjunta de resultados quantitativos e qualitativos sobre o fenômeno investigado. O componente quantitativo teve função metodológica, uma vez que os resultados da validação de conteúdo subsidiaram os ajustes e a definição da versão final do roteiro utilizado na etapa qualitativa. Assim, a integração ocorreu por conexão sequencial entre as etapas, no nível dos métodos, na medida em que os resultados da primeira etapa orientaram o instrumento empregado na etapa subsequente (Santos *et al*., 2017; Fetters; Curry; Creswell, 2013).

A Figura 5 apresenta a representação esquemática do desenho do estudo, evidenciando a sequência entre a etapa quantitativa de validação dos instrumentos e a etapa qualitativa, bem como a conexão estabelecida entre elas.

Figura 5 – Diagrama representativo do desenho do estudo.



Fonte: elaboração própria, adaptado de Santos *et al.,* 2017.
Nota: *QUANT: quantitativa; ±GA: grupo amostral; §QUAL: qualitativa.

O Quadro 3 detalha as etapas do estudo e explicita a forma de conexão estabelecida entre o componente quantitativo e a etapa qualitativa da pesquisa.

Quadro 3 – Etapas da pesquisa e estratégia de integração dos dados (métodos mistos)

Etapa	Descrição	Tipo de Integração
Validação dos instrumentos	Coleta de dados com juízes especialistas por meio de escalas do tipo *Likert*, para avaliar a validade de conteúdo, clareza, a relevância e a representatividade dos instrumentos. Foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).	Integração sequencial: os resultados quantitativos subsidiaram os ajustes nos instrumentos e definiram a versão utilizada na etapa qualitativa.
Coleta e análise qualitativa	Aplicação do roteiro previamente validado com gestores municipais, por meio de grupo focal e entrevista individual, para compreender suas percepções sobre a descentralização do CEAF. Os dados foram submetidos à análise temática.	A etapa qualitativa foi desenvolvida a partir do instrumento aperfeiçoado na etapa quantitativa, preservando a conexão entre as duas etapas do estudo.
Elaboração do PTT	Elaboração das recomendações do PTT a partir dos achados da etapa qualitativa, interpretados em diálogo com o referencial teórico do estudo.	Produto decorrente dos achados da pesquisa, preservando-se a conexão sequencial estabelecida entre as etapas.

Fonte: elaboração própria, 2026.

Na primeira etapa, foi realizado estudo metodológico destinado à validação de conteúdo do questionário de caracterização dos participantes e do roteiro norteador. O processo contou com a avaliação de juízes especialistas e posterior cálculo do Índice de Validade de Conteúdo, com base nos referenciais adotados para a validação dos instrumentos (Pasquali, 2010; Polit; Beck, 2019).

A validação consiste em um processo que mede o quanto um instrumento atinge seus objetivos, sendo fundamentada na construção de evidências. Esse processo possibilita a avaliação da clareza, legibilidade, compreensão e precisão dos itens propostos, e tem como base a análise e a classificação de cada item por especialistas na área (Pacico *et al.*, 2015; Polit; Beck, 2019).

Na segunda etapa, foi empregada abordagem qualitativa, adequada à compreensão de significados, percepções, experiências e sentidos atribuídos pelos participantes aos fenômenos investigados (Minayo, 2014). No presente estudo, essa abordagem possibilitou compreender como os gestores municipais da Assistência Farmacêutica perceberam e vivenciaram o processo de descentralização do CEAF em seus respectivos contextos de atuação.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado com gestores de municípios do estado de Minas Gerais, cuja organização territorial do SUS se estrutura em Regiões de Saúde e Macrorregiões de Saúde, conforme as diretrizes de regionalização e o Plano Diretor de Regionalização do SUS em Minas Gerais (Faria *et al.*, 2018; Silva; Ramires, 2011; Minas Gerais, 2025). Essa organização busca favorecer a organização regionalizada e descentralizada dos serviços de saúde.

Minas Gerais está dividida em 16 macrorregiões de saúde: Centro, Centro Sul, Extremo Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sudoeste, Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul e Vale do Aço, conforme a configuração vigente do Plano Diretor de Regionalização do SUS em Minas Gerais (Minas Gerais, 2025).

O cenário deste estudo compreendeu municípios mineiros de grande porte, considerados aqueles com população superior a 100 mil habitantes, que já haviam concluído o processo de descentralização do CEAF. Esse ponto de corte é compatível com estratificação utilizada em estudos sobre a Assistência Farmacêutica municipal, nos quais municípios com população superior a 100 mil habitantes são classificados como de grande porte (Mendes *et al*., 2025).

A delimitação por porte populacional foi adotada para selecionar municípios pertencentes à mesma categoria de porte populacional. O porte do município constitui uma variável relevante na análise da Assistência Farmacêutica municipal, tendo sido associado a diferenças na força de trabalho farmacêutica e na participação da gestão da Assistência Farmacêutica nas atividades da gestão municipal em saúde (Mendes *et al*., 2024; Mendes *et al*., 2025).

Esse recorte não pressupõe homogeneidade entre os municípios selecionados, uma vez que permanecem diferenças relacionadas às condições locais de estrutura, organização e capacidade de gestão. A delimitação buscou, portanto, estabelecer um critério comum de seleção dos municípios e manter maior coerência entre os contextos incluídos na investigação.

A escolha do estado de Minas Gerais justificou-se por se tratar de um cenário relevante para a análise da descentralização do CEAF, considerando a existência de uma política estadual estruturada para transferência de etapas operacionais do componente aos municípios. Além disso, Minas Gerais apresenta ampla diversidade

territorial, populacional e administrativa, com expressivo número de municípios e organização regionalizada da saúde, o que permite observar diferentes condições de implementação de uma política pública descentralizada. Nesse contexto, o recorte em municípios mineiros de grande porte que já haviam concluído a descentralização possibilitou analisar percepções de gestores com experiência direta na execução da política, mantendo coerência com os objetivos da pesquisa e com a proposta aplicada do mestrado profissional.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população e a amostra do estudo foram definidas de acordo com as etapas da pesquisa, contemplando os participantes envolvidos na validação dos instrumentos e os gestores municipais participantes da etapa qualitativa.

3.3.1 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram organizados em dois grupos: o Grupo 1, composto por juízes especialistas responsáveis pela validação dos instrumentos; e o Grupo 2, composto por gestores ou ex-gestores responsáveis pela coordenação e implementação da Assistência Farmacêutica em municípios mineiros de grande porte, definidos como aqueles com população superior a 100 mil habitantes, que já haviam concluído o processo de descentralização do CEAF.

3.3.2 Comitê de juízes especialistas

O Grupo 1 foi constituído por um comitê de juízes especialistas, responsável pela validação do questionário de caracterização dos participantes e do roteiro norteador da etapa qualitativa. Os juízes deveriam possuir conhecimento e experiência relacionados ao tema, avaliando aspectos como clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação dos instrumentos (Pasquali, 2010; Polit; Beck, 2019).

A validação de conteúdo foi conduzida com base nos princípios propostos por Pasquali (2010) para a elaboração de instrumentos, nos quais especialistas avaliam se os itens formulados estão semanticamente alinhados aos atributos da construção

teórica. Esse tipo de validade busca verificar se o instrumento contempla, de forma suficiente, os elementos necessários para mensurar o que se propõe, considerando o público-alvo. Segundo Hays e Revicki (2005), trata-se do grau em que o conteúdo do instrumento representa adequadamente o constructo que se deseja avaliar.

Para a composição desse grupo, foram adotadas as recomendações de Pasquali (2010), que orienta a participação de cinco a 20 juízes, sendo recomendado quantitativo ímpar de participantes para evitar empates. O formulário de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes deste estudo foi elaborado com base no roteiro validado por Souza (2022).

Foram incluídos nessa etapa da pesquisa especialistas que obtiveram, no mínimo, cinco pontos na lista de critérios adaptados de Fehring (1987) para seleção de juízes especialistas na validação de conteúdo de instrumentos (Melo *et al*., 2011). Esse sistema de pontuação tem como finalidade identificar especialistas qualificados, atribuindo pontos a determinadas características, os quais foram adaptados para esta pesquisa, a saber: Doutorado na área da saúde (4 pontos); Mestrado na área da Saúde (2 pontos); Publicação de artigo relacionado ao tema (2 pontos); Especialização na área da saúde (1 ponto); Experiência na área (1 ponto); Participação em grupo de pesquisa (1 ponto); Orientação de trabalhos acadêmicos na área (1 ponto).

A seleção inicial dos potenciais juízes ocorreu de forma intencional, por meio de busca avançada na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), considerando a aderência da formação acadêmica, da experiência profissional e da produção técnico-científica à temática da pesquisa. De forma complementar, foram convidados profissionais da rede acadêmica e profissional, incluindo docentes e pesquisadores com experiência relacionada ao objeto do estudo, bem como especialistas indicados por participantes ou contatos previamente identificados, caracterizando o uso complementar da técnica de amostragem em bola de neve. Em todos os casos, a inclusão esteve condicionada ao atendimento dos critérios de elegibilidade adaptados de Fehring (1987), com pontuação mínima de cinco pontos.

A etapa de validação com juízes especialistas ocorreu entre 21 de agosto e 18 de outubro de 2025. Após a identificação dos potenciais participantes, os convites foram encaminhados por e-mail. Aos profissionais que aceitaram participar foram enviadas as orientações e o *link* de acesso ao formulário eletrônico elaborado no

Google Forms®, que continha a apresentação da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os instrumentos destinados à validação. Inicialmente, foi estabelecido prazo de 30 dias para devolutiva, ajustado conforme a data de convite de cada participante, respeitando-se o período final definido para encerramento da coleta.

Não foram considerados elegíveis os profissionais que não atingiram a pontuação mínima estabelecida para caracterização como juiz especialista. Entre os profissionais elegíveis, não participaram da etapa aqueles que, após duas tentativas de contato, não responderam ao convite ou não concluíram o instrumento de validação.

3.3.3 Delimitação dos municípios elegíveis para o Grupo 2

Para a delimitação do Grupo 2, inicialmente procedeu-se ao levantamento dos municípios do estado de Minas Gerais com população superior a 100 mil habitantes. A identificação foi realizada com base em dados populacionais oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), consultados em 23 de fevereiro de 2026, a partir das estimativas populacionais disponibilizadas em formato XLS, referentes a 1º de julho de 2025 e atualizadas em 13 de janeiro de 2026 após a publicação das estimativas no Diário Oficial da União (IBGE, 2025).

Na planilha consultada, foram inicialmente filtrados os municípios do estado de Minas Gerais, totalizando 853 unidades municipais. Em seguida, a coluna referente à população estimada foi ordenada em ordem decrescente, com preservação das demais informações da base de dados. A partir desse procedimento, foram identificados 36 municípios mineiros com população superior a 100 mil habitantes.

Na sequência, procedeu-se à identificação dos municípios participantes da PDCEAF no estado de Minas Gerais. Para isso, foram consultadas informações disponíveis na página do CEAF, no site da SES/MG, bem como o painel interativo da PDCEAF – Dados do processo de adesão, execução e repasses financeiros (Minas Gerais, 2024)

A consulta ao referido painel foi realizada em março de 2026, com o objetivo de cruzar os dados da política estadual com os 36 municípios previamente identificados como de grande porte. Verificou-se que 25 desses municípios haviam aderido ao processo de descentralização do CEAF. No entanto, seis ainda não haviam concluído

efetivamente a execução da etapa de dispensação de medicamentos aos pacientes no momento da consulta.

Assim, o universo de municípios elegíveis para a etapa qualitativa foi delimitado em 19 municípios mineiros de grande porte que, no momento da consulta, já executavam a dispensação descentralizada de medicamentos do CEAF. O Quadro 4 apresenta os municípios que atenderam aos critérios adotados neste estudo, considerando população superior a 100 mil habitantes, adesão à PDCEAF e execução da etapa de dispensação.

Embora tenham sido identificados municípios de grande porte ainda não descentralizados, estes não foram incluídos na população elegível, uma vez que o objetivo do estudo foi compreender as percepções de gestores sobre a implementação da política em contextos nos quais a descentralização já havia sido efetivamente realizada.

Quadro 4 – Municípios mineiros de grande porte com execução da dispensação descentralizada do CEAF, segundo macrorregião de saúde

Município	Macrorregião de Saúde	População estimada	Ano de adesão	Execução da dispensação
Araguari	Triângulo do Norte	123.432	2021	Sim
Araxá	Triângulo do Sul	118.786	2021	Sim
Barbacena	Centro sul	129.695	2021	Sim
Conselheiro Lafaiete	Centro Sul	138.946	2021	Sim
Divinópolis	Oeste	243.583	2021	Sim
Governador Valadares	Leste	266.561	2021	Sim
Itabira	Centro	118.053	2022	Sim
Itaúna	Oeste	103.272	2021	Sim
Lavras	Sul	110.682	2022	Sim
Montes Claros	Norte	437.601	2021	Sim
Muriaé	Sudeste	108.447	2022	Sim
Poços de Caldas	Extremo Sul	172.339	2021	Sim
Sete Lagoas	Centro	238.909	2021	Sim
Ubá	Sudeste	107.423	2022	Sim
Uberaba	Triângulo do Sul	356.781	2021	Sim
Vespasiano	Centro	138.583	2021	Sim
Coronel Fabriciano	Vale do Aço	108.708	2022	Sim
Ituiutaba	Triângulo do Norte	106.775	2022	Sim
Nova Serrana	Oeste	114.791	2021	Sim

Fonte: elaboração própria, 2026, com base em IBGE (2025) e Minas Gerais (2024, 2025).

Ressalta-se que, embora os municípios elegíveis estejam identificados no Quadro 4 por se tratarem de dados públicos, não houve vinculação entre os participantes e seus respectivos municípios na apresentação e análise dos resultados. O anonimato dos sujeitos da pesquisa foi preservado por meio da utilização de códigos alfanuméricos.

3.3.4 Amostragem, recrutamento e critérios de seleção dos gestores

Para a composição da amostra, foi utilizada a estratégia de amostragem intencional, com seleção de participantes a partir de critérios previamente definidos, de modo a incluir fontes relevantes e informativas para os objetivos da pesquisa.

O recrutamento dos gestores municipais foi realizado por meio de contatos individuais, utilizando-se canais como e-mail, telefone e aplicativo de mensagens. Também foi admitida a indicação de potenciais participantes por gestores previamente contatados, respeitando-se os critérios de inclusão definidos para a pesquisa. Os convites foram encaminhados de forma individual, com apresentação dos objetivos do estudo, das condições de participação e do *link* para acesso ao TCLE e ao questionário de caracterização dos gestores.

Na ausência de resposta, foram realizadas até três tentativas de contato pelos canais disponíveis. Buscou-se, ainda, identificar o profissional que efetivamente tivesse vivenciado o processo de implantação da política no município, solicitando-se, quando necessário, a indicação do gestor ou ex-gestor diretamente envolvido. Apesar das diferentes estratégias de contato e das tentativas de recrutamento realizadas, a adesão à etapa qualitativa foi reduzida, resultando na participação de três gestores.

A identificação dos participantes ocorreu por meio de contato direcionado aos responsáveis ou profissionais vinculados à gestão municipal da Assistência Farmacêutica nos municípios selecionados. No contato inicial, buscou-se confirmar se o profissional havia participado ou acompanhado o processo de implantação e organização da PDCEAF no município. Quando o interlocutor informava não possuir vivência direta com o processo, solicitava-se a indicação do profissional mais diretamente envolvido com a temática.

As dificuldades observadas no recrutamento encontram correspondência na literatura. Estudos qualitativos apontam que a participação de profissionais com

rotinas de trabalho intensas pode ser dificultada por restrições de tempo e disponibilidade, podendo demandar contatos reiterados, flexibilidade e diferentes estratégias de aproximação (Bonisteel *et al.*, 2021; Solberg, 2025).

O tamanho final da amostra da etapa qualitativa resultou da adesão efetiva dos participantes elegíveis e da disponibilidade dos gestores convidados. Considerando o caráter qualitativo da investigação, a análise concentrou-se na profundidade do material empírico produzido e em sua capacidade de contribuir para a compreensão do objeto estudado, sem pretensão de representatividade ou generalização estatística (Minayo, 2017).

A seleção dos participantes do Grupo 2 foi orientada por critérios previamente definidos, de modo a incluir gestores com experiência direta no processo de descentralização do CEAF e com condições de contribuir para os objetivos da pesquisa.

Foram incluídos no Grupo 2 os participantes que atenderam cumulativamente às seguintes condições:

a) ser gestor ou ex-gestor da assistência farmacêutica de município mineiro com mais de 100 mil habitantes que havia concluído a descentralização do CEAF;

b) ter acompanhado diretamente o processo de descentralização em seu município;

A participação ocorreu de forma voluntária, mediante aceite do TCLE e disponibilidade para participação na etapa qualitativa em ambiente virtual.

Foram excluídos os potenciais participantes que atendessem a pelo menos uma das seguintes condições:

a) não ser localizado após três tentativas de contato para convite ou agendamento da participação na etapa qualitativa;

b) desistir de participar em qualquer etapa do processo de pesquisa.

Para favorecer maior confiabilidade e qualidade dos dados obtidos, foram aplicadas estratégias para minimizar possíveis vieses, tais como:

a) definição clara e objetiva dos critérios de seleção dos participantes (Lakatos, 2021);

b) padronização da condução da etapa qualitativa, mediante utilização de roteiro previamente validado por juízes especialistas;

c) gravação integral e transcrição literal do material coletado visando assegurar maior fidelidade às informações produzidas;

d) garantia de anonimato e sigilo aos participantes, permitindo maior liberdade na expressão de percepções e experiências.

Essas estratégias contribuíram para fortalecer a consistência metodológica da pesquisa e a qualidade da análise dos dados.

3.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta e a análise dos dados foram organizadas conforme os objetivos específicos da pesquisa e estruturadas em etapas sequenciais. Inicialmente, são apresentados os instrumentos utilizados e o processo de validação de conteúdo. Em seguida, descrevem-se os procedimentos de coleta com gestores municipais, a composição do *corpus* empírico, o tratamento do material produzido, a análise qualitativa e, por fim, os procedimentos relacionados à elaboração do PTT.

3.4.1 Instrumentos de coleta e validação de conteúdo

Para atender ao objetivo específico 1, *"Elaborar e validar um roteiro norteador para avaliar os principais desafios e ganhos percebidos pelos gestores municipais durante a implantação e a operacionalização da PDCEAF em Minas Gerais"* foram utilizados três instrumentos: o formulário de caracterização sociodemográfica e profissional dos juízes especialistas (Apêndice A), o questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos gestores municipais, em versão submetida à validação (Apêndice B), e o roteiro norteador do grupo focal, também em versão submetida à validação (Apêndice C).

Para a caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos juízes especialistas, as variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequências absolutas e relativas.

Os juízes especialistas foram convidados por meio eletrônico, mediante envio de e-mail contendo a justificativa de sua seleção, informações sobre a pesquisa, orientações para participação e o *link* de acesso ao formulário digital elaborado no Google Forms®, no qual estavam disponibilizados o TCLE (Apêndice D) e os instrumentos destinados à etapa de validação.

A construção do roteiro foi subsidiada por levantamento documental de normas, legislações, documentos técnico-institucionais e artigos brasileiros relacionados à descentralização do CEAF e à Assistência Farmacêutica no SUS. Os principais documentos considerados nessa etapa estão sintetizados no Quadro 5. Foram

selecionados documentos disponíveis na íntegra e aderentes ao objeto do estudo. Normas posteriormente revogadas foram consideradas quando relevantes para compreender a trajetória normativa e a evolução da PDCEAF.

Quadro 5 – Principais documentos utilizados na construção do roteiro norteador

Documento	Contribuição para a construção do roteiro
Lei nº 8.080/1990	Fundamentação sobre organização do SUS, responsabilidades dos entes federativos e assistência terapêutica integral.
Portaria GM/MS nº 3.916/1998	Subsídios sobre a Política Nacional de Medicamentos e organização da Assistência Farmacêutica.
Resolução CNS nº 338/2004	Fundamentação conceitual da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
Resolução SES/MG nº 7.628/2021	Identificação das diretrizes iniciais, critérios, responsabilidades e etapas previstas para a descentralização do CEAF em Minas Gerais.
Resolução SES/MG nº 9.063/2023	Identificação da regulamentação vigente da PDCEAF, incluindo critérios de adesão, etapas descentralizadas, responsabilidades e financiamento.
Documentos técnico-institucionais sobre o CEAF e a Assistência Farmacêutica no SUS	Subsídios para compreender fluxos, organização do componente, responsabilidades de gestão e aspectos operacionais relacionados ao CEAF.

Fonte: elaboração própria, 2026, com base em Brasil (1990, 1998, 2004a) e Minas Gerais (2021, 2023).

Além dos documentos normativos e técnico-institucionais, foram consultados artigos brasileiros relacionados à descentralização do CEAF e à Assistência Farmacêutica no SUS, utilizados para complementar a fundamentação dos eixos e das questões norteadoras.

A elaboração preliminar do roteiro também considerou a experiência profissional da pesquisadora na Assistência Farmacêutica municipal, especialmente no acompanhamento de rotinas relacionadas ao CEAF. Essa experiência contribuiu para a aproximação com aspectos operacionais do objeto de estudo, sem substituir a fundamentação teórica, normativa e metodológica utilizada na construção do instrumento. A consulta aos documentos que subsidiaram a construção do roteiro foi orientada pela perspectiva da análise documental proposta por Cellard (2008), considerando sua pertinência para a compreensão do contexto normativo e institucional relacionado à descentralização do CEAF.

A partir das referências empíricas, normativas e técnico-científicas analisadas, a versão preliminar do roteiro foi estruturada em momento inicial de acolhimento, apresentação da pesquisa e esclarecimentos éticos, seguido de oito questões norteadoras organizadas em eixos temáticos.

Os eixos do roteiro foram definidos a partir do levantamento documental e das referências teóricas e técnico-científicas utilizadas na construção do instrumento, contemplando a avaliação geral da implementação, os avanços percebidos, os desafios da implantação, a atuação do governo estadual, os impactos nos fluxos de trabalho da Assistência Farmacêutica municipal, as estratégias de enfrentamento, os aspectos positivos da descentralização e as sugestões de aprimoramento da política. Esses eixos apresentam relação com as dimensões teórico-analíticas discutidas no referencial e sintetizadas no Quadro 2, especialmente no que se refere à implementação e capacidade institucional municipal, à governança e coordenação interfederativa, à organização técnico-operacional e à descentralização e responsabilização municipal.

Após sua elaboração inicial, o roteiro foi submetido à avaliação dos juízes especialistas, juntamente com os demais instrumentos da pesquisa. Essa etapa teve como finalidade aprimorar a consistência teórica, a clareza e a pertinência prática dos tópicos abordados na etapa qualitativa, assegurando maior alinhamento entre os instrumentos, os objetivos da pesquisa e o contexto empírico investigado.

Os juízes especialistas receberam, por meio eletrônico, o *link* de acesso ao formulário digital elaborado no Google Forms®, no qual estavam disponibilizados o TCLE (Apêndice D) e os instrumentos destinados à validação. No formulário, foram apresentados os parâmetros de avaliação dos itens, contemplando aspectos como objetividade, simplicidade, clareza, relevância e adequação da linguagem.

As questões dos instrumentos receberam valores conforme os seguintes critérios: (1) não representativo; (2) item necessita de grande revisão para ser representativo; (3) item necessita de pequena revisão para ser representativo; e (4) representativo. Cada item apresentou espaço destinado ao registro de comentários, sugestões e revisões consideradas necessárias pelos juízes.

Após a avaliação do comitê de juízes, foi calculado o IVC, utilizado para quantificar a proporção de especialistas em concordância quanto aos aspectos avaliados nos instrumentos e em seus itens. Valores iguais ou superiores a 0,80 foram

considerados indicativos de validade de conteúdo satisfatória (Alexandre; Coluci, 2011).

O escore do IVC foi calculado por meio da soma das respostas assinaladas como “3” ou “4”, consideradas representativas, dividida pelo número total de respostas obtidas para cada item avaliado (Bragato, 2024).

3.4.2 Coleta de dados com gestores municipais

Para atender ao objetivo específico 2, *“Identificar os principais desafios, ganhos percebidos e necessidades de aprimoramento apontados pelos gestores municipais durante a implantação e a operacionalização da PDCEAF em Minas Gerais”* foram utilizados o roteiro norteador previamente validado por juízes especialistas e duas modalidades de coleta qualitativa: uma sessão de grupo focal, realizada com dois gestores municipais, e uma entrevista individual semiestruturada, realizada com um gestor. O roteiro utilizado foi o mesmo nas duas modalidades, preservando-se os eixos temáticos e as questões norteadoras previamente validados.

A técnica de GF ancora-se na metodologia qualitativa. Nos GF, valorizam-se as percepções dos participantes sobre a temática estudada. Essa técnica é bastante utilizada nos processos de coleta de dados coletivos, pois propicia espaço de diálogo entre diferentes sujeitos sobre o tema de interesse (Gatti, 2005).

De acordo com Flick (2009, p. 188), “A marca que define os grupos focais é o uso explícito da interação do grupo para a produção de dados (...).” Assim, diferentemente do posicionamento individual, como ocorre nas entrevistas, no GF a interação e a socialização dos posicionamentos dos participantes constituem elementos centrais da análise. Barbour (2009) assinala a crescente incorporação de GF na pesquisa com serviços de saúde e nas ciências sociais, destacando sua acessibilidade e flexibilidade, ao mesmo tempo em que ressalta a necessidade de habilidades do moderador para potencializar o diálogo e a interação entre os participantes. Trata-se, portanto, de garantir a interação entre os participantes do grupo e não isoladamente de cada participante com o moderador.

Leny Trad, assim como Barbour (2009), discute a importância da definição do perfil dos participantes do GF.

> [que] devem apresentar certas características em comum que estão associadas à temática central em estudo. O grupo deve ser, portanto, homogêneo em termos de características que interfiram radicalmente na percepção do assunto em foco. [...] [recomenda-se] que os participantes sejam selecionados dentro de um grupo de indivíduos que convivam com o assunto a ser discutido e que tenham profundo conhecimento dos fatores que afetam os dados mais pertinentes (Trad, 2009, p. 783).

Embora o planejamento inicial previsse a realização de grupos focais, a adesão efetiva dos participantes foi inferior ao esperado. Na primeira sessão, compareceram dois gestores municipais, e a atividade foi conduzida conforme a dinâmica prevista para o grupo focal, utilizando-se o roteiro norteador previamente validado. Na segunda sessão, compareceu apenas um gestor e, diante da impossibilidade de interação grupal característica da técnica de grupo focal, a coleta foi conduzida como entrevista individual, utilizando-se o mesmo roteiro norteador.

A participação dos gestores ocorreu mediante concordância com o TCLE específico da etapa qualitativa (Apêndice E).

Para a coleta dos dados referentes a esse objetivo, foram utilizados dois instrumentos em suas versões finais, após o processo de validação de conteúdo: o questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos gestores participantes da pesquisa (Apêndice F) e o roteiro norteador para condução da etapa qualitativa (Apêndice G).

A condução da etapa qualitativa seguiu a estrutura do roteiro previamente validado. Inicialmente, foram realizados o acolhimento dos participantes, a apresentação da pesquisa e os esclarecimentos éticos relacionados ao sigilo, à confidencialidade e à gravação. Em seguida, foram apresentadas as oito questões norteadoras, permitindo-se o aprofundamento dos temas conforme as experiências relatadas pelos participantes e as particularidades de cada modalidade de coleta. Ao final, foi disponibilizado espaço para manifestação sobre aspectos considerados relevantes e não contemplados nas questões anteriores, seguido do agradecimento e encerramento da atividade.

As sessões de coleta de dados foram realizadas de forma virtual, por meio da plataforma Google Meet®, entre os dias 21 e 27 de maio de 2026, em data e horário previamente acordados conforme a disponibilidade dos participantes. Cada sessão teve duração aproximada de uma hora. A utilização de recursos virtuais, como videochamadas, tem sido amplamente incorporada às atividades de pesquisa,

especialmente após a pandemia de Covid-19, por possibilitar maior flexibilidade, redução de custos e participação de sujeitos localizados em diferentes territórios (Schmidt; Palazzi; Piccinini, 2020).

As sessões de coleta de dados foram gravadas mediante consentimento prévio dos participantes e transcritas na íntegra, observando-se condições de privacidade e sigilo das informações. Na transcrição, cada participante foi identificado por código, visando garantir anonimato e confidencialidade.

3.4.3 *Corpus*, organização e tratamento do material empírico

Participaram da etapa qualitativa três gestores municipais da Assistência Farmacêutica. O *corpus* de análise foi constituído pelas falas produzidas em uma sessão de grupo focal, realizada com dois gestores, e em uma entrevista individual, realizada com um gestor, ambas conduzidas com o mesmo roteiro norteador previamente validado.

Para a identificação dos participantes no *corpus* da pesquisa, adotou-se a letra “G”, em referência aos gestores municipais participantes do estudo, seguida de numeração sequencial, de modo a diferenciar suas falas sem identificação nominal. Assim, os participantes foram identificados como G1, G2 e G3.

Concluída a coleta, iniciou-se a organização do material empírico produzido, com a preparação das transcrições e a definição do tratamento atribuído aos diferentes trechos das interações.

As gravações foram transcritas, buscando-se preservar o conteúdo das falas, a sequência da interação e a identificação dos interlocutores. Foram mantidas expressões próprias da oralidade quando relevantes para a compreensão do sentido da fala. Trechos com dúvida de compreensão foram assinalados para conferência, evitando-se a substituição interpretativa de termos não claramente identificados.

As falas da mediadora e do orientador foram mantidas nas transcrições quando necessárias à compreensão do contexto da interação, das perguntas realizadas e da continuidade do diálogo. Entretanto, a análise concentrou-se nas falas dos gestores participantes, por serem estes os sujeitos da pesquisa.

Foi oferecida aos gestores participantes a possibilidade de receber e conferir a transcrição de sua participação, procedimento contemplado entre os itens de relato previstos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)

(Souza *et al.*, 2021). A conferência teria como finalidade possibilitar a verificação do registro textual das falas e, se necessário, a indicação de correções ou esclarecimentos, não correspondendo à validação das interpretações analíticas produzidas pela pesquisadora.

Todos os participantes informaram não ter interesse em receber a transcrição de sua participação para leitura, conferência ou eventual manifestação quanto ao conteúdo registrado.

Ao término da entrevista individual, após o encerramento das perguntas diretamente vinculadas ao roteiro, a conversa prosseguiu de modo informal, abordando aspectos da estrutura geral da rede municipal de Assistência Farmacêutica. Esse trecho foi mantido no *corpus* empírico por conter informações contextuais sobre a organização dos serviços, a composição da rede, os fluxos assistenciais, os horários de funcionamento, a sobreposição de demandas e a estrutura da Assistência Farmacêutica municipal. Contudo, por não corresponder integralmente ao momento formal da entrevista, o material foi tratado como complementar e utilizado apenas para contextualização, não sustentando isoladamente as categorias centrais da análise.

3.4.4 Análise dos dados qualitativos

No tratamento dos dados obtidos na etapa qualitativa, foi aplicada a análise temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (Minayo, 2014, p. 316).

A análise temática foi conduzida em três momentos: 1) pré-análise dos dados obtidos, incluindo leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação ou reformulação de hipóteses e objetivos; 2) exploração do material, etapa em que se buscou definir as categorias; e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2014).

Após a organização e o tratamento das transcrições, procedeu-se à análise qualitativa propriamente dita, desenvolvida em etapas sucessivas, com o objetivo de identificar os sentidos atribuídos pelos participantes ao processo de descentralização do CEAF.

Inicialmente, realizou-se a leitura flutuante das transcrições, com o objetivo de familiarização com o conteúdo das falas e apreensão global dos sentidos expressos pelos participantes. Nessa etapa, buscaram-se identificar impressões iniciais, recorrências, contrastes e elementos relevantes relacionados ao objeto da pesquisa, sem definição prévia das categorias.

Em seguida, realizou-se nova leitura das transcrições, de forma mais sistemática, com marcação de trechos significativos relacionados aos objetivos do estudo. Foram considerados relevantes os fragmentos que expressavam percepções, experiências, dificuldades, avanços e necessidades relacionadas à implementação e à operacionalização da descentralização do CEAF, sem definição prévia das categorias analíticas.

Os trechos selecionados foram organizados em quadro de sistematização, contendo a identificação da sessão, o código do participante, o trecho literal da fala, o contexto da fala, o núcleo de sentido preliminar e a interpretação inicial. Essa organização teve como objetivo manter a relação entre as falas dos participantes e a interpretação construída, reduzindo o risco de generalizações indevidas ou de conclusões não sustentadas pelo material empírico.

Na etapa seguinte, os núcleos de sentido foram comparados entre os participantes, buscando-se identificar convergências, divergências e especificidades das experiências relatadas. Os núcleos recorrentes foram agrupados em categorias empíricas provisórias, enquanto os temas pontuais foram mantidos como elementos específicos ou contextuais, conforme sua relação com o objeto central da pesquisa.

Durante esse processo, adotou-se o cuidado de preservar percepções divergentes entre os participantes. Assim, não se buscou uniformizar os relatos, mas compreender como diferentes contextos municipais influenciaram a experiência da descentralização. Também se procedeu à distinção entre temas diretamente relacionados à descentralização do CEAF e temas tangenciais surgidos nas interações. Assuntos relacionados a outras políticas públicas, ainda que mencionados pelos participantes, não foram incorporados como categorias centrais da análise.

Após o agrupamento dos núcleos de sentido, as categorias foram revisadas à luz das falas originais, verificando-se se cada interpretação estava efetivamente sustentada por evidências do *corpus*. Esse retorno às transcrições permitiu refinar as categorias, excluir interpretações frágeis, preservar nuances e selecionar falas representativas para apresentação dos resultados.

A partir desse procedimento, foram construídas quatro categorias empíricas: Reorganização municipal para implantação do CEAF descentralizado; Governança, apoio institucional e verticalidade dos fluxos estaduais; Burocratização da rotina operacional e limites dos sistemas de informação; e Ampliação do acesso, autonomia local e responsabilização municipal.

A análise buscou articular a descrição das experiências dos participantes com a interpretação dos sentidos atribuídos por eles ao processo de descentralização. Após a construção das quatro categorias empíricas, procedeu-se à sua interpretação em diálogo com o referencial teórico do estudo e com as dimensões teórico-analíticas sintetizadas no Quadro 2, considerando sua relação com os objetivos e o problema de pesquisa, sem que essas dimensões fossem utilizadas para definir previamente as categorias. O procedimento adotado privilegiou a fidelidade às falas, a rastreabilidade analítica e a distinção entre achados recorrentes, percepções pontuais e elementos contextuais.

3.4.5 Elaboração do PTT

Para atender ao objetivo específico 3, "*Elaborar e apresentar um Relatório Técnico Conclusivo, na modalidade PTT, com recomendações voltadas ao aprimoramento da gestão municipal do CEAF, fundamentadas nos achados da pesquisa sobre a implantação e a operacionalização da PDCEAF em Minas Gerais",* a elaboração do PTT ocorreu após a conclusão da etapa qualitativa, em continuidade às etapas anteriores da pesquisa. A validação de conteúdo subsidiou o aprimoramento do roteiro utilizado na coleta com os gestores municipais, enquanto as categorias empíricas construídas a partir da análise qualitativa constituíram a principal base para a formulação das recomendações.

Na elaboração do PTT, as categorias empíricas foram interpretadas em diálogo com o referencial teórico relacionado à descentralização, à Assistência Farmacêutica e à gestão pública municipal. A partir dessa articulação, foram sistematizadas recomendações voltadas ao aprimoramento da gestão municipal do CEAF, contemplando aspectos relacionados à organização dos fluxos, qualificação das equipes, planejamento local e governança interinstitucional.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o título “Percepção dos gestores da Assistência Farmacêutica sobre a implantação da descentralização do CEAF em Minas Gerais”, conforme Parecer Consubstanciado nº 7.753.360 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 90566625.8.0000.5154, com aprovação em 8 de agosto de 2025 (Anexo A). A coleta de dados foi iniciada somente após essa aprovação, observando-se as autorizações institucionais aplicáveis e os procedimentos éticos previstos no protocolo aprovado. Posteriormente, o título da dissertação foi reformulado para adequação à versão final do trabalho, sem alteração do objeto, dos objetivos ou dos procedimentos metodológicos da pesquisa.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do CNS, que regulamentam, respectivamente, as pesquisas na área da saúde envolvendo seres humanos e aquelas conduzidas no campo das Ciências Humanas e Sociais Aplicadas.

Os TCLE utilizados na pesquisa foram elaborados com base no modelo institucional disponibilizado pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM, 2020), com adequações às características e aos procedimentos previstos para cada grupo de participantes.

Antes da participação, todos os participantes receberam informações sobre os objetivos do estudo, os procedimentos metodológicos adotados, os possíveis riscos, as estratégias previstas para sua minimização, os benefícios esperados, o destino dos dados coletados e as contribuições esperadas dos resultados. Foi assegurado aos participantes o direito de recusa ou desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Após os esclarecimentos, os participantes que manifestaram interesse em colaborar com a pesquisa leram e concordaram com o TCLE correspondente à sua etapa de participação (Apêndices D e E). Os termos continham informações sobre o tempo estimado de resposta ao questionário ou de participação na etapa qualitativa, a voluntariedade da participação e as medidas adotadas para preservação do anonimato e da confidencialidade dos dados.

Os participantes foram identificados pelos códigos G1, G2 e G3. Na apresentação das falas, foram omitidas informações que pudessem permitir a identificação direta ou indireta dos participantes ou dos municípios representados.

As sessões da etapa qualitativa foram gravadas mediante consentimento prévio dos participantes, transcritas integralmente e tratadas de modo a preservar a identidade dos participantes. O material produzido foi armazenado em ambiente digital seguro, com acesso restrito à equipe de pesquisa, resguardando a integridade e a privacidade das informações obtidas. Após a conclusão da pesquisa e observados os prazos éticos e institucionais aplicáveis à guarda dos dados, as gravações serão eliminadas, permanecendo apenas os registros necessários à comprovação e rastreabilidade do estudo, devidamente anonimizados.

No desenvolvimento deste trabalho, foi utilizado o ChatGPT, desenvolvido pela OpenAI, como ferramenta de inteligência artificial generativa para apoio à organização de ideias, à revisão textual, ao aprimoramento da clareza da redação acadêmica e à estruturação de sínteses. Sua utilização ocorreu de forma complementar, sem substituir a análise crítica da pesquisadora, a interpretação dos dados, a responsabilidade autoral ou a tomada de decisão metodológica.

Os dados provenientes dos participantes foram tratados de forma anonimizada, preservando-se o sigilo, a confidencialidade e os princípios éticos previstos no protocolo aprovado pelo CEP. Todo o conteúdo elaborado com apoio de inteligência artificial foi revisado criticamente pela pesquisadora, que assumiu integralmente a responsabilidade pela verificação das informações, pela interpretação dos dados, pela seleção das referências e pela versão final do trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta pesquisa são apresentados em duas etapas, em consonância com o percurso metodológico adotado. A primeira etapa refere-se à validação de conteúdo dos instrumentos de coleta de dados por juízes especialistas, contemplando a caracterização dos participantes, a avaliação quantitativa por meio do IVC e as contribuições qualitativas que subsidiaram os ajustes realizados nos instrumentos.

A segunda etapa corresponde aos achados obtidos na etapa qualitativa com gestores municipais da Assistência Farmacêutica, por meio de sessão de grupo focal e entrevista individual, voltados à compreensão de suas percepções sobre a implantação da descentralização do CEAF em Minas Gerais.

A discussão dos achados é desenvolvida em diálogo com o referencial teórico adotado e com as dimensões teórico-analíticas sintetizadas no Quadro 2, considerando especialmente a implementação da política no contexto municipal, a capacidade institucional, a governança e a coordenação interfederativa, a organização técnico-operacional e os efeitos da descentralização sobre a atuação municipal.

4.1 VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS POR JUÍZES ESPECIALISTAS

A primeira etapa da pesquisa consistiu na validação de conteúdo dos instrumentos elaborados para subsidiar a coleta de dados com gestores municipais da Assistência Farmacêutica. Os resultados são apresentados a seguir, contemplando a caracterização dos juízes especialistas, os índices de validade de conteúdo obtidos e as modificações realizadas nos instrumentos após a análise das contribuições recebidas. Parte dos resultados desta seção foi publicada na Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social (Assis *et al.*, 2026a).

A caracterização dos juízes especialistas foi realizada a partir das respostas ao formulário destinado à identificação do perfil sociodemográfico, acadêmico e profissional dos participantes. A validação contou com dez juízes especialistas, com idade entre 36 e 63 anos. Observou-se distribuição equilibrada quanto ao sexo, com cinco participantes do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Em relação à

formação de graduação, predominaram farmacêuticos, correspondendo a sete participantes, além de três enfermeiros.

O painel apresentou qualificação acadêmica compatível com a finalidade da validação, uma vez que nove juízes possuíam doutorado ou pós-doutorado. Também se observou experiência profissional consolidada, com tempo de atuação na área variando de 8 a 30 anos. A maioria dos participantes informou experiência em Assistência Farmacêutica, aspecto relevante considerando o objeto desta pesquisa.

Quanto à inserção profissional, houve predominância de participantes vinculados a instituições de ensino superior, além de profissionais atuantes em serviços ou gestão municipal e em hospital universitário. Essa composição permitiu reunir juízes com experiência acadêmica, atuação em serviços públicos de saúde e interface com a Assistência Farmacêutica, favorecendo a avaliação dos instrumentos utilizados na etapa qualitativa.

O perfil dos juízes reforça a adequação do painel à etapa de validação de conteúdo, considerando a elevada qualificação acadêmica e a experiência profissional relacionada à Assistência Farmacêutica e à gestão em saúde. Esse resultado dialoga com outros estudos de validação que também contaram com especialistas com experiência e formação compatíveis com o objeto avaliado (Lima *et al.*, 2022; Lioi *et al.*, 2025; Otto *et al.*, 2025; Paula *et al.*, 2026).

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica, acadêmica e profissional dos juízes especialistas participantes da validação dos instrumentos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, acadêmica e profissional dos juízes especialistas incluídos na etapa de validação dos instrumentos. Uberaba, MG, Brasil, 2026

Variável	Categoria	n (%)
Sexo	Feminino	5 (50,0)
	Masculino	5 (50,0)
Formação	Farmácia	7 (70,0)
	Enfermagem	3 (30,0)
Titulação acadêmica	Especialização	1 (10,0)
	Doutorado	5 (50,0)
	Pós-doutorado	4 (40,0)
Inserção institucional	Instituição de ensino superior	6 (60,0)
	Gestão ou serviço municipal	3 (30,0)
	Hospital universitário	1 (10,0)
Função exercida	Docente	6 (60,0)
	Farmacêutico em serviço/gestão municipal	3 (30,0)
	Coordenador de serviço hospitalar	1 (10,0)
Experiência em assistência farmacêutica	Sim	8 (80,0)
	Não/Não informada	2 (20,0)

Fonte: elaboração própria, 2026.

Além do roteiro norteador do GF, os juízes especialistas avaliaram o bloco de caracterização sociodemográfica e profissional destinado aos gestores municipais participantes da etapa qualitativa da pesquisa. Esse instrumento teve como finalidade reunir informações sobre o perfil dos participantes, contemplando variáveis sociodemográficas, acadêmicas, profissionais e relacionadas à experiência na gestão da assistência farmacêutica e no processo de descentralização do CEAF.

A caracterização dos gestores mostrou-se relevante para contextualizar as falas produzidas na etapa qualitativa, especialmente quanto às trajetórias profissionais e às experiências relacionadas à implementação da PDCEAF.

O bloco de caracterização sociodemográfica e profissional dos gestores apresentou IVC médio de 0,91. Das 63 opções avaliadas, 57 atingiram IVC igual ou superior a 0,80, correspondendo a 90,5% do total analisado. Esse resultado indica validade de conteúdo satisfatória do bloco, uma vez que a maior parte dos itens apresentou concordância entre os juízes, conforme parâmetros usualmente adotados em estudos de validação de instrumentos (Alexandre; Coluci, 2011; Polit; Beck, 2019).

Seis opções apresentaram IVC inferior ao ponto de corte estabelecido, indicando necessidade de revisão pontual de aspectos terminológicos e estruturais. Essas opções estavam relacionadas às alternativas da variável sexo, à pergunta referente à idade e às opções “ignorado” nos itens estado civil e raça/cor. A partir das sugestões dos juízes, foram realizadas adequações na redação e nas alternativas de resposta, buscando maior clareza, adequação terminológica e coerência com a finalidade de caracterização dos participantes.

A variável inicialmente denominada “sexo” foi reformulada para “gênero autodeclarado”, com manutenção da alternativa “prefere não informar”. Essa alteração buscou adequar a terminologia utilizada no instrumento e respeitar a forma como os participantes se identificam. A distinção entre sexo e gênero tem sido destacada em recomendações contemporâneas para pesquisas em saúde, especialmente quanto à importância de definir essas variáveis de forma coerente com os objetivos do estudo e com a natureza dos dados coletados (Heidari *et al.*, 2016; National Health and Medical Research Council; Australia, 2024).

Em relação à idade, optou-se pela manutenção de uma única pergunta em campo aberto, evitando duplicidade ou sobreposição de informações no instrumento. As alternativas de estado civil e cor ou raça também foram revistas, especialmente pela inadequação da opção “ignorado”, que foi substituída por “prefere não informar”. Essa modificação buscou diferenciar a ausência voluntária de resposta de uma informação desconhecida ou não registrada, conferindo maior precisão e sensibilidade ao instrumento.

Além dos ajustes relacionados aos itens com IVC inferior ao ponto de corte, as contribuições qualitativas dos juízes subsidiaram o acréscimo de conteúdo ao instrumento. Um dos especialistas apontou a pertinência de avaliar também as percepções dos gestores quanto ao apoio técnico e institucional oferecido pela gestão municipal para a implementação da descentralização do CEAF, considerando a participação dos níveis estadual e municipal na execução da política. A partir dessa

contribuição, foi incluída, na versão final do questionário, questão específica sobre a contribuição do apoio da gestão municipal, incluindo a SMS e os demais setores municipais, para a implementação da descentralização do CEAF.

A permanência das variáveis relacionadas a gênero e cor ou raça foi considerada pertinente para a caracterização dos gestores participantes da etapa qualitativa, uma vez que esses marcadores podem contribuir para compreender trajetórias profissionais, inserção em espaços de gestão e desigualdades presentes nas organizações e nas políticas públicas. No entanto, sua utilização exigiu cuidado na redação das perguntas e nas alternativas de resposta, de modo a respeitar a autodeclaração, a possibilidade de não resposta e a coerência com os objetivos da pesquisa (Carmo; Espíndola, 2023; Galvão *et al.*, 2021). Esta opção está em consonância com as boas práticas editoriais e com diretrizes internacionais para a incorporação das dimensões de sexo e gênero na pesquisa científica, especialmente a *Sex and Gender Equity in Research* - SAGER, que orienta pesquisadores a considerar e relatar essas variáveis de forma transparente, ética e metodologicamente consistente em todas as etapas da investigação, contribuindo para maior rigor científico, equidade e reprodutibilidade dos estudos (Garcia, 2022).

Ainda que algumas opções tenham apresentado IVC inferior ao ponto de corte, os ajustes necessários foram considerados de natureza terminológica e estrutural, sem comprometer o conteúdo geral do bloco de caracterização. Dessa forma, não foi necessária nova rodada de avaliação, uma vez que as adequações foram realizadas a partir das recomendações dos juízes e preservaram a finalidade original do instrumento (Paula *et al.*, 2026).

A versão final do questionário aplicado aos gestores contemplou informações sobre município de atuação, gênero autodeclarado, idade, estado civil, cor ou raça, escolaridade, formação profissional, pós-graduação, cargo ou função exercida durante a implantação da descentralização do CEAF, ano de descentralização no município, local atual de atuação, tempo de experiência na gestão da Assistência Farmacêutica, participação em capacitações, porte populacional do município e percepção sobre os treinamentos e os apoios técnico e institucional oferecidos pelo Estado e pela gestão municipal, além da manifestação quanto ao recebimento da transcrição do GF para leitura e conferência.

O questionário, em sua versão final após a validação de conteúdo, encontra-se apresentado na íntegra no Apêndice F, enquanto a Tabela 2 sintetiza os resultados da validação do bloco de caracterização sociodemográfica e profissional dos gestores.

Tabela 2 – Síntese da validação do bloco de caracterização sociodemográfica e profissional dos gestores. Uberaba, MG, Brasil, 2026

Indicador	Resultado
Total de opções avaliadas	63
Opções com IVC ≥ 0,80	57
Percentual de opções validadas	90,5%
Opções com IVC < 0,80	6
IVC médio do bloco	**0,91**

Fonte: elaboração própria, 2026.

O Quadro 6 apresenta as opções que não atingiram o ponto de corte estabelecido e os ajustes realizados após a análise das contribuições dos juízes especialistas.

Quadro 6 – Opções com IVC inferior a 0,80 e ajustes realizados no bloco de caracterização dos gestores

Item/Opção Avaliada	IVC	Ajuste Realizado
Sexo – Feminino	0,70	Substituição da variável “sexo” por “gênero autodeclarado”
Sexo – Masculino	0,70	Adequação das alternativas de resposta
Sexo – Prefere não informar	0,70	Manutenção da possibilidade de não resposta
Idade: ____ anos	0,70	Manutenção de uma única pergunta referente à idade
Estado civil – Ignorado	0,60	Substituição por “prefere não informar”
Raça – Ignorado	0,60	Reformulação para “cor ou raça” e substituição por “prefere não informar”

Fonte: elaboração própria, 2026.

As contribuições dos juízes também favoreceram o refinamento do roteiro norteador do GF. Embora todos os componentes do roteiro tenham atingido IVC igual ou superior ao ponto de corte estabelecido, as observações qualitativas indicaram a necessidade de ajustes pontuais na redação de algumas perguntas, na padronização

da terminologia relacionada à PDCEAF e na organização da sequência de condução do grupo.

Entre os ajustes incorporados ao roteiro, destacam-se o detalhamento do momento inicial de acolhimento, a explicitação dos objetivos da discussão, os esclarecimentos sobre gravação, sigilo e confidencialidade, além da adequação de perguntas para favorecer maior clareza e fluidez no diálogo com os gestores. As alterações buscaram preservar o caráter aberto das questões, compatível com a técnica de GF, evitando direcionamentos excessivos ou restrição das respostas dos participantes. Esse cuidado é coerente com a natureza dos GF, nos quais a interação entre os participantes constitui elemento central para a produção dos dados qualitativos (Barbour, 2009; Camargo *et al.*, 2017; Gondim, 2003).

O roteiro norteador, contendo o acolhimento, os esclarecimentos e as orientações aos participantes, bem como as questões em sua versão final após a validação, encontra-se apresentado na íntegra no Apêndice G.

Em síntese, a validação confirmou a adequação geral dos instrumentos e subsidiou ajustes pontuais de clareza, terminologia e organização, incorporados às versões finais utilizadas na etapa qualitativa.

4.2 PERCEPÇÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DO CEAF

Participaram da etapa qualitativa três gestores municipais da Assistência Farmacêutica. Os participantes tinham entre 37 e 41 anos, todos com graduação em Farmácia e pós-graduação concluída, sendo dois com pós-graduação *lato sensu* e um com mestrado. Quanto ao gênero, dois se identificaram como homens e uma como mulher.

Em relação à trajetória profissional, os participantes exerciam, à época da descentralização, funções relacionadas à gestão, coordenação ou atuação farmacêutica no âmbito da Assistência Farmacêutica municipal. A implantação da descentralização do CEAF nos municípios representados ocorreu em 2022 para um participante e em 2023 para dois participantes. No momento da pesquisa, dois participantes permaneciam atuando na gestão da Assistência Farmacêutica municipal, enquanto um informou atuação em outra área da administração pública municipal.

O tempo de experiência na gestão da Assistência Farmacêutica variou entre as faixas de 1 a 3 anos, 4 a 6 anos e superior a 6 anos. Todos relataram participação prévia em cursos ou capacitações sobre gestão da Assistência Farmacêutica. Quanto ao porte populacional, os municípios representados abrangeram diferentes faixas, contemplando municípios entre 100.000 e 150.000 habitantes, entre 150.001 e 300.000 habitantes e acima de 300.000 habitantes.

Também foram analisadas as respostas dos gestores sobre os processos formativos e os apoios institucionais relacionados à descentralização do CEAF. Em relação aos treinamentos oferecidos pelo Estado, dois participantes avaliaram que contribuíram moderadamente para o aperfeiçoamento profissional, enquanto um considerou que contribuíram muito. Resultado semelhante foi observado em relação às capacitações em serviço, cursos ou eventos realizados durante o período de atuação na gestão.

A avaliação do apoio técnico e institucional oferecido pelo Estado apresentou maior variação entre os participantes: um gestor considerou que esse apoio contribuiu pouco, um avaliou contribuição moderada e um indicou que contribuiu muito para a implementação da descentralização do CEAF no município. Quanto ao apoio da gestão municipal, dois gestores avaliaram que contribuiu moderadamente e um considerou que contribuiu muito.

Esses dados caracterizam o perfil dos participantes e situam suas percepções iniciais sobre os processos formativos e os apoios institucionais relacionados à descentralização. A análise qualitativa das falas, apresentada nas seções seguintes, permite aprofundar a compreensão sobre os desafios, ganhos percebidos e necessidades de aprimoramento relacionados à implementação da PDCEAF no âmbito municipal.

O Quadro 7 apresenta a percepção dos gestores quanto à contribuição dos treinamentos, capacitações e apoios institucionais recebidos durante a implementação da descentralização do CEAF.

Quadro 7 – Percepção dos gestores sobre treinamentos, capacitações e apoios institucionais relacionados à descentralização do CEAF

Dimensão avaliada	Resposta	n
Contribuição dos treinamentos oferecidos pelo Estado para o aperfeiçoamento profissional	Contribuíram moderadamente	2
	Contribuíram muito	1
Contribuição das capacitações em serviço, cursos ou eventos para o aperfeiçoamento profissional	Contribuíram moderadamente	2
	Contribuíram muito	1
Contribuição do apoio técnico e institucional oferecido pelo Estado para a implementação da descentralização do CEAF	Contribuiu pouco	1
	Contribuiu moderadamente	1
	Contribuiu muito	1
Contribuição do apoio da gestão municipal para a implementação da descentralização do CEAF	Contribuiu moderadamente	2
	Contribuiu muito	1

Fonte: elaboração própria, 2026.

A análise das falas dos gestores municipais da Assistência Farmacêutica permitiu identificar quatro categorias relacionadas à implantação da descentralização do CEAF em Minas Gerais: *Reorganização municipal para implantação do CEAF descentralizado*; *Governança, apoio institucional e verticalidade dos fluxos estaduais*; *Burocratização da rotina operacional e limites dos sistemas de informação*; e *Ampliação do acesso, autonomia local e responsabilização municipal*.

4.2.1 Reorganização municipal para implantação do CEAF descentralizado

A primeira categoria reúne relatos relacionados às mudanças organizacionais necessárias para a implantação do CEAF descentralizado nos municípios. A análise das falas permitiu compreender que a descentralização não foi vivenciada apenas como transferência do local de atendimento aos usuários, mas como um processo que exigiu reorganização concreta da Assistência Farmacêutica municipal. Essa reorganização envolveu estrutura física, equipe, equipamentos, rotinas administrativas, sistemas de informação, fluxos de atendimento e redefinição de responsabilidades no âmbito local.

Desde o início, a incorporação do CEAF à rotina municipal foi associada à ampliação de responsabilidades e custos. A preocupação com a capacidade do município para assumir novas atribuições apareceu de forma direta em um dos relatos:

> [...] a gente já começou a ver com muita preocupação, porque tudo nosso, no município, é custo. Então, tirar uma responsabilidade do Estado e trazer essa responsabilidade para o município [...] nos preocupa e eu me preocupo até hoje [...]. (G1)

Essa preocupação se concretizou na necessidade de estruturar condições materiais e operacionais para o funcionamento do serviço. Em um dos municípios, as farmácias existentes não comportavam o volume de processos transferidos, o que exigiu locação de espaço, contratação de profissionais e aquisição de equipamentos:

> A política foi implementada com uma certa dificuldade no município, porque nós não tínhamos um local. As farmácias que nós tínhamos na época não comportavam o volume de processos [...]. Então, a gente precisou alugar um espaço. Nós não tínhamos profissionais, nós precisamos fazer a contratação de farmacêuticos, de técnicos, de toda a estrutura [...], adaptação, compra de câmara fria. (G1)

A dimensão estrutural também apareceu em outro relato, no qual a implantação foi associada ao aumento de recursos humanos, custos e necessidade de reorganização do espaço físico. Nesse caso, a estrutura inicialmente utilizada mostrou-se insuficiente, demandando nova adequação:

> Aumentou o RH, aumentou custos [...]. Infraestrutura, a gente teve que mudar do local que a gente estava para outro local. E, como a mudança foi junto com outra farmácia, funcionam três farmácias no mesmo local. O espaço não é suficiente, a gente tem que mudar de novo. (G3)

Esses excertos indicam que a implantação da descentralização exigiu providências práticas que ultrapassaram a adesão formal à política. A execução local demandou mobilização administrativa, adequação de espaços, aquisição de equipamentos, organização do armazenamento e estruturação de equipes capazes de assumir atividades especializadas. Esses achados dialogam com a perspectiva de Pires e Gomide (2016), segundo a qual a implementação de políticas públicas depende da mobilização de capacidades e de arranjos institucionais que viabilizem sua execução.

A disponibilidade de profissionais qualificados foi outro aspecto central da reorganização municipal. A dificuldade de reposição de pessoal habilitado foi associada à complexidade das atividades do CEAF, que envolvem análise

documental, dispensação, renovação de processos, controle de estoque e domínio de fluxos específicos:

> O maior problema é o pessoal habilitado a exercer essa função [...]. Quando a gente precisa de uma reposição, cobrir férias, alguma coisa, não tem. Porque o próprio nome desse programa, Componente Especializado, medicamentos de alta complexidade, exige uma qualificação antes e durante a execução do programa pelos profissionais. (G2)

A insuficiência inicial de equipe também foi evidenciada quando a demanda real superou o planejamento feito pelo município. A organização do trabalho precisou ser revista à medida que os processos foram sendo incorporados à rotina local:

> A demanda [...] ultrapassou as nossas expectativas. Então, a gente tinha pensado e organizado com um número de funcionários e a gente foi vendo, conforme foi passando o tempo, que sempre precisava de mais. (G3)

A reorganização não se limitou ao aumento do número de trabalhadores, mas também envolveu redistribuição de funções e criação de etapas internas para recebimento, conferência, cadastro, reconferência, digitalização e inserção dos processos nos sistemas utilizados:

> O processo, a gente tinha pensado em uma pessoa para receber o processo. Hoje a gente tem quatro [...]. Já mais que triplicou o número de funcionários. (G3)

A dimensão administrativa também apareceu como parte da complexidade inicial da implantação. A operacionalização do CEAF exigiu lidar com documentação, organização do espaço físico, adequação ambiental e instalação de equipamentos necessários ao funcionamento do serviço:

> [...] houve a implantação ao longo de um ano, né? Burocrático, resolvendo aquele monte de documentação para poder implantar. E depois instalação, climatizadores, você tem que encontrar uma estrutura [...]. (G2)

Esses relatos mostram que a implantação do CEAF descentralizado incorporou novas exigências operacionais à rotina municipal. A equipe local passou a lidar não apenas com a dispensação de medicamentos, mas também com etapas de

organização documental, adequação estrutural, definição de fluxos internos e acompanhamento de processos, elementos que aumentaram a complexidade do trabalho na Assistência Farmacêutica.

No período inicial, a insuficiência de estrutura e pessoal levou à adoção de estratégias emergenciais para evitar acúmulo de trabalho e atraso no andamento dos processos. Esse dado evidencia que parte da implantação foi sustentada pelo esforço direto dos profissionais envolvidos:

> Foi fazer hora extra mesmo, vim no sábado, levar serviço para casa, porque [...] a demanda foi muito maior. Então, a gente não tinha número de funcionários suficiente. (G3)

Esse esforço também repercutiu sobre a gestão da Assistência Farmacêutica municipal. A incorporação do CEAF à rotina local deslocou parte importante da atenção da coordenação para o novo serviço, reduzindo sua disponibilidade para outras áreas:

> Eu acho que o impacto maior foi que a gente teve que ficar, eu enquanto coordenação, por exemplo, toda virada para o Especializado, tive que deixar minha gestão de lado e ficar para o Especializado. Eu não conseguia dar suporte para as outras farmácias [...]. (G3)

Assim, os relatos indicam que as repercussões da descentralização não se restringiram à unidade responsável pelo atendimento do CEAF, alcançando a organização mais ampla da Assistência Farmacêutica municipal. No contexto analisado, a incorporação de um serviço especializado à rotina local, diante de limitações no dimensionamento inicial de estrutura, equipe e fluxos, repercutiu também sobre a capacidade da coordenação municipal de acompanhar outros serviços, programas e componentes da assistência. Esses achados dialogam com a perspectiva de que a implementação de políticas públicas requer a mobilização de capacidades e de arranjos institucionais que viabilizem sua execução (Pires; Gomide, 2016), bem como com a compreensão da Assistência Farmacêutica como um processo integrado à gestão municipal da saúde (Mendes *et al.*, 2024).

Apesar desses desafios, os efeitos da descentralização não foram percebidos de forma homogênea entre os participantes. Embora a implantação tenha sido associada à sobrecarga, ao aumento de custos e à necessidade de reorganização, os

relatos também indicaram que, em determinado contexto, a incorporação do CEAF à rotina municipal foi associada à ampliação da autonomia sobre processos, usuários e estoques no próprio território. Essa diferença de percepção sugere que os efeitos percebidos da descentralização podem estar relacionados às condições prévias de funcionamento, à estrutura disponível, à equipe existente, à relação com a Regional de Saúde e à capacidade local de absorver novas demandas. Essa interpretação dialoga com Lima e D'Ascenzi (2017), ao demonstrarem que a implementação de políticas públicas é marcada pela influência mútua entre a estrutura normativa formal da política e as características dos contextos locais de implementação, considerando também a atuação dos implementadores. A dimensão relacionada à autonomia municipal será retomada na categoria referente à ampliação do acesso, autonomia local e responsabilização.

Em conjunto, os achados mostram que a implantação da PDCEAF exigiu dos municípios mobilização de recursos materiais, adequação da estrutura física, reorganização das equipes e incorporação de novas rotinas administrativas e operacionais. As repercussões alcançaram não apenas o serviço responsável pelo CEAF, mas também a organização mais ampla da Assistência Farmacêutica municipal, evidenciando que a capacidade de absorção das novas responsabilidades depende das condições locais de estrutura, pessoal, planejamento e organização do trabalho.

No campo específico do CEAF, Rover *et al.* (2017) destacam que diferenças na capacidade de gestão podem comprometer a organização dos serviços, a disponibilidade de estrutura adequada e a qualificação necessária à execução do componente. Nesse sentido, os achados desta categoria dialogam especialmente com a dimensão teórico-analítica de implementação e capacidade institucional municipal apresentada no Quadro 2, ao evidenciarem que a execução descentralizada depende das condições disponíveis no âmbito local para incorporar novas atribuições e reorganizar os serviços.

4.2.2 Governança, apoio institucional e verticalidade dos fluxos estaduais

A segunda categoria reúne relatos relacionados ao apoio institucional recebido pelos municípios, à coordenação entre os níveis de gestão e à forma como os fluxos da PDCEAF foram definidos e operacionalizados. A análise das falas evidenciou uma

distinção importante entre a atuação das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e o nível central estadual. Enquanto as Regionais foram, em geral, percebidas como instâncias mais próximas dos municípios e disponíveis para suporte técnico, o nível central foi associado a decisões mais verticalizadas e, por vezes, distantes das condições concretas de execução municipal.

Foi possível reconhecer nas falas dos participantes que a Gerência Regional ofereceu apoio durante a implantação, especialmente por meio de reuniões, escuta, orientações e disponibilidade para contato diante das demandas municipais:

> Eu não posso falar que eles não deram um apoio. Eles [...] foram feitas reuniões periódicas. Então, nessa questão, eles nos ouviram. Eles se colocavam disponíveis. [...] Eles foram, por várias vezes, né, na farmácia também, orientar depois da farmácia estruturada. Eles foram lá, orientaram técnicos, farmacêuticos. (G1)

> Nossa Gerência Regional aqui é muito boa. A gente tem contato quase que imediato, sempre que a gente precisa de algo. Foi assim na implantação, continua sendo assim. Eles são resolutivos. (G2)

Esses excertos indicam que, para os participantes, a GRS exerceu papel relevante como instância de apoio técnico e interlocução cotidiana. A Regional foi percebida como mais acessível ao município, com disponibilidade para orientar, dialogar e responder às demandas operacionais surgidas durante a implantação e execução do CEAF descentralizado.

Entretanto, os participantes também reconheceram limites na capacidade das GRS para modificar fluxos ou solucionar problemas decorrentes de decisões estabelecidas pelo nível central estadual:

> Com relação aqui à Gerência Regional, também eles não têm muito o que fazer. Também recebe políticas de Belo Horizonte e tem que aplicar na região. (G1)

> As regionais são vítimas disso também, né? A gente cobra deles uma resposta, mas eles também não têm [...]. Então, mas eles estão bem dispostos a conseguir ajudar os pacientes. (G2)

Essas falas ajudam a evitar uma interpretação simplificada sobre o papel das Regionais. Os participantes não atribuíram a elas a responsabilidade integral pelas dificuldades da implantação. Ao contrário, reconheceram que, embora as GRS tenham exercido função importante de apoio e mediação, sua atuação era condicionada por diretrizes, fluxos e decisões definidas em instâncias superiores da gestão estadual.

As críticas mais fortes foram direcionadas ao nível central, principalmente em relação à pouca escuta dos municípios antes da implantação e das mudanças de fluxo. Dois participantes destacaram a distância entre a formulação estadual da política e a realidade cotidiana dos serviços municipais:

> Ninguém veio consultar as dificuldades dos municípios. Ninguém veio com uma prévia antes [...]. Os municípios, pelo menos nós da gestão da assistência farmacêutica [...] não foram consultados sobre essa questão. [...] Mas ali, né, com a gente aqui, no chão da fábrica, ninguém desceu para conversar. (G1)

> Eles não estão na linha de frente, não sabem o que acontece no chão da farmácia. (G2)

As expressões “chão da fábrica” e “chão da farmácia” são relevantes porque evidenciam a distância percebida entre quem formula ou altera a política e quem executa o serviço no cotidiano. É no município que o usuário chega, que os processos são recebidos, que os documentos são conferidos, que os prescritores demandam orientação e que as dificuldades operacionais aparecem de forma concreta.

Essa percepção também foi associada a mudanças definidas pelo nível central sem participação suficiente dos municípios:

> [...] as políticas lá de Belo Horizonte são quase sempre feitas [...] uma mudança [...] geral, que é enviada para ser cumprida sem consulta de nada, sem nenhum documento assinado, nada. (G2)

Esse conjunto de falas evidencia, na percepção dos participantes, um distanciamento entre decisões formuladas ou alteradas no nível central e sua operacionalização no âmbito municipal. Os relatos de ausência de consulta prévia e de dificuldades relacionadas à execução de mudanças nos fluxos dialogam com a literatura sobre implementação de políticas públicas, especialmente com as perspectivas que reconhecem a importância dos implementadores locais e das condições concretas em que as diretrizes são executadas (Secchi; Coelho; Pires, 2020). Também se aproximam da compreensão de Lima e D’Ascenzi (2017), segundo a qual a implementação resulta da interação entre a estrutura normativa formal e as características dos contextos locais de execução.

Em G3, essa verticalidade apareceu na necessidade de seguir fluxos definidos pelo Estado e explicá-los aos profissionais da rede, especialmente aos médicos:

> Eu acho que é mais os fluxos que são estabelecidos pelo Estado, essa questão de LME e receita de insulina mesmo, que tem que vir dessa forma, né, e sem muita explicação. É assim e pronto, e a gente tem que seguir e convencer os médicos que é assim e pronto. (G3)

Outro trecho reforça que, além de executar os fluxos definidos pelo Estado, o município passou a assumir a responsabilidade de traduzi-los e sustentá-los perante a rede local:

> A gente fez no início, a gente faz sempre, pedimos para eles poderem [...] falar para os médicos, e eles preferiram: 'não, vão falar a mesma coisa que vocês vão falar, né? Vocês que vão falar'. (G3)

Esses excertos indicam que, no contexto analisado, o município não apenas executa a política, mas também assume uma função de mediação de sua aplicação junto aos profissionais da rede. A gestão municipal passa a explicar regras, orientar prescritores, responder dúvidas e sustentar decisões que nem sempre foram construídas com sua participação direta, aproximando a norma estadual das situações concretas encontradas nos serviços. Essa atuação dialoga com a perspectiva de Lima e D'Ascenzi (2017), segundo a qual os implementadores exercem papel ativo na execução das políticas, uma vez que as diretrizes formais interagem com os contextos locais e com as ações dos atores responsáveis por sua operacionalização.

O apoio institucional também apareceu nas falas sobre capacitação. G3 reconheceu que houve treinamentos, mas avaliou que eles não foram suficientes para lidar com as dificuldades práticas da implantação:

> Ah, não gostei do suporte do Estado, não. Eu acho que deixa muito a desejar. A gente mesmo muito cru, né? [...] Foi desesperador no início [...]. Então, assim, eu acho que eles tinham que ter feito uma força-tarefa, que a gente teve que trabalhar final de semana, teve que trabalhar à noite. Então, eu acho que eles tinham que ter feito isso também, sabe? [...] Sim, fizemos. Foi dado vários treinamentos. (G3)

Essas falas indicam que treinamento e apoio operacional não são equivalentes. O treinamento contribui para compreender normas, fluxos e sistemas, mas a implantação exige acompanhamento mais próximo, especialmente quando há migração de processos, aumento de demanda, dúvidas da equipe, necessidade de reorganizar espaço físico e orientação de prescritores. Portanto, a capacitação inicial,

embora necessária, não substitui mecanismos contínuos de apoio técnico, escuta e correção de problemas durante a execução.

Essa necessidade de apoio contínuo evidencia que a implementação da política depende também da articulação e da coordenação entre os diferentes níveis de gestão.

No âmbito do SUS, essa discussão assume contornos específicos, pois a regionalização demanda pactuação, cooperação e coordenação entre diferentes níveis de gestão. Shimizu *et al.* (2021) identificaram desafios relacionados ao planejamento e à coordenação regional, bem como limitações na participação dos diferentes entes federativos nesse processo. Os autores também apontaram o risco de conformação de formas de regionalização com características burocráticas e fragmentadas.

No caso específico do CEAF, a relevância da dimensão regional também foi observada em estudo sobre a descentralização da dispensação no Paraná, no qual a Regional de Saúde foi o único fator associado à velocidade de adoção e de implementação do processo. Esse resultado reforça que a consolidação da descentralização não depende apenas da adesão municipal ou da existência de normas estaduais, mas também das articulações estabelecidas no âmbito regional e das relações entre instâncias estaduais e municipais de gestão (Rossignoli *et al.*, 2025).

Em Minas Gerais, a PDCEAF foi formalmente estruturada por normas estaduais que definem critérios de adesão, requisitos mínimos, incentivo financeiro, indicadores de monitoramento e uso de sistemas de informação para gestão das solicitações, dispensações, estoques e documentos. Entretanto, os relatos dos gestores indicam que a existência desses instrumentos formais não elimina a necessidade de coordenação cotidiana, apoio técnico próximo e canais permanentes de escuta entre nível central, GRS e municípios (Madeira; Moreira, 2025).

Em conjunto, os resultados evidenciam que o apoio institucional foi percebido de forma distinta conforme o nível de gestão: as GRS foram descritas como mais próximas e acessíveis aos municípios, enquanto o nível central foi associado a decisões mais verticalizadas e à menor participação dos gestores locais na definição ou alteração dos fluxos. Esses achados reforçam a importância da coordenação interfederativa, da comunicação permanente e de canais de escuta dos

implementadores municipais, aproximando-se da dimensão teórico-analítica de governança e coordenação interfederativa apresentada no Quadro 2.

4.2.3 Burocratização da rotina operacional e limites dos sistemas de informação

A terceira categoria trata da carga administrativa, documental e informacional que passou a integrar a rotina municipal com a descentralização do CEAF. Os participantes relataram que o serviço envolve várias etapas de conferência, registro, análise, digitalização, arquivamento e acompanhamento de processos, o que ampliou as responsabilidades operacionais das equipes municipais.

Esse resultado está relacionado à própria complexidade do CEAF. Por envolver medicamentos especializados, PCDT, critérios de inclusão, renovação de tratamentos, controle de estoque, armazenamento adequado e acompanhamento dos usuários, o componente exige registros e monitoramento rigorosos. Estudos sobre a capacidade de gestão do CEAF apontam que sistemas de informação, monitoramento, organização dos fluxos e infraestrutura são dimensões relevantes para o funcionamento do componente (Fatel *et al.*, 2021; Rover *et al.*, 2017). Entretanto, nas falas dos gestores, esses procedimentos foram percebidos como excessivos ou pouco integrados, gerando demora, retrabalho e sobrecarga para as equipes.

Um dos participantes chamou atenção para o volume de documentos exigidos:

> Muito documento físico que o Estado exige que a gente acumule. (G2)

No contexto da PDCEAF, Madeira e Moreira (2025) descrevem o uso do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) e do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) como instrumentos relacionados à gestão da política, destacando o SIGAF como ferramenta essencial para o gerenciamento das solicitações, o controle de estoque e a programação de itens, com registros alimentados pelas farmácias municipais. Contudo, os relatos desta pesquisa indicam que, no cotidiano municipal, a coexistência entre sistemas digitais, tramitação eletrônica e documentação física pode produzir sobreposição de etapas e ampliar a carga operacional das equipes.

A burocracia do fluxo processual também foi mencionada como elemento que interfere diretamente na rotina da equipe:

> O fluxo é burocrático, os processos, a análise é demorada. Os nossos farmacêuticos, os nossos técnicos, eles têm um trabalho muito burocrático. (G1)

Esse ponto é importante porque a burocracia não apareceu apenas como um incômodo administrativo. Ela foi relacionada ao tempo disponível para o cuidado farmacêutico:

> Às vezes a gente não consegue desenvolver [...] uma atenção farmacêutica, fazer um acompanhamento melhor do paciente. (G1)

Essa percepção foi reforçada quando o participante sintetizou a rotina como predominantemente documental:

> O que a gente fica fazendo é pegando papel e encaminhando dentro de uma estrutura burocrática. (G1)

Essa fala evidencia uma tensão entre as exigências administrativas do componente e a dimensão assistencial da Assistência Farmacêutica. Peixoto *et al.* (2026) destacam que o acesso aos medicamentos envolve não apenas sua oferta, mas também o acesso aos serviços, à informação e às condições necessárias para o uso adequado. No contexto do CEAF, essa questão assume relevância porque a descentralização pode aproximar o serviço dos usuários, mas sua operacionalização demanda infraestrutura, profissionais e recursos adequados (Oliveira *et al.*, 2026). À luz dos relatos desta pesquisa, a ampliação do acesso precisa, portanto, ser acompanhada de condições que permitam preservar a orientação aos usuários e o acompanhamento farmacêutico.

Os sistemas de informação também apareceram como parte desse problema. O SIGAF, utilizado em Minas Gerais para o registro e o gerenciamento das ações da Assistência Farmacêutica, foi descrito como um sistema burocrático:

> SIGAF [...] é um *software* que ainda é muito burocrático. (G1)

Outro participante relacionou o sistema à demora no atendimento e à formação de filas:

> Análise de processo, montagem, dispensação, *software*, tudo leva a gerar uma fila, uma fila de pacientes, uma demora, um *software* que não é ágil. (G2)

Essa fala mostra que a demora percebida não depende de um único fator. Ela resulta da soma entre análise de processo, montagem documental, dispensação, uso do sistema e organização do fluxo de atendimento. Assim, o problema relatado não está apenas no *software*, mas na forma como as etapas administrativas, tecnológicas e assistenciais se articulam no cotidiano do serviço.

A sobreposição de registros em diferentes sistemas e documentos também foi mencionada. Nesse contexto, além do SIGAF, foi citado o SEI, utilizado para tramitação e registro eletrônico de documentos e processos administrativos:

> [...] muitos processos [...] daria para minimizar. Igual, receber o processo, cadastrar no SIGAF, digitalizar esse processo, inserir no SEI, inserir todos os atendimentos no SEI. Então, acho que são processos que daria para poder serem otimizados. (G3)

Também foi apontado que a rotina poderia ser simplificada caso houvesse maior integração entre os sistemas:

> Eu acho que isso tinha que ter uma forma mais informatizada ali, ou o SIGAF fosse interligado. (G3)

Essas falas mostram que os sistemas são necessários para a gestão da política, mas precisam funcionar como ferramentas de apoio à tomada de decisão, à organização do serviço e ao cuidado. Quando não são integrados ou quando exigem repetição de registros, podem ampliar a carga de trabalho em vez de facilitar a rotina.

Esse resultado dialoga com Oliveira *et al.* (2026), que identificaram divergências entre bases de dados do CEAF, como a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR) e informações disponibilizadas nos sítios eletrônicos das SES. As autoras destacam que a qualidade da informação é fundamental para o monitoramento do componente, para a comunicação com usuários e sociedade e para a tomada de decisão em políticas públicas.

Assim, esta categoria mostra três dimensões principais da burocratização. A primeira é documental, relacionada ao volume de processos, formulários, recibos, documentos físicos e arquivos. A segunda é tecnológica, ligada ao uso de sistemas como SIGAF e SEI e à percepção de pouca integração entre registros. A terceira é assistencial, pois a carga administrativa foi percebida como fator que reduz o tempo disponível para acompanhamento farmacêutico mais qualificado.

É importante destacar que as falas não permitem afirmar tecnicamente que os sistemas sejam inadequados. Para isso, seria necessária uma avaliação específica dos sistemas, dos prazos, dos fluxos formais, da interoperabilidade e dos requisitos normativos. O que os dados mostram é que, para os gestores participantes, a forma como esses instrumentos são utilizados no cotidiano contribui para retrabalho, filas, demora e sobrecarga administrativa.

Esses achados dialogam com a dimensão teórico-analítica de organização técnico-operacional da execução apresentada no Quadro 2, ao evidenciarem como a multiplicidade de procedimentos e a pouca integração entre registros e sistemas repercutem na rotina municipal do CEAF.

4.2.4 Ampliação do acesso, autonomia local e responsabilização municipal

A quarta categoria reúne relatos que evidenciam uma dupla dimensão da descentralização do CEAF: de um lado, a ampliação do acesso e a maior proximidade do serviço em relação aos usuários; de outro, o aumento da exposição e da responsabilização prática do município diante das demandas cotidianas. Os participantes reconheceram ganhos para os usuários e, em alguns contextos, maior autonomia da gestão municipal sobre processos, estoques e atendimentos. Ao mesmo tempo, apontaram que a execução local tornou o município a principal referência para cobranças, inclusive em situações que dependem de fluxos estaduais ou de responsabilidades compartilhadas.

Antes da descentralização, a relação dos usuários com o CEAF ocorria, em determinados contextos, de forma mais direta com a Regional de Saúde, sem participação intermediária do município. Essa situação apareceu especialmente no relato de G1, representante de município-sede de Regional: