

Confiabilidade do atendimento em farmácia comunitária: padronização, capacitação de equipes e governança por indicadores em redes de serviços

Reliability of care in community pharmacies: standardization, team training, and indicator-based governance in service networks

Giselle Ávila Sousa
Farmacêutica e Bioquímica (CRF/GO)

Resumo

A farmácia comunitária atua na fronteira entre varejo e cuidado em saúde, de modo que a qualidade do atendimento e a consistência de processos se tornam determinantes para segurança do paciente e sustentabilidade do serviço. Em redes de farmácias, esse desafio é ampliado pela variabilidade entre unidades, rotatividade de equipes e pressão por desempenho. Este artigo apresenta um ensaio teórico orientado por implementação de serviços, propondo um framework de reestruturação operacional baseado em dois vetores integrados: padronização do atendimento e capacitação de equipes. A padronização é discutida como estratégia para reduzir a variabilidade e elevar a confiabilidade do serviço, por meio de processos críticos, linguagem de atendimento e rotinas de segurança, sem “robotizar” o balcão. A capacitação é tratada como desenvolvimento de competências clínicas e comunicacionais capazes de traduzir princípios do pharmaceutical care em interações viáveis em tempo real. O texto articula o modelo à literatura internacional de qualidade em saúde e ciência da implementação, destacando adoção, fidelidade, viabilidade e manutenção como condições de sustentação. Por fim, propõe uma arquitetura pragmática de indicadores

de processo, experiência e segurança, recomendando avaliação prospectiva futura em desenhos simples e auditáveis.

Palavras-chave: farmácia comunitária; padronização do atendimento; treinamento de equipes; indicadores de desempenho; ciência da implementação; qualidade em serviços; gestão em saúde.

Abstract

Community pharmacies operate at the intersection of retail and healthcare, making service quality and process consistency critical for patient safety and organizational sustainability. In pharmacy chains, these challenges are intensified by cross-site variability, workforce turnover, and performance pressure. This paper presents a theoretical, implementation-oriented essay proposing an operational restructuring framework built on two integrated drivers: service standardization and workforce capability building. Standardization is framed as a strategy to reduce variability and increase service reliability through the design of critical processes, service language, and safety routines—without turning the counter into a scripted interaction. Capability building is conceptualized as the development of clinical and communication competencies that translate pharmaceutical care principles into feasible, real-time community pharmacy encounters. The framework is positioned within international literature on healthcare quality and implementation science, emphasizing adoption, fidelity, feasibility, and sustainment as prerequisites for long-term viability. Finally, the paper proposes a pragmatic indicator architecture focused on process, experience, and safety metrics, recommending future prospective evaluation through simple and auditable study designs. The contribution is a replicable conceptual roadmap for both chains and independent pharmacies that preserves academic rigor without relying on context-specific empirical claims.

Keywords: community pharmacy; service standardization; workforce training; performance indicators; implementation science; service quality; healthcare management.

1. Introdução

A discussão sobre reestruturação operacional em farmácias comunitárias costuma ser capturada por uma falsa dicotomia: de um lado, “gestão e vendas”; do outro, “cuidado e clínica”. Na prática, essa separação é artificial. A farmácia comunitária é, simultaneamente, um serviço de saúde e um ponto de acesso a tecnologias

terapêuticas, e sua performance depende de como ela organiza processos para atender pessoas em tempo real, sob demanda contínua e com alta variabilidade de necessidades. A qualidade do atendimento, nesse contexto, não é um “extra” humanístico: é um componente estruturante de segurança do paciente, experiência do usuário e confiabilidade organizacional.

Em redes de farmácias, as dificuldades típicas do setor se amplificam. A replicação de unidades e equipes cria variabilidade de práticas. A rotatividade compromete a memória operacional. A pressão de tempo reduz a chance de orientação estruturada. E a coexistência de metas comerciais com responsabilidades sanitárias frequentemente empurra o serviço para um padrão reativo: responder a problemas quando eles já se tornaram reclamações, erros ou perdas de fidelização. Esse cenário torna a reestruturação uma necessidade recorrente, mas também torna a reestruturação um risco, porque muitas iniciativas se restringem a treinamentos pontuais ou a mudanças superficiais de rotina, sem alterar os mecanismos que produzem variabilidade e inconsistência.

Este artigo assume uma postura teórica e implementacional. Em vez de apresentar um estudo empírico com base em séries de indicadores, o texto propõe um framework conceitual de reestruturação operacional aplicável a redes de farmácias e a farmácias independentes. A proposta parte de um princípio simples: a reestruturação se sustenta quando integra dois eixos — padronização de processos críticos e capacitação continuada baseada em competência — e quando ambos são governados por uma arquitetura de indicadores pragmática, capaz de orientar aprendizagem e ajuste sem exigir infraestrutura complexa. Essa abordagem preserva rigor porque se ancora em literatura internacional de qualidade e implementação e porque evita inferências de impacto sem mensuração formal.

O objetivo, portanto, é oferecer um roteiro conceitual replicável: definir o que deve ser padronizado, como a capacitação deve ser desenhada para ser aplicável no balcão, como a implementação deve ser conduzida para favorecer adoção e fidelidade e como a mensuração deve ser estruturada para sustentar melhoria contínua e avaliação futura.

2. Referencial teórico

A reestruturação de serviços em saúde pode ser entendida como um problema de confiabilidade: a capacidade de entregar um padrão mínimo de qualidade independentemente de quem atende, do horário, do volume de demanda e do contexto local. A literatura de qualidade em saúde fornece um vocabulário clássico para esse

problema, distinguindo estrutura, processo e resultado. Em farmácias comunitárias, a estrutura inclui equipe, qualificação, disponibilidade de insumos e ferramentas de registro; o processo é o atendimento em si — acolhimento, orientação, verificação de compreensão, triagem e encaminhamentos — e o resultado se manifesta em experiência do paciente, segurança, adesão e eficiência operacional. Essa lente é útil porque impede que a reestruturação seja reduzida a slogans: ela obriga a especificar o que muda na estrutura e no processo para que resultados plausíveis ocorram.

A ciência da implementação aprofunda essa discussão ao deslocar o foco de “qual intervenção é boa” para “como uma intervenção é adotada e mantida”. Em redes de serviços, o problema raramente é a falta de ideias; é a incapacidade de transformar ideias em rotina com fidelidade e sustentabilidade. Assim, conceitos como adoção, aceitabilidade, viabilidade, fidelidade e manutenção são essenciais. Eles descrevem os mecanismos pelos quais um modelo de atendimento deixa de ser exceção e passa a ser padrão.

No contexto de farmácia comunitária, a dimensão clínica se expressa pela tradição do pharmaceutical care e pela noção de cuidado centrado no paciente. O farmacêutico, nesse enquadramento, não é apenas dispensador: atua como agente de segurança medicamentosa, educação em saúde e suporte à decisão informada. Entretanto, a tradução desse papel para a realidade do balcão exige desenhar rotinas de comunicação e triagem que sejam viáveis em tempo real. A reestruturação operacional, portanto, não deve “importar” a clínica como ideal abstrato; deve convertê-la em microprocessos realizáveis, sustentados por padronização mínima e treinamento baseado em competência.

Finalmente, a governança por indicadores entra como linguagem de coordenação. Indicadores são menos “números” e mais um sistema de feedback. Em serviços com alta variabilidade, a ausência de indicadores pragmáticos produz cegueira operacional: problemas são percebidos tarde, quando já viraram conflitos, eventos adversos ou perda de fidelização. O desafio é construir indicadores que medem o que importa sem produzir burocracia — ou seja, indicadores de processo e segurança suficientemente simples para serem coletados e suficientemente relevantes para orientar decisões.

3. Metodologia

Este trabalho é um ensaio teórico-conceitual orientado por implementação de serviços. O texto realiza uma síntese aplicada de literatura internacional em qualidade, implementação e farmácia comunitária, integrando esses fundamentos em um framework operacional. Não se trata de avaliação empírica de intervenção. O artigo,

portanto, não apresenta testes estatísticos, séries históricas ou resultados numéricos. Em seu lugar, apresenta uma proposta estruturada e auditável que pode orientar implementação prática e avaliação prospectiva futura.

A escolha por um ensaio teórico é deliberada: em ambientes onde a evidência empírica local não está organizada em base auditável, a contribuição científica mais robusta é oferecer um modelo conceitual claramente especificado, com mecanismos plausíveis, condições de aplicabilidade, e um plano de mensuração que permita transformar o framework em pesquisa aplicada em etapa posterior.

4. Proposta conceitual: framework de reestruturação por padronização e capacitação

O framework proposto parte de uma premissa: redes de farmácias falham operacionalmente não apenas por falta de esforço, mas por falta de desenho. Quando o atendimento depende de improviso individual, qualquer oscilação de equipe ou de demanda destrói consistência. A reestruturação, então, precisa alterar a arquitetura do serviço, criando confiabilidade por desenho.

A padronização, nesse modelo, é entendida como padronização de processos críticos e de linguagem de atendimento, não como atendimento mecânico. O objetivo é reduzir variabilidade nos pontos em que variabilidade é perigosa: orientação de uso, identificação de risco, encaminhamento, comunicação sobre substituição terapêutica, e verificação de compreensão. Esses pontos podem ser tratados como “gates” de qualidade: pequenas etapas que, quando executadas consistentemente, reduzem o risco e aumentam a confiança.

A capacitação é entendida como construção de competência e não como acúmulo de conteúdo. Em farmácia comunitária, competência clínica e comunicacional se expressa em comportamentos observáveis: fazer perguntas corretas, identificar sinais de alerta, explicar de forma clara, checar compreensão e registrar o mínimo necessário. Por isso, a capacitação precisa ser desenhada como treino aplicado, com cenários e linguagem padronizada, e não apenas como palestra.

O modelo se torna implementável quando padronização e capacitação se reforçam mutuamente. A padronização fornece o “como fazer”. A capacitação fornece o “saber fazer” e o “conseguir fazer no balcão”. Sem padronização, o treinamento não se fixa porque cada unidade inventa seu próprio jeito. Sem capacitação, a padronização vira papel sem prática. O ponto de maturidade é quando o serviço cria uma rotina de

reforço: treinamentos curtos e frequentes, supervisão leve, feedback baseado em poucos indicadores e correções rápidas.

O farmacêutico ocupa papel central porque funciona como eixo de qualidade e segurança. Não no sentido de “assumir tudo”, mas no sentido de desenhar padrões clínicos mínimos, apoiar o treinamento e garantir que a linguagem e o processo não se desviem para atalhos perigosos. Em termos teóricos, ele é o agente que transforma uma operação de varejo em serviço de saúde com confiabilidade mínima.

5. Implementação: adoção, fidelidade e sustentação como condições de sucesso

Em redes de farmácias, reestruturações raramente falham por ausência de diretrizes; falham quando não conseguem se converter em rotina sob pressão de tempo, rotatividade e heterogeneidade entre unidades. Por isso, o desempenho de qualquer mudança depende menos do “lançamento” e mais de um percurso de implementação que estabilize práticas no balcão e nos bastidores, com capacidade de resistir à variabilidade do cotidiano.

Esse percurso pode ser compreendido como uma sequência operacional: primeiro, a prática precisa ser adotada por quem executa; em seguida, deve manter um núcleo funcional relativamente constante, apesar das adaptações contextuais; por fim, precisa atravessar o período pós-implementação sem degradar, quando a atenção gerencial diminui e os atalhos reaparecem. Quando qualquer uma dessas etapas falha, a mudança tende a virar “evento” e não “sistema”.

O ponto de partida é a compatibilidade com o fluxo real. Mudanças que aumentam a carga cognitiva, exigem tempo que o balcão não tem ou pressupõem infraestrutura inexistente não são rejeitadas formalmente: são simplificadas informalmente até perderem função. O desenho, portanto, precisa ser pragmático: padrões mínimos, linguagem operacional clara e rotinas que reduzam ambiguidade em situações recorrentes, de modo que o atendimento se torne mais previsível para a equipe e para o paciente.

A consistência de execução, entretanto, não se preserva sozinha. Em operações distribuídas, a deriva de processo é um risco estrutural: pressa, turnos, diferenças de liderança local e rotatividade induzem atalhos progressivos. A proteção do núcleo do modelo exige mecanismos leves, mas persistentes: definição explícita de passos

críticos, verificação por amostragem e reforço periódico por treino aplicado. O objetivo é impedir que a intervenção se fragmente em versões locais incompatíveis, o que inviabiliza tanto a qualidade quanto qualquer avaliação posterior.

A estabilidade de longo prazo depende, por sua vez, de institucionalização e de aprendizagem contínua. Institucionalizar significa transformar o padrão em “forma normal de operar”, alinhando expectativas e responsabilidades. Aprender continuamente significa ajustar o modelo com base em feedback operacional, e não em percepções isoladas. Nesse cenário, indicadores funcionam como infraestrutura de governança: um conjunto enxuto de métricas de processo, segurança e experiência torna visível a degradação do padrão, orienta priorização e sustenta microcorreções em ciclos curtos, evitando que a reestruturação dependa exclusivamente de memória organizacional ou de lideranças específicas.

6. Arquitetura de indicadores: mensurar sem burocratizar

Como este artigo é teórico, a arquitetura de indicadores é apresentada como proposta de mensuração e não como resultado observado. O princípio é pragmático: indicadores devem ser poucos, rastreáveis e diretamente conectados aos pontos críticos do processo.

Em uma rede de farmácias, um painel mínimo pode ser organizado em três dimensões.

A primeira dimensão é o processo de atendimento e orientação. Aqui entram medidas de consistência: frequência de orientação registrada, completude mínima da orientação (tópicos essenciais), e verificação de compreensão em situações de risco. Essas medidas são importantes porque representam a “assinatura” do modelo: se elas caem, o modelo não está sendo executado.

A segunda dimensão é segurança e risco. Em farmácia comunitária, segurança pode ser capturada por proxies: eventos de confusão por substituição, relatos de uso duplicado, dúvidas recorrentes, sinais de automedicação inadequada identificados no atendimento, e encaminhamentos por sinais de alerta. O objetivo não é criar um sistema hospitalar de notificação, mas identificar padrões de risco evitáveis.

A terceira dimensão é experiência e confiabilidade do serviço. Aqui entram medidas de satisfação, clareza percebida, e recorrência. Em redes, a experiência do paciente é um indicador de consistência: quando o atendimento é previsível, a confiança aumenta. Quando o atendimento varia, a confiança se fragmenta.

Do ponto de vista de pesquisa aplicada, esse painel permite desenhar avaliações prospectivas simples: comparações antes-depois em períodos curtos, auditorias de amostra, estudos de implementação híbridos com foco em fidelidade e aceitabilidade, e análises de série temporal quando dados estiverem disponíveis. O ponto central é que a mensuração deve servir à melhoria, não ao relatório.

7. Discussão

A reestruturação de redes de farmácias pode ser tratada como um problema de confiabilidade do serviço: a capacidade de entregar um padrão mínimo de qualidade sob variação de demanda, turnos, perfis de equipe e pressões de tempo. Em operações distribuídas, a principal fonte de degradação não é a ausência de diretrizes, mas a variabilidade acumulada nos pontos críticos do processo de atendimento, especialmente onde decisões e orientações impactam diretamente na segurança e adesão. A redução dessa variabilidade requer desenho explícito de processos essenciais — não para uniformizar interações, mas para assegurar que etapas críticas não sejam omitidas e que o serviço permaneça previsível ao paciente.

A padronização opera como mecanismo de redução de risco ao delimitar “gates” assistenciais e operacionais: identificação de sinais de alerta, orientação mínima de uso, critérios de encaminhamento, verificação de compreensão em situações sensíveis e registro mínimo quando aplicável. O objetivo não é transformar o balcão em um script, mas estabilizar o núcleo do processo em torno de comportamentos observáveis e auditáveis. Essa estabilização permite consistência interunidades, diminuir retrabalho e torna a experiência do paciente menos dependente de quem atende, o que é particularmente relevante em redes com alta rotatividade e heterogeneidade de contextos locais.

A capacitação, por sua vez, deve ser entendida como estratégia de implementação, não como evento educativo pontual. Processos padronizados só se convertem em rotina quando são traduzidos em competências aplicáveis em tempo real: condução de perguntas-chave, síntese de orientação em linguagem acessível, reconhecimento de risco, manejo de dúvidas e checagem de entendimento. Em ambientes de alta rotatividade, a capacitação continuada funciona como mecanismo de preservação do padrão, reduzindo a erosão do processo causada por substituição de equipe e por “atalhos” induzidos por pressão de tempo. Quando estruturada por treino aplicado e supervisão leve, a capacitação também diminui o descompasso entre protocolos formais e o que é operacionalmente executável no balcão.

A governança por indicadores não se justifica como controle burocrático, mas como instrumento de feedback para gestão do processo. Sem métricas pragmáticas, a operação passa a ser conduzida por sinais tardios (reclamações, perdas, eventos) e por percepções locais. Um painel enxuto centrado em processo, segurança e experiência permite detectar queda de fidelidade ao padrão, localizar pontos de falha e orientar correções incrementais. Além disso, indicadores equilibram dimensões assistenciais e organizacionais, prevenindo a captura do desempenho por métricas exclusivamente comerciais e permitindo que segurança e qualidade sejam tratadas como variáveis operacionais.

A integração clínica ao fluxo não implica transformar todo atendimento em consulta extensa. Em farmácia comunitária, a clínica efetiva é frequentemente “microclínica”: intervenções breves, repetíveis e direcionadas aos pontos de maior risco de confusão e uso inadequado. A incorporação de orientação estruturada e verificação de compreensão em situações selecionadas atua como barreira de segurança, reduzindo probabilidade de duplicidade terapêutica, interrupção precoce e automedicação inapropriada. Ao ser desenhada como parte do processo — e não como camada adicional — essa microclínica torna-se compatível com o ambiente de alta demanda sem sacrificar consistência.

Por fim, a ausência de demonstração empírica não inviabiliza a construção conceitual quando os mecanismos são especificados de forma testável e as condições de aplicabilidade são delimitadas. Em serviços, a trajetória típica de evidência é incremental: começa pela especificação do modelo e de seus componentes críticos, evolui para mensuração de adoção e fidelidade, e só então avança para desfechos de efetividade. A robustez, nesse estágio, depende menos de números e mais de clareza causal, coerência com literatura de qualidade e implementação e plausibilidade operacional em ambientes reais.

8. Considerações finais

Este artigo apresentou um framework teórico de reestruturação operacional em redes de farmácias baseado em padronização do atendimento e capacitação continuada de equipes, orientado por indicadores pragmáticos. A proposta foi construída para ser publicável sem depender de alegações empíricas específicas: define componentes, mecanismos, condições de implementação e arquitetura de mensuração futura.

Como agenda de continuidade, recomenda-se que a aplicação do framework seja acompanhada por avaliações prospectivas leves, com indicadores de processo, segurança e experiência do paciente, permitindo transformar o modelo em evidência

empírica em etapas. Em farmácia comunitária, onde o risco frequentemente nasce da variabilidade e da confusão do paciente, confiabilidade de processo e competência comunicacional são, simultaneamente, estratégia de gestão e estratégia de segurança.

Referências

BERO, L. A. *et al.* Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. **BMJ**, v. 317, n. 7156, p. 465-468, 1998. DOI: 10.1136/bmj.317.7156.465.

DAMSCHRODER, L. J. *et al.* Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science**, v. 4, art. 50, 2009. DOI: 10.1186/1748-5908-4-50.

DEMING, W. E. **Out of the crisis**. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1986.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743.

FIXSEN, D. L. *et al.* **Implementation research: a synthesis of the literature**. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute; National Implementation Research Network, 2005.

GLASGOW, R. E.; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999. DOI: 10.2105/AJPH.89.9.1322.

GLASGOW, R. E. *et al.* RE-AIM Planning and Evaluation Framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. **Frontiers in Public Health**, v. 7, art. 64, 2019. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00064.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

IVERS, N. *et al.* Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, CD000259, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub3.

JURAN, J. M.; GODFREY, A. B. **Juran's quality handbook**. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 1999.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The Balanced Scorecard—Measures that drive performance. **Harvard Business Review**, v. 70, n. 1, p. 71-79, 1992.

KOTTER, J. P. **Leading change**. Boston: Harvard Business School Press, 1996.

LANGLEY, G. J. *et al.* **The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance**. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.

MICHIE, S.; VAN STRALEN, M. M.; WEST, R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. **Implementation Science**, v. 6, art. 42, 2011. DOI: 10.1186/1748-5908-6-42.

MOULLIN, J. C. *et al.* A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. **Health Research Policy and Systems**, v. 13, art. 16, 2015. DOI: 10.1186/s12961-015-0005-z.

OGRINC, G. *et al.* SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 12, p. 986-992, 2016. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004411.

PINNOCK, H. *et al.* Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) statement. **BMJ**, v. 356, i6795, 2017. DOI: 10.1136/bmj.i6795.

PORTER, M. E. What is value in health care? **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010. DOI: 10.1056/NEJMp1011024.

PROCTOR, E. *et al.* Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 38, n. 2, p. 65-76, 2011. DOI: 10.1007/s10488-010-0319-7.

PROCTOR, E. K.; POWELL, B. J.; MCMILLEN, J. C. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. **Implementation Science**, v. 8, art. 139, 2013. DOI: 10.1186/1748-5908-8-139.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 5. ed. New York: Free Press, 2003.

SENGE, P. M. **The fifth discipline: the art and practice of the learning organization**. New York: Doubleday/Currency, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication without harm: global patient safety challenge on medication safety**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: World Health Organization, 2010.

WIEDENMAYER, K. *et al.* **Developing pharmacy practice: a focus on patient care.**
Geneva: World Health Organization; The Hague: International Pharmaceutical
Federation, 2006.

YIN, R. K. **Case study research and applications: design and methods.** 6. ed.
Thousand Oaks, CA: SAGE, 2018.