

***“Monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos na
Atenção Primária à Saúde: buscando a qualificação da gestão”***

por

Nathália Cano Pereira

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz*

Rio de Janeiro, setembro de 2013.

Esta dissertação, intitulada

***“Monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos na
Atenção Primária à Saúde: buscando a qualificação da gestão”***

apresentada por

Nathália Cano Pereira

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes
membros:*

Prof. Dr. Thiago Botelho Azeredo

Prof.^a Dr.^a Gisela Cordeiro Pereira Cardoso

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P436 Pereira, Nathália Cano
Monitoramento do desempenho dos serviços
farmacêuticos na atenção primária à saúde: buscando
a qualificação da gestão. / Nathália Cano Pereira. --
2013.
viii, 124 f. : il. ; tab. ; mapas
Orientador: Luiza, Vera Lucia
Cruz, Marly Marques da
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
1. Monitoramento. 2. Avaliação de Desempenho
Profissional. 3. Serviços de Assistência Farmacêutica.
4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.
CDD - 22.ed. – 615.1

**A minha família,
minha fortaleza de todos os dias.**

**A todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS),
merecedores de todo meu trabalho e dedicação.**

Agradecimentos

A minha família por tolerar os momentos de ausência.

Ao meu namorado, Marcus, por me apoiar incondicionalmente na realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, em especial a equipe técnica do NAF/SMS e NAF/ENSP que me ajudaram na construção e na reflexão de todo trabalho.

As minha orientadoras, Vera e Marly, que tornaram possíveis a realização deste sonho.

Aos colegas de mestrado que tornaram essa caminhada muito mais divertida e agradável.

A SMS por financiar o mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde.

Em especial as minhas amigas: Luisa, Dayanne, Loanna, Natália Regina, Roseanne, Michelle Magalhães, Michelle Caetano, Denise Ramos, Mellina, Ana, enfim, todos que me acompanharam e apoiaram durante essa caminhada.

Resumo

Objetivo: Construir um sistema de monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos (SEFAR) no âmbito da estratégia de saúde da família no município do Rio de Janeiro, visando disponibilizar informações úteis para subsidiar os gestores na tomada de decisões oportunas para melhoria desses serviços.

Metodologia: Realizado estudo de Avaliabilidade que incluiu a caracterização das etapas de construção do sistema de monitoramento com foco na utilidade e oportunidade. Realizada pesquisa documental e entrevista com atores chave para identificação dos objetivos e metas da Assistência Farmacêutica. A coleta e análise de dados subsidiou a construção do modelo lógico da intervenção, que juntamente com o modelo canadense de desempenho e a matriz de monitoramento utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde para controle dos contratos de gestão com as organizações sociais de saúde foram utilizados para elaboração da matriz de monitoramento do desempenho da intervenção. Esta matriz utilizou como dimensões de desempenho a acessibilidade, adequação, competência, continuidade e segurança.

Resultado: Com base na pesquisa documental, definiu-se como objetivo dos SEFAR na APS facilitar o acesso a medicamentos e seu uso racional. A identificação dos envolvidos e interessados na intervenção considerou, além dos entrevistados outros atores, como coordenadores de área de planejamento, gerentes de unidades de saúde, farmacêuticos e usuários. O modelo lógico priorizou o desenvolvimento de atividades voltadas para o cuidado com o usuários, famílias, equipes de saúde e comunidade, e foi elaborado considerando duas células operacionais: gestão técnica do medicamento e gestão do cuidado. Na matriz de monitoramento do desempenho dos SEFAR foram propostos 44 indicadores com respectivos fórmula de cálculo, fonte de verificação, periodicidade de coleta, responsabilidade e meta.

Conclusão: Foi construído sistema de monitoramento do desempenho dos SEFAR na ESF no MRJ.

Palavras-chave: Monitoramento; Desempenho; Serviços Farmacêuticos; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objective: To develop a performance monitoring system of pharmaceutical services (SEFAR) in the Health Family Strategy at the municipality of Rio de Janeiro, aiming to provide useful information to assist stakeholders in making timely decisions to improve these services.

Methodology: We conducted an Evaluability Assessment (EA) study that included the characterization of the construction stages of the monitoring system focusing on utility and opportunity. We also conducted document analysis and interviews with key stakeholders to identify Pharmaceutical Services goals and objectives. The data collection and analysis supported the construction of the intervention logical model that along with the Canadian performance model and the Municipal Health monitoring matrix used for control of the management contracts with social health organizations were used for preparation of the monitoring performance matrix of the intervention. This matrix used accessibility, suitability, competence, continuity and security as performance dimensions.

Results: Based on the document analysis, we defined the objective of SEFAR in Primary Health Care, to improve access to medicines and their rational use. The identification of those involved and interested in the intervention considered, besides other interviewed subjects, stakeholders such as planning area coordinators, health facilities managers, pharmacists and users. The logical model has prioritized the development of activities for the users care, families, health professionals and the community, and has been developed considering two operational cells: medicines technical management and care management. In the SEFAR performance monitoring matrix, 44 indicators with their formula, source of verification, collection frequency, responsibility and goal have been proposed.

Conclusion: It was built the SEFAR performance monitoring system for the Health Family Strategy in Rio de Janeiro municipality.

Keywords: Monitoring, Performance, Pharmaceutical Services, Primary Health Care

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	11
RELEVÂNCIA DO ESTUDO	12
PRESSUPOSTO	13
REVISÃO DA LITERATURA	13
Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família: uma proposta de reorientação no sistema de saúde do Brasil	13
Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde	16
Um breve histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil	17
Assistência Farmacêutica no Brasil: algumas contemporaneidades	24
Assistência Farmacêutica X Serviços Farmacêuticos	25
Monitoramento e Avaliação em Saúde	27
Desempenho de Sistemas e Serviços de Saúde	29
Avaliabilidade	34
Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro – o contexto do estudo	36
PERGUNTA DO ESTUDO	41
OBJETO	41
OBJETIVOS	41
Geral	41
Específicos	42
METODOLOGIA: COLOCANDO EM PRÁTICA OS OBJETIVOS	42
A intervenção: Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro	43
Identificando Objetivos e Metas da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde: Coleta e Análise dos Dados	45
Identificação dos potenciais usuários da avaliação e seus interesses na AF municipal	48
Construção do modelo lógico	49
Elaboração da Matriz de Monitoramento	50
Considerações éticas	52
RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
Objetivos e metas da AF na ESF no nível das unidades de saúde	53
Definir potenciais envolvidos e seus interesses na AF Municipal	63
Modelo lógico dos Serviços Farmacêuticos no município do Rio de Janeiro	66
Gestão técnica do Medicamento	67
Gestão do cuidado	69
Matriz de monitoramento do Desempenho dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária	74
Limitações do estudo	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
Quanto aos achados	89

Recomendações do estudo	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	105
Anexo 1 - Indicadores do contrato de gestão da SUBPAB com as Organizações Sociais de Saúde – Parte Variável 1	105
Anexo 2 - Indicadores relacionados a Assistência Farmacêutica da matriz de monitoramento do contrato de gestão das Organizações Sociais de Saúde – Parte Variável 1 e 2	107
APÊNDICES	108
Apêndice 1 - Roteiro para Entrevista Semiestruturada	108
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
Apêndice 3 – Síntese dos objetivos específicos da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde	111
Apêndice 4 – Organização das falas centrais dos atores chave da intervenção	113
Apêndice 5 – Matriz de Informação e Matriz de Relevância dos indicadores de monitoramento do desempenho dos Serviços Farmacêuticos	116
Apêndice 6 – Modelo Lógico detalhado dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária a Saúde	119

Siglas e abreviaturas

ABS	Atenção Básica em Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CG	Contrato de Gestão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IFC	Indivíduo Família e Comunidade
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
M&A	Monitoramento & Avaliação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Rio	Rio de Janeiro
SEFAR	Serviços Farmacêuticos
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

Lista Ilustrações

Figura 1– Organização dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária a Saúde.....	27
Figura 2 – Modelo de desempenho do governo canadense	31
Figura 3 – Modelo conceitual de desempenho da Organização para Desenvolvimento da Comunidade Européia.....	33
Figura 4- Mapa do Município do Rio de Janeiro dividido por Áreas de Planejamento	37
Figura 5 – Modelo lógico-conceitual dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária no Rio de Janeiro	68
Quadro 1: Etapas para realização de um Estudo de Avaliabilidade	35
Quadro 2 – Características do Modelos de Atenção adotados pelas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro	39
Quadro 3 – Mapeamento dos atores chave para entrevista	47
Quadro 4 - Documentos considerados na análise documental	53
Quadro 5 - Metas propostas para a Assistência Farmacêutica no período 2010-2013. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.	57
Quadro 6 – Síntese das ideias centrais presentes nas falas dos entrevistados sobre a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro quanto aos objetivos e metas.....	59
Quadro 7 – Potenciais envolvidos e interessados no monitoramento da assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro e seu respectivo papel na intervenção, interesse no monitoramento e uso provável dos resultados.....	63
Quadro 8 – Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão Segurança.....	76
Quadro 9 - Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão Acessibilidade	79
Quadro 10 - Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão Adequação.....	82
Quadro 11 - Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão Continuidade	83
Quadro 12 - Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão Competência.....	84
Tabela 1– População de favelas por Áreas de Planejamento - Município do Rio de Janeiro -2010 ...	38

Apresentação

A motivação para realização deste trabalho veio ao encontro de uma questão profissional que emergiu antes de iniciar meu trabalho como gestora na Assessoria de Assistência Farmacêutica no município do Rio de Janeiro. Quando atuava nos Serviços Farmacêuticos, ou seja, na farmácia de duas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) sentia falta de um instrumento municipal que pudesse auxiliar e orientar na realização das atividades diárias. Era muito claro que atividades básicas da Assistência Farmacêutica (AF) como a programação, o armazenamento, solicitação e dispensação de medicamentos deveriam ser realizadas. Entretanto, dentro daquele contexto da estratégia de saúde da família, percebi que poderia contribuir de outras formas, tanto com as equipes quanto diretamente aos usuários.

Ao ser convidada para compor a equipe de gestão da AF e, concomitantemente, obter aprovação no mestrado profissional, novas questões apareceram e reforçaram a ideia de que o município precisava de um instrumento orientador de práticas para os Serviços Farmacêuticos na APS. Porém, apenas definir as ações a serem desenvolvidas não era suficiente para fazer acontecer resultados e obter as respostas almejadas. Então, optou-se, por desenvolver um Estudo de Avaliabilidade (EA) que pudesse ser utilizado como subsídio para a elaboração de um sistema de monitoramento do desempenho dos Serviços Farmacêuticos no município do Rio. Esse estudo foi a forma encontrada para dar conta de responder às diversas questões citadas, auxiliar no trabalho da gestão da AF de tomadas de decisões complexas e ser objeto para aprofundamento de meu conhecimento científico no campo da Avaliação e das políticas farmacêuticas.

Para dar início a todo esse trabalho, procurou-se contextualizar, na introdução, a problemática envolvida na expansão e reorientação da APS no município do Rio de Janeiro e a inserção dos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) nesse contexto. Destacou-se ainda a importância deste estudo frente à necessidade da gestão de ter um mecanismo coeso e factível para monitorar

o desempenho dos SEFAR em um cenário de parcerias público privadas com Organizações Sociais.

A necessidade do monitoramento do desempenho dos SEFAR se dá pelo pressuposto de que as atividades desenvolvidas nesse *locus* possam produzir impacto direto nos resultados em saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidade. É esperado que as respostas obtidas por meio do sistema possam contribuir para o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados bem como servir como instrumento para consolidação do cuidado farmacêutico na APS.

Para compreender e reforçar essa proposta, apresentamos uma breve revisão da literatura. Neste capítulo, abordamos a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta brasileira escolhida para implantação e consolidação da APS. Além disso, acreditou ser importante desenvolver um recorte temporal dos avanços obtidos pela AF na atenção básica brasileira e o que se espera dessa intervenção nos dias de hoje. Para fins de esclarecimento, definimos o que consideramos por serviços farmacêuticos na APS, qual sua diferença em relação a assistência farmacêutica e o papel do farmacêutico no cuidado a saúde. Não foi possível deixar de considerar os fundamentos teóricos do Monitoramento e da Avaliação (M&A) em saúde, reconhecer sua importância para a tomada de decisão em um sistema complexo e multidimensional bem como abordar a noção de desempenho dentro desse sistema. Ao final da revisão, apresentamos a ferramenta do EA, sua aplicabilidade e utilidade e o cenário deste estudo : APS no município do Rio de Janeiro.

No capítulo 5, 6, 7 foram apresentados, respectivamente a pergunta, objeto e os objetivos deste estudo. Para atingir o objetivo de construir um sistema de monitoramento do desempenho dos SEFAR, descreveu-se os passos a serem desenvolvidos na metodologia (capítulo 8).

No capítulo 8, procurou-se detalhar a metodologia aqui proposta, por entendermos ser esta, uma das partes mais importantes deste trabalho,

preocupando-nos em apresentar a intervenção e todos os passos desenvolvidos para alcançar a matriz de monitoramento.

Em seguida, no capítulo 9, são apresentados os resultados obtidos neste trabalho, sendo os mais relevantes o desenho do modelo lógico dos SEFAR e a matriz de monitoramento do desempenho. A discussão dos resultados foi realizada a luz dos autores utilizados na revisão de literatura.

Finalmente, no capítulo 10, as considerações finais foram apresentadas junto com as principais conclusões do trabalho, a superação das barreiras e as recomendações para o futuro deste e de outros estudos de natureza semelhante.

Espera-se, portanto, que este estudo possa contribuir para melhor compreensão dos gestores sobre a intervenção – SEFAR, servindo como instrumento capaz de nortear práticas e subsidiar na tomada de decisões dentro AF na APS.

Introdução

No final da década de 90, o governo federal definiu a saúde da família como uma estratégia prioritária para reorientação do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) (Giovanella *et al.*, 2009). Em 2003, através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o Ministério da Saúde iniciou um movimento de expansão da ESF para os municípios de grande porte, com foco também no desenvolvimento de recursos humanos e em estudos de monitoramento e avaliação. Um dos municípios a aderir ao PROESF foi o Rio de Janeiro (Borges, 2010) .

Embora tenha aderido ao programa, a cidade não conseguia avançar no aumento de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para os cariocas. Até 2008, o município contava com apenas 3,5% da população coberta pela ESF (Brasil, 2005a). A partir de 2009, a Atenção Primária à Saúde (APS) se tornou prioridade nas agendas dos gestores municipais, iniciando-se um processo acelerado de expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. Para

isso foi necessário que a rede de APS do município fosse reestruturada e reorganizada (Silva, 2012).

Neste contexto, uma das estratégias adotadas pela gestão municipal para consolidação da ESF foi a inserção dos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) vinculados a equipes de SF. Embora o Ministério da Saúde considere a AF um serviço de apoio a rede de atenção à saúde (Mendes, 2012), o Rio adota uma nova visão e aposta nas ações dos SEFAR no cuidado em saúde.

A Assistência Farmacêutica (AF) na APS brasileira e municipal por muitos anos se restringiu à provisão do acesso aos medicamentos, tendo o profissional farmacêutico apenas ligado aos fluxos de compra e logística de medicamentos. Assim, acredita-se que o município adota uma visão contemporânea e renovada quando incorpora às unidades de atenção primária não somente a estrutura física de farmácia, mas também o profissional farmacêutico.

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2013), essa nova visão se refere a mudanças voltadas a eliminação do acesso a medicamentos, tanto no aspecto geográfico quanto nos aspectos econômicos e psicológicos; a produção e desenvolvimento de atividades voltadas à melhoria dos resultados terapêutico e de saúde; e a prestação de Serviços Farmacêuticos integrados às equipes de saúde com foco nos indivíduos, família e comunidade.

Relevância do estudo

O município do Rio de Janeiro tem adotado parcerias público-privadas para implantar um modelo de atenção à saúde baseado na APS. Para atuar neste processo de mudança e ampliação da rede, foram contratadas Organizações Sociais de Saúde (OSS), com objetivo de gerir recursos humanos e unidades de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde acompanha o desempenho dos serviços prestados pelas OSS através de indicadores de monitoramento estabelecidos no contrato de gestão.

A expansão da ESF contou com a inserção dos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) diretamente vinculados às unidades de saúde. Isso significou em um investimento em recursos humanos, estrutura física e logística capaz de atender as necessidades da população.

Embora o contrato de gestão das OSS tenha alguns indicadores relacionados à Assistência Farmacêutica, esses não dão conta de monitorar ações relacionadas aos SEFAR que estejam diretamente relacionadas à atuação do farmacêutico com equipes, indivíduos, famílias e comunidade. Neste contexto, mostra-se relevante investir na construção de um sistema de monitoramento do desempenho cuja finalidade principal seja disponibilizar informações úteis para subsidiar os gestores na tomada de decisões gerenciais em tempo oportuno, apontando evidências para redirecionamento e melhoria do SEFAR na ESF.

Pressuposto

Acredita-se que os Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde sejam capazes de produzir cenários favoráveis ao acesso a medicamentos de qualidade e ao cuidado farmacêutico, integrado às equipes, e com vistas a promover o uso racional no território. Logo, espera-se que os SEFAR tenham impacto direto nos resultados em saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidade.

Revisão da literatura

Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família: uma proposta de reorientação no sistema de saúde do Brasil

A discussão sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil teve início nas universidades e instituições de saúde. Embora tenha sido um movimento importante que acompanhou as discussões internacionais sobre o tema na década de 70, a proposta de implementação de ações voltadas para este modelo ficou inicialmente restrita a poucos locais do país (Fausto, 2005).

A reforma sanitária brasileira teve como foco a universalização e descentralização das ações e serviços de saúde de maneira mais geral (Pereira, 2005). Apenas em meados dos anos 90 a APS despontou na agenda de prioridades do governo como estratégia de reestruturação do modelo de atenção a saúde, tendo como carro-chefe o Programa de Saúde da Família (PSF) (Borges, 2010).

As origens mais significativas do PSF estão no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituído em 1987 pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará como parte de um programa de emergência para o combate à seca. Esse programa teve ampla repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no estado. Esse resultado foi a razão pela qual se optou o Ministério da Saúde (MS)optou, a partir de 1991, por estender o programa a todo o país, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Mendes, 2012) (Borges, 2010).

O PSF, implantado em 1994, inicialmente como um programa paralelo e voltado à extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantado como, foi aos poucos adquirindo centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (Giovanella et al., 2009).

A escolha do MS, ao institucionalizar o PSF como a política nacional de APS, foi adotá-lo como uma estratégia de organização do SUS. Embora a priorização do PSF pelo governo não esteja nominalmente explicitada no texto da NOB 96, esta foi a argumentação prioritária para a defesa do Piso da Atenção Básica. A definição de financiamento para a Atenção básica foi um passo a mais para institucionalização desta política (Brasil, 1994).

Mesmo com as mudanças de governo ao longo do tempo, a proposta de extensão do PSF para todo o país continuou a ser incentivada. A crescente adesão dos municípios brasileiros à implantação indicava a expansão do programa, o que fortaleceu a decisão do MS em definir na sua estrutura um departamento para cuidar principalmente do PACS e PSF (Fausto, 2005).

Outra estratégia adotada para consolidação e a expansão da atenção básica se apoiou no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) iniciado em 2003 (Simão et al., 2007). Com apoio do Banco Mundial, o PROESF era fundamentado em três componentes principais: expansão da estratégia em municípios de grande porte; desenvolvimento de recursos humanos; e monitoramento e avaliação. O PROESF desenvolveu estudos para o estabelecimento de Linhas de Base a fim de analisar a expansão nos grandes centros urbanos e isso contribuiu para elaboração de indicadores político-organizacionais de gestão e do cuidado (Borges, 2010).

Todo esse movimento de expansão da atenção básica deixava claro que o processo normativo do SUS ainda não contemplava a ampla diversidade do país. Tal questionamento levou à apresentação em 2006 de uma nova portaria ministerial com a proposta de um novo pacto pela saúde. A APS foi considerada uma das prioridades do pacto e a Estratégia da Saúde da Família foi reafirmada como modelo de atenção básica e como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (Brasil, 2006a).

Neste mesmo ano, o MS formulou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pactuada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A PNAB teve como objetivo ampliar o escopo da atenção básica, reafirmando a saúde da família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica (Simão et al., 2007). Além disso, este documento marcou a definição de uma APS não seletiva, entendida como ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal (Giovanella et al., 2009).

Após o pacto, outras iniciativas vieram corroborar para ampliação do escopo de ações da SF, entre as quais estão a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o aumento no financiamento da AB. Além desses incentivos, o MS tem aumentado o investimento no monitoramento e na avaliação (M&A) na APS (Brasil, 2011a).

No ano de 2011, foi publicado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e nova PNAB. Com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, o Brasil regulamentou a transferência de recursos financeiros aos municípios que aderirem ao PMAQ (Brasil, 2011b).

O PMAQ-AB é destinado a todos os municípios do país. A classificação de desempenho das equipes contratualizadas é realizada por meio do processo de certificação, onde cada município é distribuído em diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes é comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato (Brasil, 2011b).

A partir da classificação alcançada os municípios recebem por equipe de saúde contratualizada os percentuais do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. Quanto melhor o desempenho, maior será o repasse (Brasil, 2011b).

Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

Desde a formação da Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado como um direito do cidadão a máxima condição de saúde possível, sendo o medicamento considerado um insumo essencial para se atingir este direito (Hunt & Khosla 2002).

Embora já tenham sido empreendidos grandes esforços no nível mundial para garantir acesso aos medicamentos essenciais e ampliar a difusão de políticas nacionais de medicamentos, uma grande proporção da população ainda não tem acesso aos mesmos. Paradoxalmente, o consumo e a produção de medicamentos crescem a cada ano, exibindo as iniquidades no acesso, o desperdício e o uso irracional dos mesmos. Esses problemas não estão restritos apenas à população em geral, mas também envolvem prescritores e outros profissionais de saúde, o que gera consequências sanitárias, econômicas e sociais significativas para serviços e sistemas de saúde (OPAS, 2010).

Por esta razão, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) considera a necessidade de uma reorientação de políticas e estratégias relacionadas a medicamentos, as quais até o presente momento estiveram centrada no produto **medicamento**. A nova visão propõe como foco os indivíduos, família e comunidade com suas necessidades e condições de saúde, tendo o medicamento como um dos elementos capazes de garantir atenção integral e contínua (OPAS, 2010) (Riciéri et al. 2006).

Uma excelente oportunidade para discutir a nova proposta dos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) é refletir sobre os valores e princípios da APS e reconhecer que o SEFAR tem sua máxima expressão no nível local, nas unidades de saúde, no contato direto com os demais membros da equipe de saúde, indivíduos, famílias e comunidade (OPAS, 2010) .

A OPAS (2013) define Serviços Farmacêuticos baseados na Atenção Primária como:

Conjunto de ações no sistema de saúde que buscam garantir a atenção integral, integrada e contínua a das necessidades e problemas de saúde da população tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo para seu acesso equitativo e uso racional. Estas ações, desenvolvidas por farmacêutico ou sob sua coordenação, incorporado a equipe de saúde com vistas a melhoria da qualidade de vida da população (OPAS, 2013, p. 3).

Embora o Brasil tenha permanecido à frente de muitos países nas discussões sobre medicamentos essenciais por ter construído sua primeira lista de Medicamentos Essenciais em 1973 (Pereira, 2005), a estruturação da AF começou de forma tardia e com descompasso entre seus componentes técnico-clínicos (seleção, prescrição, dispensação e uso) e logísticos (programação, aquisição, armazenamento e distribuição) (Vieira, 2008).

Um breve histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil

Até o final dos anos 90, a AF no Brasil esteve diretamente relacionada com a Central de Medicamentos (CEME) e com suas atividades. A CEME foi criada na década 70, durante o governo militar, e foi responsável por ações

relacionadas a medicamento por 26 anos. O modelo de gestão era centralizado e os municípios e estados não participavam dos momentos de tomada de decisão (Costa, 2005).

A CEME renovava anualmente o convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o qual lhe garantia boa parte de seus recursos financeiros (Gomes, 1988).

A rede de serviços públicos ambulatoriais, principalmente do INAMPS, recebia medicamentos adquiridos pela CEME, que disponibilizava produtos com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Os medicamentos adquiridos eram para uso na atenção primária, secundária ou terciária. Esta forma de financiamento permaneceu até a extinção do INAMPS, no início da década de 90 (Gomes, 1988).

O Programa Farmácia Básica, criado em 1987 no âmbito da CEME, constituiu uma primeira iniciativa da assistência farmacêutica com foco na ABS. Teve como justificativa principal a baixa adesão dos prescritores à Rename, e tinha o propósito de racionalizar os custos e o fornecimento de medicamentos para o nível primário. O programa foi construído com base na lógica de módulos-padrão de suprimento de medicamentos. Estes foram selecionados a partir da Rename e tinham como propósito tratar as doenças mais comuns no país. A cesta de medicamentos contemplava 60 itens da Rename, destinados a atender um quantitativo fixo de 3 mil pessoas por 6 meses (Pereira, 2005).

No ano de implantação do programa, 3.370 municípios brasileiros foram beneficiados chegando, em 1989, a cobrir 50 milhões de pessoas por intermédio de 19.200 farmácias básicas. Entretanto, as irregularidades no fornecimento e o desperdício advindo do mau planejamento e má programação impediram com que o programa tivesse desempenho satisfatório. Em pouco tempo tais eventos levaram à extinção deste programa (Cosendey et al., 2000).

A década de 80 foi marcada por grandes mudanças, muitas delas impulsionadas pelo movimento em prol da democracia e, na área da saúde, da

reforma sanitária. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, o Estado passa a ser responsável por garantir saúde de forma integral, universal e equânime à população, inclusive AF (Pereira, 2005) (Costa, 2005).

Após a queda dos governos militares, os problemas da Central de Medicamentos se agravaram. As atividades desenvolvidas ficaram significativamente comprometidas em função da reforma do estado e abertura econômica irrestrita do país ao capital externo (Lisboa et al., 2001).

No início dos anos 90, o Brasil experimentava uma nova Constituição Federal que definiu saúde como um direito de qualquer cidadão. Tendo a constituição como base legal orientadora de um processo de mudança, o governo federal promulgou a Lei 8080/90, que institucionalizou o Sistema Único de Saúde – SUS (Oliveira et al., 2010).

O SUS toma como princípios norteadores a universalidade do acesso a saúde, integralidade da atenção e a descentralização da gestão. Além disso, inclui em seu campo de atuação a formulação de uma política de medicamentos (Brasil, 1990).

A proposta de uma política de medicamentos calcada no novo contexto da saúde do Brasil e que atendesse as necessidades da população demorou a ser formulada. Durante os anos seguintes à Lei 8080, a CEME ainda continuou sendo a referência para ações de Assistência Farmacêutica no país (Oliveira et al., 2010) (Cosendey et al., 2000).

Com a estruturação do SUS e definição do primeiro nível de atenção como eixo estratégico para reorientação das políticas públicas e universalização do acesso a saúde, a centralização das ações referentes à aquisição e distribuição de medicamentos se demonstraram claramente ineficientes e contraditórios neste novo contexto (Brasil, 2011c).

Em meio uma série de escândalos, a CEME foi desativada. Os primeiros anos após a desativação (1997 e 1998) foram marcados por um processo de transição dentro do Ministério da Saúde (MS) (Costa, 2005). As atividades foram pulverizadas, cabendo à Secretaria Executiva a continuidade das ações

de aquisição e distribuição dos medicamentos para os Programas Estratégicos das Secretarias Estaduais de Saúde (Brasil, 2011c).

Durante os anos de transição, o ministério da saúde (MS) criou um novo Programa Farmácia Básica, nos moldes da Farmácia Básica da CEME, com vistas a cobrir o vácuo criado entre a extinção da CEME e a reorganização da questão dos medicamentos. Foi pensado como kits para atendimento de 3 mil pessoas por três meses em municípios com população de até 21mil habitantes. O MS fazia a aquisição dos medicamentos e os repassava aos polos de distribuição espalhados por todo país (Cosendey et al., 2000). O programa foi reformulado e praticamente excluiu a participação formal das secretarias estaduais do seu processo de gestão (Oliveira et al., 2010).

A desarticulação da AF no país e a contínua irregularidade no abastecimento de medicamentos destinados à rede ambulatorial conduziram à um cenário de comprometimento da qualidade na assistência prestada à população, uma vez que diminuía a eficácia das ações governamentais no setor saúde (Brasil, 2001a).

Fez-se premente a reorganização na Assistência Farmacêutica dentro do SUS para que houvesse um aumento no acesso a medicamentos, minimizando desperdícios com perdas e falta de prioridade dos prescritores para com os produtos padronizados. Era fundamental a construção de um arcabouço legal capaz de sustentar o processo de descentralização da gestão e das ações de AF, garantindo à população medicamentos considerados essenciais (Costa, 2005) (Pereira, 2005).

Coube à Secretaria de Políticas de Saúde, o papel de elaborar uma nova política de medicamentos que seguisse as orientações de ações e metas do Ministério da Saúde. Em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), foi aprovada e considerada parte essencial da Política Nacional de Saúde, definindo funções e finalidades da AF dentro do SUS (Brasil, 2001b).

A PNM foi um marco na organização da Assistência Farmacêutica no país, pois definiu diretrizes, prioridades e responsabilidades para gestores

federal, estadual e municipal no âmbito do SUS (Oliveira et al., 2010) (Brasil, 2001b).

A política teve como pilares as diretrizes (Brasil, 1998):

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais
- Regulação Sanitária de Medicamentos
- Reorientação da Assistência Farmacêutica
- Promoção do Uso Racional de Medicamentos
- Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- Promoção da Produção de Medicamentos
- Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos
- Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos

Segundo a PNM (Brasil, 1998) para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, precisam atuar em estreita parceria, concentrando esforços no conjunto das ações direcionadas para o alcance destas diretrizes.

A implantação e consolidação da Política Nacional de Medicamentos gerou a necessidade de definição de planos e mecanismos de financiamento para AF no contexto do SUS (Gomes, 1988). Nesse sentido, foi publicada em 1999 pelo MS a Portaria GM/MS 176/1999 (Brasil, 1999), que definia o incentivo a AF Básica e estabelecia recurso tripartite entre as três esferas federativas para fornecimento de medicamentos essenciais à população (Brasil, 2011c). A criação de um incentivo à Assistência Farmacêutica foi considerado o primeiro passo para reorientação da AF no país (Brasil, 2001a), uma vez que a mesma portaria estabelecia requisitos organizacionais para a condução da logística de medicamentos nos municípios.

Essa nova proposta, diferente do Programa Farmácia Básica de 1997, contemplava todos os municípios e previa a participação dos gestores

municipais e estaduais no financiamento, bem como no processo de gestão e gerenciamento da AF (Pereira, 2005).

Embora tenha sido um grande marco para descentralização da AF, o incentivo à assistência farmacêutica básica ainda tinha alguns limitadores importantes, que ao longo dos anos fez com que outras portarias fossem publicadas. Um dos problemas identificados eram as listas de medicamentos elaboradas pelos municípios e pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartites dos estados para recebimento das contrapartidas. Muitas possuíam itens que não contemplavam as necessidades e a realidade da atenção básica dos municípios. Além disso, com o decorrer dos anos, os valores financeiros dos repasses da união e estado não eram mais suficientes para atender a necessidade de muitos municípios, fazendo com que a complementação fosse inevitavelmente necessária (Brasil, 2011c).

Em 2001, surgiram algumas iniciativas de centralização. O Ministério da Saúde, com a justificativa de que os medicamentos necessários para atender a demanda das equipes de saúde da família não estavam disponíveis nas unidades de saúde, criou os kits estratégicos principalmente para Hipertensão e Diabetes. A compra destes produtos era centralizada pelo MS e a solicitação era feita diretamente com equipes de saúde da família (Brasil, 2011c).

Neste mesmo ano, foi proposto pelo MS um Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica. Este sistema tinha o propósito de auxiliar os municípios na prestação de contas e no acompanhamento da aplicação dos valores financeiros repassados pela união e estado aos municípios para compra de medicamentos essenciais (Brasil, 2001c).

Mesmo com os esforços empreendido pelo MS, o acesso a medicamentos no SUS ainda não era uma realidade equânime nos municípios. A insatisfação foi manifestada na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF, 2005) e abordada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, onde a AF foi discutida no eixo temático 'Organização da Atenção à Saúde' (Conferência Nacional de Saúde, 2004). Após a publicação

do relatório final conferência dessas conferências, o Conselho Nacional de Saúde publicou uma resolução que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 2005). Esse movimento fez com que a AF entrasse definitivamente para as agendas dos gestores.

A PNAF estabelece o conceito oficialmente vigente de AF e define princípios que devem nortear políticas públicas setoriais relacionadas ao tema, além de declarar-se explicitamente como parte integrante da Política Nacional de Saúde. A PNAF traz o conceito de Atenção Farmacêutica como sendo parte do conjunto de ações que compõem as atividades farmacêuticas e, ainda, prevê a qualificação e investimento em recursos humanos. Neste documento já se identifica a necessidade investir de forma mais incisiva em ações de cunho clínico-assistencial junto aos outros profissionais de saúde e à população a fim de garantir o uso adequado de medicamentos (Brasil, 2004).

Como um reflexo desta política, foi publicada em 2005 a Portaria GM/MS 2084/2005 (Brasil, 2005b), que definiu o aumento do repasse aos municípios. Além disso, esta portaria também definiu um elenco básico de medicamentos que deveria ser obrigatoriamente seguido pelos municípios.

Críticas ao modo de condução da política de descentralização levaram ao governo, no ano de 2006, a apresentar uma portaria ministerial com a proposta de um novo Pacto pela Saúde estabelecendo como umas das prioridades a atenção básica (Borges, 2010) (Brasil, 2006a). O estabelecimento do pacto e, principalmente, a publicação da Portaria GM/MS 204/2007 (Brasil, 2007), que trata da transferência dos recursos federais na forma de blocos de financiamento, estabeleceram o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. Este bloco é composto por três componentes, entre eles, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, o que levou à necessidade de adequações nesta área (Brasil, 2011c).

A definição de um bloco de financiamento específico para a AF pode ser considerado um avanço importante na garantia de acesso a medicamentos aos brasileiros. Este novo cenário gerou a redefinição das responsabilidades

dos entes federados quanto ao componente básico, impulsionando uma adequação nesta área (Brasil, 2011c).

Após a PNAF, as mudanças que ocorreram na organização e no financiamento da AF acompanharam a redefinição do modelo de atenção à saúde. A proposta do governo federal de investir na atenção primária como centro norteador da rede de atenção, fez com que a AF básica entrasse de forma mais expressiva nas agendas dos gestores. Com o propósito de subsidiar os municípios, o Departamento de Assistência Farmacêutica do MS desenvolveu diversos materiais de apoio com foco em ações de planejamento e compras de medicamentos. Atualmente, a portaria em vigor que define os novos valores para o financiamento dos medicamentos do componente básico é a Portaria MS/GM 4217/2010.

Assistência Farmacêutica no Brasil: algumas contemporaneidades

Durante muitos anos, a organização e a estruturação da Assistência Farmacêutica, nos diferentes níveis de atenção tem-se dado, principalmente, a partir de um ciclo logístico do medicamento, que abrange todas as etapas inerentes ao seu gerenciamento: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (Araujo et al., 2005) (Marin et al., 2003).

Apesar dos grandes marcos referências do modelo de AF vigente, as atuais políticas têm se mostrado ineficientes na obtenção de resultados satisfatórios em relação ao uso racional de medicamentos, com ações ainda desarticuladas do processo de cuidado em saúde (Correr et al., 2011). A AF ainda é considerada pelos gestores como sendo um sistema de apoio às redes de atenção à saúde (RAS) (Mendes, 2012) e não algo que faça parte diretamente da gestão da clínica.

Entretanto, para a atenção primária, as ações de AF restritas à aquisição e à distribuição de medicamentos não dão conta de responder à necessidade de atenção integral (Araujo et al., 2005) (Brasil, 2011c).

A Estratégia de Saúde da família trouxe uma proposta de cuidado onde ações de saúde não se centram exclusivamente nos médicos. As atividades podem ser partilhadas entre os diversos membros da equipe. Embora o farmacêutico não seja considerado como um dos profissionais que compõem tais equipes, ele está previsto no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estar vinculado ao NASF possibilita ao profissional estabelecer um contato direto com usuário e equipes, utilizando o medicamento com uma ferramenta de trabalho e não a etapa fim do seu processo de cuidado (Ricieri et al., 2006).

Em alguns municípios a estruturação da AF prevista no Pacto pela Saúde tem apresentado aos gestores os benefícios dos serviços farmacêuticos. Segundo Araújo (2008) é possível notar que a Assistência Farmacêutica vem se qualificando e melhorando no serviço público, principalmente no que diz respeito ao atendimento humanizado, no envolvimento do profissional farmacêutico com usuários e equipes, e na participação e envolvimento deste profissional em ações de cuidado e promoção da saúde.

A presença do farmacêutico na Atenção Primária, ora vinculado à estrutura de NASF, ora em alguma outra conformação, faz parte de uma nova etapa de construção e consolidação dos serviços farmacêuticos no Brasil. É o momento de buscar novos conhecimentos e temas, principalmente aqueles relacionados com o trabalho em equipe e ao cuidado ao usuário (Araujo et al., 2008).

Assistência Farmacêutica X Serviços Farmacêuticos

Para iniciar o delineamento dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (APS) é importante explicitar alguns de seus aspectos essenciais. O primeiro deles diz respeito ao problema motivador para esta intervenção, o segundo ao contexto no qual ela acontece e o terceiro aos seus objetivos.

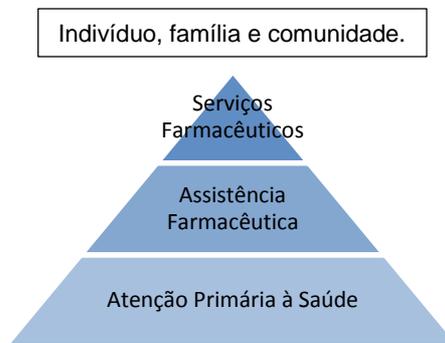
Considerando que a maioria das ações em saúde envolve o uso de medicamentos e este uso pode ser determinante na magnitude do resultado,

como evitar a morte, prolongar a expectativa de vida e diminuir complicações decorrentes de patologias, é imperativo que AF seja vista sob ótica integral e como parte integrante da política de saúde brasileira. (Brasil, 2006b) Dessa forma, problemas na garantia de acesso da população a medicamentos essenciais, problemas na qualidade dos medicamentos, uso irracional, a desarticulação com a rede de atenção à saúde e desorganização dos serviços farmacêuticos levaram ao Brasil a desenvolver Políticas Farmacêuticas (Política Nacional de Medicamentos – PNM e Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF) como propostas para resolver ou minimizar os problemas citados.

A criação das políticas farmacêuticas subsidiou a formulação de intervenções na área de medicamentos, sendo uma das principais a definição de competências dos entes federados sobre o financiamento de medicamentos e a descentralização das ações de AF para Atenção Primária.

As atividades da AF, principalmente pautadas pela PNAF, cabíveis aos municípios estão diretamente ligadas aos componentes do ciclo da AF e tem como foco a organização de ações no nível da macrogestão. A organização das atividades da AF na ponta dos serviços de saúde, na microgestão, também ficou a critério dos municípios, a quem cabe definir de que maneira tais serviços serão oferecidos à população.

Os **Serviços Farmacêuticos** são aqueles atrelados à AF na microgestão (Figura 1) e têm a finalidade de propiciar o acesso qualificado aos medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública a seus usuários. São integrados aos serviços de saúde e compreendem atividades tanto administrativas quanto serviços assistenciais. As primeiras têm como objetivo garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação e os serviços assistenciais devem garantir a efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde (OPAS, 2013) (Brasil, 2009a).



Fonte: modificado a partir de Zuluaga, 2013

Figura 1– Organização dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária a Saúde

Na Figura 1, é possível compreender melhor a distinção dos termos adotados neste estudo. Essa proposta segue o referencial teórico internacional e nacional que adota, para o Brasil, conceitos distintos entre AF e SEFAR. Acredita-se que o conceito de AF seja mais amplo e atenda a questões mais abrangentes como pesquisa e desenvolvimento de produtos, processo de aquisição, etc. que não se aplica a SEFAR.

Considerando tais definições, espera-se, que, independente do modelo escolhido, os municípios alcancem os objetivos definidos para a AF na APS, tendo como missão a obtenção de resultados em saúde atrelados ao cuidado farmacêutico (OPAS. 2013).

Monitoramento e Avaliação em Saúde

No campo das ações políticas de saúde, a avaliação vem tomando centralidade nas organizações públicas. Muitas decisões necessárias para atender aos preceitos de universalidade do acesso, qualidade da atenção prestada e viabilidade econômica do SUS são particularmente difíceis de tomar, pois envolvem um sistema de saúde complexo, com grandes zonas de incerteza nas relações entre os problemas de saúde, as intervenções suscetíveis de resolvê-las e as expectativas crescentes da população (Samico, et al., 2010).

É possível identificar inúmeras definições para o termo avaliação. Neste estudo optou-se pela definição dada por Champagne et al (2011a) por contemplar múltiplas dimensões da prática avaliativa:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre uma intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (Champagne et al., 2011a, p.44).

A concepção de intervenção é aqui entendida como um sistema organizado de ações que pretende, em um determinado ambiente e durante um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno a fim de corrigir uma situação problemática (Champagne et al., 2011a). Nesse sentido, será assumida neste trabalho como equivalente à projeto ou programa.

Uma intervenção, independente de qual seja, pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa. A primeira busca apreciar cada um dos componentes de uma intervenção com base em critérios e normas. Verifica o grau de conformidade dos componentes da intervenção em relação a referências. A pesquisa avaliativa, por sua vez, está atrelada um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção (Samico, et al., 2010) (Champagne et al., 2011a).

O monitoramento ou apreciação normativa (Champagne et al., 2011b), alvo deste estudo, faz parte do processo de gestão e está diretamente associada ao controle dentro das organizações. Para fins deste estudo, os termos controle e monitoramento serão entendidos como sinônimos.

Por outro lado, cabe a distinção entre controle e avaliação, importante no campo da gestão. O controle possui, principalmente, um caráter formativo. Ele é constituído por um sistema de verificação o qual tem por objetivo certificar da execução de um determinado trabalho, identificar anomalias e erros e, se for o caso, corrigi-los e comparar os resultados obtidos com os objetivos focalizados. Diz respeito a um exercício contínuo, de um acompanhamento de gestão que se baseia no monitoramento (Champagne et al. 2011a). Já a

avaliação julga o mérito ou valor da intervenção e estabelece uma relação explicativa entre a intervenção e o contexto o qual ela está inserida (político, econômico, cultural, sociodemográfico, organizacional) (Santos et al., 2010).

Governos e organizações sem fins lucrativos interessados na gestão de resultados para melhorar o seu desempenho estão cada vez mais utilizando os sistemas de monitoramento do desempenho. Esses sistemas são ferramentas de avaliação descritivas que complementam, informam e apoiam metodologicamente estudos de maior rigor avaliativo. Embora os sistemas de monitoramento sejam, obviamente, mais superficiais do que os estudos de avaliação, muitas vezes eles podem fornecer uma oportuna e abrangente visão do programa ou do desempenho da agência em uma base contínua (Poister, 2004).

Espera-se que sistemas dessa natureza possam assegurar que os recursos direcionados às intervenções sejam racionalmente utilizados, as atividades sejam realizadas de maneira oportuna, resolutiva e com qualidade, a população tenha acesso aos serviços oferecidos utilizando-os e que o controle de riscos de danos seja efetivo (Santos et al., 2010).

Desempenho de Sistemas e Serviços de Saúde

A noção de desempenho na área da saúde está relacionada ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde.

O desempenho está diretamente relacionado à produtividade e à eficiência, sendo considerado essencial para demonstrar a utilização ótima dos recursos de saúde. Mas vale ressaltar que o desempenho não é contrário à qualidade do trabalho institucional e ao apoio a ser prestado a trabalhadores de serviços de saúde (Contandriopoulos et al., 2008).

Assim, a busca por melhores resultados nos sistemas de saúde, que para os gestores significa realizar funções da melhor forma possível, vem transformando os processos avaliativos e, em particular, as avaliações de desempenho (Viacava et al., 2004).

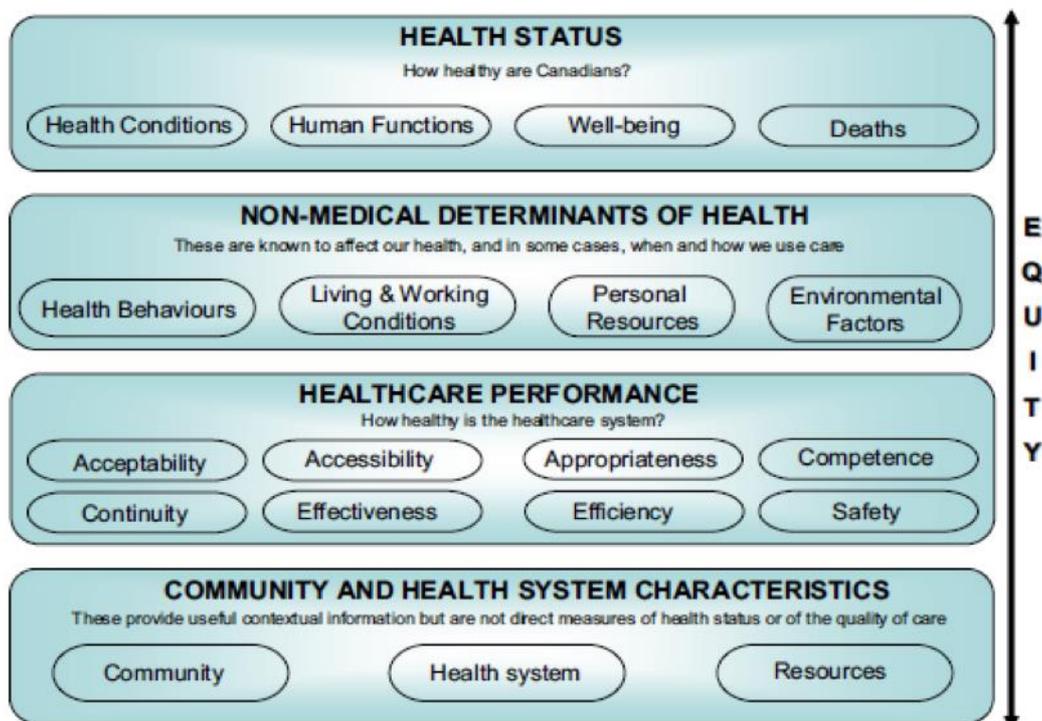
Muitos países têm desenvolvido mapas conceituais ou modelos para monitorar, medir e gerenciar o desempenho de seus sistemas de saúde como forma de garantir a eficácia, equidade, eficiência e qualidade. Essa ação tem tido como objetivo atingir e gerenciar resultados a partir de metas e padrões de qualidade (Arah et al., 2003).

Pode-se dizer que os modelos avaliativos podem ser de duas naturezas: i) modelos operacionais e ii) modelos teóricos. Essa classificação é orientada pelo foco da avaliação, ou seja, o modelo tem relação direta com o tipo de efeito esperado da intervenção que se pretende avaliar. O modelo operacional refere-se às avaliações cujo foco é o modo de funcionamento do programa. Nesse caso, busca refletir sobre as relações entre os recursos, as atividades e os objetivos de produção, de qualidade técnica ou ainda sobre os objetivos de utilização da intervenção (Reis, 2012).

Segundo Reis (2012) em artigo de revisão, diversos modelos são utilizados para julgar o desempenho de sistemas de saúde. O Brasil, bem como Reino Unido e Austrália, tem adotado uma variação do modelo governamental canadense como referencial para avaliação do desempenho de seus sistemas de saúde.

O modelo de avaliação de desempenho do governo canadense (Figura 2) adota uma abordagem baseada na determinação social da doença. Essa abordagem defende que a distribuição da saúde e doença nas populações está relacionada aos modos de organização da sociedade (Reis, 2012).

Figura 2 – Modelo de desempenho do governo canadense



Fonte: Arah, 2005

Além disso, este modelo possui uma concepção hierarquizada dos vários fatores que influenciam a saúde. O modelo conceitua saúde a partir de uma visão integrada e defende que os indicadores em saúde sejam informações com alta qualidade e relacionados entre si. Defende-se, portanto, um modelo com interação entre quatro grandes componentes: (a) o estado de saúde da população, (b) determinantes não-médicos da saúde, (c) o desempenho do sistema de saúde, e (d) as características do sistema de saúde e da comunidade. Os dois últimos componentes pretendem capturar vários aspectos do desempenho do sistema de saúde através da aferição dos serviços prestados aos usuários e das características contextuais da comunidade e/ou do sistema de saúde (Arah et al., 2005).

O componente desempenho do sistema de saúde propriamente dito é dividido em oito dimensões: (1) aceitabilidade, (2) acessibilidade, (3) adequação, (4) competência, (5) continuidade, (6) efetividade, (7) eficiência e (8) segurança. Uma dimensão considerada como transversal a todo modelo é a

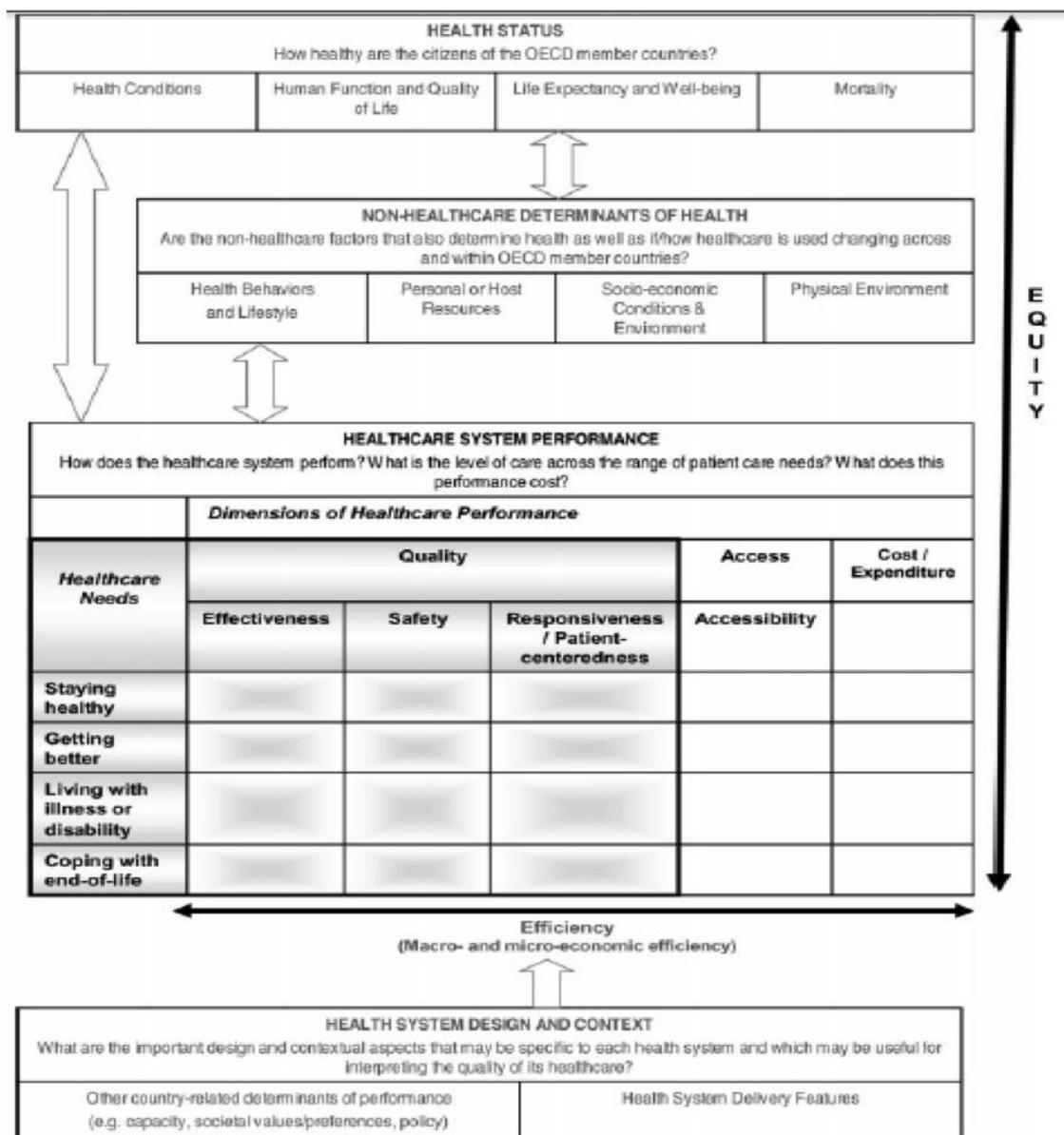
equidade, sugerindo um relação entre a mesma e a saúde (Reis, 2012) (Arah et al. , 2005).

O município do Rio de Janeiro tem utilizado na construção de indicadores de desempenho um referencial teórico que se aproxima muito do modelo da Organização para Desenvolvimento da Comunidade Européia (ODCE) (Figura 3). Este modelo, assim como o brasileiro, também leva em consideração os determinantes sociais da saúde, porém, seu foco principal está na análise do desempenho do sistema de saúde (terceiro componente). Esta análise envolve a verificação das necessidades dos usuários inter-relacionadas às categorias 'qualidade do cuidado', 'acesso' e 'despesas em saúde' (Arah et al., 2006).

O modelo ODCE foi construído a partir de elementos derivados do modelo governamental canadense e do modelo americano. Esta proposta possui três objetivos principais: (a) melhoria da saúde e dos resultados; (b) a capacidade de resposta e de acesso, e (c) contribuição financeira e despesas de saúde (Arah et al. 2003).

O objeto de avaliação do referido modelo pode ser o sistema de saúde como um todo ou apenas alguns serviços. As dimensões de equidade e eficiência (macro e micro econômica) perpassam por todas as dimensões. É possível notar que algumas dimensões como aceitabilidade, adequação e continuidade foram acomodadas em outras como efetividade e a paciente-centrado (Reis, 2012).

Figura 3 – Modelo conceitual de desempenho da Organização para Desenvolvimento da Comunidade Européia



Fonte: Arah, 2006

Diferente do modelo governamental canadense, o modelo ODCE considera de forma significativa os gastos em saúde, colocando um peso maior nesta dimensão.

Avaliabilidade

O Estudo de Avaliabilidade (EA) é formado por um conjunto de procedimentos que antecedem a avaliação. Podem ser considerados fundamentais para a caracterização do processo de avaliação focando em sua utilidade e oportunidade (Natal et al., 2010).

Segundo Mendes et al (2010), o estudo de avaliabilidade:

visa proporcionar um ambiente favorável para avaliação, construir entendimentos entre os envolvidos sobre a natureza e os objetivos do programa, buscar discordância quanto ao interesse na realização da avaliação e os possíveis usuários do estudo e aumentar as possibilidades de usos dos resultados da avaliação (Mendes et al., 2010, p.58).

Além disso, o EA permite que a avaliação propriamente dita seja desenvolvida com maior facilidade e clareza, maximizando seus potenciais e favorecendo uma racionalização de recursos. Pretende também buscar uma descrição coerente de um plano para a avaliação, priorizando aumentar a credibilidade ao processo avaliativo bem como sua consistência (Natal et al. 2010).

É possível utilizar um EA para determinar o quão avaliável o programa é em um determinado momento, auxiliando a definir os propósitos e o foco avaliativo, além de permitir uma profunda compreensão sobre o programa (Thurston & Ramaliu, 2005).

Trurston e Ramaliu (2005) propuseram, para o EA, um sistema com sete etapas (Quadro 1). A partir desses elementos, pode-se dizer que os produtos desejados de um EA é uma descrição completa do programa, explicitação dos modelos lógico e teórico bem como a definição das questões fundamentais a serem abordadas pela avaliação.

Quadro 1: Etapas para realização de um Estudo de Avaliabilidade

1. Descrever o programa estabelecendo/identificando as metas, objetivos e as atividades que o constituem;
2. Revisar documentos disponíveis do programa
3. Modelizar os recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas (modelo lógico do programa- MLP);
4. Aferir o programa, ou obter um entendimento prévio de como o programa funciona;
5. Desenvolver um modelo teórico da avaliação (MTA)
6. Identificar principais envolvidos no programa e usuários da avaliação;
7. Obter um acordo para prosseguir com a avaliação.

Fonte: Thurston & Ramaliu, 2005

Desde a década de 70, já era recomendado que o EA devesse ser conduzido como um pré-avaliação (Natal et al., 2010). Como alternativa à avaliação direta dos resultados do programa, prática comum na época, começou a ser recomendado a realização do EA. O objetivo da EA foi de identificar em que medida os objetivos seriam mensuráveis, se estes eram partilhados entre as principais partes interessadas e se existia uma estrutura e recursos suficientes para alcançar os objetivos. Além disso, o EA também propunha verificar se os gestores do programa usariam as conclusões das avaliações quesito fundamental para realização de uma avaliação. Como propostas metodológicas para a condução do EA foram sugeridas entrevistas com gestores e formuladores de políticas, visitas para observar o programa em funcionamento e análise de documentos do programa. (Trevisan 2007).

Avaliar um programa significa muito mais do que apenas estimar os diferenciais de risco ao final de uma intervenção. Para uma avaliação cumprir de fato seu papel somativo, é necessário um estudo preliminar capaz de evitar erros primários no processo de avaliação. Embora o EA tenha sido

amplamente utilizado para fins de avaliação formativa, acredita-se que esta também possa ser uma proposta adequada de análise pré-avaliativa (Thurston & Potvin, 2003).

Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro – o contexto do estudo

Estima-se que na cidade do Rio de Janeiro vivam em torno de 6,3 milhões de pessoas. Segundo o censo de 2010, estas estão distribuídas em um território de 1.200 Km², com uma densidade populacional de 5.265 hab/km² (IBGE, 2010).

Desde 2009, o município tem seguido a proposta do governo federal de contralualização de serviços através das Organizações Sociais (OS). As OS são pessoas jurídicas de direito privado, associações ou fundações, sem finalidades lucrativas, dedicadas à prestação de serviços públicos não exclusivos de Estado devendo preencher requisitos de lei (s) específica (s) (RIO, 2011a).

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi a secretaria que mais realizou contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS) até o momento (RIO, 2011a).

Para SMS/SUBPAV (RIO, 2009b), o contrato de gestão tem como objetivo principal:

(...) induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde (RIO,2009a, Anexo B, p.2)

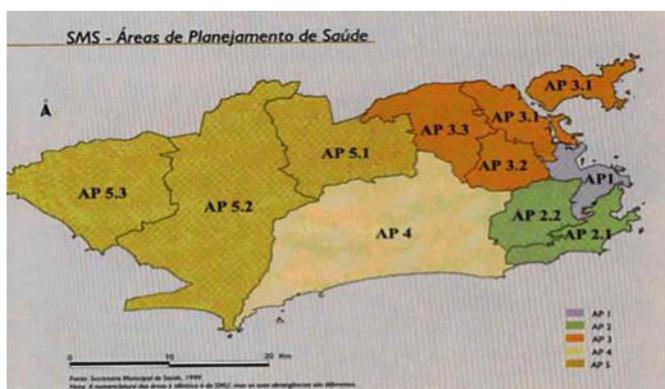
Um dos motivos que levaram à utilização desta forma de investimento no setor saúde foi a baixa cobertura populacional de equipes de saúde da família no contexto da APS. Até dezembro de 2008, a cidade foi considerada a capital do país com a menor cobertura de SF com apenas 3,5% da população sendo atendida por esse serviço (Pinto, 2010).

Diante deste fato, a secretaria municipal de saúde do Rio constatou que a Atenção Primária necessitava de maiores investimentos. Em 2009, foi criada a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), definindo, portanto, uma estrutura de gestão que estivesse voltada para desenvolvimento de ações na APS (RIO, 2009b).

Uma das principais metas estabelecidas pela SMS/SUBPAV foi expansão do número de equipes completas de saúde da família para no mínimo 35% de cobertura. A previsão era alcançar, até o final de 2012, cerca de 2,4 milhões de cariocas assistidos por 650 equipes de saúde da família. Essas e outras metas foram estabelecidas no Plano Estratégico da Prefeitura, que também definiu novos recursos para APS (Pinto, 2010).

Para cumprimento das metas, foram realizados contratos de gestão com as OSS em todas Área de Planejamento (AP). A AP é uma proposta construída em 1993 para organização e descentralização das ações em saúde e que dividiu os 160 bairros da cidade em dez (10) AP (Figura 4).

Figura 4- Mapa do Município do Rio de Janeiro dividido por Áreas de Planejamento



Fonte: Brasil, 2005a

Cada uma das AP conta com uma estrutura gerencial para gerenciamento de ações em saúde no nível local, chamada de Coordenação de Área de Planejamento (CAP). As CAP são consideradas intermediárias e mediadoras entre o nível central – SUBPAV- e as unidades de saúde prestadoras de serviços do SUS em seu território (Brasil, 2005a).

O alcance das metas pactuadas representa um grande desafio para a gestão, visto que a divisão de áreas programáticas pode ser considerada como um grande mosaico de iniquidades (Tabela 1), agrupando territórios completamente distintos em uma mesma AP (Pinto, 2010). Além da distribuição desigual de população nas áreas de planejamento, é possível verificar a distinção entre os níveis de vulnerabilidade de cada área.

Tabela 1– População de favelas por Áreas de Planejamento - Município do Rio de Janeiro -2010

Área de Planejamento	Cidade (A)	Favela (B)	(B) / (A)
Total	6.320.446	1.443.773	23%
AP1 - Central	297.976	103.296	35%
AP2 - Zona Sul	1.009.170	174.149	17%
AP3 - Zona Norte	2.399.159	654.755	27%
AP4 - Barra/Jacarepaguá	909.368	236.834	26%
AP5 - Zona Oeste	1.704.773	274.739	16%

Fonte - Cidade: IBGE. Censo 2010; Favela: estimativa IPP sobre IBGE. Censo 2010

Em 2010, a população residente em favelas representava 23% do total da população carioca, ou 1.443mil habitantes. As proporções variavam significativamente entre as regiões da cidade, com amplo predomínio da AP 1. Em seguida, com cerca de 26/27% , vinham as AP3 (ZonaNorte) e AP 4 (Barra e Jacarepaguá), com contingentes bem maiores do que na AP1: 654 mil e 236 mil moradores, respectivamente moravam em favelas. As menores e quase idênticas proporções de habitantes em favelas se localizavam nas zonas Oeste (16%) e Sul (17%). A distribuição da população favelada e o número de pessoas residentes em cada AP mostra que as área possuem territórios extremamente distintos, com diversas realidade sociais, que impactam diretamente no planejamento e na organzição da APS municipal.

A expansão da APS no Rio teve como proposta principal a construção de Clínicas de Família (CF) nas diversas AP. As clínicas de família são unidades de saúde com números variados de equipes de saúde da família que seguem um padrão estabelecido pela Casa Civil municipal e são geridas por OSS (RIO, 2011a). Atualmente, APSRio conta com dois tipos de unidades de saúde: Centro Municipal de Saúde (CMS) e Clínica de Família. Os CMS são

unidades comumente chamadas de tradicionais, as quais já faziam parte da rede de atenção básica. Entretanto, essas unidades não estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional, principalmente, por diferirem na organização do processo de trabalho. O processo de trabalho nessas unidades está diretamente vinculado ao modelo de atenção adotado (AB tradicional ou SF).

Para distinguir as unidades em relação ao modelo de atenção, a SMS elaborou uma classificação (A,B e C) para os modelos que compõe a APSRio (Quadro 2) (RIO, 2010).

Quadro 2 – Características do Modelos de Atenção adotados pelas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro

CARACTERÍSTICAS	MODELOS DE ATENÇÃO		
	A*	B**	C***
Adscrição de clientela	<i>Sim</i>	<i>Parcial</i>	<i>Não é adscrita</i>
Cobertura do território por equipe de SF e Saúde Bucal	<i>Completa</i>	<i>Parcial</i>	<i>Não é coberto</i>
Tipo de Unidade	<i>CF e CMS</i>	<i>CMS</i>	<i>CMS</i>
Gestão da Unidade	<i>OSS</i>	<i>OSS/Servidor</i>	<i>Servidor</i>
Recursos humanos (RH)	<i>OSS</i>	<i>OSS/Servidor</i>	<i>Servidor</i>

Modelo A* = Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal.

Modelo B** = Somente uma parte do território é coberto com as equipes de saúde da família e saúde bucal.

Modelo C*** = A unidade ainda não trabalha na estratégia de saúde da família.

Fonte: RIO, 2010

Todas as clínicas de família são geridas por OSS e os serviços e ações de saúde desenvolvidas por estas unidades são acompanhados por indicadores de desempenho definidos no contrato de gestão (Pinto, 2010). Atualmente, cinco OSS são responsáveis pelo gerenciamento e administração das unidades tipo A. Os contratos de gestão, de maneira geral, possuem duração de 24 meses e sua renovação depende do cumprimento das metas de desempenho e dos indicadores de desempenho estabelecidos (Anexo 1, página 105) durante a contratação. O monitoramento das ações é realizado de forma periódica pelos gestores dos diversos níveis da SMS (macro, meso e micro). Sua finalidade é a identificação e avaliação de problemas, discussão e

negociação com as OSS, para a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas (RIO, 2009b).

O contrato de gestão das OSS definiu que o repasse do valor para pagamento de serviços prestados será dividido em parte fixa e parte variável. A parte fixa refere-se a um valor pré-definido entre a OSS e SMS para organização, infraestrutura e logística das unidades de saúde sob sua responsabilidade de gerenciamento. A parte variável é dividida em três:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão dos Territórios Integrados de Atenção em Saúde;
- Parte variável 02 – incentivo Institucional à unidade de saúde;
- Parte variável 03 – incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal.

Cada componente da parte variável é composta por diversos indicadores e metas que são avaliados trimestralmente.

O modelo adotado pela SUBPAV para monitoramento dos indicadores e metas contratualizados está balizado na experiência portuguesa de pagamento por desempenho, na matriz de avaliação do National Health System (NHS) e na PNAB (RIO, 2009b). O pagamento por desempenho é uma proposta bastante utilizada pela iniciativa privada, que atrela o incentivo financeiro a equipes e profissionais a um bom desempenho na prestação de serviços e, na saúde, a prática clínica. Vem sendo adotada de maneira crescente pelo setor público como forma de substituir ou complementar o sistema tradicional de salário automático que aumenta com base no tempo de serviço. O pagamento por desempenho é considerada a parte variável do salário. Com propósito de auxiliar na gestão de contratos e como forma de motivar os profissionais a conseguir desenvolver atividades da melhor forma possível, este modelo tem levado a alguns países a obterem resultados bastante satisfatórios (OECD, 2005).

O acompanhamento dos contratos são realizados pela Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) que é composta por representantes das

OSS e de setores específicos da SMS. Os indicadores e metas contratualizados são apresentados às coordenações de área de planejamento e às CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico dos pacientes (PEP) (RIO, 2009b). O PEP é um documento eletrônico constituído pelo conjunto de informações concernentes a uma pessoa, tratamentos e cuidados a ela dispensados, bem como a gestão do fluxo de informação e comunicação atinentes ao paciente das organizações de saúde (Pinto, 2006). Todas as unidades do tipo A e B possuem PEP.

Esse fluxo foi construído para atender uma demanda institucional de se estabelecer mecanismos de gestão que pudessem subsidiar a tomada de decisão dos gestores para melhoria dos serviços e ações em saúde. A elaboração e monitoramento de indicadores de desempenho e metas fazem parte desta iniciativa.

Pergunta do estudo

Como acompanhar o desempenho dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde do município de Rio de Janeiro de forma adequada?

Objeto

Monitoramento da Serviços Farmacêuticos na APS, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família.

Objetivos

Geral

Construir um sistema de monitoramento do desempenho dos Serviços Farmacêuticos no âmbito da estratégia de saúde da família no município do Rio de Janeiro.

Específicos

1. Identificar os objetivos e metas da Assistência Farmacêutica (AF) no nível das unidades de saúde – Serviços Farmacêuticos;
2. Identificar os potenciais envolvidos e seus interesses na AF municipal;
3. Desenvolver o modelo lógico dos Serviços Farmacêuticos;
4. Propor a matriz de monitoramento.

Metodologia: colocando em prática os objetivos

Para construção do sistema de monitoramento do desempenho dos Serviços Farmacêuticos nas unidades de Atenção na Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro foi utilizada a abordagem do Estudo de Avaliabilidade (EA) como ferramenta de apoio metodológico.

O caminho percorrido teve como base algumas das etapas como proposta de Trurston e Ramuliu (2005): análise documental; descrição do programa; identificação dos usuários; modelagem inicial do programa e obtenção de entendimento preliminar de como o programa opera. O estudo em questão assumiu o conceito de programa e intervenção como sinônimos. Portanto, considera-se a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária como intervenção a ser estudada e o município do Rio de Janeiro como local de ação.

Foi adotado como referencial teórico o modelo governamental candense (Arah, 2005).

Com relação a intervenção, verificou-se a necessidade de se descrever como a mesma se organiza no município. Essa necessidade se dá uma vez que neste estudo fazemos uma distinção entre o que se considera Assistência Farmacêutica e Serviços Farmacêuticos.

É importante frisar que a intervenção estudada foi a 'AF na APS'. Para efeitos deste trabalho, consideramos a discussão internacional, que contempla os serviços farmacêuticos. Dado que estes são aqui entendidos como contidos na AF, com foco nas ações desenvolvidas no contexto das unidades de saúde,

assume-se como razoável que os objetivos (acesso, qualidade e uso racional) são comuns entre ambos. Desta forma, entende-se como razoável a apropriação dos textos da literatura nacional que trabalham, principalmente, sobre o termo de 'assistência farmacêutica'.

A intervenção: Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro

No município do Rio de Janeiro a gestão da Assistência Farmacêutica é organizada de forma hierarquizada e descentralizada por Coordenações de Áreas de planejamento – CAP. Em cada CAP existe um núcleo regional da Assistência Farmacêutica (NAFRio-R) que se reporta ao núcleo central (NAFRio-C). A coordenação dos núcleos regionais é feita por farmacêuticos que desenvolvem funções gerenciais e de apoio às farmácias das unidades de saúde nos diferentes tipos citados anteriormente (Quadro 2) (RIO, 2011b).

O NAFRio-C é considerado uma assessoria e está diretamente vinculado à Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE). Embora diretamente vinculada à SUBHUE, a Assessoria de Assistência Farmacêutica, comumente conhecida como NAFRio-C, também atua, por intermédio da Superintendência de Atenção Primária, em estreita parceria com Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – SUBPAV (RIO, 2009a).

Com a proposta de expansão e qualificação da rede de APS no município, pode-se dizer que a AF tem sido tratada como um dos eixos estratégicos da gestão para garantia da consolidação da estratégia de saúde da família. O município tem avançado na discussão sobre medicamentos essenciais e adotado a nova proposta de Serviços Farmacêuticos preconizada pela OPAS (OPAS, 2010).

As farmácias das clínicas de família (CF) contam com uma estrutura específica para a dispensação de medicamentos, tendo sido projetadas para atender as necessidades dos pacientes e a proposta de acolhimento humanizado no SUS. Cada farmácia conta minimamente com os seguintes

ambientes: 1) área para dispensação de medicamentos, 2) sala para seguimento farmacoterapêutico e 3) sala de estocagem, sendo todas as áreas climatizadas (RIO, 2011b).

Além de contar com uma estrutura física adequada, todas as farmácias das CF contam com profissional farmacêutico com contrato de 40 horas semanais. Assim, o município também avança ao incorporar este profissional na ESF, oportunizando sua interação direta com as equipes, promovendo seu papel ativo nas linhas de cuidado e desenhando-se como modelo inovador da Assistência Farmacêutica no cenário nacional.

Outro investimento realizado pela gestão municipal foi a qualificação dos recursos humanos atuantes no SEFAR por meio de parcerias com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para formulação de um curso de atualização. O curso, que utiliza metodologia ativa de aprendizagem baseada em problemas, já capacitou aproximadamente 200 profissionais farmacêuticos atuantes na APS até o final de 2013 .

Porém, essa realidade ainda não contempla toda rede da AF. As farmácias dos centros municipais de saúde (CMS) não possuem o mesmo padrão de infraestrutura e recursos humanos que as CF. Algumas unidades do modelo A não possuem farmacêutico em tempo integral (40h) nem uma estrutura adequada de trabalho. As unidades pertencentes ao modelo B, comumente chamadas de unidades mistas, estão sofrendo reforma para adequação de estrutura. A maior parte dessas unidades contam com servidores públicos que possuem carga horária menor (24h) e salários inferiores aos profissionais farmacêuticos contratados por OSS. As unidades do modelo C ainda não sofreram mudança nem na estrutura nem na composição de seu RH. Muitas sequer possuem farmacêutico.

Portanto, o Rio conta com uma rede de AF complexa, diversificada e descentralizada, que requer um aparato robusto de infraestrutura e recursos humanos. A necessidade de monitorar o desempenho desses serviços faz parte do trabalho de gestão do NAFRio-C na qual atua a autora deste trabalho.

Identificando Objetivos e Metas da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde: Coleta e Análise dos Dados

A fim de identificar os objetivos e metas formalmente explicitados para Assistência Farmacêutica na APS, foi realizada ***pesquisa documental e entrevistas com atores-chave***.

Na pesquisa documental foram selecionados os principais documentos que tratam da Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Básica nos diversos contextos: internacional, nacional e, principalmente, no municipal. A pesquisa foi feita principalmente em sites oficiais da Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde Brasileiro e Prefeitura do Municipal do Rio de Janeiro. Todos os documentos são de domínio público e publicados no período de 2003 a 2013.

Foram utilizados os descritores “Assistência Farmacêutica”, “Servicios Farmacéuticos”, “Pharmaceutical Service”, “Atenção Primária à Saúde”, “Atención Primaria de Salud” e “Primary Health Care”.

Como critérios de inclusão, foram selecionados documentos, disponíveis eletronicamente, que versavam sobre Assistência Farmacêutica, apreciando aspectos voltados à Atenção Primária. A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reconstruir conhecimentos e elaborar novas formas de compreender os fenômenos. O pesquisador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência. Acredita-se que os documentos não existem isoladamente, mas precisam ser situados em uma estrutura teórica para que o seu conteúdo seja entendido (Sá-Silva et al. 2009).

Neste estudo considera-se que o conceito atribuído a documento ultrapassa a ideia de textos escritos e/ou impressos. Um documento como fonte de pesquisa pode não ser escrito e inclui filmes, vídeos, slides, fotografias ou pôsteres. Tais documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (Sá-Silva et al. 2009).

A sistematização das informações coletadas na pesquisa documental foi feita em um quadro composto pelos seguintes elementos: título do documento, ano, objetivo da AF na APS e metas da AF na APS.

A entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador, devendo ser dirigida conforme os objetivos do estudo. Sendo assim, só interessa ao pesquisador da vida do informante aquilo que vem se inserir diretamente no domínio da pesquisa (Duarte, 2002).

Na entrevista, foi aplicado um roteiro semiestruturado (Apêndice 1, página 108) a atores envolvidos no contexto da AF municipal com o propósito de compreender suas expectativas e interpretações em relação à intervenção por meio do lugar onde estão inseridos. Os entrevistados foram indagados sobre objetivos e metas da intervenção bem como os resultados esperados com sua implementação. Além disso, com propósito de conhecer a visão dos atores-chaves sobre a implantação da intervenção, foi indagado também sobre o modelo de AF seguido pelo Rio de Janeiro.

Um piloto do roteiro foi aplicado a um profissional vinculado à AF de outro município com o propósito de verificar se as perguntas estavam adequadas e se geravam as informações desejadas para identificação dos objetivos, metas e para subsidiar a construção do modelo lógico. Foram realizadas algumas alterações no questionário em face de dúvidas e questionamentos suscitados na aplicação do piloto.

A escolha dos sujeitos para a entrevista levou em consideração o envolvimento destes como atores chave na intervenção e no monitoramento (Quadro 3), dado seu potencial e capacidade de interferir no processo de implementação e na tomada de decisão para a melhoria da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro.

Cabe ressaltar que, para efeitos de análise e escolha dos atores, também foi considerado como aspecto importante o histórico profissional do ator com a intervenção.

Além dos macro-gestores da AF estadual e municipal e do assessor técnico do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems), também foi entrevistado 1 coordenador regional da AF pertencente a Coordenação de Área de Planejamento 3.3 (CAP 3.3). A escolha deste ator levou em consideração seu envolvimento na discussão sobre AF, a diversidade de tipos de unidade de saúde (modelos A, B e C) no território e a facilidade de acesso às unidades de saúde para realização da pesquisa.

Outro ator entrevistado foi o ex-coordenador da AF na SMS-Rio, por entender-se que sua experiência e envolvimento com o tema, ainda muito recentes, poderiam contribuir de forma significativa com a pesquisa. Ademais havia sido o ator responsável pela implementação do modelo vigente à no momento da coleta de dados.

Quadro 3 – Mapeamento dos atores chave para entrevista

Identificação dos Atores Chave	Posição/ Cargo	Tempo no cargo	Categoria Profissional	Histórico Profissional
E1	Assessor Técnico da Assistência Farmacêutica no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e Apoiador do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde	2 anos	Farmacêutico	Ex-Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica por 1 ano e 2 meses. Há mais de 10 anos vem desenvolvendo ações para ampliar o acesso a medicamentos em todo Brasil e qualificar a Assistência Farmacêutica em todas as esferas de governo.
E2	Superintendente da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria Estadual de Saúde	1 ano	Farmacêutico	Há 2 anos na Secretaria Estadual de Saúde na função de gestor. Tem importante influência na melhoria da assistência farmacêutica na APS ¹ nos municípios do estado do Rio de Janeiro.
E3	Subsecretário de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde	5 anos	Médico	Foi médico de família atuante na APS ¹ do Rio de Janeiro por 4 anos. É pesquisador da Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz e, como subsecretário, tem grande influência na melhoria dos Assistência Farmacêutica no Rio.
E4	Coordenador da Assistência Farmacêutica Municipal	9 meses	Farmacêutico	Ex-coordenador Regional da Assistência Farmacêutica no Rio de Janeiro por 9 anos. Desde então, vem desenvolvendo ações de qualificação da assistência farmacêutica e ampliação do acesso a medicamentos.

Identificação dos Atores Chave	Posição/ Cargo	Tempo no cargo	Categoria Profissional	Histórico Profissional
E5	Coordenador Regional da Assistência Farmacêutica ³	5 meses	Farmacêutico	Atua a aproximadamente 2 anos na SMSRio ² . Durante a maior parte do tempo foi farmacêutica da Estratégia de Saúde da Família onde atuava diretamente nos Serviços Farmacêuticos.
E6	Colaborador Núcleo de Assistência Farmacêutica/SMSRio ² e tecnologista Núcleo de Assistência Farmacêutica/FIOCRUZ ³	9 meses	Farmacêutico	Ex-coordenador de assistência farmacêutica no município por 10 anos. Atualmente participa de vários projetos de colaboração com a SMSRio ² voltados para assistência farmacêutica na APS ¹ .

1 Atenção Primária a Saúde

2 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

3 Foi entrevistado 1 coordenador regional

Os profissionais foram entrevistados em seus locais de trabalho e suas falas foram gravadas e transcritas literalmente. A gravação e entrevista foram autorizados por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

De posse das falas dos atores, as ideias centrais foram categorizadas a luz do método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011). Porém, este estudo não se propôs a ser exaustivo na utilização do método cabendo análises menos profundas.

Embora a técnica de entrevista tenha sido utilizada, sabe-se que uma das limitações desta opção teórico-metodológica tem relação com problemas ligados à postura adotada pelo pesquisador na situação de contato, ao seu grau de familiaridade com o referencial teórico-metodológico adotado e, sobretudo, à leitura, interpretação e análise do material recolhido (construído) no trabalho de campo (Duarte, 2002).

Identificação dos potenciais usuários da avaliação e seus interesses na AF municipal

Para identificação dos potenciais usuários da avaliação (interessados na intervenção), foram utilizados os dados de mapeamento dos atores chaves envolvidos na intervenção (Quadro 3), bem como os dados coletados nos documentos e entrevistas.

Construção do modelo lógico

Um dos principais produtos do Estudo de Avaliabilidade é a construção do modelo lógico da intervenção, o qual tem como objetivo descrever de forma clara e coerente seu funcionamento. Por meio da coleta, organização e análise dos dados já mencionados, foi iniciado o processo de construção do modelo lógico da intervenção.

O modelo lógico é um esquema visual que apresenta o funcionamento da intervenção e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (insumos, atividades, produtos, resultados imediato, resultados intermediários e impacto), ou seja, como eles se articulam para resolver um problema que deu origem a intervenção (Samico et al., 2010).

O primeiro passo para construção do modelo lógico foi delinear a intervenção (Samico et al., 2010). Para isso foram utilizados os dados coletados nos documentos e entrevista. A definição do objetivo geral e específicos da intervenção bem como da população alvo foi fundamental para iniciar o processo de construção.

Além dos encontrados durante a análise documental, foi necessário buscar outros documentos, principalmente no contexto internacional, que ajudassem a delinear as diversas atividades da intervenção. Isso se deu devido à escassez de informações nos documentos nacionais e municipais relacionadas à ação do farmacêutico junto às equipes de saúde, usuários e comunidades.

O modelo lógico foi dividido em duas células operacionais: **gestão técnica do medicamento** e **gestão do cuidado**. Nesse estudo, optou-se por utilizar a divisão do modelo nessas células operacionais visando demonstrar que a intervenção passa pelos dois momentos operativos distintos. O primeiro momento está voltado para ações diretamente ligadas ao medicamento, a fim de garantir acesso; já o segundo, volta-se a ações ligadas ao uso e ao cuidado com usuário de forma geral.

A primeira célula operacional foi organizada em 5 componentes técnicos: seleção, programação, solicitação, armazenamento e distribuição. A segunda célula possui 9 componentes técnicos: dispensação; educação em saúde, aconselhamento e medidas de prevenção; tomada de decisões clínicas, diagnósticas e/ou terapêuticas; produção da informação e comunicação; coordenação do cuidado; visão continuada e integral dos processos; trabalho em equipe e relações interprofissionais; educação permanente e formação; e orientação ao cidadão.

Embora a divisão em células operacionais seja uma forma estratégica de organizar o modelo lógico, cabe ressaltar o carácter inter-relacional dos componentes.

As atividades descritas nos componentes da gestão técnica do medicamento foram construídas com base no “Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica” o qual se caracteriza como um documento orientador da AF municipal. Já as atividades da gestão do cuidado utilizaram como instrumento norteador o “Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da família” e bem como documentos internacionais.

Alguns artigos relacionados à modelização na área da saúde também foram utilizados para auxiliar na construção e na definição de formato do modelo lógico da intervenção.

Após serem esclarecidas as questões básicas da intervenção, realizou-se a diagramação do funcionamento da intervenção, explicitando a cadeia de eventos lógicos e plausíveis desde os componentes até os resultados esperados e impacto. (Ferreira et al., 2007).

Elaboração da Matriz de Monitoramento

Foi utilizado como referência para construção da matriz de monitoramento o modelo canadense de desempenho, o modelo lógico da intervenção e o modelo de matriz utilizada pela SMS para monitoramento previsto pelo contrato de gestão das OSS. A matriz de monitoramento foi

elaborada com inclusão indicadores essenciais ao acompanhamento regular da implementação do programa, considerando as operações planejadas, a estrutura necessária e os efeitos (Samico, et al., 2010).

Além disso, foram consideradas para elaboração da matriz de monitoramento as seguintes dimensões do desempenho propostas pelo modelo canadense: **aceitabilidade, acessibilidade, adequação, competência, continuidade e efetividade.**

Algumas etapas precederam a finalização da matriz de monitoramento dos SEFAR na APS. A primeira etapa foi à construção e escolha de indicadores que fossem capazes de gerar informações úteis da intervenção e, ao mesmo tempo, pudessem subsidiar os diversos níveis de hierárquicos da AF na tomada de decisão. Todos os componentes do modelo lógico contaram com pelo menos um indicador, classificados como sendo de produtos ou de resultados imediatos. Na segunda etapa seguiu-se a identificação da fórmula do indicador, definindo os dados a serem coletados ou gerados pelo SEFAR. De posse desses dados, foi construída a **matriz de informação** a qual foi composta pela dimensão do desempenho, componente técnico do modelo lógico, classificação do indicador e fórmula.

De posse da matriz de informação, seguiu-se a construção do plano de monitoramento com definição de fonte de verificação, periodicidade de coleta do indicador e a meta a ser atingida. De posse de todas essas informações, foi possível construir a matriz de monitoramento.

A matriz de monitoramento difere da matriz de descrição do programa, pois não contempla todos os indicadores e componentes da intervenção, destacando apenas os aspectos relevantes e com potencial para subsidiar a tomada de decisão para melhoria do programa (Samico, et al., 2010).

A estrutura organizacional da matriz é composta por: **componente técnico do modelo lógico, indicador, fórmula do indicador, fonte de verificação, periodicidade, responsabilidade e meta.** Para questões de apresentação textual, a matriz foi dividida e os indicadores foram organizados segundo as dimensões do desempenho.

Considerações éticas

Após apreciação pela banca de qualificação e aprovação, este estudo foi submetido à apreciação do CEP/ENSP e CEP/SMS e foram respeitados os aspectos éticos e legais conforme determinado pela Resolução CNS 196/1996 (Brasil, 1996), vigente à época.

Todas as entrevistas foram realizadas após anuência e assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice 2, página 109), seguindo as recomendações nacionais quanto à ética em pesquisa, em especial a Resolução CNS 196/1996 (Brasil, 1996).

Conforme explicitado aos entrevistados no TCLE, dada a natureza pública de suas posições, não foi preservado o anonimato dos entrevistados.

A metodologia que se pretende utilizar terá o cuidado de preservar o caráter científico do trabalho e a aplicabilidade de seus resultados na melhoria da vida das pessoas.

Limitações do estudo

É importante destacar que a autora desta pesquisa ocupa uma posição de gestão dentro do grupo executivo que coordena a AF no município do Rio de Janeiro, o que, por um lado, permitiu acesso a informações importantes mas, por outro, dificultou o desejado distanciamento do objeto da pesquisa durante desenvolvimento da metodologia escolhida.

Durante a entrevista utilizada para coleta de dados foi possível identificar armadilhas embutidas no processo de identificação subjetiva. Um deles foi o fato do entrevistador e entrevistado compartilhar o mesmo universo cultural. Neste caso correu-se o risco de começar a explicar a realidade pelas categorias “nativas”, ou seja, de passar a realidade exclusivamente pela ótica do interlocutor. Esse risco existe quando o pesquisador lida com indivíduos próximos, às vezes conhecidos, com os quais compartilha preocupações, valores, gostos, concepções (Duarte, 2002).

Resultados e Discussão

Como resultado da busca documental foram considerados os documentos apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 - Documentos considerados na análise documental

Título do Documento	Autor /Ano	Abrangência
Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud : Documento de posición de la OPS/OMS	Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/2013	Internacional
Diretrizes para estruturação de farmácia no âmbito do Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde /2009a	Nacional
Caderno de Atenção Básica 27 – Núcleo de Apoio a Saúde da Família	Ministério da Saúde /2009b	Nacional
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua organização	Ministério da Saúde /2006	Nacional
Assistência Farmacêutica para gerentes municipais	Marin et al/ 2003	Nacional
Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica	Município do Rio/2011	Municipal
Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PMS 2010-2013/2013	Município do Rio/2009c	Municipal

Objetivos e metas da AF na ESF no nível das unidades de saúde

Os documentos considerados explicitam como objetivos para a assistência farmacêutica na APS:

- *Garantir atenção integral, integrada e contínua as necessidades e os problemas de saúde da população tanto individual e coletiva, tendo o medicamento como dos elementos essenciais, contribuindo para o **acesso equitativo e seu uso racional**. Essas ações, realizadas pelo farmacêutico ou seu subordinado, integrado a equipe de saúde e com participação comunitária, tem como objetivo a **obtenção de resultados concretos em saúde com vistas a melhorar a qualidade de vida da população** (OPAS, 2013).*
- *Os serviços farmacêuticos no SUS têm a finalidade de propiciar o acesso qualificado aos medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública a seus usuários (Brasil,2009a).*

- *Assegurar o acesso da população à farmacoterapia de qualidade, contribuir para o **uso racional de medicamentos**, oferecer serviços farmacêuticos aos usuários e à comunidade (Brasil,2009b)*
- Apoiar ações de saúde na promoção **do acesso aos medicamentos** essenciais e promover o seu **uso racional** (Brasil, 2006b).
- **Promover acesso aos medicamentos e uso racional** (Marin et al. 2003) (RIO, 2011b).
- Estruturar as áreas físicas das farmácias, incorporando as boas práticas de dispensação e de gestão dos medicamentos em um espaço humanizado de atendimento à clientela do SUS. **Ampliar o acesso e promover o uso racional de medicamentos** na rede de unidades de atenção básica (RIO, 2009).

De maneira consensual, os documentos analisados apresentaram como objetivo geral para a AF na APS no nível das unidades de saúde: ***promover acesso a medicamentos essenciais e seu uso racional.***

Os documentos de abrangência nacional (Marin et al. 2003) (Brasil, 2006b) quando se referem à AF na Atenção Básica priorizam a descrição de ações no nível da macrogestão onde descrevem, por exemplo: processos detalhados sobre o procedimento para construção de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica como subsidio para seleção do elenco de medicamentos municipais, os processos licitatórios de compra no SUS, as boas práticas a serem seguidas durante a distribuição de medicamentos para as unidades de saúde, a organização das centrais de abastecimento farmacêutico, dentre outros. No contexto e no período em que os documentos foram elaborados era necessário que essa abordagem fosse priorizada visto a urgência dos municípios de se capacitarem para acompanhar a descentralização e minimamente garantirem acesso.

Outros dois documentos de abrangência nacional (Brasil, 2009a) (Brasil, 2009b), elaborados após avanços na garantia do acesso a medicamentos a população, priorizam ações voltadas para relação farmacêutico-usuário no cotidiano das equipes e das unidade de saúde, reforçando também a ideia do uso racional de medicamentos.

O documento internacional da Organização Pan-Americana de Saúde corrobora para a reafirmação do trabalho do farmacêutico na garantia do acesso e uso racional, integrado as equipes e comunidade e também remete a definição de Serviços Farmacêuticos (SEFAR) às atividades da AF desenvolvidas no nível das unidades de saúde assim como dois dos documentos nacionais (Brasil,2009a) (Brasil,2009b). Esse texto aponta como impacto da intervenção a obtenção de resultados concretos em saúde com vistas a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

No contexto municipal, os textos descrevem ações menos abrangentes e propõe atividades mais diretas, tanto aquelas relacionadas as ações da macrogestão quanto da micro (SEFAR). Dentre as ações apontadas, a maioria prevê a facilidade no acesso dos usuários aos medicamentos e a outros serviços, como seguimento farmacoterapêutico, voltados a promoção uso racional.

Embora os documentos tenham abrangências diferentes e alguns abordem AF no contexto da macrogestão, em seu conceito mais amplo, é notório que garantir acesso a medicamentos e seu uso racional são objetivos esperados também para os Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária.

Além do objetivo geral, foram encontrados em 3. (Brasil, 2006b) (Marin et al. 2003) (RIO, 2011b) dos 7 documentos objetivos específicos relacionados com os componentes técnicos do ciclo da AF. Como forma de sintetizar as informações, foi construído um quadro (Apêndice 3, página 111) definindo os seguintes objetivos específicos aplicáveis aos Serviços Farmacêuticos:

1. Seleção:

1. Uniformizar condutas terapêuticas.

2. Melhorar o acesso aos medicamentos selecionados.
3. Contribuir para promoção do uso racional de medicamentos.
4. Facilitar a integração multidisciplinar, envolvendo os profissionais de saúde, na tomada de decisões.
5. Favorecer o processo de educação continuada e atualização dos profissionais, além do uso apropriado dos medicamentos.
6. Melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento.
7. Promoção do uso racional.

2. Programação:

1. Identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento às demandas da população.
2. Evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento.
3. Definir prioridades e quantidades a serem adquiridas, diante da disponibilidade de recurso.

3. Aquisição:

1. Suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade
2. Manter a regularidade do sistema de abastecimento.

4. Armazenamento:

1. Controlar estoque de forma adequada.
2. Guardar os produtos dentro das condições recomendadas, respeitadas as especificidades (termolábeis, fotossensíveis, inflamáveis etc.), incluindo a segurança da equipe e do ambiente de trabalho;
3. Localizar de forma pronta, ágil e inequívoca;
4. Garantir o recebimento adequado de medicamentos;
5. Minimizar perdas por expiração de validade e por causas de má conservação. Controlar estoque de forma adequada.

5. Distribuição:

1. Suprir medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno.

6. Dispensação:

1. Contribuir para adesão ao tratamento e o cumprimento da prescrição médica.
2. Minimizar erros de prescrição.
3. Proporcionar atenção farmacêutica de qualidade.

4. Informar sobre o uso correto do medicamento
5. Assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada;
6. Padronizar os procedimentos para a dispensação de medicamentos controlados de forma a assegurar o uso correto, racional e seguro dos mesmos.

Os objetivos específicos não variaram entre os documentos. A síntese teve como foco a escolha de objetivos específicos que fossem aplicáveis ao contexto das unidades de saúde, deixando de lado atividades relativas à macrogestão da AF.

As metas para os Serviços Farmacêuticos foram explicitadas no documento elaborado pela SMSRio (RIO, 2009c) e estão descritas Quadro 5.

Quadro 5 - Metas propostas para a Assistência Farmacêutica no período 2010-2013. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Objetivo da AF na APS	Metas da AF na ESF	2010	2011	2012	2013
1) Estruturar as áreas físicas das farmácias, incorporando as boas práticas de dispensação e de gestão dos medicamentos em um espaço humanizado de atendimento à clientela do SUS.	Adequar 100% das farmácias de unidades básicas de saúde (UBS) - Meta Cumulativa (MC)	20%	30%	60%	100%
	Compor equipes formadas por farmacêuticos e oficiais de farmácia para cobrir integralmente o horário de funcionamento do serviço em 100% das unidades - MC	10%	30%	60%	100%
	Implementar sistema eletrônico para registro das prescrições e dispensações de medicamentos em 100% das unidades que passarem por reestruturação física da farmácia - MC	10%	30%	60%	100%
	Criar pólos descentralizados de dispensação de medicamentos excepcionais de acordo com a legislação, priorizando a AP 5	1	-	-	-
2) Ampliar o acesso e promover o uso racional de medicamentos na rede de unidades de atenção básica.	Estabelecer uma política de uso racional de medicamentos	-	1	-	-
	Implantar seguimento farmacoterapêutico em todas as UBS - MC	20%	40%	60%	100%
	Produzir distribuir material educativo sobre o uso de medicamentos a 100% dos pacientes que tiverem acesso a medicamentos nas UBS - MC	10%	30%	60%	100%
	Promover eventos anuais sobre uso racional de medicamentos para profissionais da rede municipal de saúde, envolvendo o ministério da Saúde, SESDEC e Anvisa	1	1	1	1

Objetivo da AF na APS	Metas da AF na ESF	2010	2011	2012	2013
	Atender a 100% demanda de medicamentos padronizados para atenção básica - MC	100%	100%	100%	100%

O primeiro bloco de metas apresentadas no Quadro 5 descreve atividades de monitoramento ligadas a estruturação dos SEFAR na APS. O segundo bloco diz respeito a metas mais voltadas para alcançar o objetivo geral da intervenção. As metas definidas representam a quantificação dos efeitos esperados durante um período de tempo determinado.

O fato de não terem sido encontradas metas em outros documentos se deve principalmente a abrangência e a função de cada documento dentro do cenário de implantação da AF. O documento internacional tem como propósito ser um instrumento balizador de políticas e práticas farmacêuticas. Os documentos de abrangência nacional definem de forma explícitas estratégias pra implantação da intervenção, sendo instrumentos capazes de definirem atividades sem necessariamente perder seu caráter ampliado. Os documentos regionais precisam ser mais específicos e práticos do ponto de vista da execução. São eles que determinam de fato, considerando o cenário, a melhor forma de se desenvolver e pôr em práticas as atividades da intervenção. Sendo assim, cabe a essa esfera definir metas e estabelecer prazos para alcance dos resultados esperados.

Como já apresentado, as entrevistas buscaram identificar os objetivos, as metas e os resultados esperados pelos principais atores envolvidos diretamente no processo de implantação da intervenção no lócus de interesse – Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Além disso, possibilitou também obter relatos importantes sobre como é vista a implantação da intervenção no município e quais as expectativas já alcançadas.

Para efeitos de análise, trechos de falas dos atores chave consideradas mais ilustrativos do ponto de vista da construção do modelo lógico foram

organizadas de acordo com as perguntas do roteiro de entrevista (Apêndice 3, página 113) a fim de possibilitar a identificação das ideias centrais (Quadro 6).

Quadro 6 – Síntese das ideias centrais presentes nas falas dos entrevistados sobre a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro quanto aos objetivos e metas.

Resultados esperados

Ligados à gestão técnica do medicamento

- Farmácias organizadas com estrutura física adequada
- Execução adequada das atividades logísticas: programação, aquisição, armazenamento e distribuição.
- Acesso a medicamentos

Ligados à gestão do cuidado ao usuário

➤ **Curto prazo**

- Inserção do farmacêutico na APS, junto das equipes de saúde e mais envolvido no cuidado direto ao usuário.
- Promoção da saúde
- Melhorar problemas relacionados a medicamentos
- Evitar internações por agravamento da diabetes e hipertensão pelo não uso de medicamento
- Acompanhamento de usuários com doenças crônicas
- Realização de visitas domiciliares
- Educação permanente
- Participação em grupos de usuários

➤ **Médio prazo**

- Reconhecimento do profissional farmacêutico
- Adesão do usuário ao tratamento
- Uso racional dos medicamentos

➤ **Longo prazo**

- Diminuição de morbidade e mortalidade
- Diminuição da medicalização
- Melhoria da qualidade e expectativa de vida

Objetivos da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

Ligados ao objetivo geral da intervenção

- Obtenção de resultados em saúde atrelados ao cuidado farmacêutico
- Acesso a medicamentos
- Uso racional de medicamentos

Ligados aos objetivos específicos da intervenção

- Identificação de problemas relacionados a medicamentos
- Notificação de eventos adversos e farmacovigilância
- Acompanhamento do uso do medicamento
- Qualificação dos serviços farmacêuticos

Metas

Ligados à gestão técnica do medicamento

- Selecionar adequadamente os medicamentos de acordo com o perfil epidemiológico local
- Abastecimento adequado
- Farmácia mais perto da casa das pessoas, priorizando as acessibilidades geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.
- Acesso a medicamentos

Ligados à gestão do cuidado ao usuário

➤ Curto prazo

- Farmacêutico a disposição das equipes de saúde
- Usuário compreendendo a prescrição e com menos dúvidas
- Medicamentos serem prescritos com base em protocolos clínicos municipais e com base na Relação Municipal de Medicamentos essenciais (REMUME)
- Maior interação com prescritores

➤ Médio prazo

- Verificar relação da longitudinalidade com o uso mais racional
- Maior qualificação dos profissionais farmacêuticos
- Promover automedicação com maior nível de informação
- Uso Racional

➤ Longo prazo

- Resultados em saúde
 - Melhoria da qualidade de vida
-

As ideias centrais referentes aos resultados e metas foram categorizadas em dois grandes grupos: gestão técnica do medicamento, o qual se refere a ideias ligadas às ações de logística e provisão do acesso, e gestão do cuidado ao usuário, com ideias referentes à relação farmacêutico-usuário-equipes de saúde. Em cada um dos grupos, as ideias foram classificadas como sendo de curto, médio e longo prazo.

Verificou-se durante a análise das falas que as ideias centrais tanto dos resultados quanto das metas se referiam a ações voltadas para o cuidado ao usuário, em busca da melhoria da condição de saúde e qualidade de vida. Segundo Correr (2011), as ações assistenciais visam garantir que os cuidados envolvendo o uso do medicamento não se encerrem no ato de entrega dos produtos, mas sim sejam ações, vinculadas à AF, com vistas à garantia do uso adequado dos medicamentos e a obtenção de resultados terapêuticos positivos. A gestão do cuidado ao usuário se caracteriza pela provisão de

serviços clínicos e educativos, individuais ou coletivos, de alta complexidade e baixa densidade tecnológica.

Os termos 'acesso a medicamentos e uso racional' apareceram diversas vezes em diferentes categorias e, de maneira geral, foram temas considerados essenciais para o sucesso dos Serviços Farmacêuticos na APS.

Percebeu-se durante a entrevista certa dificuldade em se distinguir o que era meta da intervenção do que era objetivo e não foram identificadas citações de prazos e quantidades nas falas dos entrevistados. Segundo Samico et al., (2010) os objetivos da intervenção pretendem expressar a mudança alcançada em relação ao problema de saúde para o qual a intervenção foi construída e as metas são a expressão quantitativa dos objetivos, devendo ser específicas, viáveis, mensuráveis e localizadas no tempo e no espaço.

A opinião dos entrevistados foi positiva quando se indagou sobre a presença de um modelo de AF no município do Rio. Foram mencionados diversos avanços, como o movimento de estruturação dos SEFAR na APS. Entretanto, houve consenso na consideração de que não há um modelo de AF a ser seguido.

A análise documental permitiu evidenciar uma indefinição de padrões rígidos para implantação dos Serviços Farmacêuticos na ponta do serviço, ou seja, não há um modelo definitivo a ser seguido pelos gestores no país. Cada estado junto com seus municípios ou até cada município individualmente define seu *modus operandi*. Esta percepção encontrou eco nas falas dos entrevistados:

E4: “...Não existe um modelo ideal de AF, acho que as secretarias e os municípios tenham que incorporar de acordo com seu perfil e de acordo com sua realidade. Esse modelo que o município do Rio está priorizando é um modelo que deve ser incorporado pela maioria dos municípios, que é a visão do paciente, do cuidado do paciente, mas acredito que não exista um modelo ainda fechado...”

E2: "...O modelo proposto está atendendo a necessidade da atenção básica... mas acho que ainda tem um caminho a percorrer e a seguir."

O município do Rio de Janeiro, conforme descrito anteriormente, optou por implantar uma proposta de AF no qual as farmácias estão vinculadas diretamente a estrutura das unidades de saúde na Atenção Primária. Além da estrutura física, a inserção do profissional farmacêutico nestes serviços também foi considerada uma prioridade pelos gestores. Esta estruturação favorece a implantação de medidas e ações voltadas a gestão do cuidado aos usuários, indo de encontro aos objetivos, metas e resultados esperados pelos atores chaves.

Com relação as expectativas já alcançadas pela intervenção até o referido momento, foram relatados avanços com a aquisição de medicamentos, o armazenamento e a distribuição de medicamentos.

E3: "Eu acho que foi uma decisão estratégica aqui da secretaria foi utilizar o poder de compra do estado, centralizando a compra dos medicamentos de APS. Na SMS, na administração direta, isso foi superimportante para gente, porque a gente conseguiu reduzir o custo de compra e também a gente consegue fazer um sistema de logística mais organizado."

Embora diversos avanços tenham sido citados pelos entrevistados, todos explicitaram que a intervenção não pode ser considerada como implantada:

E3: "Implantada não. Acho que a gente tem um modelo em construção (...) Não está implantada, está em processo. Na verdade ela é um processo ela nunca vai ter fim. Mas ainda tem alguns desafios ainda para vencer..."

E6: "O Rio tem sim uma organização aplicada a AF. Mas acho que ainda está em fase de estruturação, de experimentação, eu acho que esse é um processo mesmo, entendeu, não está totalmente estabelecido né."

Sendo assim, após realização da pesquisa documental e das entrevistas, ficou claro que diversas ações precisam ser implantadas no município do Rio para que, minimamente, a intervenção alcance seus objetivos primários de acesso e promoção do uso racional. Embora não seja possível definir um modelo definitivo para AF, considera-se que seja possível monitorar o desempenho da intervenção e com base em parâmetros pré-definidos, julgar

se ela satisfaz as necessidades precípua dos interessados na intervenção. Para isso, é necessário definir quais são os potenciais usuários da intervenção e quais são seus interesses.

Definir potenciais envolvidos e seus interesses na AF Municipal

Além dos atores-chave identificados para realização das entrevistas como usuários potenciais da intervenção, novos sujeitos também foram sinalizados nas falas como interessados na intervenção e seu monitoramento (Quadro 7).

Quadro 7 – Potenciais envolvidos e interessados no monitoramento da assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro e seu respectivo papel na intervenção, interesse no monitoramento e uso provável dos resultados.

Atores envolvidos	Papel na Intervenção	Interesse no monitoramento	Uso provável do monitoramento
Identificados pelo avaliador (autor)			
Assessor Técnico da Assistência Farmacêutica no Cosems* e apoiadores do DAF	Incentivar os gestores municipais a implementarem e aprimorem a Assistência Farmacêutica na APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro	Compreender, acompanhar a implementação e o aprimoramento da intervenção no município do Rio de Janeiro	Fornecer informações consistentes à SES** e Cosems* sobre a implantação da intervenção e incentivar melhorias no programa
Superintendente da Assistência Farmacêutica na Secretaria Estadual de Saúde	Definir, coordenar, supervisionar e apoiar as atividades relacionadas a AF na APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro	Compreender, monitorar a implementação e o aprimoramento da intervenção no município do Rio de Janeiro	Acompanhar a implantação dos SEFAR; apoiar e propor melhorias; fornecer informações consistentes a SES** e ao MS/DAF***.
Subsecretário de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde	Financiar, definir estratégias de funcionamento e acompanhar a execução das ações de Assistência Farmacêutica na APS no município do Rio de Janeiro	Monitorar a implantação da intervenção no município, bem como seus indicadores de processo e resultado.	Acompanhar a aplicação dos recursos e seus resultados. Melhoria do processo de gestão.
Coordenador da Assistência Farmacêutica Municipal	Definir de padrões e normas, organizar, executar e acompanhar as ações relacionadas a intervenção a nível municipal	Acompanhar o cumprimento de padrões e normas, monitorar a implantação da intervenção e seus indicadores de processo e resultado, identificar facilitadores e obstáculos do processo de implantação.	Ajustes dos padrões, nas normas e na intervenção. Melhoria do processo de gestão
Coordenador Regional da Assistência Farmacêutica	Organizar, executar e acompanhar as ações relacionadas a intervenção a nível regional	Acompanhar o cumprimento de padrões e normas, monitorar a implantação da intervenção e seus indicadores de processo e resultado, identificar facilitadores e obstáculos do processo de implantação.	Ajustes na intervenção e no processo de gestão.

Atores envolvidos	Papel na Intervenção	Interesse no monitoramento	Uso provável do monitoramento
Identificados pelo avaliador (autor)			
Identificados nas entrevistas			
Coordenador de Área Programática Municipal	Financiar, definir estratégias de funcionamento e acompanhar a execução das ações SEFAR no nível regional	Conhecer o SEFAR; monitorar sua implantação bem como seus indicadores de processo e resultado; verificar a satisfação da comunidade com o serviço prestado.	Acompanhar a aplicação dos recursos e seus resultados. Melhoria do processo de gestão. Divulgação dos resultados positivos.
Gerente/Diretor do Centro Municipal de Saúde	Apoiar as estratégias de funcionamento dos SEFAR, corresponsabilizar pela boa execução das atividades previstas pelos coordenadores, acompanhar e facilitar a adequada execução do SEFAR no território.	Conhecer o SEFAR; acompanhar a realização das atividades previstas, verificar a satisfação da comunidade com o serviço prestado.	Conhecimento sobre o SEFAR; ser um instrumento de apoio na tomada de decisões gerenciais; melhorar a qualidade do serviço prestado ao usuário e equipes e divulgar os resultados positivos obtidos pela intervenção.
Farmacêuticos das unidades de saúde	Organizar e executar as ações da Assistência Farmacêutica nas unidades de APS.	Realizar, compreender e refletir sobre rotinas programadas.	Ajuste de rotinas programadas; análise sobre processo de trabalho; divulgação dos resultados positivos e apoiar os gestores no aprimoramento da intervenção.
Usuário da APS	Ser corresponsável pelo seu processo de cuidado; ter acesso a medicamentos essenciais e orientações sobre seu uso.	Acompanhar e verificar se seus direitos estão sendo garantido.	Julgar processo de cuidado oferecido pelo SEFAR, propor melhoria e ajustes.

* Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

** Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

*** Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde

Dois dos atores envolvidos na intervenção, o superintendente da AF estadual e o Assessor técnico do Cosems, estão num contexto externo à implantação dos SEFAR no município do Rio de Janeiro e possuem limitações quanto à tomada direta de decisões sobre a execução das atividades a serem propostas. O papel dos gestores da AF nas esferas federal e estadual está vinculado à construção de políticas e de mecanismos para indução da implantação do SEFAR. Seus usos do monitoramento estão relacionados à garantia da aplicação dos recursos financeiros, bem como ao acompanhamento do desempenho das políticas propostas.

Diversos gestores municipais estão envolvidos diretamente no contexto interno da implantação dos SEFAR no Rio. Dentre os diferentes níveis de tomadas de decisão podemos destacar: aqueles da macro-gestão, atuantes no que chamamos de nível central da SMS; a meso, vinculados às coordenações de área de planejamento; e os da micro, ligados diretamente às unidades de

saúde. Para o sucesso da intervenção, é necessário que tais atores conheçam os objetivos da intervenção e estejam envolvidos com seu processo de implantação. Cada gestor dentro do seu nível de decisão desenvolve atividades simultâneas para garantir o adequado funcionamento do SEFAR.

O papel do macrogestor na APS se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras da saúde. As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessário para a implantação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (Sulpino, 2009). O trabalho do gerente na saúde apresenta três grandes dimensões: *a política*, que diz respeito à sua finalidade; *a organizacional*, que diz respeito ao processo gerencial para organizá-lo (gestão de serviços), e *a técnica*, que diz respeito ao trabalho propriamente dito (gestão do cuidado), tendo sempre o conhecimento como mediador das tomadas de decisões. Logo, o papel da gerência é organizar os meios e os processos de trabalho para que a organização cumpra os seus fins: cuidar da saúde da população, ajudando as pessoas a mudar seus estados de consciência (autonomia), e os trabalhadores a ter mais autonomia na organização de seus processos de trabalho. Para isso, é preciso planejar as ações a fim de organizar os processos de trabalho e monitorar seus resultados (Pessôa et al. 2011).

O monitoramento do desempenho para os gestores tem importante função de zelar para que a intervenção ou seus processos sejam feitos conforme previsto e ofereça subsídios para intervir sobre os desvios identificados, possibilitando correções e até redirecionamentos (Pessôa et al. 2011) (Hartz, 2010).

As intervenções na saúde são derivadas de políticas públicas desenhadas com objetivo de atender as necessidades da população de viver mais e melhor. Logo, a participação enquanto usuário do sistema e membro colaborador do processo de cuidado é essencial para garantir a execução das atividades previstas e para o processo avaliativo.

O incentivo à participação comunitária e o fortalecimento do controle social no âmbito do SUS têm como pressuposto uma concepção de usuário instrumentalizado e competente para avaliar, intervir e propor mudanças no sistema. A participação dos usuários em avaliações dos serviços de saúde ganha evidência em virtude de suas contribuições, pertinentes e realistas, para a melhoria do seu próprio cuidado em saúde e do coletivo (Moritz, 2010).

Uma forma de instrumentalizar o usuário a fim de tê-lo como um promotor de mudanças é desenvolver instrumentos que definam claramente os objetivos, atividades e resultados esperados com a implantação de novos serviços ou programas. O modelo lógico, além de ser uma ferramenta extremamente útil para os gestores, também pode ser utilizado como uma ferramenta para apresentar aos usuários e profissionais da ponta o que foi previsto e será realizado.

Modelo lógico dos Serviços Farmacêuticos no município do Rio de Janeiro

Durante a construção do modelo lógico dos Serviços Farmacêuticos (Figura 5) prezou-se por construir uma racionalidade que se aproximasse da realidade desenvolvida no município, porém com novos elementos voltados para o cuidado ao usuário. Tal inclusão se deve ao fato dos documentos consultados preconizarem que as ações dos SEFAR sejam centradas nos usuários, famílias e comunidade.

As células operacionais 1 e 2, chamadas respectivamente de **gestão técnica do medicamento** e **gestão do cuidado**, estão interligadas e formam um conjunto de componentes técnicos que, juntos, são esperados de produzir os resultados intermediários esperados da intervenção: acesso a medicamentos e seu uso racional. Cada componente é constituído por vários elementos ou atividades, cujo conjunto propõe um estratégia para atingir um objetivo específico. Por sua vez, cada elemento se desdobra em um produto, com resultados imediatos e intermediários que juntos produzem o impacto do SEFAR. As atividades logísticas, descritas na primeira célula operacional, são consideradas atividades básicas dos Serviços Farmacêuticos. O seu bom

desenvolvimento depende da realização adequada das atividades vinculadas a cada componente técnico: seleção, programação, solicitação, armazenamento e distribuição. Tais componentes estão interligados numa relação de causa-efeito na qual o resultado imediato do primeiro gera insumo para a realização do segundo componente e, assim, sucessivamente.

Gestão técnica do Medicamento

Na **seleção**, o farmacêutico escolhe quais medicamentos devem ser programados e solicitados para sua unidade. Essa atividade deve levar em conta o perfil epidemiológico do local bem como a opinião dos prescritores vinculados à unidade de saúde. Já na **programação**, é feita uma estimativa de quanto será consumido mensalmente nas unidades. Dados de consumo, estoque máximo, mínimo, reserva e demanda reprimida precisam ser considerados. De posse das quantidades estimadas, é realizada a **solicitação** ao Núcleo de Assistência Farmacêutica regional por meio de planilha eletrônica dentro do prazo determinado. Ao receber os medicamentos solicitados na data prevista, todas as medidas de conservação de produtos e controle de estoque devem ser seguidas para que seja garantida a qualidade dos medicamentos até entrega ao usuário. Após a guarda do medicamento, existem dois mecanismos pelos quais os medicamentos chegam até o usuário: a distribuição e a dispensação.

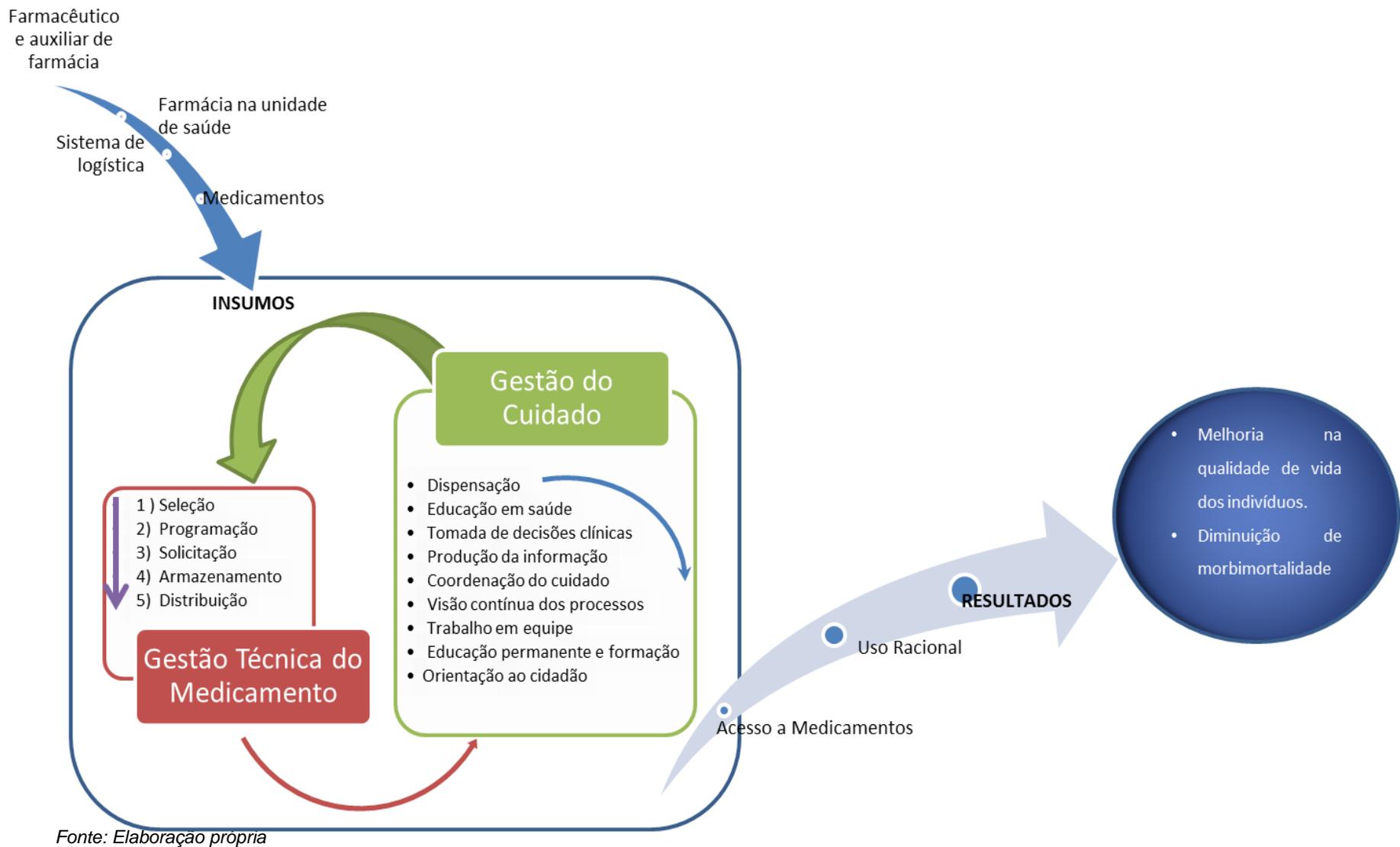


Figura 5 – Modelo lógico-conceitual dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária no Rio de Janeiro

A **distribuição** se dá pelo abastecimento de setores da unidade de saúde, como das salas de observação clínica e a de curativos, que necessitam de medicamentos para atendimento de casos de urgência e acompanhamento de usuários com feridas. Esse abastecimento é feito periodicamente e conta com a colaboração de outros profissionais de saúde para manutenção de estoque mínimo nos setores, garantia de conservação e validade. Nesse caso, embora os usuários tenham acesso aos medicamentos no momento de necessidade, a entrega não é feita diretamente a eles.

Outro mecanismo usado é a dispensação que neste estudo foi considerado componente técnico vinculado a gestão do cuidado.

Gestão do cuidado

A gestão do cuidado possui um número maior de componentes técnicos e de atividades em comparação a gestão técnica do medicamento. Isso se dá porque esse modelo propõe ao profissional farmacêutico uma maior dedicação às ações ligadas diretamente ao uso do medicamento e ao usuário. Nessa célula, a dispensação é considerada o ato disparador das ações de cuidado, sendo por meio dele que o usuário tem acesso a seus medicamentos e o farmacêutico inicia sua abordagem assistencial. O bom desempenho da dispensação influencia de forma direta a saúde dos usuários, principalmente por ser o geralmente último momento em que há contato do usuário com um profissional de saúde antes do início do tratamento (Brasil, 2009a).

Alguns componentes da gestão do cuidado são alimentados pela dispensação: educação em saúde, aconselhamento e medidas de prevenção; tomada de decisões clínicas, diagnósticas e terapêuticas; e a produção da informação. Os demais como coordenação do cuidado, visão contínua dos processos, trabalho em equipe e relações interprofissionais, educação permanente e formação, e orientação ao cidadão, podem ser desenvolvidos de forma independente ou em paralelo à dispensação.

A **dispensação** é o ato de entrega do medicamento ao usuário na quantidade certa, na dose prescrita, na quantidade adequada e com informações suficientes para seu uso correto (Brasil, 2009a). A sua execução começa no momento em que o usuário chega na farmácia, incluindo o momento de interação com o trabalhador, seja o próprio farmacêutico ou outro profissional. Esta fase de acolhimento é influenciada por fatores relacionados à qualidade da área de espera e principalmente pelas atitudes e comportamentos do provedor quando se aproximam os usuários (Esher et al., 2011). Por ser um momento de contato estreito com o usuário, esse componente foi relacionado à gestão do cuidado, por acreditarmos que as atividades desenvolvidas nessa etapa devem ser desenvolvidas visando o cuidado ao usuário.

O componente **educação em saúde** reúne atividades educativas, de prevenção de riscos ligados ao uso de medicamentos, principalmente com doentes crônicos e crianças, utilizando ferramentas de trabalho com grupos, a visita domiciliar, intervenção individual. Neste componente são propostas ações para prevenção de riscos ligados a intoxicação infantil e descarte inadequado de medicamentos. Segundo Werneck (2009), as intoxicações exógenas são importantes causas de morbidade infantil no cenário mundial, representando uma carga alta tanto em termos de morbidade como no que diz respeito aos custos de atenção hospitalar. Isso leva a crer que ações de prevenção e promoção voltadas ao público infantil é uma importante estratégia a ser desenvolvida pelos Serviços Farmacêuticos. Para tanto, independente da ferramenta ou do público alvo, espera-se que as propostas de práticas educativas sejam sensíveis às necessidades dos usuários, valorizando as trocas interpessoais e as iniciativas da população (Azeredo et al., 2009).

O terceiro componente técnico, intitulado de **'tomada de decisões clínicas, diagnósticas e/ou terapêuticas'**, possui um conjunto de ações voltadas para a clínica e terapêutica do paciente, diz respeito a identificação de erros de prescrição, elaboração de plano terapêutico compartilhado, identificação de problemas relacionados a medicamentos e consulta farmacêutica, caso necessário. Este componente sugere ao profissional

farmacêutico um maior envolvimento com as questões diretamente ligadas a condição de saúde do usuário bem como os efeitos do tratamento sobre sua saúde individual. Alguns estudos reforçam a ideia de que intervenção do farmacêutico aumenta a adesão a regimes terapêuticos, e pode promover redução de custos hospitalares, ao reduzir o número de prescrições, de internações e de medicamentos associados a reações adversas a medicamentos (Romano-Lieber et al., 2002). Mckinnon e Jorgenson (2009) relatam, com base em estudo desenvolvido no Canadá, melhora na gestão da medicação quando o farmacêutico estava integrado ao centro primário de saúde e colaborava com médicos de família na realização ou renovação da prescrição. Portanto, a presença do farmacêutico na tomada de decisões terapêuticas na atenção primária é de suma importância para aprimorar o processo de cuidado e evitar danos à saúde, sendo que para haver de fato reconhecimento deste trabalho é preciso divulgar tais ações.

Para isso, a **produção da informação** é considerada um componente extremamente importante do ponto de vista da gestão. A realização de ações farmacêuticas promotoras, principalmente, de resultados positivos em saúde deve ser alvo de estudos, a fim de gerar informações para o serviço e para população. A participação em eventos técnicos precisa ser incentivada pelos gestores como forma de estimular a criatividade dos profissionais e o aprimoramento do processo de trabalho. Outras formas de comunicação como desenvolvimento de campanhas de comunicação social com propósito de promover a discussão sobre medicamentos e seu uso racional também podem ser usadas. Além disso, materiais informativos auxiliam os usuários no autocuidado orientado e na automedicação responsável. Folders e cartazes podem prestar informações também sobre o acesso a medicamentos a outros pontos da rede de atenção a saúde bem como em locais de acesso fora da rede pública como as farmácias populares privadas.

Mecanismos de comunicação é algo muito utilizado nos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) e contam com o desenvolvimento de habilidade específicas. O treinamento contínuo dos recursos humanos, principalmente, dos profissionais atuantes nos SEFAR é algo que precisa estar inserido na

rotina do profissional farmacêutico. A **educação permanente e formação** estão previstas na Política de Atenção Básica como função dos profissionais atuantes na atenção primária. Logo, não poderia deixar de estar presente no modelo lógico dos SEFAR, uma vez que suas atividades, principalmente aquelas ligadas à formação profissional e autoavaliação, colaboram para melhoria dos processos de trabalho em saúde.

O modelo lógico dos SEFAR conta com componentes relacionados a diretrizes preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica- PNAB (2011b). A corresponsabilização pela coordenação do cuidado, a visão integral dos processos assistências e o **trabalho em equipe** são atitudes incorporadas ao modelo lógico dos SEFAR por meio de atividades bem definidas, tendo como foco resultados na melhoria dos serviços prestados aos usuários. A **coordenação do cuidado** pressupõe o acompanhamento do usuário pelos diversos pontos da Rede de Atenção a Saúde (RAS) e esse conjunto de ações também deve envolver a garantia de acesso a medicamentos especializados. Tais medicamentos são fornecidos pelo ente estadual e normalmente atendem à uma demanda de tratamentos do nível secundário e terciário da RAS.

Os usuários com doenças crônicas em acompanhamento pela equipe de saúde da família e em uso de medicamentos prescritos por especialistas devem passar pelo processo de conciliação medicamentosa. Este é um procedimento de revisão dos medicamentos usados pelo usuário quando ele muda de nível de assistência à saúde (pontos de transição) e/ou é atendido por vários médicos. Tem como objetivo de evitar ou minimizar erros de transcrição, omissão, duplicidade de terapia e interações medicamentosas (Gomes et al., 2010).

Além dessas atividades, o componente de coordenação do cuidado também pressupõe a realização de acolhimento a demanda espontânea, ou seja, realizar escuta qualificada à situação/queixa dos usuários, inclusive aqueles não pertencentes ao território adscrito pela referida unidade, avaliando a melhor forma de orientá-los (Gomes et al., 2010). O acolhimento é uma ação que perpassa diversas atividades dos Serviços Farmacêuticos, sendo uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre

trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (Brasil, 2011d). A recepção da farmácia na unidade de saúde é um local de livre acesso à população e onde não deve haver barreiras. Sendo assim, o SEFAR torna-se um dos locais da unidade de saúde onde o acesso a um profissional de saúde é bastante facilitado, sendo visto pelos usuários como uma das principais portas de acesso e informação aos serviços dentro da unidade de saúde (Gomes, 2010).

Para consolidação do SEFAR como um *locus* de referência do cuidado para usuários e trabalhadores da saúde, o profissional farmacêutico e sua equipe necessitam ter uma **visão contínua e integral dos processos**, conhecendo a rede de atenção a saúde municipal, as linhas de cuidado e o processo de trabalho das equipes. A participação no desenho, implantação e na melhoria dos processos assistenciais no âmbito local legitima o farmacêutico como membro da equipe e envolve outros profissionais nas atividades ligadas à promoção do uso racional e acesso a medicamentos.

O último componente técnico da gestão do cuidado e do modelo lógico dos Serviços Farmacêuticos é a **orientação ao cidadão**. Embora tenha sido considerado um componente técnico com uma atividade bem definida, preconizando a participação do farmacêutico nos espaços de controle social, o conceito atrelado a este componente deve perpassar todo o modelo lógico. Afinal, espera-se que os profissionais compartilhem com o cidadão a tomada de decisões ao oferecer informação oportuna, permitindo-o participar e decidir com conhecimento sobre seu processo assistencial. Faz também com que suas ações deem uma resposta individualizada às necessidades e expectativas de cada usuário, considerando sua opinião e seus direitos. Deve garantir a confidencialidade da informação a qual tem acesso e manter respeito a intimidade e a privacidade do usuário durante sua assistência. E, ainda, favorecer acessibilidade dos cidadãos e contribuir para resolver a demanda assistencial no tempo adequado (SEFAP, 2001).

O desenho do modelo lógico possibilitou organizar os elementos dos Serviços Farmacêuticos de uma maneira mais clara acerca da racionalidade da construção da intervenção e das relações causais empregadas na sua

elaboração. O detalhamento das atividades em cada componente técnico foi importante para que a autora pudesse definir de forma clara quais ações devem ser feitas e quais são os insumos necessários para alcance dos objetivos da intervenção. Segunda Samico (2010), a modelização com nível de detalhamento adequado contribui para o entendimento comum entre os envolvidos na intervenção a respeito do problema que se quer resolver, dos objetivos e dos resultados esperados, favorecendo a identificação de lacunas e resultados fora da realidade ou incoerentes.

Além disso, utilizar o modelo lógico como horizonte para o acompanhamento dos processos pela gestão otimiza tempo e recursos, permitindo a definição de indicadores de desempenho a serem monitorados e aspectos a serem avaliados. Com a definição precisa das atividades, é possível definir exatamente o que precisa ser medido.

Matriz de monitoramento do Desempenho dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária

De posse da definição do que precisa ser medido, deu-se início à elaboração da matriz de monitoramento. As razões orientadoras da construção de um sistema de monitoramento dos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) na Atenção Primária relacionam-se à responsabilidade da equipe gestora municipal em prestar contas sobre o alcance dos objetivos, bem como atender a necessidade de implementar melhorias à sua qualidade (Hartz, 2005). A construção de uma ferramenta para acompanhamento contínuo do desempenho se deu pela medida das relações de causa-efeito presumidas no modelo lógico, em que produtos e resultados imediatos serão mensurados por meio de indicadores produzidos regularmente no serviço (Tamaki et al., 2012).

A construção matriz de monitoramento levou em consideração os produtos e resultados imediatos estratégicos de cada componente técnico do modelo lógico. Apenas um indicador foi aproveitado da matriz de monitoramento do contrato de gestão das OSS (Anexo 2, página 107): *porcentagem de medicamentos prescritos dentro da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)*. A definição dos demais indicadores

exigiu muita clareza sobre os objetivos e a lógica da intervenção (Vaitsman et al., 2006). Na matriz, os indicadores foram organizados conforme as dimensões do desempenho, dentre os quais, 10 foram classificados como sendo de resultado e os restantes de produto.

As dimensões previstas na metodologia sofreram modificações em virtude da necessidade do estudo, sendo utilizadas: **acessibilidade, adequação, competência, continuidade e segurança**. Tais dimensões definem teoricamente o domínio dos indicadores operacionais da intervenção (Moritz, 2010), os quais permitem a apreensão do desempenho dos SEFAR em relação aos resultados esperados.

Em relação às dimensões previstas anteriormente, três foram retiradas (aceitabilidade e efetividade) e uma foi inserida (segurança). Segundo o modelo canadense de desempenho, a aceitabilidade mede o grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população (Arah & Westert 2005). Logo, é importante frisar que este estudo não se propõe a coletar dados gerados por usuários do serviço. Os indicadores de monitoramento do desempenho pretendem utilizar dados produzidos diretamente pelo SEFAR, principalmente aqueles, obtidos por meio da ação do farmacêutico ou alguém sob sua responsabilidade.

A dimensão efetividade não foi considerada, pois não serão monitorados o grau com que as ações de cuidado/serviço atingem os resultados intermediários esperados.

Já o conceito de segurança foi incluído uma vez que o modelo lógico contempla ações capazes de evitar ou minimizar riscos potenciais das intervenções em saúde e ambientais (Arah A et al. 2006).

Os indicadores de **segurança** apresentados no Quadro 8 estão relacionados a 6 componentes técnicos do modelo lógico, dos quais três compõem a gestão técnica do medicamento (seleção, programação e armazenamento) e outros três a gestão do cuidado ao paciente (educação em saúde, aconselhamento e medidas de prevenção; dispensação e tomada de decisões clínicas, diagnósticas e terapêuticas).

Quadro 8 – Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão **Segurança**.

Componente Técnico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Verificação	Period.	Respons.	Meta
Educação em saúde	Quantitativo de medicamentos devolvidos pelos usuários	Quantidade em kg de medicamentos devolvidos por unidade de saúde	Formulário de medicamentos vencidos	semestral	SEFAR	Máximo de 1kg por unidade
Seleção	Apoio a seleção de medicamentos	Número de reuniões/ espaços coletivos com prescritores em que foram discutidas o elenco de medicamentos disponíveis na AB	Cópia da lista de presença da reunião apresentada ao NAF-regional	trimestral	NAF-regional	1
Programação	Percentual de unidades de saúde com estoque máximo maior que três meses por área programática	$[\text{Soma de unidades com } (\text{CMM} * 3 \geq \text{Estoque atual mensal})] / \text{total de unidades da área}$	Prontuário eletrônico	mensal	NAF-regional	30% dos SEFAR com estoque máximo para até 3 meses (meta cumulativa 2013)
Armazenamento	Percentual Ocorrências registradas no momento do recebimento dos medicamentos pelos SEFAR	$(\text{Número de folhas de ocorrências preenchidas de uma referida área programática} / \text{Número de unidades da área programática}) * 100$	Folha de ocorrência - Sistema de logística	mensal	gerência de logística	Até 10%
Dispensação	Percentual de erros de dispensação	$(\text{Número de erros de dispensação identificados} / \text{Número de atendimentos totais}) * 100$	A definir	mensal	SEFAR	Abaixo de 5%
Tomada de decisões clínicas	Intervenções Farmacêuticas nos Erros de Prescrição	$(\text{Número de erros de prescrição que sofreram intervenção} / \text{Número de erros de prescrições identificados}) * 100$	A definir	mensal	SEFAR	100%
	Erros de Prescrição	Número de erros de prescrições identificados	A definir	mensal	SEFAR	X>0
	Problema Relacionado a medicamento	Número de PRM identificados	A definir	mensal	SEFAR	X>0
	Percentual de PRM minimizados ou resolvidos	$\text{Número de PRM resolvidos ou minimizados} / \text{Número de PRM identificados}$	A definir	mensal	SEFAR	50%

Componente Técnico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Verificação	Period.	Respons.	Meta
	Envolvimento do profissional farmacêutico com ações de farmacovigilância	Número de notificações realizadas pelos farmacêuticos por área programática	Sistema de notificação	mensal	NAF-CENTRAL	X>0
	Envolvimento de outros profissionais com ações de farmacovigilância	Número de notificações realizadas por outros profissionais de saúde por unidade	sistema de notificação	mensal	NAF-CENTRAL	X>0

O indicadores relacionados a *seleção* pretendem verificar se o SEFAR participou de espaços para promoção da prescrição com base na lista de medicamentos disponíveis na APS municipal. Os medicamentos selecionados para APS foram incorporados com base em evidências científicas, estudos de segurança e farmacoeconomia. A prescrição de medicamentos que estão fora do elenco de medicamentos disponíveis na APS podem significar submeter o usuários a riscos relacionados a efetividade do tratamento e prejudicar a adesão (Marin et al. 2003).

Aqueles relacionados a programação e armazenamento são indicadores relacionados a capacidade do serviço de garantir a qualidade do produto bem como evitar desperdício e danos ambientais devido a perdas evitáveis (Brasil, 2006b). O indicador *percentual de unidades de saúde com estoque máximo maior que três meses por área programática* foi considerado um indicador de resultado, pois ele representa um resultado imediato do modelo lógico uma vez que a manutenção do estoque ajustado requer que as demais atividades da gestão técnica do medicamento tenha sido realizadas de forma adequada.

Os indicadores relacionados à gestão do cuidado, em sua maioria, dizem respeito a ações de diretamente ligadas ao usuário. O indicador de gerenciamento de resíduos pretende medir o quanto as ações de prevenção de danos ao ambiente relacionados ao descarte de medicamentos tem sido efetiva. Logística reversa do medicamento tem sido um tema bastante discutido nacionalmente, segundo a literatura boa parte dos usuários afirmam desconhecer a correta destinação a ser dada para esse tipo de resíduo,

fazendo-o de modo inadequado. Isso se revela como dado preocupante, uma vez que medicamentos vencidos, descartados incorretamente, podem ocasionar, dentre outras coisas, o desenvolvimento de resistência bacteriana, feminilização de peixes, mutações na flora e fauna, além de causar intoxicações e alergias em seres humanos (Falqueto & Kligerman, 2013).

O restante dos indicadores de segurança trata do monitoramento dos erros de prescrição, dispensação e da farmacovigilância. A detecção dos erros de dispensação pode auxiliar o SEFAR a tomar decisões sobre o melhoria sobre o seu processo de trabalho assim como evitar danos ao usuário devido ao uso inadequado do medicamento. Isso se aplica também a identificação e intervenção sobre os erros de prescrição, comuns nas unidades da APS. As ações de farmacovigilância tem como finalidade a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado a medicamentos. Os Serviços Farmacêuticos devem estimular as equipes da APS a realizar a notificação de: reações adversas a medicamentos e plantas medicinais; desvios de qualidade de produtos farmacêuticos; erros de administração; perda de eficácia; casos de intoxicação aguda ou crônica por produtos farmacêuticos; interações, com efeitos adversos, de fármacos com substâncias químicas, outros fármacos e alimentos, dentre outros (Brasil, 2013).

Embora tais indicadores tenham sido classificados como sendo de segurança, é possível também relacioná-los a outras dimensões. Como exemplo, pode-se citar o indicador de *percentual de erros de prescrição identificados que sofreram intervenção* o qual também poderia ter sido classificado na dimensão competência, pois a intervenção nos erros de prescrição requer conhecimento técnico e habilidade de comunicação.

Dentre as dimensões mantidas, estão: **acessibilidade, adequação, competência e continuidade**. O conceito de **acessibilidade** adotado diz respeito à possibilidade dos usuários obterem cuidado/serviço no local certo e na hora certa, baseado em suas necessidades (Hurst & Jee-hughes 2001). A acessibilidade foi a dimensão que contemplou o maior número de indicadores (20) (Quadro 9), sendo uma das dimensões de maior relevância do ponto de

vista do objetivo geral da intervenção por contemplar indicadores relativos a presença do medicamento no momentos de necessidade e a disponibilidade de serviços, como consulta, participação em grupos de usuários, e visita domiciliar, no local certo e no momento adequado. A acessibilidade pode ser caracterizada pela facilidade com que os serviços de saúde são alcançados. O acesso pode ser físico (acessibilidade geográfica), financeiro (acessibilidade econômica) ou psicológico e exige que os serviços de saúde estejam disponíveis. A dimensão no modelo governamental canadense de desempenho que se relaciona diretamente com o acesso é a equidade, o qual define a medida como o sistema lida com todos os interessados (Arah A et al., 2006). Embora não seja adotada como dimensão do desempenho, a equidade perpassa por todas as dimensões adotadas neste estudo.

Quadro 9 - Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão **Acessibilidade**

Componente Técnico (modelo lógico)	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Verificação	Period.	Responsab.	Meta
Seleção	Presença de medicamentos da AB	Número de itens da lista de atenção básica	Prontuário eletrônicos	mensal	SEFAR	acima de 138 itens
Programação	Percentual de faltas totais nos SEFAR	$(\text{Número total de itens em falta no estoque da farmácia} / \text{Número total de itens em estoque} + \text{itens em falta}) * 100$	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	abaixo de 10%
Programação	Percentual faltas de itens obrigatórios nos SEFAR	$(\text{Número de itens obrigatórios em falta} / \text{Número total de itens obrigatórios}) * 100$	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	abaixo de 10%
Solicitação	Percentual de SEFAR que atrasaram o envio da solicitação de medicamentos	$(\text{Número de SEFAR enviaram o pedido de medicamentos com atraso ou não enviaram} / \text{Número de SEFAR na área programática}) * 100$	Email com as planilhas enviadas ao NAF regional	mensal	NAF-regional	5%
Distribuição	Percentual de SEFAR com POP de abastecimento definidos para sala observação	$(\text{Número de SEFAR com POP definidos} / \text{Número total de SEFAR}) * 100$	POP enviado ao NAF-regional	mensal	NAF-regional	Meta cumulativa 2013 (50%)
Educação em saúde	Participação em grupos da unidade para promoção do uso racional de medicamentos	Número de atividade grupais o farmacêutico participou ou realizou	Prontuário eletrônico *	mensal	SEFAR	Mínimo de 4

Componente Técnico (modelo lógico)	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Verificação	Period.	Responsab.	Meta
	Participação do farmacêutico em ações no território	Número de atividades participadas ou realizadas pelo farmacêutico no território	Prontuário eletrônico*	mensal	SEFAR	Mínimo de 1
	Participação do farmacêutico em ações intersetoriais	Quantidade de visitas realizadas nas escolas/creches do território	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	Mínimo de 1
	Visita domiciliar realizadas por farmacêuticos	Número de visitas domiciliares realizadas	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	Mínimo de 4
	SEFAR como referência para população	Número de usuários que procuraram o SEFAR para aconselhamento	A definir	mensal	SEFAR	1% da população do território
	SEFAR como referência para outros profissionais de saúde	Número solicitações de outros profissionais de saúde ao SEFAR em busca informações sobre medicamentos	A definir	mensal	SEFAR	X>1
Educação em saúde	Gerenciamento de resíduos	Número de pessoas que devolveram ao SEFAR resíduos (medicamentos e insumos)	A definir	semestral	SEFAR	Menos 1% da população do território
Tomada de decisões clínicas	Consultas individuais realizadas	Número de consultas realizadas	Prontuário eletrônico*	mensal	SEFAR	Mínimo de 16
Tomada de decisões clínicas	Número de casos discutidos	Número de casos discutidos	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	Mínimo de 16
	Número de consultas conjuntas realizadas	Número de consultas conjuntas realizadas	Prontuário eletrônico*	mensal	SEFAR	Mínimo de 1
Dispensação	Média de usuários acolhidos no mês	(Número de usuários atendidos em 30 dias /30)	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	Mínimo de 100
Orientação ao cidadão	Envolvimento com a comunidade	Participação em 1 reunião de controle social a cada 6 meses	Cópia da lista de presença enviada pelo SEFAR ao NAF-regional	semestral	NAF-regional	1

Os indicadores de acessibilidade, como realização de grupos, consultas individuais e conjuntas, discussão de caso e visita domiciliar, dizem respeito à oferta de Serviços Farmacêuticos voltados para o cuidado ao usuário, ações por muitos anos negligenciadas e que atualmente invade a cenas das discussões sobre as políticas de medicamentos, nas diversas esferas de

governo. Sendo assim, o que se pretende medir nessa dimensão é o quanto os SEFAR municipal tem desenvolvidos ações nesse sentido e se o serviço é acessível à população quando ela necessita. As atividades a seres monitoradas estão descritas em documentos nacionais (Brasil, 2009b) e internacionais (OPAS, 2013), sendo consideradas processos chave, fundamentais para obtenção dos resultados em saúde. O indicador relacionado ao componente técnico *orientação ao cidadão* pretende verificar se os profissionais do SEFAR contribuem para facilitar o exercício da cidadania, prestando informações relacionadas ao acesso a medicamentos a comunidade. O envolvimento com a comunidade - a participação social - é algo previsto na política de atenção básica nacional (Brasil, 2011b) e tem como foco o fortalecimento dos espaços sociais, oportunizando a gestão participativa. Trata-se de fortalecer os processos de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas (Brasil, 2009b).

A **adequação** é uma dimensão que tem uma relação com a eficácia do sistema de saúde ou da intervenção (Arah et al. 2003). Seus indicadores estariam incluídos dentro da provisão de serviços que, com base em evidência e padrões, representaria melhor ajuste dos serviços com as necessidades dos usuários (Viacava et al., 2012). Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Hurst & Jee-hughes 2001), adequação se caracteriza pelo grau em que o cuidado/serviço prestado é relevante às necessidades clínicas do usuário e seu uso está baseado em práticas bem fundamentadas (evidência científica). Logo, tendo em vista o fato dos indicadores relacionados a essa dimensão sejam capazes de gerarem informações ligadas aos resultados da intervenção, apenas um indicador foi atribuído a essa dimensão. Isso se deu devido a matriz contemplar em sua maioria aspectos vinculados aos produtos e resultados mais imediatos da intervenção.

Quadro 10 - Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão **Adequação**

Componente Técnico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Verificação	Period.	Responsab.	Meta
Dispensação	Percentual de medicamentos prescritos dentro da REMUME	Número de medicamentos prescritos dentro da REMUME/ Número total de medicamentos prescritos	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	90%

O indicador *Percentual de medicamentos prescritos dentro da REMUME* foi considerado um parâmetro de adequação por se tratar de prescrições que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, com medicamentos selecionados por critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e custo favorável (Pizzol et al. 2010). A prescrição de medicamentos essenciais disponíveis na esfera municipal facilita a adesão do paciente ao tratamento, aumentando o vínculo do usuário com o serviço de saúde e garantindo a continuidade do cuidado.

A **continuidade** pode ser entendida como a habilidade de fornecer o cuidado de forma ininterrupta e coordenada entre programas, prestadores, organizações e níveis de complexidade do cuidado ao longo do tempo (Arah et al. 2006). Na APS, continuidade está relacionada ao conceito de longitudinalidade e coordenação do cuidado. Segundo a PNAB (2011b), a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários. Além disso, tal dimensão envolve também a coordenação da integralidade em seus vários aspectos, tanto na gestão do cuidado quanto na coordenação no conjunto da rede de atenção, tendo como prioridade o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe.

Quadro 11 - Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão **Continuidade**

Componente Técnico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Verificação	Period.	Responsab.	Meta
Coordenação do Cuidado	Municípios orientados sobre o acesso a medicamentos do componente especializado da AF	Número de usuários com prescrição do componente especializado identificados e orientados pelo SEFAR	A definir	mensal	SEFAR	X>1
	Coordenação do cuidado farmacêutico	Número de usuários acompanhados que utilizam medicamentos disponíveis na atenção secundária e terciária	A definir	mensal	SEFAR	X>1
	Conciliação Medicamentosa	Número de usuários que passaram por conciliação medicamentosa	A definir	mensal	SEFAR	X>1
	Apoio ao cuidado	Número de usuários com receita vencida que tiveram sua consulta agendada e tiveram seus medicamentos dispensados até a dada da consulta	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	Zero
Coordenação do Cuidado	Percentual de Falta de usuários em tratamentos crônicos a farmácia	(Número de usuários com doenças crônicas que faltaram a farmácia / Número de usuários que deveriam ter retornado ao SEFAR para dispensação de medicamentos) * 100	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	10%de faltas
	Percentual de usuários acolhidos de outros territórios	(Número de usuários não adscritos acolhidos no SEFAR / Número total de usuários atendidos) * 100	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	10%
Visão continuada e integral dos processos	Participação no desenho, implementação, desenvolvimento e melhora dos processos assistenciais em seu âmbito assistencial	Número de reuniões de discussão de processos assistências participadas com as equipe de saúde da família, NASF, equipe técnica, NAF-REGIONAL etc	Prontuário eletrônico	mensal	SEFAR	Mínimo de 1

Os indicadores dessa dimensão pretendem verificar se os profissionais atuantes no SEFAR acompanham os usuários que necessitam de acesso a medicamentos em outros pontos da rede de atenção à saúde, se priorizam o trabalho em equipe e se participam da melhoria dos processos de cuidado dentro da unidade de saúde. Espera-se que a SEFAR no município do Rio de Janeiro tenha profissionais envolvidos com a garantia da integralidade do cuidado. Para isso, o prestador, o profissional de saúde, precisa ter competência e capacidade para atender a demanda requerida pelos usuários.

A dimensão de **competência** ou capacidade avalia o grau em que os profissionais do sistema de saúde possuem a formação e habilidade adequada

para avaliar, tratar e se comunicar com os usuários. Neste contexto, há muitos aspectos potenciais de competência, incluindo competência técnica bem como a competência cultural, a serem considerados (Hurst & Jee-hughes 2001).

Os indicadores desta dimensão pretendem verificar se o profissional de saúde envolvido com as atividades do SEFAR possui habilidade para desenvolvê-las e se, além disso, está envolvido com atividades de formação capazes de melhorar o seu processo de trabalho em saúde bem como em sua competência técnica e o cultural. O marco de competências básicas dos farmacêuticos da APS define quatro áreas principais de atuação: *o trabalho como farmacêutico, o trabalho com informação, o trabalho com pessoas e a contribuição pessoal* (SEFAP, 2001).

Quadro 12 - Matriz de monitoramento do Desempenho do Serviços Farmacêuticos: Dimensão Competência

Componente Técnico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Verificação	Period.	Responsab	Meta
Armazenamento	Perda de medicamentos por validade	Quantidade em kg de medicamentos vencidos por unidade de saúde	Formulário de medicamentos vencidos	semestral (6 meses)	NAF-regional	Até 1kg por unidade
	Remanejamentos por superestimação ou subestimação de pedidos	Número de remanejamentos superestimação ou subestimação por unidade	Prontuário eletrônicos	trimestral	SEFAR	Meta 1 remanejamento a cada 3 meses
Produção da informação e comunicação	Estudos de Utilização de Medicamentos	Número de informativo produzido pelos SEFAR sobre o uso de medicamentos	Informativo recebidos pelo NAF-regional	semestral	NAF-regional	Mínimo de 1
Educação permanente e formação	Capacitação do farmacêutico	Numero de atividades formativas que o farmacêutico participou	Lista de presença apresentada pelo SEFAR ao NAF-regional	trimestral	NAF-regional	Mínimo de 1
	Formação do farmacêutico	Número de profissionais em cursos lato e strictu-senso relacionados com o trabalho por área programática	Memorando de autorização do gestor da unidade enviada ao NAF-regional	anual	NAF-regional	Mínimo 5% do total de farmacêuticos lotados na APS
	Autoavaliação	Número de Autoavaliações realizadas	Formulário de Autoavaliação on-line	anual	SEFAR	1
	Realização de sessões de educação continuada para profissionais de saúde	Número de sessões realizadas para profissionais de saúde	A definir	mensal	NAF-regional	Mínimo de 1

Componente Técnico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Verificação	Period.	Responsab	Meta
Trabalho em equipe e relações interprofissionais	Implantação da agenda compartilhada	(Número de unidades que possuem agenda de trabalho do farmacêutico definida / Número total de unidades por AP) * 100	Agenda enviada por email ao ao NAF regional	mensal	NAF-regional	Meta cumulativa (50%)

Nesse estudo, os indicadores relacionados ao trabalho como farmacêutico pretende medir se o profissional demonstra possuir conhecimentos farmacêuticos e terapêuticos adequados. Aqueles indicadores vinculados ao trabalho com informação esperam obter informações sobre a capacidade de analisar, avaliar a informação gerada no SEFAR de forma crítica e desenvolver mecanismos de diálogo com outros profissionais através de estudo de utilização e análise de tendências (Brasil, 2013).

A competência relacionada à maneira de lidar com pessoas e trabalhar em equipes também foi um aspecto considerado na matriz de monitoramento do desempenho por ser considerada uma habilidade é essencial para consolidação do SEFAR na APS. O farmacêutico deve entender sua importância no cuidado a saúde e trabalhar para manter uma relação harmoniosa com as equipes de saúde da família, respeitando as competências de cada profissional e suas agendas (SEFAP, 2001). O indicador atrelado à essa competência diz respeito à elaboração de uma agenda compartilhada, ou seja, uma agenda a qual contemple ações a serem desenvolvidas com as equipes, usuários e internamente na farmácia. Além disso, a preocupação com sua formação, autorreflexão sobre suas habilidades e seu processo de trabalho bem como a facilidade de enfrentar mudanças são aspectos da contribuição pessoal almejados para um profissional envolvidos com SEFAR (OPAS, 2013). Do ponto de vista do monitoramento, a coleta de informações sobre tais aspectos é complexa, sendo necessário períodos mais longos para que sejam percebidas mudanças significativas.

A principal matéria-prima de um sistema de monitoramento de programas ou intervenções são os dados operacionais que compõem a fórmula dos indicadores (Vaitsman et al. 2006). No caso dos SEFAR esses dados não são produzidos apenas internamente pelo serviço, mas também por

outros níveis de tomada de decisão como pelos Núcleos de Assistência Farmacêutica Regionais e Central. Embora os gestores municipais tenham conhecimento de que o SEFAR seja um local com grande potencial para produção de informações do acesso a medicamentos e do cuidado ao usuário, até bem pouco tempo o município não possuía mecanismos confiáveis e padronizados para registro dessas informações.

O Rio de Janeiro conta desde 1996 com um sistema de gerenciamento de materiais chamado Sigma, que atende as unidades chamadas orçamentárias, como hospitais, maternidades, etc., e não orçamentárias, como as policlínicas. Embora o Sigma produza informações referentes à gestão técnica do medicamento, esta ferramenta não está disponível para as unidades de atenção primária. Além disso, por ser um sistema antigo, sua interface não permite aprimoramentos para registros de informações referentes ao usuário, ou seja, mesmo que o Sigma fosse disponibilizado para as unidades da APS, ele não daria conta de registrar dados fundamentais dos SEFAR.

Desde 2010, o SMS vem implantando o sistema de prontuário eletrônico do paciente (PEP) nas unidades da APS e tem adotado este instrumento como única fonte de registro de informações. O prontuário eletrônico, além de servir como um banco de informações sobre a vida e cuidados prestados ao paciente, também possui funções gerenciais, sendo considerada uma importante ferramenta de gestão (Virginia, 2006). Atualmente, as unidades pertencentes ao modelo de gestão A e B, ou seja, unidades da APS que são geridas total ou parcialmente por contratos de gestão com as OSS, podem contar com esta ferramenta para auxiliar no registro de informações em saúde assim como os SEFAR dessas unidades. As unidades modelo C ainda não possuem ferramentas eletrônicas para registro da informação.

Neste estudo, a principal fonte de verificação definida para o de monitoramento do desempenho do SEFAR foi o prontuário eletrônico do paciente (PEP). Embora tenha sido eleito como principal instrumento de coleta de dados da matriz, é sabido por esta autora que a ferramenta ainda não está adequada à coleta das informações necessárias para alimentar os todos os

indicadores previstos. Atualmente, apenas os indicadores referentes gestão técnica do medicamento podem ser coletados pelo PEP. Para as unidades sem PEP, será preciso construir outros mecanismos para coleta, envio e sistematização das informações.

Alguns indicadores presentes na matriz, principalmente aqueles relacionados à dimensão segurança (Quadro 8, página 76), não possuem fonte de verificação definida. Entretanto, foram mantidos devido à relevância das informações na análise da implantação da intervenção e na tomada de decisões nos diversos níveis hierárquicos.

A utilidade do indicador varia conforme os níveis hierárquicos de tomada de decisão, modulando sua relevância em função disso. Neste estudo, não foi possível realizar uma análise aprofundada e uma categorização dos indicadores conforme níveis de tomada de decisão da Assistência Farmacêutica na APS municipal. Entretanto, como forma de auxiliar na definição das responsabilidades e também como meio de análise, os indicadores foram classificados como sendo de baixa, intermediária ou alta relevância tendo em conta sua utilidade para cada nível de tomada de decisão. Foram considerados como níveis dentro da AF o Núcleo de Assistência Farmacêutica Central (NAF-central), Núcleo de Assistência Farmacêutica Regional (NAF-regional) e o próprio Serviço Farmacêutico. Do ponto de vista do NAF-Central, o qual a autora deste trabalho faz parte, dos 44 indicadores selecionados apenas dois indicadores foram considerados de relevância intermediária e cinco de baixa relevância (Apêndice 5, página 116). São eles:

- Indicadores de relevância intermediária para o NAF-Central:
 1. Remanejamentos por superestimação ou subestimação de pedidos
 2. Percentual de usuários acolhidos de outros territórios
- Indicadores de relevância baixa para o NAF-Central:
 1. Percentual dos Serviços Farmacêuticos que atrasaram o envio da solicitação de medicamentos
 2. Percentual dos Serviços Farmacêuticos com POP de abastecimento definidos para sala observação

3. Percentual de erros de Dispensação
4. Apoio ao cuidado
5. Percentual de usuários (absenteísmo) em tratamentos crônicos que faltam dispensação programada

O critério utilizado para categorização considerou o quanto o resultado obtido pelo indicador pode produzir efeito dentro do referido nível, disparando reflexões sobre o processo de trabalho interno e necessidade de melhorias.

Mesmo tendo indicadores no sistema de monitoramento que não possuem alta relevância para todos os níveis de tomada de decisão, é necessária a corresponsabilização das diversos atores envolvidos na intervenção na produção e de registro das informações.

Além dos dados gerados internamente nos Serviços Farmacêuticos, também há possibilidade da geração externa de dados com objetivo de atender a informações sobre a implantação. No plano de monitoramento, a responsabilidade sobre a produção dos dados de cada indicador coube a um nível específico de tomada de decisão da AF (SEFAR, NAF-regional ou NAF-Central).

As metas assim como a periodicidade de cada indicador foram analisadas individualmente, considerando documentos técnicos produzidos pela superintendência de atenção primária, vigilância e promoção da saúde (SUBPAV) e pelo NAF-Central. Neste primeiro momento, o estudo não se propôs a definir padrões capazes de subsidiar o julgamento de valor acerca dos resultados dos obtidos pelos indicadores em função tempo de conclusão do estudo.

Limitações do estudo

Neste estudo optou-se por utilizar o modelo de desempenho governamental canadense como estratégia de afastamento do objeto de pesquisa. Isso se tornou necessário visto que a autora está diretamente envolvida no processo de implementação do programa. Adicionalmente, dado que a análise mais aprofundada da dimensão dos gastos em saúde estava fora

do escopo proposto para o presente estudo, o modelo canadense de desempenho mostrou-se apropriado para a proposta em questão. A estratégia se mostrou adequada produzindo reflexões sobre o modelo utilizado pela SMS.

O fato da autora deste trabalho estar diretamente envolvida com a implantação da intervenção, não se pode afastar o risco de que isso tenha interferido nas respostas dos entrevistados ou que a análise das falas tenha se dado pela ótica da autora. Alguns cuidados foram tomados para amenizar estes efeitos, como evitar o diálogo com entrevistado durante a entrevista e a se apresentar como mestrande e não como gestora. As medidas adotadas contribuíram para a análise crítica de todo material, porém não impediu que o olhar de gestora predominasse sobre o estudo. Acredita-se que isso não refletiu em prejuízos para julgamento e categorização das falas e dados.

A matriz de monitoramento do desempenho é considerada uma ferramenta extremamente útil para gestão e os diversos níveis de tomada de decisão. Entretanto, neste momento, a grande dificuldade de implementá-la se dá na definição da sistemática de coleta das informações nos distintos modelos de unidade visto que não há um sistema de informação bem estabelecido para a Assistência Farmacêutica. Além disso, o prontuário eletrônico utilizado pelas unidade do modelo A para coleta de informações ainda não é capaz de gerar dados fundamentais para monitoramento do desempenho. É preciso que a ferramenta de prontuário eletrônico do paciente, principalmente seu cunho gerencial, seja aprimorada e adequada a necessidade do serviço.

Considerações Finais

Quanto aos achados

A proposta de construir um sistema de monitoramento do desempenho dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro teve como principal finalidade contribuir para o desenvolvimento de uma ferramenta útil, capaz de subsidiar os gestores da Assistência Farmacêutica e Atenção Primária na tomada de decisões gerenciais em tempo oportuno, apontando evidências para redirecionamento e melhoria do SEFAR

na ESF. Esta proposta buscou ouvir boa parte dos envolvidos na intervenção, propondo a construção de um sistema que de fato contribuísse para a práxis.

A despeito do local de ação tratar-se de um município brasileiro, optou-se por adotar como referencial teórico o modelo governamental candense. A escolha de um modelo distinto do adotado no Rio levou à uma reflexão crítica sobre as fragilidades do modelo utilizado no município, proporcionando uma visão ampliada da intervenção.

Durante primeira etapa do estudo envolvendo a identificação dos objetivos da intervenção (o acesso a medicamentos e seu uso racional) foi possível verificar em documentos mais recentes e nas falas dos entrevistados, a predominância de ações voltadas para o contato direto com usuários, famílias e equipes de saúde. Concluiu-se o trabalho do farmacêutico

No segundo momento a identificação dos interessados cumpriu o papel de esclarecer quais são as pessoas que precisam estar articuladas para acontecer de fato a implantação mínima dos SEFAR. Além dos macro gestores como coordenadores de área de planejamento, os profissionais da média gerência desenvolvem um papel decisivo no desempenho dos serviços. Sem o apoio dos gerentes, a realização das diversas atividades propostas não são priorizadas e acabam sendo esquecidas no meio da rotina de logística. A participação comunitária também fundamental para consolidação dos SEFAR na APS, é por meio das demandas geradas e pelo o reconhecimento dos resultados positivos que os gestores passam a apoiar e priorizar as ações ligadas ao o uso de medicamentos.

Embora seja reconhecida como precípua a participação ativa desses atores e o seu referido apoio nas demandas estruturais da implantação, é necessário frisar que sem a corresponsabilização e compromisso ético do farmacêutico, pouco vale todo trabalho desenvolvido neste estudo de construção coletiva. É esse profissional farmacêutico quem faz acontecer na intervenção, ele é a peça chave para se estreitar o elo entre usuários e equipes de saúde. Sabe-se que organizar o cotidiano do trabalho nos SEFAR é uma tarefa árdua que envolve saberes diversos como de habilidades de

comunicação, técnicas e psicológicas. Dessa forma, é preciso investir em formação e qualificação técnica e cultural com intuito de aprimorar competências e treiná-las para o exercício na APS.

O trabalho na APS implica na relação com as equipes multiprofissionais, o envolvimento e conhecimento sobre o território e sobre a compreensão do papel desenvolvido por cada profissional dentro das unidades de saúde. Atuar nesse cotidiano pode ser enfrentado como um desafio para os farmacêuticos, pois, durante anos, a função desse profissional esteve restrita a gestão técnica do medicamento.

O modelo lógico proposto na terceira etapa deste estudo sugere diversas atividades desafiantes para o cotidiano no trabalho dos SEFAR. A construção do modelo pode ser considerada como uma grande contribuição para gestão, pois ele define o que deve ser realizado e qual a estrutura necessária para que os objetivos da intervenção sejam alcançados. Esta ferramenta poderá ser utilizada como instrumento indutor de práticas, não devendo ser um documento isolado, mas sim algo útil, capaz de auxiliar os farmacêuticos a conhecerem suas tarefas e compreenderem o que se espera da intervenção.

Por se tratar de uma intervenção complexa e multideterminada, a construção da matriz de monitoramento do desempenho exigiu um exercício árduo de se elaborar indicadores cuja produção das informações acontecesse durante o cotidiano do trabalho. À luz do modelo de desempenho governamental canadense, foram definidas dimensões que dessem conta de aspectos relevantes tanto para a AF quanto para a APS.

A Política Nacional de Atenção Básica (2011b) tem como princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera-se que o modelo lógico e a matriz de monitoramento do desempenho foram construídas contemplando tais princípios representados em dimensões do desempenho.

Durante a construção da matriz foram identificadas outras limitações que precisarão ser analisadas antes de se iniciar o monitoramento. O fato de

diversas unidades não possuírem farmacêutico durante as 40h pode ser uma barreira ao desenvolvimento de diversas atividades propostas pelo modelo lógico, bem como seu respectivo monitoramento. A decisão sobre essa distribuição de recursos humanos é de responsabilidade dos gestores macro e principalmente da meso gestão (coordenadores de área de planejamento). Para garantir acesso a Serviços Farmacêuticos de qualidade em todas as unidades da APS é necessária a conscientização dos principais envolvidos na intervenção bem como o reconhecimento de que a função do profissional farmacêutico vai muito além da gestão técnica do medicamentos. Entretanto, para isso é preciso que os profissionais também se mobilizem criticamente para superar problemas do cotidiano, imperfeito como ele é, em afirmação ao SUS.

Recomendações do estudo

É importante que seja realizada uma reunião de consenso com os potenciais envolvidos e interessados na intervenção para apresentação e discussão do modelo lógico e da matriz de monitoramento do desempenho dos Serviços Farmacêuticos, buscando identificar lacunas, sobreposições e esclarecer dúvidas. O sistema de monitoramento do desempenho deverá ser reformulado com base nas alterações sugeridas e validado. Isso irá conferir legitimidade ao processo de monitoramento e corresponsabilização dos atores na implementação da intervenção. Espera-se que os indicadores construídos sejam avaliados a luz dos seguintes critérios: validade, sensibilidade, especificidade, simplicidade e oportunidade. Essa revisão evitará erros e conferirá viabilidade ao processo.

Após reunião de consenso, devem ser estabelecidos fluxos para captação das informações. Espera-se, assim, construir uma sistemática de coleta que esteja vinculada ao prontuário eletrônico do paciente (PEP), assim como outros indicadores da SMS.

Como forma de auxiliar na implantação da intervenção e no sistema de monitoramento do desempenho, sugere-se que seja elaborado um instrumento de autoavaliação capaz de induzir a reflexão sobre as práticas desenvolvidas

pelos SEFAR. Assim como a ministério da saúde vem investindo em ferramentas de autoavaliação da qualidade como instrumento indutor de boas práticas, os municípios também devem utilizar e construir estratégias semelhantes para melhoria dos serviços.

Referências bibliográficas

Arah, O. A. et al., 2003. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (5), pp.377–98.

Arah, O. A. & Westert, G P, 2005. Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian Health Indicators Framework at the provincial-territorial level. *BMC health services research*, 5 (76), pp.2–13.

Arah, O. A et al., 2006. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18 (1), pp.5–13.

Araujo, A.L.A. et al., 2008. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciencia & Saude Coletiva*, 13 (Sup), pp.611–617.

Araujo, A.L.A., Ueta, J.M. & Freitas, O., 2005. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Revista Ciencias Farmaceuticas Basica e Aplicada*, 26 (2), pp.87–92.

Azeredo, T.B. et al., 2009. User satisfaction with pharmacy services in the Brazilian National STD / AIDS Program: validity and reliability issues. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (7), pp.1597–1609.

Bardin, L., 2011. Análise de Conteúdo/ Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro, 1 ed, São Paulo: Edições 70.

Borges, C.F. & Baptista, T.W.F., 2010. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trab. Educ. Saúde*, 8 (1), pp.27–53.

Brasil, 1990. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 1994. Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde, 1996. *Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.*, Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde., 1998. *Portaria nº 3616, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos*, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde., 1999. *Portaria nº 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos*, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2001a. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: O que é e como funciona. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2001b. *Política Nacional de Medicamentos*, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde., 2001c. *Portaria nº 2050, de 8 de novembro de 2001. Dispõe sobre a implantação do Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, Brasília: Ministério da Saúde.*

Brasil. Conselho Nacional de Saúde, 2004. Resolução nº 338 , 6 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa., 2005a. *Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro*, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde, 2005b. *Portaria nº 2084, de 28 de Outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos.*, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde, 2006a. *Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2006b. *Assistência farmacêutica na atenção Básica: instruções técnicas para sua organização* 2nd ed. / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília: (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde., 2007. *Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle*, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2009a . *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, ed., Brasília: (Série A. Normas e Manuais Técnicos).*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2009b. *Cadernos de Atenção Básica 27: Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) 160p.: il. D. de A. B. _ /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, ed., Brasília: Ministerio da Saude.*

Brasil. Ministério da Saúde, 2011a. *Portaria Nº 1654, de 19 de Julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso, Brasília: Ministério da Saúde.*

Brasil. Ministério da Saúde., 2011b. *Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de, Brasília: Ministério da Saúde.*

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2011c. *Assistencia Farmaceutica no SUS Conselho Nacional de Secretários de Saúde, ed., Brasília: CONASS.*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2011d. *Acolhimento à demanda espontânea Ministério da Saúde., ed., Brasília: (Série A . Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica , n . 28 , Volume I).*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2013. *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade: material de apoio à Auto avaliação dos Núcleos de Apoio A Saúde da Família (Versão preliminar)* Ministério., Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., et al., 2011a. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In A. Brousselle et al., eds. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 41–60.

Champagne, F., Hartz, Z. et al., 2011b. A Apreciação Normativa. In A. Brousselle et al., eds. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 77–94.

Conferência Nacional de Saúde, 2004. *12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final* / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, ed., Brasília: Ministério da Saúde.

Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), 2005. *1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social* Relatório, Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Ministério da Saúde.

Contandriopoulos, A.-P., Trottier, L.-H. & Champagne, F., 2008. Improving performance: a key issue for Quebec's health and social services centres. *Infoletter*, 5 (2), pp.2–6.

Correr, C.J., Otuki, M.F. & Soler, O., 2011. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 2 (3), pp.41–49.

- Cosendey, M.A.E. et al., 2000. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1), pp.171–182.
- Costa, C.M.M., 2005. *Assistência Farmacêutica no Programa de Saúde da Família em Belém- Pará: organização, desafios e estratégias de reestruturação*. Porto Alegre, 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Duarte, R., 2002. Pesquisa Qualitativa : reflexoes sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, 115, pp.139–154.
- Esher, A. et al., 2011. Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for People Living with HIV / AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), pp.4833–4844.
- Falqueto, E. & Kligerman, D.C., 2013. Diretrizes para um Programa de Recolhimento de Medicamentos Vencidos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (3), pp.883–892.
- Fausto, M.C.R., 2005. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde : uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira* . Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Ferreira, H., Cassiolato, M. & Gonzalez, R., 2007. Nota Técnica: Como elaborar modelo lógico de um programa: um roteiro básico. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Ministério do Planejamento.
- Giovanella, L. et al., 2009. Saúde da família : limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciencia & Saude Coletiva*, 14 (3), pp.783–794.
- Gomes, C.A.P. et al., 2010. *A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde*, Belo Horizonte: Editora FUNED.

- Gomes, C.A.P., 1988. A Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas. , pp.1–15.
- Hartz, Z.M.A.,Silva, L.M.V. org, 2010. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. 3 ed, Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. pp.275.
- Hunt, P. & Khosla, R., 2002. Acesso a Medicamentos como um Direito Humano. *Revista Internacional de Direitos*, pp.100–121.
- Hurst, J. & Jee-hughes, M., 2001. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. In: OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper N 47. Paris: OECD.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010 [homepage na internet]. Censo 2010 [acesso em 23 junho de 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- Instituto Pereira Passos (IPP), 2012 [homepage na internet]. Armazém de dados [acesso em 10 de setembro de 2012]. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>
- Marin, N. et al., 2003. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*, Rio de Janeiro: OPAS/OMS.
- Mckinnon, A. & Jorgenson, D., 2009. Pharmacist and physician collaborative prescribing: For medication renewals within a primary health centre. *Canadian Family Physician*, 55, pp.85–91.
- Mendes, E.V., 2012. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Mendes, M.F.M., Cazarin, G., Bezerra, L.C.A, Dubeux, L.S.,2010. Avaliabilidade ou Pré-avaliação de um programa.In I. Samico et al., org.

Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, pp. 57-64.

Moritz, Â.F.E., 2010. *Satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para o tratamento da Aids no Brasil: contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação*. Tese[Doutorado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro.

Natal, S. et al., 2010. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 18 (4), pp.560–571.

Oliveira, L.C.F., Assis, M.M.A. & Barboni, A.R., 2010. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciencia & Saude Coletiva*, 15 (3), pp.3561–3567.

Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD), 2005. Paying for Performance: Policies for Government Employees. *Policy Brief*, pp.1–8.

Organizacion Pan Americana de la Salud (OPAS)., 2013. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud Documento de posición de la OPS/OMS (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6)* OPS, ed., Washington, DC: OPS.

Pereira, L.A.M., 2005. *Análise de programas e ações em assistência farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no programa saúde da família*. Porto Alegre, 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Pessôa, L.R., Santos, E.H. de A. & Torres, K.R.B. de O., 2011. *Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde* C. M. Franco et al., eds., Rio de Janeiro: ENSP.

Pinto, L.F., 2010. Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro: A expansão da Atenção Primária em Saúde em questão, pp.1–5.

Pinto, V.B., 2006. Prontuário Eletrônico do Paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. *Revista Eletrônica de Biblioteconomia, Ciência e Informação*, 21 (1º semestre), pp.34-48.

Pizzol, T. da S.D. et al., 2010. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (4), pp.827–836.

Poister, T.H., 2004. Performance Monitoring. In J. Wholey, P. Harry, & E. Kathirryn, eds. *Handbook of Practical Program Evaluation*. Jossey-Bass, pp. 99–125.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (RIO). Secretaria Municipal de Saude e Defesa Civil., 2009a. Contrato de Gestão da OSS Viva Cominidade. *Acessado em 19 de novembro de 2012*.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (RIO), 2009b. *Decreto nº 31036 de 31 agosto de 2009. Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC. Rio de Janeiro: Diário Oficial*.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (RIO). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil ., 2009c. *Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (RIO). Subsecretaria de Atenção Primária Vigilância e Promoção da Saúde., 2010. *Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*, Rio de Janeiro: SUBPAV.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (RIO), 2011a. *Cartilha das Organizações Sociais do Município do Rio de Janeiro: Um brinde aos dois*

anos de vigência da lei Municipal nº 5.206, de 19 de maio de 2009, Rio de Janeiro: Secretaria Municipal da Casa Civil.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (RIO). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Assessoria de Assistência Farmacêutica., 2011b. Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica, p.45.

Ricieri, M.C. et al., 2006. O farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta? *Visão Acadêmica*, 7 (2).

Reis, A.C., 2012 A noção de equilíbrio como proxy do desempenho de programas de saúde. Rio de Janeiro, 2012. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Romano-Lieber, N.S. et al., 2002. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6), pp.1499–1507.

Samico, I., Felisberto, E., Figueiró, A.C., Frias, P.G., 2010. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, pp. 196.

Santos, E.M. dos, Reis, A.C. & Cruz, M.M. da, 2010. Análise do desempenho do sistema de monitoramento do programa de controle de DST / Aids e hepatites virais (MONITORAids) como ferramenta de gestão : desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10 (Supl. 1), pp.S173–185.

Sá-Silva, J.R., Almeida, C.D. de & Guindani, J.F., 2009. Pesquisa documental : pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, pp.1–15.

Silva, A., 2012. *Descrição da expansão da estratégia da saúde da família no município do Rio de Janeiro: uma análise comparada com o Brasil.* Rio de

- Janeiro, 2012. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ.
- Simao, E., Albuquerque, G.L. & Erdmann, A.L., 2007. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. *Revista RENE*, 8 (2), pp.50–59.
- Sociedade Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), 2001. Competencias para farmacéuticos que trabajan en atención primaria. In *Series Divulgativas*. Barcelona.
- Sulpino, F.V., 2009. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), pp.1565–1577.
- Tamaki, E.M. et al., 2012. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (4), pp.839–849.
- Thurston, W.E. & Potvin, L., 2003. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social. *Evaluation*, 9 (4), pp.453–469.
- Thurston, W.E. & Ramaliu, A., 2005. Evaluability Assessment of a Survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian Journal Of Program Evaluation*, 20 (2), pp.1–25.
- Trevisan, M.S., 2007. Evaluability Assessment From 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation*, 28 (3), pp.290–303.
- Vaitsman, J., Rodrigues, R.W.S. & Paes-sousa, R., 2006. *O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil* Policy Pap., Brasília: Organização das nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura.
- Viacava, F. et al., 2012. PROADESS -Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro : indicadores para monitoramento.

- Viacava, F. et al., 2004. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciencia & Saude Coletiva*, 9 (3), pp.711–724.
- Vieira, F.S., 2008. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24 (2), pp.91–100.
- Virginia Bentes Pinto, 2006. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. *R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.*, 21, pp.34–48.
- Werneck, G.L. & Hasselmann, M.H., 2009. Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Revista Associação Médica Brasileira*, 55 (3), pp.302–307.
- Zuluaga, G.C.R., 2013. *A assistência farmacêutica e a atenção primária à saúde: coordenação, integralidade e continuidade do cuidado na Dispensação e Atenção Farmacêutica no Brasil*. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ.

Anexos

Anexo 1 - Indicadores do contrato de gestão da SUBPAB com as Organizações Sociais de Saúde – Parte Variável 1

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta	Observação
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades com comissões com atividade mensal D) N° de unidades com equipes de Saúde da Família	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de funcionamento da unidade)	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário e a periodicidade das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de profissionais das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES D) N° de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	90%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES.
3	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico de família	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe D) N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	60 a 90 %	Pretende-se avaliar a longitudinalidade do cuidado e vinculação além da intersubstituição na falta do profissional.
4	Acompanhamento do plano de trabalho odontológico	Proporção de altas no tratamento odontológico, dos usuários cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de altas realizadas D) total de usuários que iniciaram o tratamento (acumulativo para os últimos 12 meses para numerador e denominador)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	80%	* considerar a possibilidade de a equipe de SB registrar "alta por abandono". * incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período.
5	Programação anual de atividades das unidades	Proporção de unidades com programação entregue até 05 de fevereiro do ano corrente ou até 30 dias após inauguração de nova clínica	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades com programação registrada D) Total de unidades	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a programação anual das atividades. Esta programação deve ficar disponível para todos os profissionais da unidade pelo prontuário.
6	Acompanhamento do cronograma de atividades propostas pelas unidades	Proporção de atividades realizadas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de atividades realizadas D) total de atividades previstas no trimestre		Trimestral (a partir do 4º mês de implantação da clínica)	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a realização da programação anual das atividades. Esta programação deve ficar disponível para todos os profissionais da unidade pelo prontuário.
7	Percentual de escolas no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB	Proporção de escolas cobertas na área da unidade	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de escolas que receberam alguma ação de saúde no período D) Total de escolas da área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (considerar apenas meses letivos das escolas)	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta	Observação
15	Descentralização do fornecimento de medicamentos para tuberculose e hanseníase	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário (D) No total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de insulina distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa insulina se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
16	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário (D) No total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de insulina distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa insulina se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
17	Regularidade no envio da produção (BPA e SIAB)	Proporção de unidades que informaram em dia.	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ No de unidades com comprovação de envio pelo prontuário (D) No total de unidades na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SIAB é até dia 22 de cada mês e para o SIA é até 2º dia útil de cada mês. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos 3 meses em análise.
18	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SIAB	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ No de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SIAB de sua unidade (D) No total de profissionais	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por email, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SIAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por email, o email de cada um deles e o cargo dos mesmos.

Anexo 2 - Indicadores relacionados a Assistência Farmacêutica da matriz de monitoramento do contrato de gestão das Organizações Sociais de Saúde – Parte Variável 1 e 2

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta	Observação
10	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ <p>(N) Somatório do valor das prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME)</p> <p>(D) No total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Máx R\$ 51,78	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento para asma distribuídos por unidade. Considerase que a unidade dispensa medicamento para asma se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
13	Descentralização do fornecimento de insulina	Proporção de unidades que realizam fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário</p> <p>(D) No total de unidades na área</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento para asma distribuídos por unidade. Considerase que a unidade dispensa medicamento para asma se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
14	Descentralização do fornecimento de medicamentos para asma	Proporção de unidades que realizam fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário</p> <p>(D) No total de unidades na área</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento para asma distribuídos por unidade. Considerase que a unidade dispensa medicamento para asma se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
15	Descentralização do fornecimento de medicamentos para tuberculose e hanseníase	Proporção de unidades que realizam fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário</p> <p>(D) No total de unidades na área</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento para asma distribuídos por unidade. Considerase que a unidade dispensa medicamento para asma se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
16	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário</p> <p>(D) No total de unidades na área</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento para asma distribuídos por unidade. Considerase que a unidade dispensa medicamento para asma se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
E1	Eficiência	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ <p>(N) Somatório do valor das prescrições pelo médico de cada equipe nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME)</p> <p>(D) no total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses (com prescrição + sem prescrição)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Máx R\$ 51,78	<p>* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido prescrita medicação ou não.</p> <p>* Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram medicação prescrita.</p> <p>* Deve permitir detalhar os pacientes, a medicação que foi prescrita e o custo da prescrição a quantidade de medicamentos prescritos que foi entregue na farmácia da unidade.</p>
E3	Eficiência	% de medicamentos prescritos da REMUME	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) No de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses,</p> <p>(D) Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo de 90%	<p>* Para visualização, apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe.</p> <p>Para contabilizar, soma-se cada item de medicamento de cada prescrição, podendo os itens se repetir em prescrições dos demais pacientes;</p>

Apêndices

Apêndice 1 - Roteiro para Entrevista Semiestruturada



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Núcleo de Assistência Farmacêutica
Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde



Roteiro para Entrevista

1- Identificação do Entrevistado

Nome: _____ Idade: _____

Categoria profissional: _____

Titulação mais alta: _____

Local de Trabalho: _____

Função/Cargo: _____

Tempo no cargo: _____

Tipo de vínculo: () servidor público () contratado

Tempo na SMS: _____

2- Perguntas:

- a) Você considera que o município do Rio de Janeiro tenha um modelo de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde?
- b) Quais os principais resultados podem ser esperados da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro?
- c) Quais objetivos e metas devem ser alcançados com a implementação da Assistência Farmacêutica?
- d) Suas expectativas em relação a assistência farmacêutica tem sido alcançadas?

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

Núcleo de Assistência Farmacêutica

Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde



Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da SMS-RJ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da **pesquisa “Monitoramento do Desempenho dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de qualificação da gestão”**, que tem a finalidade principal de constituir a dissertação de mestrado profissional em Atenção Primária em Saúde de Nathalia Cano Pereira. Importante ressaltar que, pelas características do curso, almeja-se a construção de projetos com viabilidade de implementação para a melhoria da atenção em saúde no âmbito da SMSRJ. O trabalho desenvolve-se sob a orientação das doutoras Vera Lucia Luiza e Marly Marques da Cruz.

O objetivo deste estudo é construir um sistema de monitoramento do desempenho dos Serviços Farmacêuticos no âmbito da estratégia de saúde da família no município do Rio de Janeiro.

Você foi convidado (a) por ser considerado um ator chave na área administrativa e de gestão da SMS e sua participação não é obrigatória. Sua participação não trará nenhum risco para você. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

As informações fornecidas por você contribuirão para um maior conhecimento das atividades relacionadas a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde e serão úteis para o planejamento e execução de ações de melhorias no atendimento dos usuários.

Tendo em vista o pequeno número de entrevistados e a relevância do cargo ocupado, não é possível garantir o sigilo quanto à sua participação.

Você também será convidado a participar de uma reunião de consenso que acontecerá ao final desta pesquisa. A sua participação nesta reunião não é obrigatória.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

_____	Comitê de Ética/ENSP	Comitê de Ética/SMS RJ
Nathalia Cano Pereira	Rua Leopoldo Bulhões, 1.480	Rua Afonso Cavalcanti, 455 Sala
Rua Gal. Silvestre Rocha, nº17, apto 203	Sala 914 – Manguinhos	601 – Cidade Nova
Icaraí – Niterói – RJ	Rio de Janeiro – RJ	Rio de Janeiro – RJ
CEP 24220-170	CEP. 21041-210	CEP. 20211-110
Tel: (21) 71790171	Tel e Fax: (21) 2598-2570/2723	Tel : (21) 2293-5549
Email: pharmacistnath@gmail.com	Email: cep@ensp.fiocruz.br	Email : cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Voluntário da pesquisa

Pesquisador de campo

Autorizo a gravação Sim Não

Apêndice 3 – Síntese dos objetivos específicos da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

Componente Técnico	Título dos Documentos			Objetivos da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária
	A - Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua organização	B - Assistência Farmacêutica para gerentes municipais	C - Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da AF	
Seleção	<p>A1 - Reduzir o número de especialidades farmacêuticas.</p> <p>A 2 - Uniformizar condutas terapêuticas.</p> <p>A3 - Melhorar o acesso aos medicamentos selecionados.</p> <p>A4 - Contribuir para promoção do uso racional de medicamentos.</p> <p>A5 - Assegurar o acesso a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos.</p> <p>A6 - Racionalizar custos e possibilitar maior otimização dos recursos disponíveis.</p> <p>A7 - Facilitar a integração multidisciplinar, envolvendo os profissionais de saúde, na tomada de decisões.</p> <p>A8 - Favorecer o processo de educação continuada e atualização dos profissionais, além do uso apropriado dos medicamentos.</p> <p>A9 - Melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento.</p>	<p>B1 - Promoção do uso racional</p> <p>B2 - Melhoria da resolutividade terapêutica</p> <p>B3 - Racionalização dos custos dos tratamentos</p> <p>B4 - Otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis.</p>	<p>C1 - Viabilizar o acesso a medicamentos de forma segura.</p>	<p>A 2 - Uniformizar condutas terapêuticas.</p> <p>A3 - Melhorar o acesso aos medicamentos selecionados.</p> <p>A4 - Contribuir para promoção do uso racional de medicamentos.</p> <p>A7 - Facilitar a integração multidisciplinar, envolvendo os profissionais de saúde, na tomada de decisões.</p> <p>A8 - Favorecer o processo de educação continuada e atualização dos profissionais, além do uso apropriado dos medicamentos.</p> <p>A9 - Melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento.</p> <p>B1 - Promoção do uso racional</p>
Programação	<p>A10 - Otimizar a gestão administrativa e financeira, simplificando a rotina operacional de aquisição, armazenamento, controles e gestão de estoques.</p> <p>A11 - Identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento às demandas da população.</p> <p>A12 - Evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento.</p> <p>A13 - Definir prioridades e quantidades a serem adquiridas, diante da disponibilidade de recurso</p>	<p>B5 - A quantificação dos medicamentos a serem adquiridos</p> <p>B6 - Elencar as necessidades, priorizando-as e compatibilizando-as com os recursos disponíveis</p> <p>B7 - Cuidar para evitar a descontinuidade no abastecimento.</p>		<p>A11 - Identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento às demandas da população.</p> <p>A12 - Evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento.</p> <p>A13 - Definir prioridades e quantidades a serem adquiridas, diante da disponibilidade de recurso</p>
Aquisição	<p>A14 - Suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade</p> <p>A15- Manter a regularidade do sistema de abastecimento.</p>	<p>B8 - Selecionar o licitante com a proposta mais vantajosa para satisfazer uma determinada necessidade e, assim, legitimar a administração a contratar o particular.</p> <p>B9 - Contribuir para o abastecimento de medicamentos em quantidade adequada e qualidade assegurada, ao menor custo possível, dentro da realidade do mercado.</p>		<p>A14 - Suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade</p> <p>A15- Manter a regularidade do sistema de abastecimento.</p>

Componente Técnico	Título dos Documentos			Objetivos da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária
	A - Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua organização	B - Assistência Farmacêutica para gerentes municipais	C - Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da AF	
Armazenamento	<p>A16 - Receber medicamentos de forma adequada</p> <p>A17 - Estocar e guardar medicamentos de forma adequada</p> <p>A18 - Conservar medicamentos e forma adequada.</p> <p>A19 - Controlar estoque de forma adequada.</p>	<p>B10 - Receber materiais de acordo com as especificações determinadas nos processos de programação e aquisição;</p> <p>B11- Guardar os produtos dentro das condições recomendadas, respeitadas as especificidades (termolábeis, fotossensíveis, inflamáveis etc.), incluindo a segurança da equipe e do ambiente de trabalho;</p> <p>B12 - Localizar de forma pronta, ágil e inequívoca;</p> <p>B13 - Assegurar os produtos e os valores patrimoniais inerentes, protegendo-os contra desvios e perdas;</p> <p>B14 - Preservar a qualidade dos produtos; • entregar de forma a garantir a disponibilidade adequada e oportuna nas unidades usuárias.</p>	<p>C3 - Garantir o recebimento adequado de medicamentos;</p> <p>C4 - Garantir o armazenamento adequado de medicamentos.</p> <p>C5 - Minimizar perdas por expiração de validade e por outras causas de má conservação.</p>	<p>A19 - Controlar estoque de forma adequada.</p> <p>B11- Guardar os produtos dentro das condições recomendadas, respeitadas as especificidades (termolábeis, fotossensíveis, inflamáveis etc.), incluindo a segurança da equipe e do ambiente de trabalho;</p> <p>B12 - Localizar de forma pronta, ágil e inequívoca;</p> <p>C3 - Garantir o recebimento adequado de medicamentos;</p> <p>C5 - Minimizar perdas por expiração de validade e por outras causas de má conservação.</p>
Distribuição	<p>A20 - Consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno.</p>			<p>A20 - Consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno.</p>
Dispensação	<p>A21 - Garantir o cumprimento da prescrição e o uso correto do medicamento.</p> <p>A22 - Contribuir para adesão ao tratamento e o cumprimento da prescrição médica.</p> <p>A23 - Minimizar erros de prescrição.</p> <p>A24 - Proporcionar atenção farmacêutica de qualidade.</p> <p>A25 - Garantir o cumprimento da prescrição médica, no fornecimento do medicamento correto e em quantidade adequada.</p> <p>A26 - Informar sobre o uso correto do medicamento</p>	<p>B15 - Assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada;</p> <p>B16 - Sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto</p> <p>B17 - Seja embalado de forma a preservar a qualidade do produto</p>	<p>C6- Garantir o cumprimento da prescrição.</p> <p>C7 - Contribuir na adesão ao tratamento e no uso correto dos medicamentos</p> <p>C8 Padronizar os procedimentos para a dispensação de medicamentos controlados (Portaria 344/98) de forma a assegurar o uso correto, racional e seguro dos mesmos</p> <p>C9 - Efetivar o controle e fiscalização das substâncias psicotrópicas e garantir que a prescrição esteja de acordo com a norma estabelecida pela ANVISA.</p>	<p>A22 - Contribuir para adesão ao tratamento e o cumprimento da prescrição médica.</p> <p>A23 - Minimizar erros de prescrição.</p> <p>A24 - Proporcionar atenção farmacêutica de qualidade.</p> <p>A26 - Informar sobre o uso correto do medicamento</p> <p>B15 - Assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada;</p> <p>C8 Padronizar os procedimentos para a dispensação de medicamentos controlados (Portaria 344/98) de forma a assegurar o uso correto, racional e seguro dos mesmos</p>

Apêndice 4 – Organização das falas centrais dos atores chave da intervenção

Entrevista	Você considera que o município do Rio de Janeiro tenha um modelo de AF na APS?	Quais os principais resultados podem ser esperados da AF na APS no município do Rio de Janeiro?	Quais objetivos e metas devem ser alcançados com a implementação da AF?		Suas expectativas em relação a AF tem sido alcançadas?
			Objetivos	Metas	
E1	"acho que o caminho é esse mesmo. Está longe ainda de consolidar, mas acho que já é um caminho que vocês já estão percorrendo."	"Eu acho que nós temos que trabalhar com dados epidemiológicos, eu acho principalmente no que diz respeito a questão da morbimortalidade ."; "Eu acho que a perspectiva é justamente a gente estar na ponta, junto a esse usuário cumprindo nossa função de orientador do uso desse medicamento ."; "estou propondo que a gente exerça a condições simples de acompanhamento de determinados paciente principalmente aqueles com doenças crônicas , portador de doenças crônicas, principalmente para começar a trabalhar com esses índices que comprometem altamente a saúde da cidade do rio de janeiro e o estado do Rio de Janeiro. "	"a gente comece a estar qualificando estes Serviços Farmacêuticos "; "nós consigamos estruturar essa AF dentro desta perspectiva de cuidados mesmo, do farmacêutico estar acompanhando o uso desses medicamentos que ele está dispensando ou a equipe está dispensando".	Então a nossa meta é essa é colocar farmacêutico a disposição da equipe para estar orientando de como deve ser esta dispensação de medicamentos e farmacêuticos que nessa medida do possível estejam ao lado dos usuários e usuários principalmente portadores de doenças crônicas	"Eu acho que o caminho é esse mesmo."; "Eu acho que a cidade do Rio tem nos dados resultados muito concretos no sentido de nos dar notícias no acompanhamento desses pacientes. "
E2	"O modelo proposto está atendendo a necessidade da atenção básica."; "Mas acho que ainda tem um caminho a percorrer e a seguir."	" A primeira é que a AF, SEFAR , ela deveria ajudar a não medicalizar o paciente . "; "ter a disponibilidade de tratamento farmacoterapêutico "; "AF tem um papel importante aí, de conseguir resolutividade, se a gente conseguir a AF integrada a atenção primária , para garantir que ela seja resolutiva, vai tirar a sobrecarga do estado, na média e alta complexidade."	"Temos que garantir um elenco de medicamentos que reflita as ações nos serviços de saúde na atenção básica, acho que é o alicerce para começar, partir daí, é a discussão de como vai se utilizar esse medicamento ."	"a possibilidade de indicadores ainda são estruturais "; " Seleção adequada dos medicamentos disponíveis de acordo, com o perfil epidemiológico, com a carga de doença local . "; " abastecimento adequado "; "eu gostaria de ver muito resolutividade de hipertensão e diabetes que são os programas estratégicos em termos de enfrentamento para você diminuir impacto em saúde ou melhoria de qualidade de vida ", ". No macro, o que a gente busca é resultados em saúde "	"Os resultados que chegaram que eu tive a oportunidade de observar são fantásticos e justificáveis de pleitear, a AF e o SEFAR, nessa lógica da atenção básica. "; ". A possibilidade dessa inserção dos programa ou abordagem que ainda talvez não reflitam em impacto em saúde, mas pode caracterizando uma mudança de conceito. Que é ver esse profissional inserido na debate, na discussão com a comunidade, próximo do usuário, ao mesmo tempo ver ele discutindo na equipe multidisciplinar e a preocupação da gestão em estar capacitando esses profissionais."

Entrevista	Você considera que o município do Rio de Janeiro tenha um modelo de AF na APS?	Quais os principais resultados podem ser esperados da AF na APS no município do Rio de Janeiro?	Quais objetivos e metas devem ser alcançados com a implementação da AF?		Suas expectativas em relação a AF tem sido alcançadas?
			Objetivos	Metas	
E3	"Implantada não. Acho que a gente tem um modelo em construção."; "Não está implantada, está em processo. Na verdade ela é um processo ela nunca vai ter fim. Mas ainda tem alguns desafios ainda para vencer."	"É a gente espera que as peças vivam mais e vivam melhor "; É utilizem o medicamento de maneira racional , mais adequada, e esse o nosso principal objetivo."	Se deu mais acesso para as pessoas, distribuindo mais, mas também se utilizou mais racionalmente o que é distribuído.	"Eu acho que a gente precisa ter uma farmácia perto da casa das pessoas "; "Então acho que Então ter uma boa acessibilidade geográfica para AF é importante, ter uma boa acessibilidade organizacional , os horários de funcionamento da farmácia."; "É acessibilidade sociocultural e também as pessoas entenderem como funcionam uma boa prescrição e como devem tomar aquele medicamento , um linguajar mais adequado para aquela comunidade para aquelas pessoas, acho que é bastante importante. E acessibilidade econômica e também está ligada a questão do transporte para retirada do medicamento ou não. "Outra questão para gente que é superrelevante é a questão do uso racional , os medicamentos serem prescritos de acordo com os protocolos clínicos "; "mas a gente é superimportante a gente saber como aquela equipe está utilizando aqueles medicamentos que ela tem disponível ou não . Outra coisa qual a porcentagem de medicamentos prescritos dentro da lista , da própria unidade;"; " Ver o atributo da longitudinalidade da atenção em relação ao uso mais racional de medicamentos é outra coisa que poderia ser superinteressante no monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos na APS."	"Eu acho que foi uma decisão estratégica aqui da secretaria foi utilizar o poder de compra do estado, centralizando a compra dos medicamentos de APS. Na SMS, na administração direta, isso foi superimportante para gente porque a gente conseguiu reduzir o custo de compra e também a gente consegue fazer um sistema de logística mais organizado."; "Acho que a gente teve um ganho de estrutura física"; "Então é isso, abastecimento, estrutura física, qualificação do profissional acho que são as grandes conquistas nesse período."
E4	"Não existe um modelo ideal de AF, acho que as secretarias e os municípios tenham que incorporar de acordo com seu perfil e de acordo com sua realidade. Esse modelo que o município do rio está priorizando é um modelo que deve ser incorporado pela maioria dos municípios, que é a visão do paciente, do cuidado do paciente, mas acredito que não exista um modelo ainda fechado."	"é com essa perspectiva que o NAF central espera que os Farmacêuticos da ponta, se articulem e se insiram nas equipes de saúde , desenvolvendo não apenas gestão de logística (na Unidade), mas também ações no território, como visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico, educação permanente, participação em grupos, promoção em saúde , etc."; "O desdobramento esperado dessas ações é o reconhecimento da importância do profissional farmacêutico na APS , tanto pela população com pelos profissionais e gestores !"	" acesso a medicamentos com uso racional "; "Indicadores que possam ser vistos assim: quantas receitas você atendeu na farmácia que não estavam de acordo com o preconizado pela SMS"	Assim a meta que eu penso, de primeiro momento, é acesso a medicamentos ,	"A nossa expectativa maior é que o farmacêuticos estejam mais capacitados para fazer o seu trabalho se qualifiquem e que isso seja visto também pelos gestores. "
E5	"Eu acho que tem uma tentativa de se ter. Eu acho que ainda não está concreto."	"Do acesso qualificado dos medicamentos , não o acesso por acesso"; " melhorar a questão de problemas relacionados a medicamentos que a	"Assim metas eu já pensei soltas, a questão da farmacovigilância , que eu acho que o farmacêutico seria um	"do acesso como meta "	"Teoricamente já estamos melhorando e a expectativa é esse serviço mais qualificado, e o

Entrevista	Você considera que o município do Rio de Janeiro tenha um modelo de AF na APS?	Quais os principais resultados podem ser esperados da AF na APS no município do Rio de Janeiro?	Quais objetivos e metas devem ser alcançados com a implementação da AF?		Suas expectativas em relação a AF tem sido alcançadas?
			Objetivos	Metas	
		gente vê ai. Aumento internações por casos de diabetes , de hipertensão, por conta, de usuários que não tomavam medicamento , que não tinha acesso"	profissional ótimo para isso e melhorar essa questão da notificação, de qualquer problema relacionado a medicamentos. ";		farmacêutico compreender melhor"
E6	"O Rio tem sim uma organização aplicada a AF. Mas acho que está, ainda está em fase de estruturação, de experimentação, eu acho que esse é um processo mesmo, entendeu, não está totalmente estabelecido né. "	"etapas do ciclo: organização da farmácia, armazenamento, estrutura física , a gente espera que tenha assim uma disposição organizada do medicamentos , tenha assim uma provisão de medicamentos "; "assim as pessoas consigam ter adesão as seus tratamentos , pessoas consigam tomar adequadamente seu medicamento, que o serviço farmacêutico possa ser uma referência , pode ser como resultado maior. Que ele de fato se insira no contexto de atenção a saúde , dentro da na unidade de saúde numa atenção como um todo, um locus de cuidado a saúde também, não ser uma coisa somente de guarda de medicamentos que vá para além disso esse é um desafio que ai tangencia com discussão de uso racional, da promoção da saúde coisas desse tipo. Mas como resultados que ele execute bem as etapas logísticas do ciclo , que armazene de forma adequada ";	"O medicamento é fundamental para resultados em saúde, diminuir morbidade diminuir mortalidade , mas o ideal seriam que a gente conseguisse ter essa possibilidade de mensurar resultados em saúde atrelado ao cuidado da AF , mas isso existem tantos outros fatores como aumento de cobertura, aumento de acesso e também são outras questões importantes e o medicamento vem nesse bojo, vem nesse caminho."; "Mas que minimamente questões de acesso a medicamentos "; " de uso racional "	"AF né, o papel focal do farmacêutico é que ele consiga de fato ter um papel sanitário como referência do medicamento p equipe de saúde , de fato ele se inclua e faça interação com médico e enfermeiro , com outros prescritores, de maneira mais qualificada. "; " E que o medicamento com a implementação da AF na APS, é que tenha um reconhecimento dessa atividade , da importância"; ". Que no fundo no fundo o usuário, tenha menos dúvidas, tenha mais acesso, manutenção do seus tratamentos que isso seja de fato resultados efetivos e esperados que aí é a manutenção do seu estado de saúde se estabiliza"; "E desenvolver indicadores, desenvolver metas, ainda que possa exigir indicadores para organização, armazenamento, dispensação, demanda reprimida e tudo, mas ainda não dá conta de aspectos ainda centrados nos usuários ."; ". Mas se a gente pudesse pensar em estabelecer metas de fato que consiga identificar maior adesão, melhor cumprimento de tratamentos , que a guarda em sua casa, que reduza a automedicação ou que se automedicasse com maior nível de informação ;"	"isso já foi uma fase de superação, isso está bem estabelecido, a luta pela garantia de provisão de medicamentos na rede de unidades da atenção primária nas unidades da APS de maneira equitativa, todas as unidades terão o mesmo elenco de medicamentos, principalmente para as doenças de maior prevalência, então isto está estabelecido."

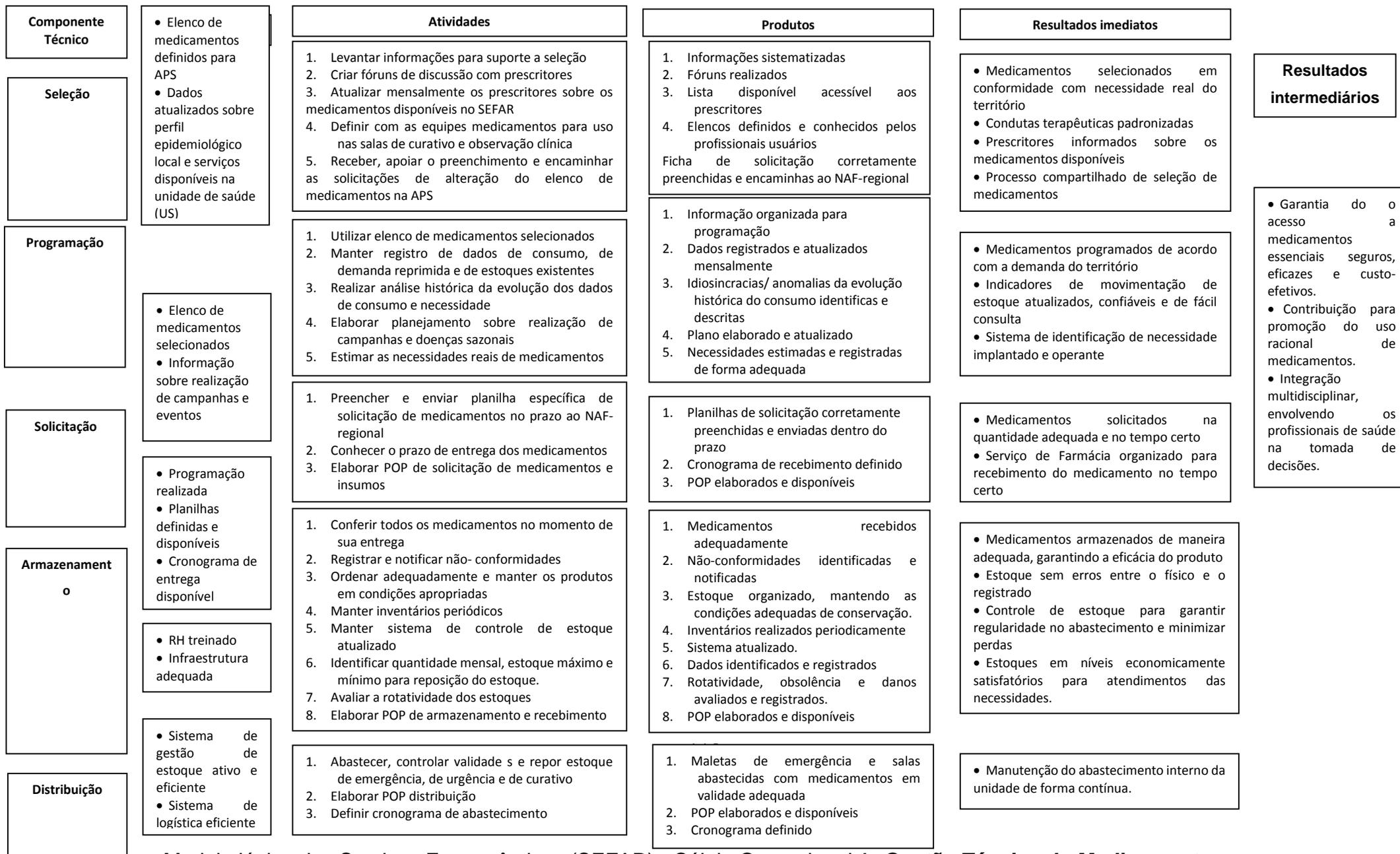
Apêndice 5 – Matriz de Informação e Matriz de Relevância dos indicadores de monitoramento do desempenho dos Serviços Farmacêuticos

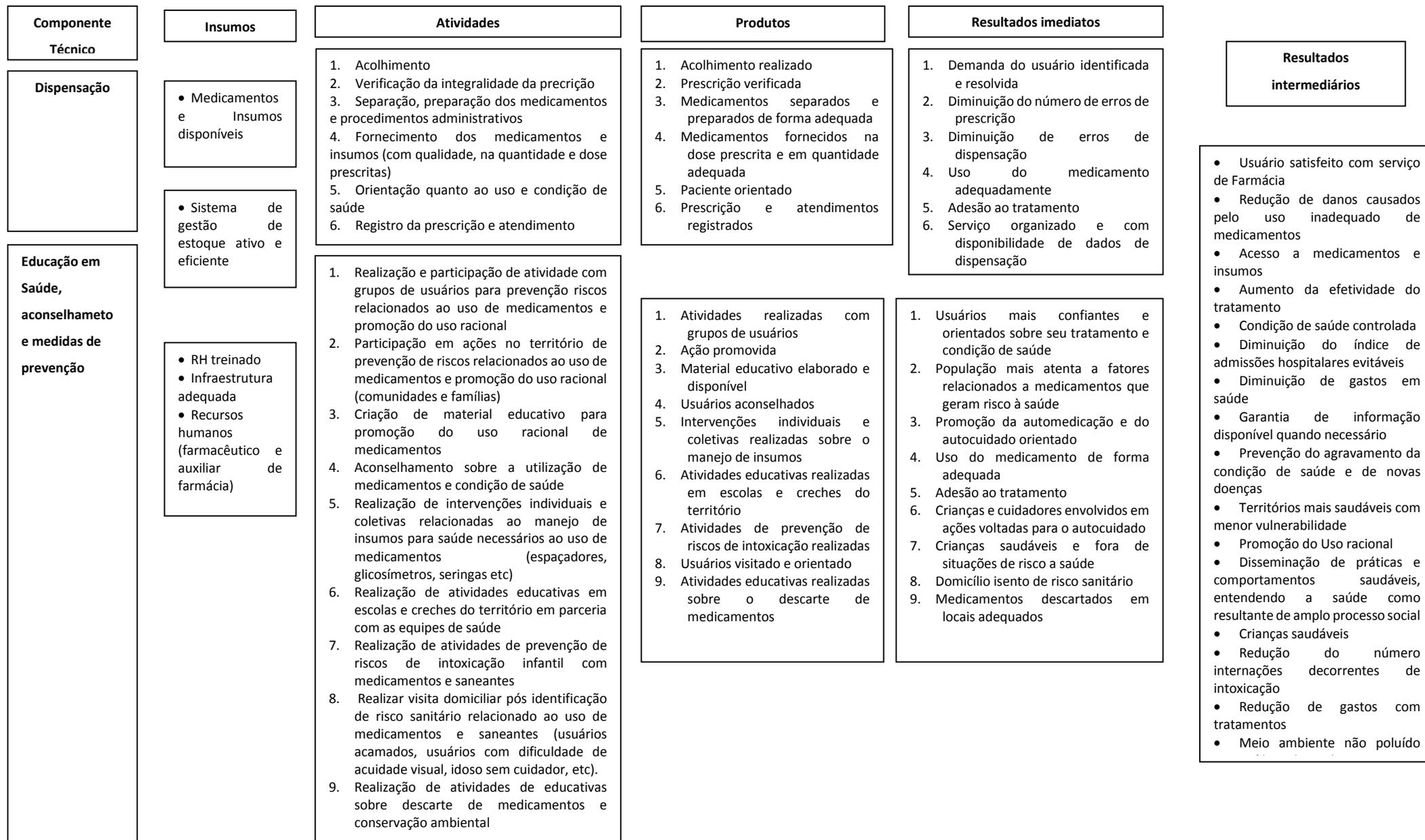
Matriz de Informação				Relevância do indicador de acordo com nível hierárquico de tomada de decisão (X- baixo, XX - intermediário, XXX-- alto)		
Dimensão	Componente Técnico	Classificação do indicador	Indicador	SEFAR	NAF-regional	NAF - Central
Acessibilidade	Seleção	Indicador de resultado	Presença de medicamentos da AB	XXX	XXX	XXX
Acessibilidade	Programação	Indicador de resultado	Percentual faltas totais nos SEFAR	XXX	XXX	XXX
Acessibilidade	Programação	Indicador de resultado	Percentual de faltas de itens obrigatórios nos SEFAR	XXX	XXX	XXX
Acessibilidade	Solicitação	Indicador de produto	Percentual SEFAR que atrasaram o envio da solicitação de medicamentos	X	XXX	X
Acessibilidade	Distribuição	Indicador de produto	Percentual de SEFAR com POP de abastecimento definidos para sala observação	X	XXX	X
Acessibilidade	Dispensação	Indicador de produto	Volume de atendimentos	XX	XXX	XXX
Acessibilidade	Educação em saúde	Indicador de produto	Participação em grupos da unidade para promoção do uso racional de medicamentos	X	XXX	XXX
Acessibilidade	Educação em saúde	Indicador de produto	Participação do farmacêutico em ações no território	X	XXX	XXX
Acessibilidade	Educação em saúde	Indicador de produto	Participação do farmacêutico em ações intersetoriais	X	XXX	XXX
Acessibilidade	Educação em saúde	Indicador de produto	Visita domiciliar realizadas por farmacêuticos	X	XXX	XXX
Acessibilidade	Educação em saúde	Indicador de resultado	SEFAR como referência para população	XXX	XXX	XXX
Acessibilidade	Educação em saúde	Indicador de resultado	SEFAR como referência para outros profissionais de saúde	XXX	XXX	XXX
Acessibilidade	Tomada de decisões clínicas	Indicador de produto	Consultas individuais realizadas	X	XX	XXX
Acessibilidade	Tomada de decisões clínicas	Indicador de produto	Número de casos discutidos	X	XX	XXX
Acessibilidade	Tomada de decisões clínicas	Indicador de produto	Número de consultas conjuntas realizadas	X	XX	XXX
Acessibilidade	Dispensação	Indicador de produto	Média de usuários acolhidos no mês	XXX	XXX	XXX
Acessibilidade	Educação em saúde	Indicador de resultado	Gerenciamento de resíduos	XXX	XXX	XXX
Acessibilidade	Orientação ao cidadão	Indicador de produto	Envolvimento com a comunidade	X	XXX	XXX
Adequação	Dispensação	Indicador de resultado	Percentual de medicamentos prescritos dentro da REMUME	XXX	XXX	XXX

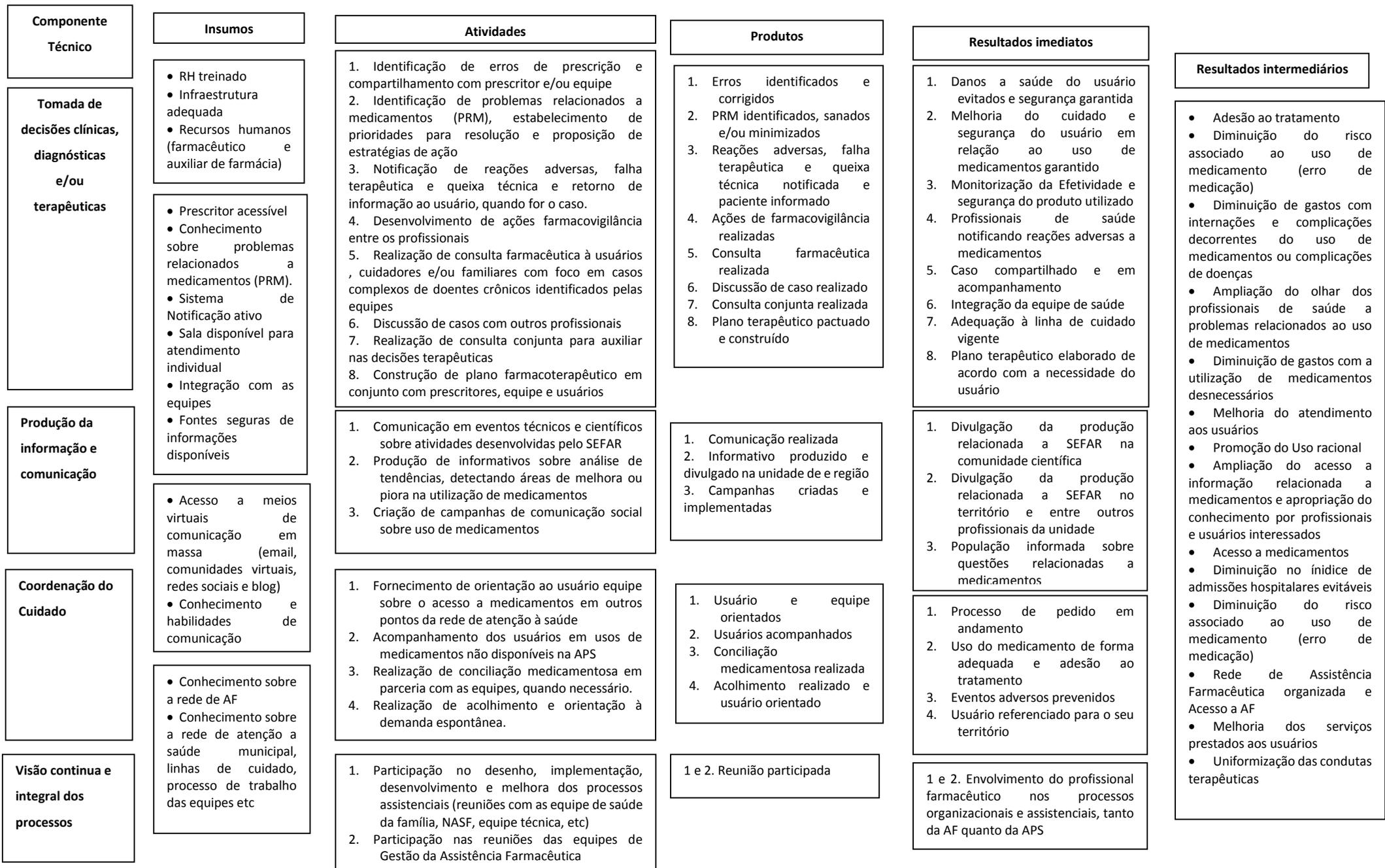
Matriz de Informação				Relevância do indicador de acordo com nível hierárquico de tomada de decisão (X- baixo, XX - intermediário, XXX-- alto)		
Dimensão	Componente Técnico	Classificação do indicador	Indicador	SEFAR	NAF-regional	NAF - Central
Competência	Trabalho em equipe e relações interprofissionais	Indicador de produto	Implantação da agenda compartilhada	X	XXX	XXX
Competência	Armazenamento	Indicador de resultado	Perda de medicamentos por validade	XXX	XXX	XXX
Competência	Armazenamento	Indicador de produto	Remanejamentos por superestimação ou subestimação de pedidos	XXX	XXX	XX
Competência	Produção da informação e comunicação	Indicador de produto	Número de trabalhos apresentados em congressos	X	XX	XXX
Competência	Produção da informação e comunicação	Indicador de produto	Estudos de Utilização de Medicamentos	XXX	XXX	XXX
Competência	Produção da informação e comunicação	Indicador de produto	Campanhas de uso racional	X	XXX	XXX
Competência	Educação permanente e formação	Indicador de produto	Capacitação do farmacêutico	X	XXX	XXX
Competência	Educação permanente e formação	Indicador de produto	Formação do farmacêutico	X	XXX	XXX
Competência	Educação permanente e formação	Indicador de produto	Autoavaliação	X	XXX	XXX
Competência	Educação permanente e formação	Indicador de produto	Realização de sessões de educação continuada para profissionais de saúde	X	XXX	XXX
Continuidade	Coordenação do Cuidado	Indicador de produto	Municípios orientados sobre o acesso a medicamentos do componente especializado da AF	XXX	XX	XXX
Continuidade	Coordenação do Cuidado	Indicador de produto	Coordenação do cuidado farmacêutico	XXX	XXX	XXX
Continuidade	Coordenação do Cuidado	Indicador de produto	Conciliação Medicamentosa	X	XX	XXX
Continuidade	Coordenação do Cuidado	Indicador de produto	Apoio ao cuidado	XXX	XX	X
Continuidade	Coordenação do Cuidado	Indicador de produto	Percentual de usuários (absenteísmo) em tratamentos crônicos que faltam dispensação programada	XXX	XX	X
Continuidade	Coordenação do Cuidado	Indicador de produto	Percentual de usuários acolhidos de outros territórios	XXX	XXX	XX
Continuidade	Visão continuada e integral dos processos	Indicador de produto	Participação no desenho, implementação, desenvolvimento e melhora dos processos assistenciais em seu âmbito assistencial	X	XXX	XXX
Segurança	Seleção	Indicador de produto	Apoio a seleção de medicamentos	X	XXX	XXX

Matriz de Informação				Relevância do indicador de acordo com nível hierárquico de tomada de decisão (X- baixo, XX - intermediário, XXX-- alto)		
Dimensão	Componente Técnico	Classificação do indicador	Indicador	SEFAR	NAF-regional	NAF - Central
Segurança	Programação	Indicador de resultado	Percentual de unidades de saúde com estoque máximo maior que três meses por área programática	XXX	XXX	XXX
Segurança	Educação em saúde	Indicador de resultado	Quantitativo de medicamentos devolvidos pelos usuários	XXX	XXX	XXX
Segurança	Armazenamento	Indicador de produto	Percentual de ocorrências registradas no momento do recebimento dos medicamentos pelos SEFAR.	X	XXX	XXX
Segurança	Dispensação	Indicador de produto	Percentual de erros de dispensação	XXX	XX	X
Segurança	Tomada de decisões clínicas	Indicador de produto	Intervenções Farmacêuticas nos Erros de Prescrição	XXX	XXX	XXX
Segurança	Tomada de decisões clínicas	Indicador de produto	Erros de Prescrição	XXX	XX	XXX
Segurança	Tomada de decisões clínicas	Indicador de produto	Problema Relacionado a medicamento	XXX	XX	XXX
Segurança	Tomada de decisões clínicas	Indicador de produto	Percentual de PRM minimizados ou resolvidos	XXX	XXX	XXX
Segurança	Tomada de decisões clínicas	Indicador de produto	Envolvimento do profissional farmacêutico com ações de farmacovigilância	X	XXX	XXX
Segurança	Tomada de decisões clínicas	Indicador de produto	Envolvimento de outros profissionais com ações de farmacovigilância	XXX	XXX	XXX

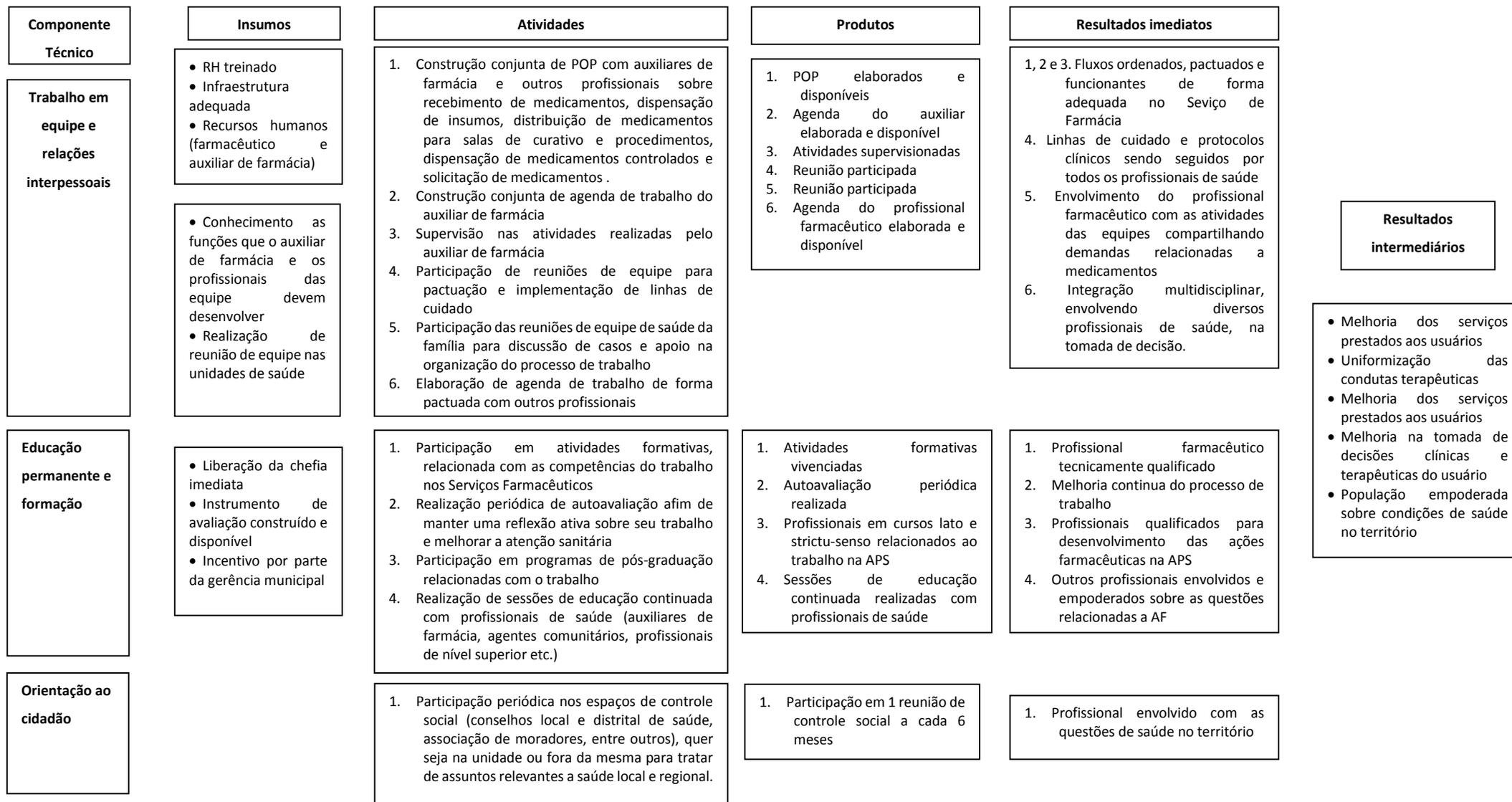
Apêndice 6 – Modelo Lógico detalhado dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária a Saúde







Modelo lógico dos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) - Célula Operacional 2: **Gestão do Cuidado**



IMPACTO: Melhoria na qualidade de vida; diminuição de mortalidade e morbidade.