

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca

Michele Costa Caetano

**Convergências e dilemas dos Serviços Farmacêuticos na Atenção
Primária em Saúde no Município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2019

Michele Costa Caetano

**Convergências e dilemas dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em
Saúde no Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: Vera Lucia Luiza

Coorientador: Rondineli Mendes da Silva

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C128c Caetano, Michele Costa.
Convergências e dilemas dos serviços farmacêuticos na
atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro /
Michele Costa Caetano. -- 2019.
122 f. : il. color. ; mapas

Orientadores: Vera Lucia Luiza e Rondineli Mendes da Silva.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2019.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Políticas Públicas. 4. Política de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 615.1

Michele Costa Caetano

**Convergências e dilemas dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em
Saúde no Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 14 de março de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo, ENSP/Fiocruz

Prof.^a Dr.^a Selma Rodrigues de Castilho, UFF

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza, ENSP/Fiocruz

Prof. Dr. Rondineli Mendes da Silva, ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

2019.

Dedico este trabalho à minha família em retribuição a todo apoio recebido ao longo da vida.

Ao meu marido, Lucas, parceiro de todos os dias e grande incentivador.

Aos colegas farmacêuticos que trabalham na Atenção Primária que se dedicam a fortalecer o SUS e os Serviços Farmacêuticos e, principalmente, a oferecer melhores condições de saúde à população.

E aos usuários do SUS, por quem valeu toda minha dedicação a este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por todo o esforço e dedicação ao longo da vida para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao meu marido, Lucas, pela parceria, compreensão, paciência e incentivo, fundamentais para o sucesso dessa trajetória.

Aos meus orientadores, Vera e Rondineli, por compartilharem generosamente seus conhecimentos e tornarem possível a realização desse sonho.

Aos meus colegas de turma que tornaram essa caminhada muito mais prazerosa, divertida e leve, em especial à Beatriz Nascimento, Iara Veloso, Sarah Pitta, Rafael Almeida, Thais Acácio, Victor Senna, e Aline Cunha, amigos queridos do grupo “Fome de quê?” que desejo levar para toda a vida.

A todos os entrevistados que aceitaram contribuir com esse estudo e que foram imensamente solícitos e acolhedores.

Ao PROEX por me conceder apoio financeiro para a realização das transcrições das entrevistas, tornando possível a continuidade do estudo dentro do prazo.

Aos colegas de trabalho que me ajudaram com as diversas trocas de plantão para que eu pudesse assistir a todas as aulas.

E aos colegas de trabalho e amigos que me inspiraram, apoiaram e incentivaram ao longo da minha carreira, em especial, Natalia Cano, Leandro Paranhos, Carla Patrícia, Giselle Mendes, Camile Medawar, Camila Areias e Sara Lins.

RESUMO

Os Serviços Farmacêuticos (SeFar) foram inseridos no conjunto de esforços de fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município do Rio de Janeiro (MRJ). Isto implicou na existência de SeFar em todas as unidades de saúde, incluindo lotação de profissional farmacêutico, qualificação da estrutura física e programa de educação continuada. Este estudo teve por objetivo analisar as convergências e dilemas dos SeFar na APS no MRJ, considerando o contexto legal e organizacional. Tratou-se de pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, utilizando o método de estudo de caso único com níveis de análise imbricados. O caso selecionado foi o MRJ e os níveis de análise incluíram abordagens macro, meso e micro na gestão dos SeFar, além de setores relacionados (regulação, formação e usuários). Para a coleta de dados foi realizada pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas com atores-chave, sendo os resultados interpretados com base na análise temática de conteúdo e à luz do modelo ambiguidade-conflito de avaliação de implementação. Encontrou-se que a base documental, especialmente a de abrangência nacional, oferece apoio à implantação dos SeFar. A maioria dos entrevistados mostraram compreender os SeFar no seu sentido mais amplo e tinham clareza dos seus objetivos basilares de promoção do acesso e uso racional de medicamentos. Houve ambiguidade quanto aos objetivos por parte dos representantes dos usuários que limitaram os SeFar à disponibilidade e entrega de medicamentos. Quanto à operacionalização dos SeFar foram identificadas divergências importantes inter-categorias, assim como consenso quanto à incipiência do monitoramento desses serviços. As atividades técnico-gerenciais ainda se sobrepõem às ações clínico-assistenciais. Os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis foram considerados insuficientes, apesar de terem sido reconhecidos os avanços ocorridos nos últimos anos quanto à área física das farmácias. Os conflitos que permeiam a implantação dos SeFar envolvem a relação entre farmacêuticos e demais componentes da equipe multiprofissional; a relação do Conselho Regional de Farmácia com a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais de Saúde; e o cenário político atual do município que implica no enfraquecimento da APS. Foi possível identificar predominantemente características de 'Implementação Experimental', apresentando alta ambiguidade de objetivos e meios num ambiente de médio conflito, fortemente dependente de recursos disponíveis no nível local. Também apresentou alguns atributos de 'Implementação Política', uma vez que em determinadas circunstâncias os resultados sofrem influência do contexto político, condicionada por conflitos em relação aos meios para a consecução dos SeFar. Como sugestões de melhorias dos serviços incluem-se maior investimento em educação continuada dos profissionais que compõem a equipe dos SeFar, seleção profissional baseada em competências, incorporação de mecanismos de valorização profissional de modo a retê-los na rede de APS; criação e institucionalização de critérios de monitoramento dos SeFar; e participação mais ativa dos farmacêuticos nas ações de cuidado ao paciente.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Atenção Primária à Saúde, Análise de Políticas, Implementação de Políticas

ABSTRACT

Pharmaceutical Services (PharmSer) were included in the Family Health Strategy (FHS) in the Municipality of Rio de Janeiro (MRJ) strengthening efforts. This implied the existence of PharmSer in all primary care health facilities, allocation of pharmacists, physical infrastructure qualification and continuing education program. The objective of this study was to analyze the convergences and dilemmas of PharmSer in the MRJ FHS, considering legal and organizational context. This was an implantation analysis, a single case study with imbricated levels of analysis. The selected case was the MRJ and the levels of analysis were macro, meso and micro in management of PharmSer as well as crosscutting approach (regulation, training and users). For data collection, documentary research and semi-structured interviews with key actors were performed, and the results were interpreted based on content thematic analysis and in light of ambiguity-conflict implementation model. It was found that documentary framework, especially at national level, is adequate to support the PharmSer implementation. Most respondents understood PharmSer in its broadest sense and were clear about its basic goals of promoting access to and rational use of medicines. There was ambiguity as to the objectives of users' representatives that limited the PharmSer to availability and provision of medicines. Regarding the PharmSer operation, important inter-categories divergences as well as consensus regarding the incipience of the monitoring of these services were identified. The technical-managerial activities still overlap with clinical-care actions. The available human, material and financial resources were considered insufficient, despite the acknowledgment of the advances made in recent years regarding the pharmacies physical area. The conflicts that permeated the implementation of PharmSer involved the relationship between pharmacists and other components of the multiprofessional team; the relationship of the Regional Pharmacy Council with the Municipal Health Department and the Social Health Organizations; and the municipality current political scenario, that implies in the weakening of PHC. It was possible to identify predominantly 'Experimental Implementation' characteristics, with high ambiguity of objectives and means in a medium conflict environment, heavily dependent on resources available at the local level. It also presented some attributes of 'Political Implementation', since in certain circumstances the results were influenced by the political context, conditioned by conflicts in relation to the means to achieve the PharmSer. Recommendations for improvements in PharmSer include greater investment in systematic and competence based PharmSer team continuous education, competence based professional selection, incorporation of professional valorization mechanisms in order to retain them in the PHC network; creation and institutionalization of PharmSer monitoring criteria and more active participation of pharmacists in patient care actions.

Keywords: Pharmaceutical Services, Primary Health Care, Policy Analysis, Policy Implementation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Síntese do modelo lógico-teórico dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde.	22
Figura 2 – Distribuição geográfica das AP do município do Rio de Janeiro.	32
Figura 3. Fases da Análise de Conteúdo.	39
Quadro 1. Modelo Ambiguidade-Conflito.	27
Quadro 2. Conceitos e tipos de implementação do Modelo Ambiguidade-Conflito.....	28
Quadro 3. Atores selecionados para a pesquisa.....	35
Quadro 4. Dimensões, componentes e método para análise da implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em saúde no município do Rio de Janeiro.....	36
Quadro 5. Codificação dos atores entrevistados, conforme nível de atuação.	40
Quadro 6. Documentos analisados na pesquisa documental	43
Quadro 7. Objetivos da Assistência Farmacêutica/Serviços Farmacêuticos na APS, conforme os documentos analisados.	48
Quadro 8. Conceitos e tipos de implementação do Modelo Ambiguidade-Conflito.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAP	Coordenações de Área de Planejamento
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRF-RJ	Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro
CS	Carteira de Serviços
CTA	Comissão Técnica de Acompanhamento
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GMA	Gestor Macro
GME	Gestor Meso
GMI	Gestor Micro
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NAF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organização Social
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico

PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política de Atenção Básica
PROEX	Programa de Excelência Acadêmica
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SEFAR	Serviços Farmacêuticos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBHUE	Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TF	(Nível) Transversal de Formação
TR	(Nível) Transversal de Regulação
TU	(Nível) Transversal de Usuário
UBS	Unidade Básica de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
RELEVÂNCIA DO ESTUDO	13
PERGUNTAS NORTEADORAS	14
OBJETIVOS	14
GERAL	14
ESPECÍFICOS	14
REVISÃO DA LITERATURA	15
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL	15
A EXPANSÃO DA ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	18
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA APS: RESGATANDO O PAPEL DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO	20
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO DESEMPENHO EM SAÚDE	24
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS – O MODELO AMBIGUIDADE-CONFLITO	25
Implementação administrativa	28
Implementação Política	28
Implementação Experimental	28
Implementação Simbólica	29
MÉTODO	30
DESENHO DO ESTUDO	30
O CENÁRIO: MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	31
ASPECTOS OPERACIONAIS: COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	33
Pesquisa documental	33
Entrevistas semiestruturadas	34
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
RESULTADOS	43
CARACTERIZAÇÃO DOS OBJETOS E SUJEITOS DA PESQUISA	43
OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERCEPÇÃO DOS ATORES E DAS POSTULAÇÕES DOCUMENTAIS	44
COMPREENSÃO E EXPECTATIVAS SOBRE AS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	49
MEIOS PARA A CONSECUÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	54
Capacidade de monitorar	54
Recursos Humanos	57
Estrutura das farmácias	60
Investimento financeiro	62
INTERDEPENDÊNCIA ENTRE OS ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO	64
Atores importantes no processo de implantação dos SeFar	64
Interação entre os atores	65
Existência de conflitos entre os atores-chave	68
INCOMPATIBILIDADE DE OBJETIVOS ENTRE OS ATORES	71
SOBRE O MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	74
DISCUSSÃO	78

AMPARO LEGAL E ORGANIZACIONAL AOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	78
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA APS NA PERCEPÇÃO DOS ATORES	81
MEIOS PARA A MATERIALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS.....	86
Práticas desenvolvidas e esperadas para os SeFar e capacidade de monitorá-las	86
Recursos necessários para a consecução dos SeFar	91
INTERAÇÕES ENTRE OS ATORES, DIVERGÊNCIA E CONFLITOS QUE PERMEIAM A IMPLANTAÇÃO DOS SEFAR	97
IMPLEMENTAÇÃO DOS SEFAR À LUZ DO MODELO AMBIGUIDADE-CONFLITO	103
LIMITAÇÕES E FORTALEZAS DO ESTUDO	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
Apêndice A. Roteiro semiestruturado para entrevista – gestores.....	118
Apêndice B. Roteiro semiestruturado para entrevista – nível transversal.....	120
Apêndice C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122

INTRODUÇÃO

Após a promulgação da nova Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 2017), foi instituído um novo modelo de proteção social em saúde no Brasil com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a substituir o modelo anterior, baseado no mercado formal (GIOVANELLA et al., 2009). Após a criação do SUS, todo e qualquer indivíduo presente em território nacional passou a ter direito a serviços de saúde, sendo do Estado o dever de promovê-los (BRASIL, 1990).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou protagonismo na agenda governamental do Brasil desde o final da década de 1990, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal modelo norteador para a reorganização dos serviços de atenção básica no Brasil (BRASIL. MS, 2006; ESCOREL et al., 2007; GIOVANELLA et al., 2009).

A APS é caracterizada por um conjunto de ações e serviços capaz de atender, de forma regionalizada, a maior parte das demandas de saúde de uma população, tanto de forma individual como coletiva, sendo a principal porta de entrada ao sistema de saúde. Visa melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, com foco nas ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos e tem como atributos fundamentais constituir-se como porta de entrada, garantir longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; STARFIELD, 2002).

Na cidade do Rio de Janeiro, a ESF demorou a avançar, tendo em 2008 o menor nível de cobertura populacional de serviços primários dentre as capitais brasileiras. A partir de 2009, em meio a uma reforma gerencial e organizacional, a ESF se tornou prioridade na agenda política municipal e iniciou-se um processo de grande expansão da ESF no município (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) também ampliou seus esforços na consolidação dos Serviços Farmacêuticos (SeFar) na ESF, vinculando-os a todas as unidades básicas de saúde (UBS), com qualificação da estrutura física das farmácias, lotação de farmacêuticos e ações de educação continuada.

Essa escolha aponta uma visão diferenciada do Rio de Janeiro em relação ao papel do farmacêutico no cuidado à saúde na APS, uma vez que a Assistência Farmacêutica

(AF) no Brasil, tradicionalmente, vincula este profissional apenas às atividades logísticas e gerenciais relacionadas aos medicamentos (PEREIRA, 2013). Ademais, o Ministério da Saúde (MS), também numa tentativa de valorizar os SeFar na APS, orienta a inserção de farmacêuticos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL. MS, 2009), o que, entretanto, não garante a existência de SeFar vinculados a todas as UBS.

O modelo gerencial adotado pela SMS-RJ na expansão da ESF está baseado em contratos de gestão com organizações sociais de saúde (OSS) e monitorados por um conjunto de indicadores de desempenho, cujo alcance de metas impacta na continuidade dos contratos assim como na remuneração dos profissionais (PEREIRA, 2013; PINTO, 2010). Desse modo, todos os serviços, incluindo os farmacêuticos, que operam nas unidades de saúde contribuem com indicadores. No entanto, é questionável o quanto esses indicadores de fato refletem os aspectos mais fundamentais de cada serviço, assim como o quanto contribuem para a gestão interna dos serviços no nível local.

RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Apesar da influência dos níveis centrais na implementação de políticas públicas, esta se dá de fato no local onde ela acontece (*street level bureau*), se adaptando aos interesses e realidades locais. A implementação de uma política pode ser bem ou malsucedida a depender do ambiente em que está inserida.

Nesse contexto, e visto o papel estratégico dos Serviços Farmacêuticos no fortalecimento do SUS e no cumprimento dos objetivos da APS, é necessário identificar, no âmbito local, os pontos facilitadores e entraves na consolidação da implementação desses serviços.

O município do Rio de Janeiro (MRJ), uma vez que sofreu uma grande expansão dos serviços de ESF nos últimos anos e optou, de maneira pioneira, por alocar farmacêuticos em todas as unidades de saúde da família, torna-se uma fonte rica para estudos acerca da implementação dos SeFar na APS. Ademais, a avaliação da implantação dos SeFar no MRJ pode favorecer uma gestão mais harmônica e consensuada entre os atores envolvidos nesse processo.

PERGUNTAS NORTEADORAS DO ESTUDO

- Qual a prática esperada para os Serviços Farmacêuticos da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro e em que medida o arcabouço legal e organizacional favorece ou prejudica essa prática?
- Em que medida o nível de ambiguidade e conflito entre os atores interfere na implantação dos Serviços Farmacêuticos?

OBJETIVOS

GERAL

Analisar as convergências e dilemas dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde no Município do Rio de Janeiro, considerando o contexto legal e organizacional.

ESPECÍFICOS

- Identificar em que aspectos os documentos legais e organizacionais relacionados com os SeFar na APS do MRJ favorecem ou dificultam suas práticas;
- Identificar a percepção de atores quanto o papel dos SeFar na APS e as atividades esperadas para os mesmos;
- Analisar os níveis de ambiguidade e conflito em relação aos objetivos e meios necessários ao alcance dos resultados esperados com a implementação dos SeFar.

REVISÃO DA LITERATURA

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL

A Atenção Primária em Saúde (APS) corresponde ao primeiro ponto de atenção e à principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde (BRASIL. MS, 2011). Ela é responsável por atender a maioria das demandas de saúde da população e por coordenar e articular o acesso dos usuários aos outros níveis de atenção, sempre que necessário (STARFIELD, 2002).

Segundo Bárbara Starfield (2002), a APS apresenta alguns atributos essenciais como atenção ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Ou seja, os serviços de atenção primária devem ser acessíveis, acolher bem os usuários, ofertar serviços conforme suas necessidades, garantir a atenção integral à saúde, criar vínculo entre a população e os profissionais de saúde e coordenar o cuidado ofertado pelos diferentes pontos de atenção do sistema de saúde.

No fim da década de 1980, a APS já estava sendo debatida em espaços de discussão internacionais, como na Conferência de Alma Ata em 1986, que teve forte influência no movimento de reforma sanitária brasileiro. Porém, foi somente a partir de meados dos anos 90 que a APS ganhou destaque na agenda governamental, tendo como protagonista o Programa de Saúde da Família (PSF), que visava expandir os serviços de atenção básica para as áreas de maior vulnerabilidade social (SCOREL et al., 2007).

O PSF teve sua origem ancorada no PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde – instituído inicialmente no estado do Ceará, em caráter emergencial, para enfrentar os efeitos da seca sobre a saúde da população do estado, sendo em seguida expandido para o Brasil todo em virtude dos resultados positivos alcançados, em especial na redução da mortalidade infantil (PEREIRA, 2013; TOMAZ, 2002).

Com o passar do tempo, o PSF foi se fortalecendo e ganhando maior destaque, e em 2006 foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela portaria nº 648 do Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2006). O PSF passou a ser considerado não mais como apenas um programa, mas como uma estratégia prioritária (Estratégia de Saúde da Família - ESF) para a reorientação dos serviços de atenção básica, tendo caráter substitutivo ao modelo tradicional (GIOVANELLA et al., 2009).

A ESF atua em um território definido, com ação centrada na família e na comunidade, reconhecendo suas demandas de saúde e estabelecendo vínculo com os usuários, a partir de uma visão ampliada sobre suas condições de vida e de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Conforme a PNAB de 2006 (BRASIL. MS, 2006), a ESF é composta por uma equipe multiprofissional, formada minimamente por agentes comunitários de saúde (ACS), médico generalista, enfermeiro e técnico de enfermagem, podendo ter equipe de saúde bucal (dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal).

A PNAB de 2011 (BRASIL. MS, 2011) manteve a essência da política anterior. Uma das principais alterações foi o reforço aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados anteriormente, em 2008 (BRASIL. MS, 2008). O NASF pode ser composto por diversas categorias profissionais, como farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, psicólogo, dentre outros, e tem por objetivo auxiliar as equipes de saúde da família em busca de aumentar a abrangência das ações da APS, amplificando seu potencial de resolutividade (BRASIL. MS, 2009).

A inclusão das equipes de saúde da família ribeirinhas e unidades de saúde fluviais; a regulamentação dos Consultórios de Rua e do Programa Saúde na Escola (PSE); e a flexibilização da carga horária dos médicos de família, foram outras mudanças incorporadas à PNAB de 2011 (FONTENELLE, 2012).

Mais recentemente, num cenário político marcado por um golpe parlamentar, com grandes reformas nas políticas sociais e redução de gastos públicos, ambos justificados pela necessidade de contenção da crise econômica e financeira, a Política Nacional de Atenção Básica foi reformulada, através de uma portaria, em setembro de 2017. A nova PNAB, foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e traz importantes mudanças estruturais e organizativas da APS no Brasil (BRASIL. MS, 2017).

Apesar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda ser tratada como estratégia prioritária de arranjo dos serviços de Atenção Primária, a nova PNAB abre a possibilidade para um outro modo de organização da APS. Os gestores locais podem optar por equipes reduzidas, as equipes de Atenção Básica (eAB), em detrimento das equipes de Saúde da Família (eSF) – compostas originalmente por no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e quatro ACS. As eAB devem possuir, obrigatoriamente, somente um médico, um enfermeiro e um técnico/auxiliar de enfermagem, não sendo

mais obrigatória a presença dos ACS nas equipes. Além disso, nas equipes completas (eSF) passou a ser exigida a presença de apenas um ACS (BRASIL. MS, 2017).

A nova proposta fragiliza a categoria profissional dos agentes comunitários de saúde (ENSP. FIOCRUZ, 2017) e, conseqüentemente, a interface da população com a unidade de saúde. Os ACS são importantes pontes de conexão entre as demandas de saúde dos usuários com a área técnica das unidades básicas de saúde (UBS), uma vez que são parte integrante da comunidade e conhecem com profundidade a realidade local, além de deter maior facilidade de comunicação com a população (SILVA; DALMASO, 2002).

Outro ponto importante que impacta na organização do trabalho das UBS, foi a flexibilização excessiva da carga horária dos profissionais. Qualquer categoria que faça parte das eAB deve trabalhar no mínimo 10h semanais, enquanto que nas eSF, todos os profissionais devem trabalhar 40h semanais (BRASIL. MS, 2017). Essa carga horária fragmentada fragiliza drasticamente a criação de vínculo dos usuários com os profissionais.

Outros pontos, alvos de grandes críticas, da nova PNAB foram: a criação de padrões de serviços (cesta de serviços) – padrões essenciais e ampliados – ficando a cargo do gestor local decidir o que irá ofertar para além do “pacote básico”; e a inclusão de atribuições dos técnicos de enfermagem aos ACS, como aferição de pressão arterial e glicemia capilar e a realização de curativos simples, agregando um papel mais técnico a este profissional (ENSP. FIOCRUZ, 2017).

A nova PNAB tende a reduzir a Atenção Básica para uma “Atenção Mínima”, uma vez que propõe uma oferta de serviços limitada e reduz equipes de profissionais. Também tende a enfraquecer o papel transformador e mobilizador de atores fundamentais na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território – os ACS. Essas mudanças podem favorecer um sucateamento da APS e uma redução de sua capacidade resolutiva, aumentando ainda mais as iniquidades e desigualdades de acesso entre os diferentes municípios do Brasil. Esta lacuna que se abrirá será fatalmente disputada pelo mercado privado, com clínicas e planos de saúde populares, e potencializará o processo de desmonte do SUS (ENSP. FIOCRUZ, 2017).

Tendo em vista as mudanças recentes supracitadas, os efeitos no nível municipal são ainda desconhecidos e constituem boa oportunidade de estudo.

A EXPANSÃO DA ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Nas décadas de 1990 e 2000 o município do Rio de Janeiro apresentou avanços pouco expressivos na oferta de serviços no nível da APS. No final de 2008, existiam apenas 68 equipes de saúde da família completas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS e equipes de Saúde Bucal - eSB), o que representava cerca de 3,5% de cobertura da população. Esse percentual indicava que a cidade apresentava os menores níveis de cobertura de serviços de ESF dentre todas as capitais do país, bem como o menor financiamento público municipal em saúde dentre este mesmo grupo (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Em 2009, época de transição de governo, a APS foi inserida na agenda política do município como ponto fundamental para a melhoria do acesso da população a serviços públicos de saúde, iniciando-se a “Reforma dos Cuidados de Atenção Primária em Saúde, que tinha base teórica nos modelos implantados em Portugal e Inglaterra, e centrado na lógica da Estratégia de Saúde da Família (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Mudanças na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foram realizadas de modo a separar a gestão dos diferentes níveis de atenção, a partir da criação de duas subsecretarias: a SUBPAV (Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde) e a SUBHUE (Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência). Dessa maneira foi possível evidenciar de forma mais clara o repasse de recursos para cada nível, além de facilitar o planejamento das despesas (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

A partir de então, a ESF no MRJ começou a ser expandida, passando de 3,5%, em 2008, para 39,8%, em 2012, no primeiro ciclo de 4 anos de gestão, e 55% em 2015, com um total de 860 equipes de Saúde da Família implantadas e completas. No período de 2009 a meados de 2015, foram inauguradas 76 novas clínicas da família, 732 eSF e 285 eSB implantadas (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Considerando o Censo 2010 (IBGE, 2010), isso significa que mais de 3 milhões de cariocas passaram a ter acesso a serviços de ESF, neste período.

Essa ênfase na ESF pelo município não se configurou apenas num aumento de cobertura populacional e no volume de financiamento municipal. Ela também se firmou do ponto de vista qualitativo, uma vez que investiu-se em: estrutura física das unidades,

com a criação das unidades de Clínicas da Família bem equipadas; capacitação de recursos humanos, destacando-se a residência em saúde da família para formação de médicos e enfermeiros especialistas na área; criação de condições para atrair profissionais de qualidade, com questões estruturais e de formação já citadas, além dos valores de contratação (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013).

Nesse cenário, as unidades básicas de saúde podem ser caracterizadas em três tipos (RIO, 2011):

- Tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da ESF;
- Tipo B: unidades mistas onde somente parte do território é coberto por equipes da ESF;
- Tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes da ESF.

Os serviços ofertados pelas unidades de atenção primária passaram a ser padronizados, através da publicação de uma Carteira de Serviços (CS) em 2010. A CS é um documento que busca nortear, formalizar e padronizar a oferta de serviços pelas UBS. A CS também serve como um instrumento de avaliação do desempenho das unidades básicas. Harzheim e colaboradores (2013) mostraram que na cidade do Rio de Janeiro, apesar do grande avanço na reestruturação da APS, ainda existiam, em 2012, alguns serviços pactuados nos quais as UBS não ofertavam, em especial, a colocação de DIU, cirurgia de unha encravada, retirada de cerúmen e dispensação de medicamentos controlados.

Para a realização da expansão da ESF, desde 2009, o município optou por adotar a proposta do governo federal de contratualização de serviços por meio de Organizações Sociais (OS) (PEREIRA, 2013). As OS são pessoas jurídicas, de direito privado, associações ou fundações, sem fins lucrativos, que podem prestar serviços públicos que não sejam exclusivos do Estado, mediante cumprimento de requisitos estabelecidos em lei específica (RIO, 2011a). As OS cujas atividades são dirigidas à saúde são denominadas de Organizações Sociais de Saúde (OSS).

A parceria da SMS com as OSS é formalizada através de contratos de gestão, que têm em média, uma duração de 24 meses e são renovados mediante o cumprimento das metas estabelecidas previamente. Estas são avaliadas por meio da utilização de um conjunto de indicadores e metas definidos nos contratos, que visa monitorar o desempenho das OSS, das unidades de saúde e das equipes de saúde da família. São previstos pagamentos por desempenho para as OSS, unidades básicas e profissionais de saúde, baseados no alcance das metas, a partir de uma análise trimestral dos indicadores (PEREIRA, 2013; PINTO, 2010).

A Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) é responsável por acompanhar os contratos de gestão e é composta por representantes das OSS e da SMS. Os indicadores e metas contratualizados são enviados à CTA e às Coordenações de Área de Planejamento (CAPS), a partir de relatórios emitidos pelos prontuários eletrônicos (PEP). O PEP é um documento eletrônico único para cada paciente que contém uma variedade de informações relacionadas ao paciente e ao atendimento realizado. Apresenta uma pluralidade de autores, por ser alimentado pelos diversos profissionais de saúde que compõem a equipe e se constitui na principal referência de comunicação interna da equipe de saúde e entre os profissionais de saúde e os pacientes (PINTO, 2006).

A elaboração de indicadores e metas para o monitoramento do desempenhos dos serviços, bem como de um fluxo operacional para sua realização, se configura como uma forma de gestão da APS do município, que visa apoiar a tomada de decisão dos gestores em busca de aperfeiçoar os serviços ofertados à população (PEREIRA, 2013).

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA APS: RESGATANDO O PAPEL DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO

Com o advento da industrialização, em especial no pós-guerra em 1945, com a descoberta de antimicrobianos e a produção de medicamentos em larga escala, o papel do farmacêutico como profissional de saúde sofreu grandes transformações. Os boticários - como se denominavam os farmacêuticos à época - foram perdendo espaço para a indústria que passou a monopolizar suas atividades. Os medicamentos tornaram-se um híbrido entre bem de consumo e instrumento terapêutico. O elo entre o farmacêutico e os usuários e profissionais de saúde foi sendo quebrado e sua atuação afastou-se do âmbito da saúde social e coletiva, voltando-se mais para o produto (medicamento). Para evitar

que a profissão fosse extinguida houve uma mudança na grade curricular das universidades, que cederam às novas pressões do mercado, e criaram áreas alternativas como a industrial e a de análises clínicas (ANGONESI; SEVALHO, 2010; SATURNINO et al., 2012).

A partir da década de 1980, com a promulgação da nova Constituição Federal brasileira e a criação do SUS, a saúde passou a ser definida como um direito, trazendo a noção de cidadania como elemento orientador da política de saúde (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014a). Somado a isso, com a proposta do governo federal de reorientação do modelo de Atenção Primária à Saúde no Brasil, como centro ordenador da rede de atenção, e entendendo a saúde no seu conceito mais ampliado, as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças tornaram-se pilares importantes das políticas de saúde, impulsionando uma mudança no perfil do profissional farmacêutico, na direção do resgate do seu papel enquanto ator fundamental no cuidado.

Os serviços farmacêuticos (SeFar) na APS são definidos, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2013), como:

o conjunto de ações no sistema de saúde que visam garantir a atenção integral, integrada e contínua das necessidades e problemas de saúde da população tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, e contribuindo com o seu acesso equitativo e uso racional (OPAS, 2013, p. 3).

Esta definição mostra a mudança do enfoque das ações do farmacêutico, do medicamento para as pessoas, família e comunidade. O medicamento é estabelecido apenas como um elemento essencial da atuação do farmacêutico, porém, não mais como um ponto central.

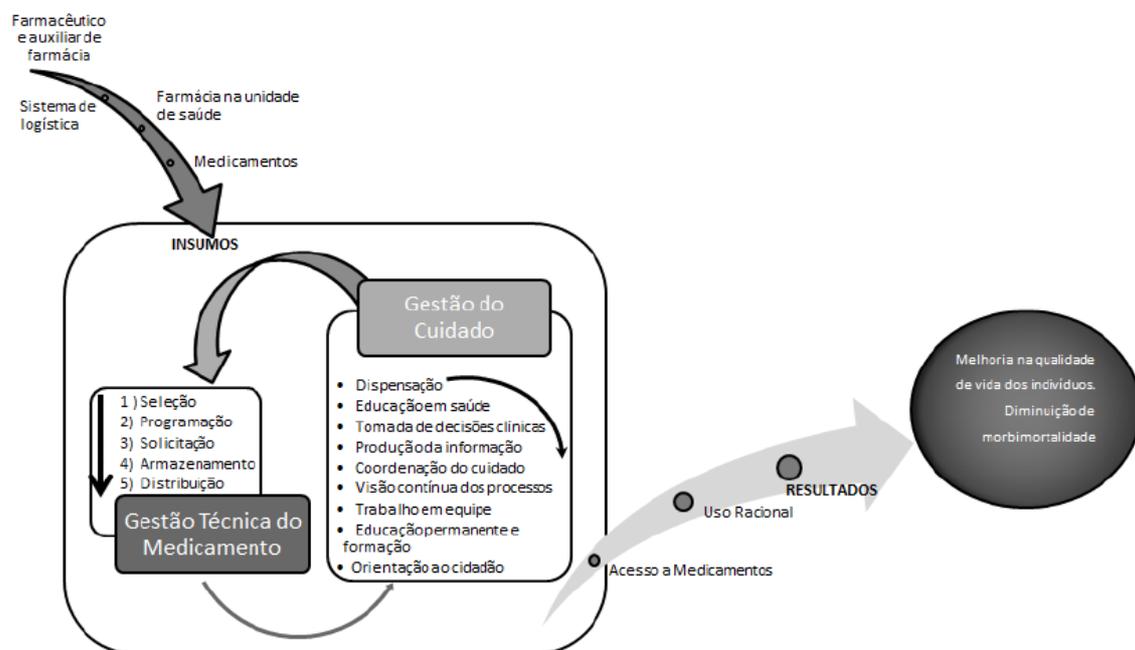
As ações dos SeFar são desenvolvidas por farmacêuticos ou sob sua supervisão e têm por objetivo atingir os melhores desfechos de saúde possíveis, com vistas a aumentar a qualidade de vida da população. Os SeFar organizados na lógica da APS podem contribuir na resolução de diversos problemas de saúde como redução do tabagismo, doenças cardiovasculares, gravidez precoce, obesidade, infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros (OPAS, 2013).

No Brasil, os termos Assistência Farmacêutica e Serviços Farmacêuticos têm conceitos distintos. A AF carrega uma noção mais ampla, que engloba desde as atividades

de pesquisa e desenvolvimento de fármacos até aquelas relacionadas ao Ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos). Os SeFar estão inseridos na AF, sendo atrelados às atividades diretamente envolvidas nas unidades e serviços de saúde (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

Os SeFar na APS se dividem em ações técnico-gerenciais e clínico-assistenciais. Pereira (2015) elaborou um modelo-lógico com a descrição das atividades (Figura 1). As ações técnico-gerenciais dizem respeito a parte logística do serviço, tendo como foco principal a provisão dos medicamentos em tempo oportuno, garantindo sua qualidade até a chegada dos mesmos aos pacientes. As ações clínico assistenciais, se relacionam com a qualidade do uso do medicamento. Englobam ações que visam orientar o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos, bem como dos riscos associados ao seu uso. Também englobam ações de promoção do uso racional de medicamentos junto aos profissionais de saúde e à comunidade.

Figura 1. Síntese do modelo lógico-teórico dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015.

Conforme recomendação do Ministério da Saúde, o farmacêutico está previsto como profissional membro do NASF, realizando o matriciamento das equipes, ações

educativas na comunidade, atividades de gestão, dentre outras ações que visam promover o uso correto de medicamentos. O farmacêutico, assim como os demais profissionais, está vinculado a um determinado número de equipes, que varia de acordo com a modalidade do NASF implantada (BRASIL, 2012), o que no geral significa que os profissionais do NASF atuam em mais de uma unidade básica.

O município do Rio de Janeiro optou por lotar farmacêuticos em todas as unidades com ESF, por entender o papel estratégico deste profissional na ampliação do acesso de medicamentos à população e na promoção do seu uso racional (SILVA et al., 2016).

A Carteira de Serviços da APS do município do Rio de Janeiro, traz algumas orientações gerais a respeito das ações dos SeFar nas UBS (RIO, 2011). No entanto, o modelo de atuação dos serviços farmacêuticos está ainda em construção, não havendo um consenso consolidado nem das competências dos profissionais que nele atuam, nem sobre o conjunto de serviços que pode e deve ser oferecido. Como resultado, observa-se ainda uma centralização dos serviços voltados para as ações de carácter técnico-gerenciais e indefinição das atribuições.

A avaliação e o monitoramento dos Serviços Farmacêuticos, neste contexto, se torna fundamental por se tratar de um programa cuja implantação ainda está em curso. É necessário o uso de ferramentas de gestão que sejam capazes de apoiar as decisões gerenciais e apontar melhorias necessárias aos SeFar (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

Alguns indicadores e metas pactuados nos contratos de gestão entre OSS e SMS se relacionam com os SeFar, direta ou indiretamente. No entanto, é questionável o quanto esses indicadores auxiliam os farmacêuticos das unidades no processo de tomada de decisão em busca de melhorar seu desempenho e se adequar melhor às necessidades da população do território. Com base nisso, Pereira (2013) elaborou um sistema de monitoramento de desempenho dos SeFar na ESF do MRJ, a partir de indicadores e metas diretamente relacionados à atuação do farmacêutico na gestão técnica do medicamento e na gestão do cuidado, com a finalidade de subsidiar os gestores na tomada de decisões gerenciais em tempo oportuno.

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO DESEMPENHO EM SAÚDE

Os gastos em saúde vem numa crescente nas últimas décadas, resultado do desenvolvimento tecnológico e aumento da expectativa de vida da população, bem como do seu maior nível de exigência no que tange ao acesso e qualidade dos serviços de saúde oferecidos. Em contrapartida, há uma tendência dos países em reduzir os gastos públicos, inclusive na área da saúde, gerando crise nos sistemas de saúde do mundo todo (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Neste contexto, a avaliação em saúde se torna cada vez mais necessária para apoiar as tomadas de decisão, com vistas a otimizar os gastos públicos com saúde, sem que haja uma perda na qualidade dos serviços ofertados (CHAMPAGNE et al., 2011a).

No campo da avaliação existem diversas propostas de definição e modelos de abordagem. Champagne e colaboradores (2011a) propõem uma definição que, embora não pretenda ser universal e absoluta, agrega elementos que atualmente são consensuais. Segundo os autores, avaliar consiste 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 a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2011a, p.44).

Uma intervenção pode ser entendida como um sistema organizado de ação que busca modificar o percurso natural de um fenômeno para resolver uma situação-problema, num determinado local e período (CHAMPAGNE et al., 2011a). Uma intervenção também pode ser denominada de programa ou projeto (PEREIRA, 2013) e pode ser objeto de dois tipos de avaliação: avaliação normativa e pesquisa avaliativa (CHAMPAGNE et al., 2011a).

A avaliação normativa compara os componentes da intervenção (estrutura, processo e resultados) com as regras e normas de referência, medindo seu grau de conformidade. Neste tipo de avaliação parte-se do princípio de que o atendimento a normas e critérios estabelecidos é fator fundamental para os efeitos reais da intervenção na prática. Por outro lado, a pesquisa avaliativa é um procedimento científico, que visa

avaliar o grau de harmonização entre os componentes da intervenção, considerando o contexto onde a mesma está inserida (CHAMPAGNE et al., 2011a).

No que diz respeito ao monitoramento, este se distingue da avaliação por seu caráter essencialmente formativo. Constitui-se como um acompanhamento contínuo do processo de gestão, com vistas a identificar as falhas de modo sistemático e propor correções para que se atinjam os resultados almejados (CHAMPAGNE et al., 2011b).

O monitoramento de desempenho tem sido cada vez mais utilizado por governos e organizações. Embora os sistemas de monitoramento sejam mais superficiais do que os estudos de avaliação, eles fornecem uma visão mais abrangente da intervenção, servindo de base para estudos de maior rigor avaliativo (POISTER, 2010).

Os indicadores se constituem como importante ferramenta de gestão, uma vez que permitem ao gestor acompanhar de modo sistemático, os pontos de uma intervenção que merecem ajustes ou incentivos. Os indicadores são sinalizadores de uma realidade e se constituem de parâmetros quantitativos ou qualitativos para avaliar o alcance de metas (MINAYO, 2009).

IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS – O MODELO AMBIGUIDADE-CONFLITO

O processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas traduz o *modus operandi* de um governo, ou seja, determina as questões que serão priorizadas e quais programas e ações serão realizados para resolvê-las na prática (SOUZA, 2003).

A complexidade na formulação e implementação de políticas públicas se deve ao grande número de atores envolvidos, cada qual com suas crenças, valores e ideais, e a existência de diferentes interesses em disputa (LOTTA, 2010). O sucesso desse processo está condicionado ao grau de governança do Estado, ou seja, é necessário que o governo tenha uma capacidade financeira e operacional, bem como tenha o apoio de coalizões políticas (SANTOS, 1997).

A implementação de políticas é o momento de se colocar em prática as ideias discutidas e pactuadas na etapa de formulação. Existem duas abordagens antagônicas de análise de implementação de políticas que tem destaque na literatura: o modelo *top-down* e o modelo *bottom-up*. Estes divergem principalmente em relação a quem são os atores

de maior influência na implantação de políticas e como eles impactam no alcance dos resultados esperados (LOTTA, 2010).

O modelo *top-down* tem uma abordagem focada nos níveis centrais e nos formuladores de política, como sendo os principais influentes no processo de implantação. Diante de uma concepção fortemente normativa, o conflito não é considerado como algo inerente ao processo de implantação, sendo a adesão dos implantadores vista como algo que se possa realizar através de ajustes (MATLAND, 1995).

Em contrapartida, o modelo *bottom-up*, defende que o conhecimento da realidade do ambiente e dos serviços prestados para a população-alvo, são fundamentais para analisar a implementação de uma política. Os implementadores locais e a população-alvo são vistos como atores de forte influência no processo de implementação e se não tiverem autonomia para adaptar os programas e ações à realidade local, estes têm grandes chances de fracassar (SABATIER, 1986).

Matland (1995) propõe um modelo alternativo que visa superar as contradições dos modelos anteriormente descritos, ou seja, que considera o papel tanto dos atores macro quanto microinstitucionais no processo de implantação de uma política. Propõe um modelo que busca o conhecimento da implantação na perspectiva de duas variáveis: a ambiguidade e o conflito.

A ambiguidade se refere à possibilidade de existirem diferentes modos de se pensar uma circunstância ou fenômeno, dentro de um mesmo contexto (MATLAND, 1995). O autor divide a ambiguidade em duas dimensões: ambiguidade nos objetivos e ambiguidade nos meios.

Apesar de poder conferir uma ideia de incerteza, a ambiguidade de objetivos, pode colaborar para a criação de uma janela de oportunidade na tomada de decisões por dar margem a diferentes interpretações, facilitando a aprovação de novas políticas ou programas (MATLAND, 1995). Quanto à ambiguidade de meios, esta se relaciona, em geral, diante da dúvida de quais as tecnologias ideais para se utilizar no processo de implantação da política, como insumos tecnológicos ou técnicos (CARVALHO, 2006).

O conflito, segundo Matland (1995), compõe um aspecto fundamental da caracterização de modelos de decisão. Segundo o autor, o conflito surge quando os atores

envolvidos na implementação de uma política têm fortes interesses sobre ela e apresentam objetivos incompatíveis. Quanto maior a relevância de uma política, maior será a agressividade dos atores na busca por seus interesses e objetivos e mais importantes serão as consequências no processo de implantação.

O Modelo Ambiguidade-Conflito desenvolvido por Matland (1995), visa agregar tanto a importância dos níveis centrais e formuladores das políticas, como defendida pelos *top downers*, quanto os implementadores locais e a população-alvo, valorizados pelos *bottom-uppers* (CARVALHO, 2006). O Quadro 1 mostra a estrutura do modelo, baseada nas variáveis ambiguidade e conflito.

Quadro 1. Modelo Ambiguidade-Conflito.

		CONFLITO	
		BAIXO	ALTO
AMBIGUIDADE	BAIXA	IMPLEMENTAÇÃO ADMINISTRATIVA RECURSOS	IMPLEMENTAÇÃO POLÍTICA PODER
	ALTA	IMPLEMENTAÇÃO EXPERIMENTAL RECURSOS CONTEXTUAIS	IMPLEMENTAÇÃO SIMBÓLICA FORÇA DA COALIZÃO

Fonte: (MATLAND, 1995: 161).

Carvalho (2006) elaborou uma proposta (Quadro 2) onde relaciona os conceitos e tipos de implementação propostos pelo modelo de Matland (1995).

Quadro 2. Conceitos e tipos de implementação do Modelo Ambiguidade-Conflito

Conceitos	Dimensões	Tipos de implementação			
		Administrativa	Política	Experimental	Simbólica
Ambiguidade	De objetivos	BAIXA	BAIXA	ALTA	ALTA
	De meios				
Conflito	Interdependência entre os atores	BAIXO	ALTO	BAIXO	ALTO
	Incompatibilidade de objetivos/meios				

Fonte: (CARVALHO, 2006).

Implementação administrativa

Tanto a ambiguidade quanto o conflito são considerados baixos neste tipo de implementação. Os objetivos e meios são claros e os atores exercem suas atividades com base nas normas estabelecidas. O sucesso da implantação depende dos recursos disponibilizados. Como a implantação administrativa ocorre em um ambiente estável, com baixos níveis de ambiguidade e conflito, ela sofre pouca influência externa. Desse modo é possível reproduzir a implantação em diferentes locais de maneira a manter um padrão (MATLAND, 1995).

Implementação Política

Na implementação política a ambiguidade é baixa, porém o conflito é alto. Os resultados da implementação são definidos pelo poder. Os objetivos, apesar de serem claros, sofrem alguma divergência externa, além de poderem ocorrer disputas em relação aos meios a serem utilizados na implantação. O uso de coerção ou incentivos no processo de negociação é bastante comum, em especial no momento de planejamento da implantação de uma política ou programa (MATLAND, 1995).

Implementação Experimental

Política com alto nível de ambiguidade e baixo conflito. Neste tipo de implementação o contexto local exerce grande influência sobre seus resultados, ou seja, depende de atores ativos e de recursos no ambiente local. Os objetivos e meios não são

claros, ou os objetivos estão bem estabelecidos, mas os meios ainda não foram definidos. A alta ambiguidade promove a participação de diferentes atores sem uma padronização de conduta, o que favorece a vulnerabilidade a fatores externos. Desse modo, são esperadas variações nos resultados da implementação em diferentes ambientes (MATLAND, 1995).

Implementação Simbólica

Neste tipo de implementação, “o curso da política é determinado pela coalizão de atores do nível local que tiver o controle dos recursos disponíveis”. Em geral, essas políticas têm poucos efeitos, porém, são válidas por firmarem ou reafirmarem acordos, valores e princípios. A alta ambiguidade aqui, também propicia a possibilidade de se obterem resultados diferentes em locais distintos onde a mesma política é implantada. Também dificulta a estruturação e o monitoramento das atividades no local de implantação. Existe um alto nível de conflito político local, entretanto, este pode favorecer a busca por soluções e, em geral, é mediado por medidas de coerção ou barganha entre os atores locais (MATLAND, 1995).

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação, que utilizou os métodos de estudo de caso e análise de conteúdo como técnica de análise.

A pesquisa avaliativa é um procedimento científico que busca fazer um julgamento de valor de uma intervenção, a partir da análise do grau de harmonização entre seus diversos componentes (objetivos, recursos, serviços, atividades e efeitos) e considerando o contexto onde a mesma está inserida (CHAMPAGNE et al., 2011a; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A pesquisa avaliativa se configura em diferentes tipos de análises, com focos avaliativos e abordagens metodológicas diversas. A depender da complexidade do objeto a ser estudado, pode ser necessária a utilização de uma ou várias estratégias de pesquisa, também sendo importante neste tipo de abordagem, valorizar a perspectiva dos diferentes atores envolvidos na intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A análise de implantação, uma das abordagens da pesquisa avaliativa, é a estratégia de pesquisa a ser utilizada neste estudo. A implantação pode ser definida como a transferência de uma intervenção de um campo teórico para um plano operacional. A análise de implantação visa identificar a influência do contexto na implantação de uma intervenção e na produção de seus efeitos (CHAMPAGNE et al., 2011a, 2011c).

Segundo Champagne e colaboradores (CHAMPAGNE et al., 2011a), a análise da implantação é especialmente importante quando se trata de uma intervenção complexa, que apresenta diversos elementos sensíveis ao contexto, que influenciam o grau com que o planejado se traduz para a realidade. Visa identificar os fatores facilitadores e as barreiras existentes num dado contexto onde a intervenção está sendo implantada.

O método mais indicado para se realizar uma análise de implantação é o estudo de caso. O estudo de caso é um método utilizado para a compreensão aprofundada de fenômenos sociais complexos e contemporâneos (caso), difíceis de serem descolados do contexto real onde estão inseridos (YIN, 2001).

O estudo de caso se debruça em uma ou poucas unidades de análise e a observação ocorre no interior do caso. A capacidade explicativa deste tipo de estudo decorre da sua característica de se aprofundar no universo de um caso, não sendo relevante o número de unidades de análise estudadas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1994). Segundo Yin (2001), existem quatro modelos diferentes nesta estratégia de pesquisa: caso único, caso único com níveis de análise imbricados, casos múltiplos com um nível de análise e casos múltiplos com níveis de análise imbricados.

Nesta pesquisa optou-se pela utilização da estratégia de caso único com níveis de análise imbricados, onde é possível observar o objeto de estudo sob a ótica de diferentes níveis de explicação. Este tipo de pesquisa tem um grande potencial de validade interna, porém limitada possibilidade de generalização dos resultados (baixa validade externa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1994).

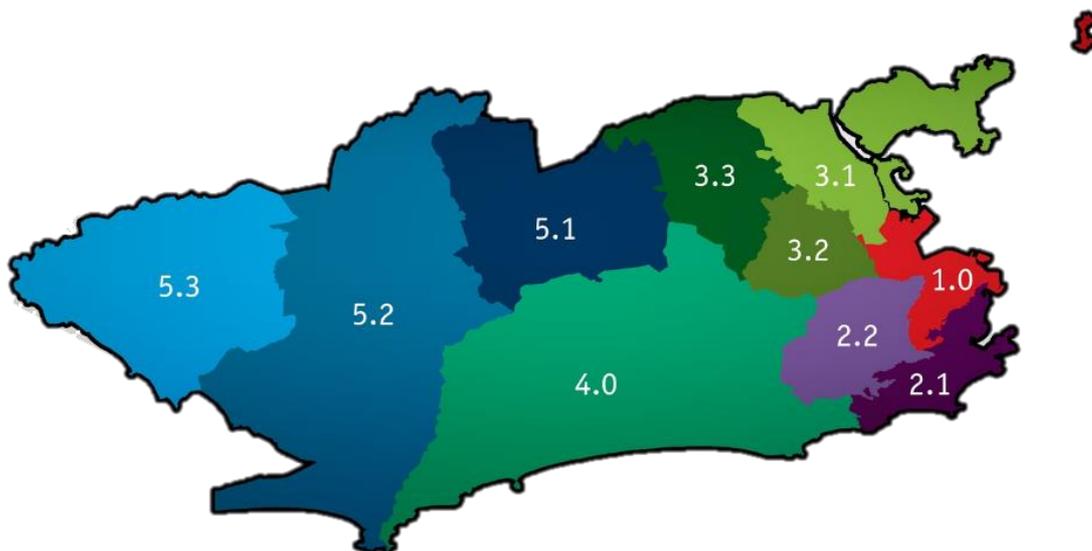
O caso selecionado para o estudo foi o município do Rio de Janeiro, detalhado mais adiante. O estudo foi composto por três níveis de análise – gestores da esfera macro, meso e micro dos SeFar da APS do município do Rio de Janeiro – e um nível transversal, constituído por atores da área de regulação, de formação de recursos humanos/pesquisa e de representantes dos usuários.

O CENÁRIO: MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro, que apresenta uma área territorial de 1.200 Km² e possui, aproximadamente, 6,3 milhões de pessoas, correspondendo a uma densidade demográfica de 5.265,82 hab./km², segundo o último censo do (IBGE, 2010).

A cidade apresenta 160 bairros que são agrupados, desde 1993, na Secretaria Municipal de Saúde, em 10 Áreas de Planejamento (AP): 1.0 (Centro e adjacências), 2.1 (Zona Sul), 2.2 (Grande Tijuca), 3.1 (Região da Leopoldina), 3.2 (Grande Méier), 3.3 (Região de Madureira e adjacências), 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências), 5.1 (Região de Bangu e adjacências), 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências), 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências), como destacado na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição geográfica das AP do município do Rio de Janeiro.



Cada AP possui uma Coordenação de Área de Planejamento (CAP), que opera a rede de serviços de saúde no nível local. As CAP são estruturas organizacionais responsáveis por gerenciar as ações de promoção e assistência à saúde na sua área de abrangência, incluindo estabelecimentos de diferente natureza (municipal, estadual, federal, universitária, sindical e privada). Elas são consideradas como nível de gestão intermediário e fazem a mediação entre o nível central da Secretaria Municipal de Saúde e as unidades prestadoras de serviços de saúde de seu território e, em alguma medida, dessas com os usuários, lideranças comunitárias e conselheiros de saúde da área (BRASIL. MS, 2007; RIO, 2011b).

As AP apresentam grandes desigualdades entre si, tanto em termos de densidade demográfica quanto de níveis de vulnerabilidade social. Essas disparidades representam uma grande dificuldade no planejamento e na organização da APS do município, uma vez que cada AP apresenta territórios com realidades sociais muito distintas e com demandas de saúde diversas (PEREIRA, 2013).

Conforme abordado anteriormente, o gerenciamento e a administração dos serviços da ESF do município do Rio de Janeiro são realizados pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS), desde 2009. Atualmente, o município tem parceria com cinco OSS diferentes, o que é formalizado através de contratos de gestão. Todas as clínicas da

família são geridas por OSS e seu desempenho é monitorado a partir de indicadores pactuados nesses contratos (PINTO, 2010).

A gestão da Assistência Farmacêutica no município se organiza de maneira hierarquizada e descentralizada através das CAP. Cada CAP tem um Núcleo de Assistência Farmacêutica regional (NAF-regional) que se reporta ao núcleo central (NAF-central). A coordenação dos núcleos regionais é realizada por farmacêuticos que desenvolvem ações gerenciais e de apoio às farmácias das unidades básicas de saúde (PEREIRA, 2013; RIO, 2011b).

ASPECTOS OPERACIONAIS: COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Nesta pesquisa foram utilizadas duas ferramentas metodológicas para buscar as informações necessárias ao alcance dos objetivos: entrevistas semiestruturadas com atores-chave e pesquisa documental.

Pesquisa documental

Na pesquisa documental foram selecionados todos os documentos presentes nos sites da SMS-RJ e da SUBPAV, que se relacionavam com a Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Primária ou, mais diretamente, com os Serviços Farmacêuticos (SeFar). A intenção foi pesquisar os documentos utilizados como referência pela prefeitura do Rio de Janeiro no que se refere a AF municipal no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS). Todos os documentos são de domínio público e foram publicados no período de 2006 a 2018.

Não foram incluídos documentos do nível estadual, uma vez que não foi encontrado nenhum documento de domínio público relacionado com os SeFar na APS.

No total foram selecionados 9 documentos, todos disponíveis eletronicamente, sendo 5 de abrangência municipal e 4, nacional. Na pesquisa objetivou-se buscar nos documentos, informações sobre os objetivos da AF/SeFar, as atividades práticas recomendadas e os recursos necessários (meios).

As informações coletadas nos documentos foram sistematizadas num quadro de análise composto pelos seguintes elementos: título do documento, autor e ano de

publicação, abrangência (municipal ou nacional), objetivos da AF/SeFar, atividades da AF/SeFar e recursos necessários.

Inicialmente, pretendia-se analisar as atas das reuniões que os entrevistados relataram ter participado, que tinham como centro de discussão o tema saúde no contexto da APS. Entretanto, como a maioria declarou que essas reuniões não apresentavam atas, optou-se por excluir essa parte do estudo.

Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas são conversas entre duas ou mais pessoas, onde o entrevistador ocupa uma posição ativa para direcionar os assuntos acerca do tema do objeto de estudo. É a principal ferramenta utilizada em pesquisas de campo (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

As entrevistas semiestruturadas contém questões abertas e fechadas, de modo que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender exclusivamente às perguntas realizadas pelo entrevistador (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

Foram selecionados 15 atores-chave de forma intencional e não probabilística, que estão ou estavam, até o momento da entrevista, envolvidos no processo de implementação dos Serviços Farmacêuticos na APS no MRJ, em diferentes níveis de atuação. Para os níveis meso (NAF-regionais e OSS), micro (farmacêuticos das UBS) e transversal (usuários), foram selecionados atores das AP 3.3 e 3.2, onde os SeFar estavam mais e menos estruturados, respectivamente, na visão da gestora do NAF-central. Os atores selecionados e seu respectivo papel nos SeFar do MRJ estão apresentados no

Quadro 3.

Quadro 3. Atores selecionados para a pesquisa.

ATOR-CHAVE	NÍVEL DE ATUAÇÃO	PAPEL EM RELAÇÃO AOS SEFar	QUANT.
Representante da SUBPAV	Macro	Participação na formulação de políticas e diretrizes; planejamento, coordenação, acompanhamento e avaliação das ações e serviços de atenção primária, onde também estão inseridos os SeFar.	1
Representante do NAF-central	Macro	Responsabilidade pela política, organização e difusão das ações de AF nos diferentes níveis de atenção, inclusive dos SeFar na APS.	1
Representantes do NAF-regional	Meso	Gerenciamento das ações dos SeFar nos territórios de abrangência, bem como dos recursos humanos.	2
Farmacêuticos das OSS	Meso	Seleção, contratação e acompanhamento dos recursos humanos; aquisição de móveis e equipamentos para as farmácias das unidades; monitoramento de indicadores do contrato de gestão relacionados aos SeFar.	2
Farmacêuticos das unidades de saúde	Micro	Gerenciamento dos SeFar no nível local, com realização de atividades de cunho técnico-gerencial e clínico-assistencial.	2
Representantes do Conselho Regional de Farmácia (CRF-RJ)	Transversal (Regulação)	Regulamentação da atividade profissional do farmacêutico.	3
Pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fiocruz	Transversal (Formação/pesquisa)	Pesquisa aplicada na área dos SeFar; Capacitação de farmacêuticos e técnicos de farmácia que atuam na APS	2
Representantes dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS)	Transversal (Usuário)	Usuários dos SeFar	2
TOTAL			15

Fonte:(RIO, 2018); documentos internos da SMS/RJ.

Condução das entrevistas

Para orientar a coleta de dados, em especial, a elaboração dos roteiros das entrevistas e o trabalho de análise do material coletado, foi realizado um quadro, adaptado de Carvalho (2006), com os conceitos, dimensões e componentes utilizados na pesquisa, bem como suas respectivas fontes de dados (Quadro 4).

Quadro 4. Dimensões, componentes e método para análise da implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em saúde no município do Rio de Janeiro.

Conceitos	Dimensões	Componentes	Método
Ambiguidade	De objetivos	Clareza dos atores quanto aos objetivos dos SEFAR	Entrevista Documentos
	De meios	Práticas esperadas para os SEFAR e capacidade de monitorá-las; Percepção da suficiência de recursos humanos, estruturais e financeiros.	Entrevista Documentos
Conflito	Interdependência entre os atores	Existência de interação entre os atores Existência de conflitos e meios de superá-los	Entrevista
	Incompatibilidade de objetivos	Discordância quanto aos objetivos/meios Apoio político	Entrevista

Fonte: Adaptado de Carvalho (2006).

Desse modo, com base nos componentes descritos acima, foram elaborados 2 roteiros com perguntas semiestruturadas, direcionados conforme o nível de atuação do entrevistado: um para aqueles que ocupam cargo de gestão, independentemente do nível (macro, meso ou micro) e outro para aqueles que atuam de modo transversal aos SeFar (regulação, formação de RH/pesquisa e representantes dos usuários). O que diferenciou estes dois modelos foram apenas questões relativas ao monitoramento dos SeFar na rede de APS (Apêndice A, p. 118; Apêndice B, p. 120).

Cabe ressaltar que os roteiros foram elaborados com o propósito de nortear e manter o foco da entrevista, mas de modo que os entrevistados se sentissem livres para falar sobre o tema tratado, sem se limitarem somente às perguntas realizadas, conforme orientam Minayo, Deslandes e Gomes (2009).

Os sujeitos selecionados foram contatados por telefone ou e-mail e foram convidados a participar da pesquisa após uma breve descrição do estudo e seus objetivos. As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade dos entrevistados e realizadas em seu ambiente de trabalho, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) por cada um dos entrevistados, autorizando a gravação das mesmas. As entrevistas tiveram, em média, uma duração de cerca de 40 minutos.

Inicialmente, foram realizadas duas entrevistas piloto para testar o roteiro elaborado, uma com um sujeito que atuava no nível transversal e outra na gestão, resultando apenas na exclusão de uma pergunta. Desse modo, ambas entrevistas também foram incluídas no estudo e seguiram para a etapa de análise de dados.

É importante destacar que houve perda de um entrevistado, pois não obtivemos resposta ao convite de participação ao estudo após reiteradas tentativas, por diferentes estratégias. Tais estratégias de contato incluíram e-mail diretamente ao entrevistado, telefonemas e e-mails à sua assessora. Este ator ocupava cargo referente ao nível de macrogestão como representante da SUBPAV.

Desse modo, no total foram entrevistados 14 indivíduos, sendo 7 do nível gestão e 7 do nível transversal. A distribuição dos atores-chave ocorreu da seguinte maneira:

- 1 da macrogestão: Coordenadora do NAF-central;
- 4 da mesogestão: 2 coordenadores de NAF-regionais e 2 de OSS;
- 2 da microgestão: farmacêuticos da ponta;
- 3 da área de regulação: 1 da diretoria, 1 da fiscalização e 1 da Câmara Técnica de Atenção Básica do CRF-RJ
- 2 da área de formação profissional: pesquisadores da ENSP/Fiocruz;
- 2 representantes dos usuários: presidentes dos CDS

Análise das entrevistas

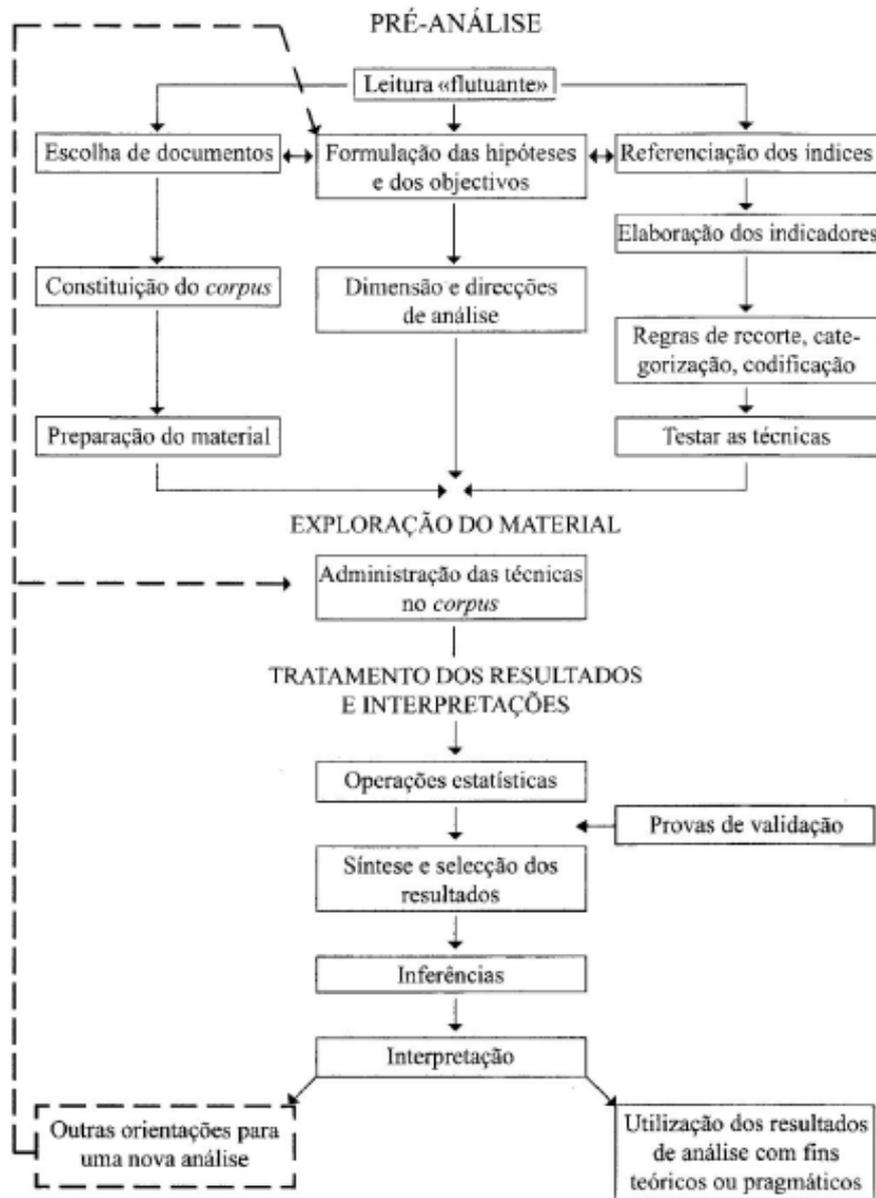
A análise do material coletado nas entrevistas foi realizada com base na técnica de Análise de Conteúdo sugerida por (BARDIN, 2011). A autora define a Análise de Conteúdo como (BARDIN, 2011:38):

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Esta técnica, portanto, tem por objetivo permitir a descrição e a interpretação de mensagens provenientes de diálogos, de modo a conferir maior rigor e cientificidade a este processo (BRUNS, 2013).

A análise de conteúdo se divide em três fases: i) pré-análise, ii) exploração do conteúdo e iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Apresenta-se na Figura 2 um esquema para melhor visualização da técnica.

Figura 3. Fases da Análise de Conteúdo.



Fonte: BARDIN, 2011:102.

Pré-análise: é o momento de organização do material. Os principais objetivos dessa fase são identificar os materiais que seguirão para a análise propriamente dita, formular hipóteses e objetivos e construir os indicadores que fundamentem a interpretação final. Para tal, realiza-se uma leitura “flutuante” do material, que se configura numa leitura inicial para se estabelecer contato com o conteúdo, deixando-se tomar por intuições.

Exploração do material: é o momento de tratar o material, codificando-o, ou seja, transformando os dados brutos sistematicamente e os agregando em unidades.

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: os dados obtidos na fase de exploração são transformados em informações significativas e válidas, através de operações estatísticas. O objetivo é descobrir o que os sujeitos estavam querendo dizer com suas falas, em profundidade, e a partir disso, propor inferências e interpretações do conteúdo (BARDIN, 2011).

Desse modo, com base nas fases propostas por Bardin (2011) para a análise do conteúdo das entrevistas realizadas neste estudo, iniciou-se pela transcrição das mesmas para a constituição do *corpus*, com omissão no documento escrito de todos os nomes citados, substituindo por “Maria” no caso de mulheres e “João” para homens. Para conferir confidencialidade aos entrevistados, estes foram codificados conforme seu nível de atuação (Quadro 5).

Quadro 5. Codificação dos atores entrevistados, conforme nível de atuação.

Nível atuação	Código
Gestor macro	GMA
Gestor meso	GME
Gestor micro	GMI
Transversal formação/pesquisa	TF
Transversal regulação	TR
Transversal usuário	TU

Em seguida foi realizada a leitura “flutuante” de todas as transcrições para fazer contato com o material e obter as primeiras impressões e orientações a respeito do conteúdo. Também foi feita uma retomada às bases teóricas, questões norteadoras e objetivos iniciais do estudo.

Na fase de exploração do material, utilizou-se a técnica de análise temática, que segundo Bardin (2011), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem justificar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. Esta etapa tem por objetivo transformar os dados

brutos em núcleos de compreensão do texto, extraindo os temas a partir das unidades de registro identificadas no *corpus* (BARDIN, 2011).

Com base no modelo proposto por Matland (1995) para avaliação de implementação de políticas e o quadro elaborado neste estudo, adaptado de Carvalho (2006), com as dimensões e componentes para análise da implementação dos SeFar no município do Rio de Janeiro, mostrado anteriormente (Quadro 4), foram elaboradas quatro pré-categorias para orientar a análise dos dados: i) clareza sobre os objetivos dos SeFar; ii) meios para a consecução da implantação dos SeFar; iii) interdependência entre os atores; e iv) incompatibilidades de objetivos e meios.

A partir das pré-categorias estabelecidas e após diversas leituras das transcrições das entrevistas, foram extraídas as unidades de registro de cada entrevista para um quadro de análise, criado visando facilitar o trabalho de sistematização dos resultados. Para cada conjunto de unidades de registro foi realizada uma descrição com o aspecto central abordado pelo sujeito entrevistado e elencadas as 5 categorias temáticas finais:

1. Percepção dos atores sobre os Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro
2. Compreensão e expectativas sobre as práticas desenvolvidas pelos SeFar
3. Meios para a consecução dos SeFar
4. Interdependência entre os atores envolvidos no processo de implantação
5. Incompatibilidade de objetivos entre os atores

Por fim seguiu-se para a última etapa da análise de conteúdo que compreende o tratamento dos resultados obtidos, as inferências e interpretações, tomando por base o que a literatura versa sobre o tema. Este foi o momento de dar voz aos dados encontrados a partir da atividade interpretativa, apoiada nas informações encontradas na literatura (BRUNS, 2013).

A partir das inferências realizadas na análise do conteúdo extraído das entrevistas, foi aplicado o Modelo Ambiguidade-Conflito de Matland (1995), considerando as dimensões e componentes descritos no Quadro 4. Conforme retratado anteriormente, o modelo de análise de implantação proposto por Matland (1995), cruza duas variáveis –

ambiguidade e conflito – com as dimensões “alto” e “baixo”, para caracterizar o tipo de implementação instalada predominantemente (administrativa, política, experimental ou simbólica).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após apreciação e aprovação pela banca de qualificação, este estudo foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP e da SMS-RJ, sendo aprovado por ambos, conforme os pareceres 2.611.899 e 2.756.519, respectivamente. A pesquisa seguiu os preceitos das Resoluções nº 510/2016 e nº 466/2012 (BRASIL. CNS, 2012, 2016). As entrevistas somente foram realizadas e gravadas após assinatura voluntária do TCLE (Apêndice C, p. 122).

Conforme explicitado no TCLE, a identidade de todos os indivíduos entrevistados, bem como dos sujeitos por eles citados, foi preservada, pois os nomes foram devidamente codificados no momento de análise do material. No entanto, tendo em vista o pequeno número de entrevistados, especialmente em alguns níveis de atuação, e a relevância do cargo ocupado, não foi possível garantir, em sua totalidade, o sigilo quanto à sua participação no estudo.

O processamento dos dados foi realizado somente por pessoas autorizadas vinculadas à pesquisa e não foi feita identificação nominal em qualquer publicação decorrente do estudo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, que por meio do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX), forneceu apoio financeiro para a realização das transcrições das entrevistas gravadas.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS OBJETOS E SUJEITOS DA PESQUISA

Na pesquisa documental foi considerado um total de nove documentos, apresentados no Quadro 6.

Quadro 6. Documentos analisados na pesquisa documental

Título do documento	Autor/Ano
Municipais	
Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PMS 2010-2013	Município do Rio de Janeiro/2009
Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica	Município do Rio de Janeiro/2011
Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PMS 2014-2017	Município do Rio de Janeiro/2013
Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde	Município do Rio de Janeiro/2016
Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PMS 2018-2021	Município do Rio de Janeiro/2018
Nacionais	
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização	Brasil. Ministério da Saúde/2006
Caderno de Atenção Básica 27 – Núcleo de Apoio a Saúde da Família	Brasil. Ministério da Saúde/2009
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica	Brasil. Ministério da Saúde/2015
Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Brasil. Ministério da Saúde/2017

Quanto aos 14 entrevistados, a maioria era do sexo feminino (64,3%) e casados (57,1%). A média de idade entre eles foi de 46,5 anos, variando entre 30 a 78 anos, sendo que a maioria tinha entre 30 a 49 anos (69,2%). Apenas dois entrevistados, ambos representantes dos Conselhos Distritais de Saúde das AP 3.2 e 3.3, não eram farmacêuticos. Dentre os profissionais farmacêuticos, a média de idade foi de 43 anos, variando de 30 a 65 anos, portanto, tratando-se de profissionais com maior bagagem de experiência.

Dentre os farmacêuticos, quase todos (91,7%) já realizou alguma pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) e um estava cursando uma especialização. Quanto às áreas de pós-graduações, 7 entrevistados realizaram em Ciências Farmacêuticas, 3 em Saúde Pública, 2 em Saúde da Família e 1 em Gestão da Assistência

Farmacêutica. Desse modo, dos 12 farmacêuticos entrevistados, 9 (75%) tinham alguma formação específica com utilidade na prática dos SeFar e 7 (58,3%) apresentavam qualificação em áreas mais diretamente relacionadas com os SeFar na APS (Saúde Pública, Saúde da Família, Gestão da Assistência Farmacêutica e Preceptorial no SUS), sendo que destes, dois atuavam na ponta dos serviços.

Quase todos os sujeitos (78,6%) já haviam trabalhado ou estavam trabalhando na SMS-RJ até o momento que as entrevistas foram realizadas, com um longo tempo de atuação, em média de 8,9 anos, considerando o total dos entrevistados, e 7,3 anos para os farmacêuticos, com um mínimo de 6 anos de atuação na SMS-RJ.

Dois dos três atores representantes do CRF-RJ, nunca trabalharam na SMS-RJ, bem como não têm formação específica na área de Saúde da Família ou Saúde Pública. Um deles, a coordenadora da Câmara Técnica de Atenção Básica, vinculada ao CRF-RJ, também atua como farmacêutica de UBS, entretanto, na pesquisa as perguntas foram mais direcionadas à sua função atual no CRF-RJ, o que não anula a influência de sua experiência como profissional da APS e conhecimento acumulado, na compreensão das questões levantadas durante a entrevista.

A maioria dos entrevistados está há pelo menos 3 anos no cargo ou função atual (64,3%). O tempo de exercício no cargo ou função entre os farmacêuticos gestores, variou de 1 mês a 9 anos, sendo que a maioria (71%) tinha pelo menos 5 anos de atuação. A farmacêutica gestora do NAF-central é quem menos tinha experiência no cargo até o momento da entrevista, apenas 1 mês. Entretanto já tinha grande bagagem de experiência na área de APS do município (15 anos).

OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERCEPÇÃO DOS ATORES E DAS POSTULAÇÕES DOCUMENTAIS

Nesta categoria temática incluem-se a perspectiva dos atores entrevistados quanto à definição e aos principais objetivos dos Serviços Farmacêuticos (SeFar) na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro (MRJ). No que tange aos objetivos, também foram incluídos os achados da pesquisa documental.

Segundo os depoimentos dos entrevistados, os SeFar se referem às ações desenvolvidas pelo profissional farmacêutico, ou sob sua coordenação, na unidade básica

de saúde (UBS) e junto ao usuário e à equipe multiprofissional, integradas ao processo de atenção à saúde.

“São as ações que o farmacêutico pode tá ou atuando diretamente ou coordenando”. (GMI-2)

[...] “esse pacote de serviços, né, de oferta, de ações que são de fato desenvolvidas pelo farmacêutico junto aos usuários de maneira coletiva ou individual e junto à equipe de saúde [...]”. (TF-2)

“É o conjunto de atividades na área farmacêutica imbricada com o processo de cuidado, o processo de atenção à saúde: a promoção, cuidado, prevenção e reabilitação”. (TF-1)

Alguns entrevistados enfatizaram que os SeFar se configuram, adicionalmente, por um conjunto de ações direcionadas à promoção do uso racional de medicamentos no nível da APS.

“Eu entendo como o conjunto de... de atividades e operações voltadas a garantir o uso adequado de medicamentos, nesse nível de cuidado, no nível da Atenção Primária”. (TF-1)

“Então seriam basicamente essas duas questões, né: o atendimento, a orientação ao uso correto do medicamento e o acompanhamento desse tratamento”. (TR-2)

Destaca-se que boa parte dos sujeitos entrevistados relataram que os SeFar não se resumem apenas a atividades administrativas, voltadas à parte logística, mas que também abrangem atividades técnico-assistenciais, com ações voltadas ao cuidado ao paciente e ao apoio técnico aos demais profissionais de saúde, de modo a garantir tanto o acesso quanto a qualidade no uso de medicamentos.

“É um serviço não só meramente administrativo, é um serviço de cuidado também”. (GMA)

“[...] abrange a questão logístico-administrativa que é relacionada diretamente ao medicamento físico [...] e no que diz respeito a parte técnico-assistencial, a todo monitoramento, desde a dispensação orientada [...]”. (GME-3)

“E pra que se garanta o uso adequado, isso implica em uma série de questões: as pessoas têm que conseguir acesso, elas têm que entender como usar, os profissionais têm que tá informados”. (TF-1)

Outro aspecto apontado por alguns entrevistados foi que o elemento central de atuação dos SeFar são os usuários, sendo o medicamento essencial para direcionar as ações, mas não o foco principal destas.

“As atribuições que o farmacêutico tem na unidade, na farmácia, mas não com foco no medicamento, mas sim com foco no paciente, no usuário”. (GMA)

“[...] o medicamento sendo um alerta, né, uma biruta pra dar conta das ações, mas o medicamento é apenas um suporte, mas o paciente é o foco, né? Naquela lógica, né, de sair do medicamento pro usuário, mas assim, entendendo que o profissional de saúde também é um usuário indireto”. (TF-2)

Os atores também relataram que as ações dos SeFar não se limitam ao espaço da farmácia, incluindo outras atividades coletivas ou individuais, realizadas na unidade de saúde e na comunidade, visando a integralidade do cuidado.

“Não só o que é feito dentro da farmácia”. (GME-3)

“Vai tá relacionada a qualquer atividade que a gente faça externamente, que seja visita domiciliar ou grupos de acompanhamentos de paciente, ou fazendo algum trabalho farmacoterapêutico de algum paciente específico”. (GMI-1)

Na perspectiva dos usuários, os Serviços Farmacêuticos se resumem apenas ao ambiente da farmácia e são importantes para garantir o acesso da população aos medicamentos, não havendo clareza quanto à sua definição e potencialidades para melhoria do cuidado em saúde dos usuários.

“O serviço farmacêutico é um serviço muito importante, né, desde que a farmácia, as suas grades (de medicamentos), esteja completa”. (TU-1)

“Então a farmácia [...] é muito importante desde que atenda a população, né?”. (TU-1)

[...] “que eu entendo do serviço de farmácia acho que é o local onde os usuários recebem as suas medicações”. (TU-2)

Na visão dos representantes do CRF-RJ, entrevistados que não possuíam experiência e formação na área de APS, os SeFar se referem a ações individuais e intramuros (dentro do espaço da farmácia), como dispensação de medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico.

[...] “eu vejo o serviço farmacêutico como uma parte de atendimento à população pra prestar o acompanhamento farmacoterapêutico”. (TR-1)

[...] “os Serviços Farmacêuticos aqui eles tão no atendimento e dispensação de medicamentos”. (TR-2)

“Então seriam basicamente essas duas questões, né: o atendimento, a orientação ao uso correto do medicamento e o acompanhamento desse tratamento, né?”. (TR-2)

Quanto aos objetivos dos SeFar, os entrevistados relataram como principais qualificar os serviços de atenção à saúde, promover um acesso de qualidade aos medicamentos e promover o seu uso racional, junto aos usuários e equipe, visando à obtenção de resultados em saúde.

“[...] melhoria de atendimento à população, a racionalização do uso dos medicamentos”. (TR-1)

“Eu acho que é agregar atendimento melhor pra a população [...]”. (GMI-2)

“Seu objetivo é trazer melhorias de saúde por meio de uma... tendo o medicamento como um insumo central ali, prover informação, prover orientação, prover apoio pros profissionais de saúde, naquilo que é em torno do medicamento, pra melhor acesso, pro uso racional do medicamento”. (TF-2)

“[...] “garantir o acesso do medicamento, lembrando que o acesso não basta ter o medicamento físico, o acesso começa com uma prescrição médica adequada, com orientação daquele diagnóstico adequado, com um conhecimento do usuário do tratamento dele, da importância de dar continuidade aquilo [...]”. (GME-3)

“Esses Serviços Farmacêuticos têm que ser capazes de promover um acesso de qualidade, [...] então não só da disponibilidade do produto, mas a disponibilidade do produto que atenda às necessidades do usuário aonde ele está”. (TF-1)

Outro objetivo bastante destacado pelos entrevistados, especialmente pelos gestores da macro e mesogestão, foi realizar uma boa gestão do medicamento.

“[...] “eu acho que dentro dos serviços farmacêuticos têm também a questão da assistência farmacêutica relacionada à gestão de medicamento”. (GME-1)

“Primeira é uma boa uma boa gestão de estoque [...]”. (GME-4)

Por outro lado, os farmacêuticos que atuam na ponta do serviço, apresentaram em suas falas como objetivos dos SeFar, em especial, a qualificação do atendimento ao usuário com oferta de orientação que facilite o uso de medicamentos.

“Facilitação [...] da compreensão mesmo da utilização dos medicamentos pra população. Basicamente isso. É desmitificar uma coisa que pra alguns é um bicho de sete cabeças, é uma coisa muito difícil, e transformar em algo fácil pra eles”. (TR-3)

“[...] eu vejo muito o farmacêutico como aquela pessoa assim, a última pessoa assim que o paciente vai ver, então é ela que vai dar o último ajuste, né? Vai dar a orientação, vai ter certeza que o paciente vai levar tudo pra casa e vai saber usar aquilo, então é um ajuste fino.” (GMI-1)

Dos 9 documentos analisados, apenas 4 continham objetivos definidos para a Assistência Farmacêutica (Quadro 7), sendo apenas um do nível municipal. De modo consensual, traziam como objetivo da AF a garantia do acesso a medicamentos e promoção do seu uso racional. Vale destacar que todos os documentos selecionados eram voltados à AF no contexto da Atenção Básica. Vale lembrar que admitiu-se neste estudo, com base em Pereira, Luiza e Cruz (2015), que os SeFar na APS estão inseridos dentro do conceito de AF e atrelados às atividades diretamente envolvidas nas UBS.

Quadro 7. Objetivos da Assistência Farmacêutica/Serviços Farmacêuticos na APS, conforme os documentos analisados.

Nível de abrangência	Objetivos da AF/SeFar na APS
Nacional	Apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional (BRASIL. MS, 2006, p.13).
Nacional	[...] 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. MS, 2009, p.84).
Nacional	[...] busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL. MS, 2015, p.54).
Municipal	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, p. 141).

No plano municipal de saúde (PMS) de 2010-2013, o fortalecimento da Assistência Farmacêutica estava definido como uma das diretrizes estratégicas. Para cada um dos objetivos da AF foi definido um conjunto de metas, dentre elas a adequação de 100% das farmácias de UBS; composição das equipes com farmacêuticos e oficiais de farmácia em todas as unidades, de modo a cobrir todo seu horário de funcionamento; estabelecer política de uso racional de medicamentos; implantar seguimento farmacoterapêutico em todas as UBS, promover eventos anuais sobre uso racional de

medicamentos (URM) para os profissionais da rede; e atender 100% da demanda de medicamentos padronizados para a atenção básica.

O PMS de 2014-2017, apesar de não conter objetivos definidos para AF, apresenta um capítulo dedicado a este tema trazendo a importância deste componente na garantia do acesso e qualidade da assistência à saúde. Também destaca que a elaboração da Relação de Medicamentos Essenciais (REMUME-rio) é uma estratégia para qualificação das ações da AF no município, visando a garantia de acesso e promoção do uso racional de medicamentos. Neste documento também há metas para os SeFar, porém, diferentes do anterior, focando somente na distribuição de medicamentos (RIO, 2013a).

Já o primeiro PMS da nova gestão do governo municipal, não estabelece objetivos para a AF no município, apesar de sua provisão ter sido definida como uma das estratégias municipais e de ter determinado duas metas (RIO, 2013b). Estas se relacionam apenas com a distribuição de medicamentos à população, incluindo os fitoterápicos.

COMPREENSÃO E EXPECTATIVAS SOBRE AS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Nesta categoria foram abordadas as atividades descritas, nos documentos analisados, para AF no que se relaciona com a APS e o conhecimento dos atores sobre as atividades desenvolvidas pelos SeFar no município do Rio de Janeiro, bem como as atividades que deveriam ser incluídas ou interrompidas, na sua opinião.

Com exceção dos Planos Municipais de Saúde, os demais documentos investigados apresentavam, em alguma medida, formas de operacionalização dos SeFar (BRASIL. MS, 2006, 2009, 2015, 2017; RIO, 2011b, 2016). Todos os documentos propuseram atividades que se relacionam com a garantia de acesso e uso racional de medicamentos.

Os documentos de abrangência municipal trazem aspectos mais práticos da oferta de SeFar na APS no município do Rio, apresentando, principalmente, atividades voltadas à gestão da AF, que visam garantir o acesso da população aos medicamentos (RIO, 2011b; 2016). Em relação às práticas assistenciais somente se referem àquelas vinculadas à dispensação de medicamentos na farmácia.

Conforme descrito a seguir, os documentos nacionais mais recentes e inseridos num contexto de maior estruturação da APS no Brasil, bem como da AF, apresentam mais detalhes do que pode ser realizado pelos SeFar nas UBS, em especial no tocante das ações assistenciais direcionadas ao usuário, família e comunidade (cuidado farmacêutico), e de suporte à equipe de saúde (apoio técnico-pedagógico) (BRASIL. MS 2015; 2017). O caderno do NASF (2009), pioneiro na visão do farmacêutico como ator do cuidado, também já descrevia as atividades clínico-assistenciais que deveriam ser desenvolvidas pelos SeFar na APS.

A agenda dos profissionais do Nasf, em especial do farmacêutico, deve ser construída de forma a considerar os seguintes grupos de atividades: reuniões com as equipes de Saúde da Família; [...] grupos de educação em saúde/ atividades comunitárias; visita domiciliar; atendimento conjunto com outros profissionais de saúde; atendimento familiar e/ou individual; educação permanente (BRASIL. MS, 2009, p.85).

[...] os serviços farmacêuticos na ABS irão incluir, sob o ponto de vista da logística, o planejamento e o abastecimento de medicamentos; e sob o ponto de vista do cuidado farmacêutico, irão incluir os serviços de clínica farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas (BRASIL. MS, 2015, p.58).

[...] gestão técnica do medicamento, atuação do farmacêutico junto às equipes multiprofissionais da Atenção Básica (AB) e cuidado farmacêutico (BRASIL. MS, 2017, p.7).

Segundo os entrevistados, as atividades desenvolvidas pelos SeFar no MRJ envolvem tanto a gestão técnica do medicamento (atividades técnico-gerenciais) quanto a gestão do cuidado (atividades clínico-assistenciais).

“Eles realizam as atividades administrativas, gerenciais, que é a parte de controle de estoque, de armazenamento [...], pra divulgar os medicamentos que a gente tem disponíveis na grade, se não tem, orientar quais são as alternativas, orientar os profissionais; orientar os usuários, orientar eles quanto ao uso correto, não só dos medicamentos, mas dos insumos também”. (GMA)

“Bom, além da... do gerenciamento logístico do ciclo da assistência farmacêutica e de solicitação, aquisição, armazenamento e dispensação, as atividades assistenciais são feitas com consulta farmacêutica, participação do farmacêutico em grupos de educação em saúde”. (GME-3)

As atividades técnico-gerenciais descritas se referem a questões administrativas e gerenciais, que dizem respeito ao controle de estoque e solicitação de medicamentos e

são responsáveis por possibilitar o acesso da população aos mesmos, conforme necessidade.

“Eles realizam as atividades administrativas, gerenciais, que é a parte de controle de estoque, de armazenamento [...]”. (GMA)

“Parte de logística, que é a garantia que vai haver medicamentos pro paciente na sua unidade mais próxima [...]”. (TR-3)

As atividades clínico-assistenciais, segundo a perspectiva dos entrevistados, incluem, principalmente, ações realizadas junto ao usuário, como dispensação orientada, visita domiciliar, consulta farmacêutica e participação em grupos terapêuticos, com destaque para o de Tabagismo.

[...] “as atividades assistenciais são feitas com consulta farmacêutica, participação do farmacêutico em grupos de educação em saúde. Visita domiciliar é realizada sim, mas somente quando necessário [...]”. (GME-3)

A dispensação de uma forma responsável, de tá ali e ter esse sentido de entender o paciente, os questionamentos do paciente”. (GMI-1)

[...] “tem muito envolvimento no tabagismo dos farmacêuticos também. E grupos diversos, eles participam [...]”. (GME-1)

Também foram relatadas ações de apoio à equipe de saúde, especialmente no acompanhamento de pacientes com determinadas patologias, como tuberculose e sífilis.

[...] “eu acabo sempre tendo que ter um questionamento com a equipe técnica, uma reunião. Não no sentido de tirar satisfação por nada não, mas de contribuir mesmo com o apoio que o farmacêutico pode dar”. (GMI-1)

[...] “o atendimento e o acompanhamento de pacientes de tuberculose resistente, né, além do esquema básico [...] assim como acompanhamos a sífilis”. (GMI-1)

Há a percepção nos atores, de que as atividades clínico-assistenciais ainda não são realizadas de maneira sistemática na rede de APS no MRJ. As ações ainda estão mais centradas na parte logística e gerencial dos serviços do que nas ações de cuidado ao paciente e comunidade.

“Na hora que a gente precisa fazer as coisas, a gente sempre vai dar mais, uma preferência maior pra a logística e processos internos, né, que é o que realmente impacta primeiro [...]. E aí acaba que a... essa parte de qualificação junto ao usuário e a equipe acaba sendo segundo plano, acaba até fazendo, a gente faz assim na hora livre”. (GMI-1)

“Infelizmente, a gente tá mais envolvido com a parte de estoque, porque a parte assistencial a gente não tá conseguindo fazer tanto”. (GMI-2)

“A gente consegue ter notícias de várias conversas, mas nada muito sistematizado, que tem alguns polos de excelência, que estão fazendo ações intra e extramuros, fazendo intervenções junto aos prescritores, de educação aos prescritores, buscando projeto com grupos vulneráveis[...]”. (TR-1)

[...] “tá muito ainda restrito à prateleira da farmácia”. (TF-2)

O que se espera em termos de prática dos SeFar na APS no MRJ, para além do que já é realizado é, sobretudo, o desempenho regular de atividades clínico-assistenciais, de modo mais sistematizado e equilibrado às demandas referentes à gestão do medicamento.

“E poder ter esse olhar diferenciado e poder realizar também outras atividades [...] fora do espaço farmácia, como a participação de grupos, visitas domiciliares [...], outras atividades que o farmacêutico pode estar inserido em conjunto com outros profissionais pra tá trazendo qualidade de vida pra população e não necessariamente que esteja usando o medicamento”. (GMA)

“[...] mas que o farmacêutico fosse esperado dele assim um papel, obviamente que ele zele bem pela farmácia, que ele tenha uma capacidade de boa gestão do ciclo [...], mas que não fosse uma ação muito pontual, aquilo que ele faz com o usuário, mas que pudesse ser de uma maneira mais sistematizada”. (TF-2)

Outro ponto destacado pelos atores foi a necessidade de uma participação mais ativa do farmacêutico nas ações que envolvem o cuidado ao paciente, para além das questões internas da farmácia, sendo condição fundamental uma melhor organização do tempo.

“A gente precisa mostrar que somos profissionais de saúde, a gente precisa mostrar que nós não somos totalmente burocráticos, né? Então eu acho que essa saída da farmácia que a gente precisa fundamentar mais”. (GME-4)

“[...] não dá pra ficar só na farmácia, acho que pode mostrar mais, né?”. (TF-2)

“Antigamente se falava de estrutura, a estrutura era um limitador, agora o tempo é limitador porque não tem tempo, que tem muita demanda. Eu não sei, mas eu acho, eu aposto que se tivesse uma melhor organização de agenda, isso seria capaz de fazer com que o profissional saísse um pouco desse casulo”. (TF-2)

A necessidade de institucionalização das atividades relacionadas aos SeFar a serem desenvolvidas na APS, com pactuação de metas e outras formas de cobrança, foi outra questão abordada pelos entrevistados.

“[...] uma responsabilização do indivíduo em ter uma meta de prestação de serviço farmacêutico”. (TF-2)

“Como não é obrigatório que haja qualquer tipo de registro do serviço farmacêutico na unidade de saúde [...] a gente vê isso muito pouco estruturado”. (TR-1)

“[...] “o registro dessas atividades e a divulgação dos resultados dos serviços realizados, eu acho que isso é uma coisa que falta no serviço”. (GMA)

A maioria dos entrevistados relatou não haver atividades sendo realizadas que não sejam inerentes aos SeFar. Entretanto alguns atores pontuaram que a carga de atividades burocráticas deveria ser reduzida, uma vez que não há clareza quanto ao uso e utilidade das informações geradas para a melhoria dos serviços.

“Talvez não a atividade em si, mas a magnitude dela. Parece que continua uma questão muito burocrática [...]. Mas é um fato de que essa burocracia ainda toma um tempo muito grande, sem que isso reverta em informação de qualidade pras pessoas, ou pra gerir os serviços, ou pra melhorar o serviço”. (TF-1)

“[...] “ele tem que ter um tempo pra também ele parar e pensar, né? Então começa também encher de atividades, dessa rotina de planilha, ele vira um preenchedor de planilha”. (TF-2)

Embora os farmacêuticos da ponta não acreditem que acumulem atividades que não sejam inerentes ao serviço, há uma preocupação com o prejuízo da qualidade das atividades realizadas, bem como de sua regularidade, por conta da sobrecarga de trabalho.

“A gente se sente muito sobrecarregado por muitas coisas, mas eu não acho que são coisas que eu não deveria estar fazendo”. (GMI-1)

“[...] “grupo de tabagismo que a gente consegue ainda, aos trancos e barrancos consegue fazer”. (GMI-2)

Uma vez que os profissionais do CRF-RJ estão distantes da prática dos SeFar na APS e não possuem experiência ou formação nesta área, eles demonstraram pouca compreensão do que é ou deveria ser desenvolvido na ponta dos serviços, atrelando a atuação dos SeFar, basicamente à dispensação de medicamentos e ao acompanhamento

farmacoterapêutico dos usuários. Um dos entrevistados, tinha notícia da demanda de realização de visita domiciliar pelos farmacêuticos.

"Só dispensação mesmo". (TR-1)

"[...] essa parte de acompanhamento farmacoterapêutico, de seguimento, de o farmacêutico ter um local adequado pra atender" (TR-1)

"[...] e o que eu sei é a luta e a briga pela visita domiciliar que os farmacêuticos nem todos fazem". (TR-2)

Destaca-se que os representantes dos usuários não demonstraram conhecimento de outras atividades desenvolvidas pelos SeFar, além da dispensação de medicamentos e gerenciamento de estoque.

[...] "só dispensação". (TU-1)

"Dispensar, organizar e enviar as suas deficiências e necessidades dos medicamentos". (TU-2)

MEIOS PARA A CONSECUÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Nesta categoria foram apresentados resultados referentes à análise da capacidade dos gestores de monitorarem os Serviços Farmacêuticos e da influência de fatores locais na implantação desses serviços, relacionados a recursos humanos, estrutura e investimento financeiro, na perspectiva dos sujeitos entrevistados

Também foram incluídos os achados da pesquisa documental, em que metade dos documentos apresentaram recursos estruturais e/ou recursos humanos necessários para a consecução dos Serviços Farmacêuticos (BRASIL. MS, 2006; 2014b; RIO, 2009; 2011a; 2011b).

Capacidade de monitorar

No contexto da APS do MRJ, existe uma baixa capacidade de monitorar os SeFar, uma vez que não há meios de monitoramento destes serviços que sejam institucionalizados e sistematizados em nenhum nível de gestão, conforme o relato dos atores entrevistados. Desse modo, isto acaba por ficar a cargo da proatividade e interesse dos gestores dos NAF regionais e dos farmacêuticos presentes na gestão local das farmácias das unidades básicas.

“Então, a gente observou que algumas, algumas áreas, alguns NAF, eles fazem a seu modo um relatório de gestão, tem um tipo de controle, outros não”. (GMA)

[...] “como essa questão do serviço farmacêutico ainda não é uma questão institucionalizada [...] isso fica um pouco perdido pra todo mundo, sabe? O farmacêutico não se sente obrigado a fazer e a gente por sua vez controla, mas não é um controle que a gente consiga manter porque não tem essa cobrança, né?”. (GME-1)

“O que a gente estimula sempre é isso, que eles façam sempre relatórios dos serviços que eles fazem, é... que seja mensal isso, né? [...]. Mas a gente não tem assim um momento de consolidar essas informações”. (GME-1)

Segundo os farmacêuticos da ponta, existem alguns tipos de registros, controles e acompanhamentos dos SeFar no nível local, mas nada muito sistematizado.

“Cada vez que eu faço uma atividade: consulta, interconsulta, eu consigo registrar, grupo, então a gente vai registrando [...]”. (GMI-1)

“[...] tenho todas as planilhas que a gente faz de acompanhamento”. (GMI-2)

Pelo relato de alguns entrevistados, percebeu-se que há um acompanhamento mais frequente e cuidadoso das atividades gerenciais, naquilo que se relaciona ao abastecimento do estoque de medicamentos.

[...] “a gente fica sempre atento é em relação ao envio do pedido para abastecer a unidade”. (GME-1)

“O único monitoramento que nós temos são as questões de logística. É o prazo de envio das planilhas, um CMM muito bem definido, aquele excesso de remanejamento disparados, se há presença de medicamento vencido ou não”. (GME-4)

Em relação aos indicadores pactuados nos contratos de gestão entre SMS e OSS, na perspectiva da maioria dos gestores, estes não têm utilidade para a gestão dos SeFar nos seus diferentes níveis de atuação.

“Não, aqui pra nós, pra nada. Assim, eu acho que eles são frágeis [...]”. (GME-2)

[...] “pra minha gestão como não interfere diretamente na assistência, não tem utilidade”. (GME-3)

[...] “então não era nada que impactasse no meu serviço”. (GMI-2)

Entretanto, para poucos gestores existe alguns indicadores que poderiam ser úteis ao trabalho dos farmacêuticos do nível local, como o acompanhamento do resultado clínico de pacientes de algumas patologias específicas e o percentual de medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) prescritos pelos profissionais da unidade.

“Então para o farmacêutico, a gente orienta que pegue os indicadores assistenciais de sífilis, diabetes, tuberculose e interfiram diretamente, junto com o gestor local, na discussão desses indicadores pra ver como a assistência farmacêutica, o serviço farmacêutico, pode ajudar a unidade, a equipe a atingir as suas metas”. (GME-3)

“Acho que seria muito legal usar aquilo pra educação da equipe (indicador N° de medicamentos prescritos da RENAME) [...]. É talvez o único que tenha utilidade, algum tipo de utilidade prática”. (GMI-1)

Uma das causas relatadas para a baixa utilidade dos indicadores do contrato de gestão foi a ausência de um representante dos SeFar no momento de sua elaboração, o que acarretou em indicadores inespecíficos para os SeFar e que não mensuram sua produtividade e qualidade assistencial.

“Não, ninguém repassa a informação. E a gente não tem nenhuma participação com relação a sugerir indicadores, elaboração, acompanhamento e resultados. A gente não tem acesso a nenhuma dessas informações, infelizmente”. (GMA)

“Então, não tem indicador nenhum diretamente ligado a assistência farmacêutica [...]”. (GME-3)

Apesar dos indicadores dos contratos, de uma forma geral, não terem utilidade para a gestão dos serviços, a maior parte dos gestores não utilizavam indicadores próprios para o monitoramento dos SeFar, embora alguns tenham relatado estarem elaborando.

“Então assim, já estamos pensando nisso e esse instrumento (para coleta de indicadores) hoje não existe, mas ele já está sendo pensado”. (GMA)

“[...] a gente não tem indicadores, então pra mensurar mesmo o nosso trabalho. E mensurar o nosso trabalho acaba sendo difícil”. (GMI-1)

Embora a AP 3.2 utilizasse alguns indicadores de acompanhamento das atividades realizadas, não foram determinadas metas de alcance para os mesmos. Ademais, há baixa adesão dos profissionais da ponta para a utilização desses indicadores.

“É, esses indicadores de assistência farmacêutica: de atendimento, aí número de consultas, mas não tem metas, são só indicadores, não tem metas porque como não são oficiais, a gente não pode definir”. (GME-3)

[...] “a gente tenta monitorar, mas assim, como não é obrigado o preenchimento, as pessoas não enviam, não preenchem e tal”. (GME-3)

Recursos Humanos

Alguns dos documentos pesquisados apresentavam as necessidades de recursos humanos para compor os SeFar.

Identificar necessidades, definir perfil (competências e habilidades), capacitar, acompanhar e avaliar suas ações (BRASIL. MS, 2006, p.26).

Recursos humanos em número suficiente para atender as demandas de dispensação de medicamentos. Com pelo menos um (1) farmacêutico durante todo o horário de funcionamento da unidade e um (1) técnico de farmácia por Clínica de Família (RIO, 2011b, p.19).

A necessidade de capacitação dos profissionais para que atendam às demandas exigidas para atuação nos SeFar no contexto da APS, foi encontrada em três documentos, dois do MRJ e um do MS.

Implementar programa de desempenho individual e de equipe, bem como programa de educação permanente de acordo com as necessidades pessoais e dos serviços (BRASIL. MS, 2006).

Capacitar 100% farmacêuticos em atenção farmacêutica e farmácia clínica, como multiplicadores do conhecimento. Treinar 100% dos oficiais de farmácia para promoção do uso racional de medicamentos (RIO, 2009).

[...] é premente contar com ações de capacitação para romper com o paradigma estabelecido pela compreensão da farmácia enquanto almoxarifado de medicamentos, direcionando sua função social de assistência à saúde – locus sanitário, cujo foco tange o medicamento e o usuário do sistema (RIO, 2011b).

Quase todos os entrevistados consideraram que o número de profissionais presentes nas farmácias das unidades básicas de saúde (UBS) era insuficiente em alguma medida. Essas, em geral, contam com apenas um farmacêutico e um auxiliar/técnico de farmácia por unidade. Esse número foi considerado insuficiente, principalmente, devido à variedade da cobertura populacional e ao número de equipes de saúde da família entre as UBS.

“É suficiente dentro da nossa realidade. Mas eu acredito que em algumas unidades, devido a quantidade do número de equipes e a população, poderia pelo menos ter mais um farmacêutico ou ter mais um técnico”. (GMA)

“Na verdade, é uma conta que tem um desequilíbrio, é fácil de identificar, porque independente do número de unidades, de equipes na unidade, só tem um farmacêutico e um técnico. Então, é claro que são demandas diferentes”. (TF-1)

[...] “depende da secretaria com nova contratação, com profissionais que é porque tem dias que tem uma fila do caramba aí [...]”. (TU-1)

Segundo os entrevistados, essa deficiência de recursos humanos gera uma sobrecarga de trabalho, compromete a qualidade dos serviços ofertados e limita suas possibilidades de alcance.

“E aí, de fato quando você compara aquela unidade que tem mais equipes com uma que tem menos, o farmacêutico que tem mais equipes, ele não consegue desenvolver a mesma coisa com a mesma qualidade que o outro que tem menos equipe consegue”. (GME-1)

“[...] acaba que muitas horas um dos dois fica sozinho, porque aí acaba que fica praticamente só voltado pra dispensação”. (GMI-2)

“Então é muita confusão. O dia que ela (farmacêutica) não tá aí, remédio controlado não pode sair [...] Deveria ter um outro”. (TU-1)

É importante destacar que, apesar de predominar a percepção da necessidade de mais profissionais nos serviços de farmácias, alguns entrevistados reconheceram os avanços do panorama da Assistência Farmacêutica na APS no município do Rio de Janeiro, que optou por lotar ao menos um farmacêutico em cada UBS, ao invés de inseri-lo no NASF.

“Mas em vista de muitos anos atrás, o nosso perfil é muito bom, já evoluiu bastante. E só o fato de ter um farmacêutico, no mínimo um farmacêutico e um técnico de farmácia em todas as unidades, isso já é um grande avanço”. (GMA)

“Hoje nós temos 1 farmacêutico pra cada unidade. Isso é um luxo. Eu tinha 1 farmacêutico cobrindo 4 unidades há 2 anos atrás mais ou menos”. (GME-4)

“Eu acho que o que a prefeitura fez, ousou muito. Desde a época que começou o processo de expansão, né, que era previsto só no NASF [...] colocou um (farmacêutico) por unidade, né?”. (TF-2)

A capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de farmácia nas UBS não era adequada, na opinião de boa parte dos sujeitos entrevistados, para que os mesmos realizassem aquilo se espera para os SeFar.

“Treinamento muito aquém do necessário, muito [ênfase] aquém, precisaria ter uma capacitação muito mais eficiente [...]”. (GME-3)

[...] “um ponto a ser aprimorado que é o treinamento das equipes, né? Do corpo de farmacêuticos pra que realmente possam atender bem a população. Isso realmente falta um pouco”. (TR-1)

Um ponto destacado por grande parte dos atores foi a falta de preparo dos profissionais para atuarem na atenção primária, uma vez que não possuem formação nesta área e a graduação é deficiente neste aspecto.

[...] “os profissionais, eles não vem qualificados pra atenção básica porque eles não aprendem isso na faculdade”. (GMA)

“[...] a maioria dos nossos farmacêuticos não tem formação na área da Estratégia da Saúde de Família”. (GME-1)

“Eu vejo isso como um reflexo dos estagiários que passam aqui, eu pergunto: - Você sabe o que que é clínica da família? Você sabe que que é atenção primária? - Nunca ouvi falar. E isso até hoje!”. (GMI-2)

[...] “na média geral, as pessoas saem da sua formação universitária com uma visão muito distorcida e limitada das suas possibilidades de atuação”. (TF-1)

Para os técnicos/auxiliares de farmácia a capacitação parece ser ainda mais deficiente, pois algumas OSS não exigem nem formação específica, nem experiência de atuação na área de farmácia para a contratação desses profissionais.

[...] “na OSS X’, por exemplo, precisa ser técnico de farmácia, aqui não precisa. O ‘João’ nunca trabalhou em farmácia. Ele é formado em publicidade [...] ele nunca tinha visto nada de medicamento”. (GMI-2)

Desse modo, apesar de relatarem a existência de alguns cursos e treinamentos específicos para os profissionais dos SeFar, os entrevistados reconheceram a necessidade de se ampliar as ações de capacitação dos mesmos.

[...] “os treinamentos são só voltados pro farmacêutico e o que o técnico recebe é o que o farmacêutico passa. Se o farmacêutico não passar, ele não recebe”. (GMA)

“Mas eu acho que precisa de mais capacitação sim, mas que a gente tem que estimular essa... esse olhar do cuidado mesmo, ainda mais que a gente não tem muito cuidado (assistencial) na faculdade”. (GME-1)

“Tem as capacitações da Fiocruz né, que agora tem tanto de farmacêutico quanto de auxiliares, mas que não necessariamente vai suprir as reais necessidades do dia-a-dia. É ótimo pra poder abrir a cabeça né? Formar um senso crítico [...]. Porém, pro dia-a-dia, pra quem acaba de chegar, não tem assim uma capacitação frequente”. (GMI-2)

Vale destacar que alguns entrevistados mencionaram que sentem uma carência no profissional farmacêutico de habilidade na comunicação e acolhimento junto ao usuário.

“E o perfil acolhedor, o perfil de escuta, isso é muito difícil de conseguir”. (GME-3)

“[...] eu acho que falta para o farmacêutico essa qualificação na área de humanas”. (TR-2)

“Eu sei que muitas das vezes é muito rápido, né, que você tem uma fila grande e tudo, mas é... o tratar bem, ser bem receptivo para o usuário eu acho que cabia sim”. (TU-2)

Estrutura das farmácias

Em relação à estrutura das farmácias, foram identificadas orientações em dois documentos da SMS-RJ, ambos de 2011 e dois do MS, ambos de 2006. Em geral, recomenda-se a necessidade de local físico bem dimensionado, que considere a demanda de atendimento, livre de barreiras físicas que prejudiquem a relação farmacêutico-usuário, como janelas e grades; espaços internos preferencialmente divididos em: área de dispensação, área de estocagem de medicamentos e sala para o farmacêutico realizar atendimento individual; e disposição de materiais e equipamentos necessários.

Preferencialmente 3 espaços: dispensação (sem janela, com mesa/balcão); depósito da farmácia e sala farmacêutico (RIO, 2011)

[...] local para atendimento de usuários livre de qualquer barreira física para a comunicação com o profissional e levar em conta a humanização das relações (RIO, 2011b).

Dispor de espaço físico suficiente, compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades [...] O dimensionamento das áreas não deve seguir um padrão estabelecido. As necessidades de espaço dependem do volume de atividades, demanda, modalidade da aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos (BRASIL. MS, 2006).

Dispor de equipamentos e materiais em quantidade e qualidade apropriadas e condições adequadas de funcionamento (BRASIL. MS, 2006).

Os entrevistados relataram que a maioria das farmácias apresentam estrutura adequada e que isso foi evoluindo ao longo dos últimos anos.

“Sim, sim. E ainda mais comparando, né, com anos, desde quando eu entrei na Secretaria, a estrutura melhorou muito né. Hoje todas as farmácias são informatizadas. Todas têm computador, todas têm impressora, todas têm ar-condicionado”. (GMA)

“Devido a estrutura que eles fizeram, a clínica da família, então você tem um compartimento mais humanizado, sem grade, que você consegue acolher mais o paciente, né, sentar com ele, explicar como é que ele vai tomar a medicação. Achei isso muito bom. Achei que evoluiu bastante”. (GME-2)

“Sobretudo nas unidades mais novas, no modelo mais novo, sim, as farmácias têm uma área adequada”. (TF-1)

“Em termos de área, estrutura, ar condicionado, armário, pallet, essa coisa toda, estante, acho que essa coisa toda organiza... deu conta, né?”. (TF-2)

Observou-se que os atores mais diretamente envolvidos com os problemas cotidianos dos serviços, apresentaram uma visão diferente e mais crítica às questões estruturais das farmácias, do que os demais atores que estão mais distantes da realidade local. A principal dificuldade referente aos recursos estruturais relatada, foi o espaço físico destinado.

[...] “de unidade tipo A eu acho pequeno [...] Então quando chega pedido, fica abarrotada, não tem estrutura”. (GMI-1)

“[...] porque mesmo recebendo medicamento só pra um mês, quando recebe, fica bem abarrotado”. (GMI-1)

“Não. Como eu já te disse, o tamanho das farmácias é... igual, não consideram o número de equipes e o volume de medicamentos que vai ser armazenado e movimentado ali dentro”. (GME-3)

“O tamanho do espaço físico é subdimensionado, a distribuição geográfica ali dentro desse espaço físico também é ruim”. (GME-4)

“[...] um negocinho pequenininho [...] E às vezes o estoque tem que ser alocado pra outro lugar porque não dá ali naquela... É uma casinha de ovo”. (TU-2)

Outros problemas mencionados foram: ausência de uma área para o farmacêutico realizar atendimento individual aos usuários e quantidade de computadores insuficiente nas farmácias.

“Precisa de uma estrutura pro farmacêutico atender, um consultório mesmo pro farmacêutico e uma área pra dispensação e um estoque maior que dê conta desses todos medicamentos que chegam”. (GMI-1)

“[...] ‘fica uma fila que não seria necessária se tivesse mais computadores’”. (GME-1)

“[...] ‘tinha se conquistado uma área pro atendimento dos usuários pelo farmacêutico, uma espécie de consultório dentro de cada farmácia, e esse espaço foi perdido’”. (TF-1)

Investimento financeiro

Os atores foram questionados, durante a entrevista, se consideravam suficientes os recursos financeiros destinados aos SeFar, no que se refere à aquisição de medicamentos, estrutura e manutenção das farmácias e investimento em capacitação de recursos humanos; e todos relataram, de modo geral, que esse investimento financeiro atualmente é insatisfatório. Também foi mencionado que o contexto atual não favorece uma mudança nesse cenário.

“O próprio NAF central tinha mostrado lá um...tinha mostrado um estudo, a última vez que tive com eles, assim de quanto que precisaria de investimento, que era quase 2 vezes mais o que hoje é fornecido pra atenção básica [...]”. (GME-4)

“Com certeza não e tá cada vez pior. É complicado né? Definitivamente não e não temos perspectiva melhores”. (GMI-2)

“Daquilo que é planejado sim, daquilo que é executado não”. (TF-2)

“[...] não é suficiente. Não é porque a gente sabe que precisa de muito mais. Precisa de mais, mas eles dizem que tá sem dinheiro, que tá sem recurso”. (TU-2)

A escassez de investimento na capacitação de recursos humanos foi a questão mais mencionada entre os entrevistados. Também foram apontadas necessidades de:

valorização dos profissionais, para mantê-los motivados a executarem um bom trabalho e continuar na rede; e contratação de mais pessoal.

“E com relação assim, também a treinamentos a gente gostaria de estar investindo mais nessa questão, não só de treinamentos como capacitação dos nossos profissionais e a gente não tem uma verba específica pra isso”. (GMA)

“Treinamento muito aquém do necessário, muito [ênfase] aquém, precisaria ter uma capacitação muito mais eficiente[...] (GME-3)

“A valorização do profissional acima de tudo pra que ele possa executar bem o seu papel e o seu trabalho”. (TU-2)

[...] “ é visível a dificuldade de reter pessoal. Então, faz um esforço grande de treinamento e seja pela fragilidade dos territórios, seja pela falta, me parece que não tem um plano de cargo e salários, mas assim, a pessoa não tem perspectiva de crescimento”. (TF-1)

“Recursos humanos é o que peca mais. Você sem recursos humanos, você não consegue. Eu acho que é a ...o ‘calcanhar de Aquiles’ ali”. (GME-2)

Outro aspecto destacado pelos entrevistados foi o montante de verba direcionada à compra de medicamentos para abastecer as UBS, que não estava sendo suficiente para cobrir a demanda do município, acarretando em períodos de desabastecimento. Também foi mencionada por um representante dos usuários a retirada de itens na grade de medicamentos da atenção básica do município.

[...] “em relação a medicamento, a gente passou por momentos de falta importantes, de medicamentos importantes por falta de... de dinheiro, né?”. (GME-3)

[...] “o orçamento que é disponibilizado não atende a necessidade do consumo médio (de medicamentos) do Rio de Janeiro”. (GMI-1)

“Antigamente a gente tinha muito medicamento, mas foi cortando, cortando, cortando”. (TU-1)

Em relação ao investimento em estrutura, a principal queixa relatada foi em relação à limitada quantidade de computadores nas farmácias.

[...] “todas as farmácias são informatizadas, mas, às vezes, tem um computador só [...]”. (GMA)

“O contrato com as OSS limita a quantidade de máquinas por...dentro do... do contrato, né? Então acho que é insuficiente sim [...]”. (GME-3)

INTERDEPENDÊNCIA ENTRE OS ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Nesta categoria foram abordados os atores considerados importantes no processo de implantação dos SeFar, pelos entrevistados, bem como a relação entre eles e os conflitos existentes.

Atores importantes no processo de implantação dos SeFar

Os principais atores citados pelos entrevistados como parte do processo de implantação dos SeFar foram: integrantes da prefeitura do Rio e da Secretaria Municipal de Saúde, em especial o prefeito, o secretário de saúde e o subsecretário de Atenção Primária; farmacêuticos do NAF central; coordenadores das Áreas Programáticas; farmacêuticos dos NAF regionais; gerentes/diretores das UBS; farmacêuticos da ponta dos serviços e demais profissionais da equipe de saúde. Também foram citados pontualmente, como influenciadores da implantação, o CRF-RJ, o sindicato da categoria, os conselhos distritais de saúde (CDS), a vigilância sanitária e a Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS).

Boa parte dos entrevistados consideram que os atores dos diferentes níveis de gestão são importantes na implantação dos SeFar, bem como a articulação entre eles.

“Então eu acho que desde lá de cima, desde a Secretaria, do NAF central, que aí vai estimular os NAF regionais. E os NAF regionais estimulando vai fazer com que a gente ganhe espaço perante ao gerente [...]”. (GMI-2)

“[...] mas eu acho que essa interlocução dos níveis de gestão ela é fundamental pro êxito porque é muito orientador e tá legitimado”. (TF-2)

A maioria dos entrevistados consideraram os atores dos níveis da macrogestão como sendo mais importantes no processo de implantação dos SeFar, uma vez que estes direcionam as ações e os resultados que se pretende alcançar.

“[...] se tem o Secretário de Saúde que enxerga a saúde e a atenção primária como importante vai estimular que os NAF centrais né... e os regionais, conseqüentemente, estimulem mais a implementação dos serviços farmacêuticos”. (GMI-2)

[...] “primeira coisa são os farmacêuticos da própria prefeitura, [...] sobretudo quem tá na gestão, tanto nível central quanto na CAP, não tem muito jeito, o gestor ele dá o tom, por mais que ele precise de uma cultura instalada, mas ele dá o tom”. (TF-1)

“Se eu tenho pelo menos um discurso claro, plausível no sentido de promoção do uso e da melhoria do acesso, essa coisa toda e aí consequentemente isso vai pra CAP, isso vai pra ponta, isso tudo vai... vai se acertando no final do caminho. Vai pro gerente, o gerente sabe o que o farmacêutico tem que fazer [...]”. (TF-2)

Por outro lado, alguns sujeitos consideraram o oposto, que os atores mais próximos do nível local, ou seja, do ambiente de execução dos SeFar, incluindo a equipe multiprofissional, têm maior influência sobre a implantação.

“A gente, né, precisa tá envolvendo essas outras categorias também [...]: enfermeiro, o agente de saúde, né? Os técnicos de enfermagem, enfim, médico [...]”. (GME-2)

“Tão ali na ponta (os atores mais importantes). Eu acho que externamente não tem muita não, não tem interferência”. (GME-2)

“Acho que o farmacêutico da ponta que vai vestir a camisa com mais vontade”. (TR-3)

Ter farmacêuticos comprometidos, ocupando cargos estratégicos da gestão dos serviços, bem como outros gestores da macrogestão com uma maior compreensão sobre o papel dos SeFar na APS, foram aspectos mencionados em duas entrevistas como importantes no processo de implantação.

“Então eu acho que ter farmacêuticos na gestão dos Serviços Farmacêuticos ou Assistência Farmacêutica, como prefira, no Rio, tanto no nível central quanto na CAP comprometidos, eu acho que é uma coisa importante. Eu acho que eles têm que conquistar as outras gestões envolvidas no processo de cuidado”. (TF-1)

“O próprio secretário de saúde, né, entender essa questão [...] como a gente pode ajudar a adesão de tratamento, melhora de saúde, melhora de qualidade de vida e também a economia de recursos, né? Se ele soubesse isso de uma forma mais clara, eu acredito que ele daria uma força maior aí”. (TR-3)

Interação entre os atores

Os diferentes níveis hierárquicos de gestão dos SeFar se relacionam entre si direta ou indiretamente. O NAF central se articula principalmente com os NAF regionais e estes, por sua vez, têm relação direta com os farmacêuticos da ponta dos serviços e fazem o

intermédio entre o NAF central e as farmácias das unidades básicas. O contato entre esses níveis ocorre, principalmente, por meio de reuniões formais regulares e também através de e-mail e redes sociais. A comunicação mais intensa e frequente ocorre entre os níveis mais próximos à execução dos SeFar, ou seja, entre os farmacêuticos da ponta e os NAF regionais.

“Tem reuniões presenciais regulares bimensais (NAF central e NAF regionais) [...] Geralmente, praticamente 100% dos NAF fazem parte da reunião”. (GMA)

[...] “o contato é direto (NAF regional com os farmacêuticos da ponta), né, e a gente é acessado o tempo todo assim e a gente acessa e é acessado o tempo todo pela ponta, né?”. (GME-1)

“Com o NAF central a gente não tem, a gente (farmacêuticos da ponta) acaba não tendo nenhuma ligação não [...] O NAF regional sempre intermedia”. (GMI-1)

Vale destacar que a realização de reuniões regulares, por si só, parece não garantir uma comunicação efetiva entre os diferentes níveis e que atenda às necessidades dos profissionais. Isso foi problematizado por um dos atores durante a entrevista.

“Em relação ao NAF central a gente tem momentos também, espaços, né, de reuniões, de discussão que ficam muito restritos só a questão do momento, do que que tá acontecendo no momento, enfim, de alguma mudança ou alguma normativa nova [...]”. (GME-1)

Os coordenadores de farmácia das OSS recentemente passaram a ter maior contato com o NAF central, participando de algumas reuniões que este realiza com os NAF regionais. No que se refere à relação dos coordenadores das OSS com os NAF-regionais, foi observada uma diferença entre as duas AP estudadas. A OSS vinculada à AP 3.2 tem uma participação mais ativa junto à CAP e às unidades básicas, ao contrário da OSS ligada à AP 3.3.

“Quando eu vim pra cá pro NAF central não existia essa conversa (entre NAF central e OSS) [...] A gente tem reuniões periódicas, não chega a ser todo mês, a cada 2-3 meses, ou conforme necessidade”. (GMA)

“Então, aqui na 3.3, em relação a OSS, a gente tem, em relação às atividades de rotina, a gente tem pouquíssima interferência ou atuação, né? [...] a OSS, o NAF da OSS, ela só entra em questões muito de RH [...]”. (GME-1)

[...] “eu atuo diretamente com os farmacêuticos, eu me coloco sempre à disposição pra eles me acionarem sempre que necessário”. (GME-3)

Dos níveis transversais (regulação, formação/pesquisa e usuários), o que menos se articula com a rede de APS é o CRF-RJ. Atualmente esta relação se dá através da Câmara Técnica de Atenção Básica, criada no início de 2018, que funciona como interlocutor e mediador das questões que envolvem a rede de APS, no que tange aos SeFar e ao CRF-RJ.

“Olha, eu diria próxima de inexistente (relação entre CRF e SMS)”. (TR-1)

“[...] a nossa relação é através das câmaras técnicas, que são câmaras assessoras”. (TR-2)

“É uma relação de cooperação, né (Câmara Técnica com CRF-RJ)? Porque eles têm muitas dúvidas relacionadas à atenção primária”. (TR-3)

Os Conselhos Distritais de Saúde se comunicam com a rede, especialmente, através da Secretaria Municipal de Saúde e de suas respectivas coordenações de área programática (CAP), por meio de reuniões programadas, apesar de esta relação estar um pouco enfraquecida por conta das sucessivas alternâncias dos coordenadores de área.

“[...] a relação com a Secretaria sempre foi plena porque nós somos executor da secretaria, os olhos da secretaria na ponta”. (TU-2)

“Em relação a coordenação, nós também tínhamos, só que agora por conta da descaracterização que tá acontecendo a gente tá estremecido”. (TU-2)

No que diz respeito à interação da ENSP/Fiocruz com a SMS-RJ, foram apresentadas duas perspectivas diferentes dos atores entrevistados. Um deles acreditava haver um afastamento entre ambas na gestão atual, enquanto o outro considerava que a boa relação construída ao longo do tempo entre a ENSP e a SMS-RJ e o NAF central se mantém ainda hoje.

“Nessa gestão agora tem um certo conflito instalado [...]. Nessa gestão eu percebo que teve um afastamento grande” (TF-1)

“E eu acho que isso ainda continua essa relação boa (NAF-ENSP com SMS e NAF central) [...]. Acho que nesse ponto, né, acho por causa do histórico, por causa da trajetória também isso ficou, isso tá bem construído, entendeu?” (TF-2)

Existência de conflitos entre os atores-chave

Os atores foram questionados quanto à existência de conflitos na interação com outros atores na realização do seu trabalho, no que concerne aos SeFar. A maioria dos entrevistados relatou que, no geral, não identifica entraves na articulação com outros sujeitos na execução das suas atividades.

“Não. Eu acho que entrave nenhum. Acho que a gente consegue fazer, só ter... ter ânimo, ter boa vontade, chegar, fazer acontecer que a gente, acho que a gente, a maioria apoia”. (GME-2)

[...] “existem discordâncias, mas conflito não”. (TR-3)

Um dos poucos conflitos relatados por parte dos entrevistados, foi na relação dos profissionais dos SeFar com profissionais de outras categorias e formações, em especial pela falta de clareza desses sujeitos sobre os objetivos e formas de atuação dos SeFar e também por uma dificuldade do próprio farmacêutico em realizar alianças e se articular com os demais componentes da equipe. Esse tipo de conflito pode enfraquecer os SeFar e desqualificar o processo de atenção à saúde.

“Pela equipe não entender, a gente tem várias histórias dos farmacêuticos contando, né? Que tipo, ele vai fazer uma intervenção e quando chega pro médico ou até pro enfermeiro: “Ah, mas porque você tá perguntando isso? Porque você tá questionando isso? Você tem que questionar isso?”. (GME-1)

“Às vezes uma certa dificuldade no entendimento real da assistência farmacêutica, né, a gente tem sempre que lembrar o que que é, pra que que serve, a importância e às vezes você percebe uma certa minimização dos problemas [...]”. (GME-3)

“Quando eu vejo lá na ponta relatos que eu recebo, né, das dificuldades que tem, dessa abordagem do outro profissional, gera um melindre, então tem que ter uma abordagem muito cuidadosa, muito sábia, né? Pra promover mais integração, né? Pra fortalecer mais esses laços, né, então isso é uma coisa que o farmacêutico tem dificuldade de fazer isso ainda, eu acho que tem. Não ver o outro como inimigo, ver como aliado [...]”. (TF-2)

Os farmacêuticos da ponta que foram entrevistados mostraram saber utilizar recursos para superar esses conflitos com os demais profissionais da equipe de saúde, nas unidades onde trabalham.

“[...] eu não sofro com isso aqui [...] Se eu não conseguir por uma via, eu tento conseguir por outra”. (GMI-1)

“A gente percebe que quando os profissionais conhecem a atuação do farmacêutico eles buscam, eles querem, eles sentem falta desse...desse... dessa integração que o farmacêutico pode fazer”. (GMI-1)

“[...] a gente consegue mostrar por A mais B que a gente tá ali não é pra apontar dedo e nem fazer nada de errado, é só pra poder realmente melhorar a vida do paciente”. (GMI-2)

Outro entrave relatado pelos atores foi decorrente do contexto atual da gestão da prefeitura, que parece caminhar no sentido de precarização da APS, com destaque para a inserção de gestores sem expertise na área de APS e o atraso no pagamento do salário dos funcionários da rede.

“Agora tá complicado, porque acho que eles estão sem projeto, enfim, a prefeitura em si tá sem projeto”. (TF-1)

[...] “do jeito que tá fica muito difícil, né, pensar em saúde com a pessoa, com pessoas que não entendem muito bem de atenção primária”. (TR-3)

“A gente tá se acostumando a pulso, que tá cada hora a gente tá vendo novidade ruim que eles aprontam, porque quando é uma novidade ruim, mas lá na frente melhora tudo, a gente fica numa expectativa, né? Mas com esse prefeito que a gente tem aí, tem expectativa nenhuma”. (TU-1)

A relação conflituosa entre o CRF-RJ e as OSS foi outro ponto destacado por parte dos atores. Um dos obstáculos mencionados foi a questão da regularização da responsabilidade técnica dos farmacêuticos que atuam nas farmácias das UBS junto ao CRF-RJ, o que já vem se arrastando por anos, mas com perspectiva de avanços com a mudança recente da gestão do Conselho.

[...] “mais de 4 anos e brigando com aquela questão do Conselho, a coisa era bem esquizofrênica porque eu não conseguia dar entrada, mas você me cobrava e me punia por eu não ter feito a entrada”. (GME-4)

“O grande problema que a gente tem hoje aqui, que eu vejo, é a questão das OSS que é a questão mesmo jurídica que isso impacta [...] os registros dessas OSS aqui é meio complicado”. (TR-2)

Outro conflito importante relatado pelos sujeitos, que permeia a relação entre CFR-RJ, OSS e SMS e que vem acarretando em autuações frequentes por parte do Conselho, é a necessidade da presença do profissional farmacêutico dentro do espaço da farmácia durante todo o horário de funcionamento das UBS.

Como boa parte das unidades apresentam horário de funcionamento estendido (12 horas por dia) e/ou abrem aos sábados, e cada uma conta com apenas um farmacêutico que cumpre 40 horas de trabalho, existem períodos em que o farmacêutico está ausente, uma vez que as farmácias acompanham o período de abertura das unidades.

“E aí o problema maior que era a questão da (lei) 13.021 que o farmacêutico ele faz 40 horas semanais e a unidade funciona 60 horas. Então nós temos essas 20 horas de gap aí [...] A gente...já gera um passível de multa em quase 200 mil reais pra cada OSS”. (GME-4)

“Como que a gente pode viabilizar isso? Se a minha fiscalização segue um roteiro, uma legislação? [...] porque ela (a lei) diz que tem que ter farmacêutico em todo tempo de abertura da farmácia [...] eu não posso vender os olhos pra que essa lei não aconteça e ela que mantém as vagas pros farmacêuticos, né?”. (TR-2)

Ademais, o farmacêutico inserido no contexto da ESF deve também realizar outras atividades além das restritas ao espaço físico da farmácia, como visita domiciliar, grupos terapêuticos, ações de educação permanente, dentre outros.

“[...] eu entendo, concordo que isso é uma coisa necessária (visita domiciliar), porém eu não posso permitir, né, como órgão público, que a população fique desassistida no ponto de dispensação na farmácia. Eu não posso falar que isso tá correto, porque a lei diz que não tá. A lei só fala da presença física do profissional, não fala da assistência farmacêutica domiciliar”. (TR-1)

[...] “o MS fala que a função do farmacêutico, né, ele relata lá as funções do farmacêutico e aí uma delas é a visita domiciliar. Só que aquela lei que fala que o farmacêutico, ou melhor, a obrigatoriedade do farmacêutico na drogaria, na drogaria e qualquer serviço de dispensação de medicamento entra em conflito com essa questão. E aí você não pode tirar o farmacêutico porque é obrigatório ele estar presente e ao mesmo tempo você não se exime da responsabilidade de levar a atenção farmacêutica pro paciente que esteja acamado, por exemplo”. (TR-3)

Este entrave também parece angustiar os farmacêuticos da ponta, uma vez que relataram ser uma questão importante a ser mediada pela Câmara Técnica de Atenção Básica, que é vinculada ao CRF.

[...] a gente passou um questionário daquele google docs pros farmacêuticos da ponta, através dos NAF regionais, e aí, pra saber o que eles gostariam que a Câmara Técnica levasse pra diretoria do CRF. E assim, foi acho que 80% das respostas falavam sobre essa questão do farmacêutico e suas atividades fora da farmácia”. (TR-3)

Os representantes da diretoria e do setor de fiscalização do Conselho sugeriram, como meio para superar esses conflitos, o aumento do número de farmacêuticos por unidade, muito embora se reconheça a dificuldade de conseguir recurso para tal. Um ponto que vale destacar é que ambos não acreditam que as autuações sejam um caminho de sucesso para a resolução do problema.

“Às vezes talvez um trabalho de conversa, de aproximação, vai gerar frutos muito mais, vai render aí anos a fio do que simplesmente multa, multa, multa”. (TR-1)

“Não quero ser geradora de multas só pra trazer o farmacêutico. Eu quero que o farmacêutico fique ali por necessidade dele e não por imposição da lei”. (TR-2)

“O meu modelo ideal é ter mais farmacêutico. Mas a gente tem que trabalhar com as realidades, né, de cada local”. (TR-2)

[...] “o que a diretoria tem, fala que é preconizado pelo CFF é que o farmacêutico pode sim fazer atenção farmacêutica fora da unidade, porém deveria ser um farmacêutico extra e não o farmacêutico que está lá na farmácia [...] Mas a gente tá nessa aí de que muito mal a gente tem um farmacêutico pra cada unidade, que dirá dois pra fazer o serviço. É totalmente fora da realidade”. (TR-3)

Outra forma de solução proposta por um dos atores é a redução do horário de funcionamento da farmácia de acordo com a carga horária do farmacêutico, independente do período de atividade da unidade. A limitação do acesso dos usuários aos medicamentos é outro entrave decorrente da medida proposta, que já está em discussão.

“Então se chegou a ...a ideia de vamos desmembrar farmácia da unidade, então a farmácia vai funcionar somente no horário da permanência do farmacêutico, 40 horas [...] E aí começaram as particularidades de cada CAP dizendo: “ Tá, mas a gente limita o acesso”. (GME-4)

INCOMPATIBILIDADE DE OBJETIVOS ENTRE OS ATORES

Na perspectiva dos sujeitos entrevistados, os diferentes atores envolvidos no processo de implantação dos SeFar têm discordâncias quanto aos seus objetivos, uma vez que há uma falta de compreensão, inclusive dos próprios farmacêuticos, e especialmente dos demais profissionais, sobre o papel dos SeFar na APS.

[...] “mas eu acho que a raiz disso daí é histórica, né? Você não tem um farmacêutico na farmácia por um bom tempo, depois ele aparece e quando ele aparece ele não sabe o que ele tem que fazer e enfim, a equipe também não sabe e aí vira uma bola de neve”. (GME-1)

“As pessoas esquecem que ali tem um profissional de saúde que o usuário vê mensalmente e que tem todo o conhecimento, né, necessário, [...] pra interceptar possíveis agravamentos”. (GME-3)

“Eu acho que eles não devem nem saber que existe serviços farmacêuticos [risos] a maioria [...] Só entendem serviço farmacêutico como entregar medicamento, ponto”. (GMI-2)

“Eu acho que ainda tem dificuldades. Em determinado momento que eu pude estar numa reunião, num momento coletivo e tudo, eu percebi que havia essa dificuldade, ter um pouco dessa compreensão daquilo que o farmacêutico pode fazer, essa coisa toda e aí que fica muito a coisa legalista [...]”. (TF-2)

As discordâncias entre os diferentes atores, favorece o surgimento de conflitos.

“Às vezes algumas pessoas da equipe acham que é uma afronta, né? Que (o farmacêutico) tá se metendo no trabalho do outro, mas não é isso, ele quer participar do cuidado também”. (GME-1)

“Então eu acho que assim, que de cima pra baixo você começa com objetivos financeiros, redução de recursos, enquanto de baixo pra cima você quer o contrário: você quer mais computadores, você quer mais auxiliares, você quer ter uma sala apropriada [...]”. (TR-3)

A falta de definição de diretrizes e metas, que norteiem as ações dos SeFar, foi apontada como um fator que dificulta a compreensão dos diversos sujeitos sobre os mesmos.

“Pelo o que a gente vê, pelo o que a gente observa não é muito claro pra eles qual é o papel do serviço farmacêutico na atenção básica. Por isso a gente vê a necessidade da implantação da Carteira de Serviços para deixar isso de forma mais clara e objetiva”. (GMA)

“É claro que não dá pra fechar, mas uma diretriz um pouquinho mais desenhada, um norte mais desenhado, né?”. (GME-1)

[...] “mas eu acho que tem que ter algum tipo de pacto pra fortalecer isso, entendeu? Pra consolidar esse espaço de atuação sanitária, entendeu?”. (TF-2)

“Eu acho que o que acontece é um desconhecimento muito grande realmente por parte nossa aqui, por parte talvez da vigilância sanitária [...] do que o município quer que se faça com o farmacêutico”. (TR-2)

Dois entrevistados relataram que os gestores mais ligados à macrogestão e que estão menos envolvidos na prática dos SeFar têm uma visão mais distorcida e limitada sobre esses serviços.

[...] “principalmente quem tá mais acima, mais distante da ponta, acaba tendo só essa visão né, de que é uma mera dispensação e que é isso que tem que ser controlado e efetivado o tempo inteiro. Assim, não consegue visualizar como um profissional que consiga atuar em outras questões né, que não seja só a parte do medicamento”. (GMI-2)

“O Conselho como ele é formado por farmacêutico, tecnicamente se entende o papel do profissional, mas quando você aproxima do gestor, isso não necessariamente é verdade”. (TR-1)

O contexto político atual em que o município se encontra, também foi apontado como algo que não está favorecendo uma convergência dos atores a respeito do papel dos SeFar, uma vez que a prefeitura não demonstra ter um projeto bem definido para a APS. Ademais, os gestores que estão à frente da Secretaria de Saúde no momento, não são profissionais tão envolvidos com a APS, como na gestão anterior.

“Então, no governo passado acho que tinha uma grande convergência [...] Até porque como os gestores principais da prefeitura, a maioria deles tinham passado pela Escola (ENSP) em alguma medida, e como muito do que a gente fazia tinha eco no que o Ministério propunha, [...] tinha um cenário muito favorável e de mais convergência. Agora não, agora visivelmente não. Agora inclusive eu tenho muita dificuldade de saber qual é a prioridade dessa Secretaria, como é que eles pensam em implementar”. (TF-1)

Buscando entender um pouco sobre o apoio político dedicado aos SeFar, os entrevistados foram questionados se nos espaços de interação e de discussão entre múltiplos atores, sobre questões que envolvem a saúde no contexto da APS, surgem temas relacionados aos SeFar.

Os relatos evidenciaram que muito pouco se discute sobre temas que envolvem os SeFar nesses espaços. Quando surgem, se limitam mais às questões logísticas que envolvem a disponibilidade de medicamentos e focam muito pouco naquilo que se refere às ações de cuidado ao paciente e de apoio à equipe multiprofissional.

“Atualmente, a maioria das reuniões que eu tenho participado o foco tem sido logística, abastecimento, controle de estoque. Mais voltado pra essa parte técnica e gerencial”. (GMA)

“[...] muito ligada ainda a falta de medicamentos. Muito ligada ao medicamento físico, não a atuação do profissional farmacêutico”. (GME-3)

“[...], não é um tema que também apareça com frequência. Normalmente vai aparecer mais quando os medicamentos estão em falta”. (GMI-2)

“Quando tem um medicamento, quando não tem”. (TU-1)

O aparecimento de outras questões que envolvem os SeFar, para além das questões técnico-gerenciais, depende da participação ativa dos farmacêuticos nesses espaços de discussão, uma vez que os demais profissionais não tem clareza das possibilidades de atuação dos SeFar. Para tal, é primordial que o profissional farmacêutico se reconheça e ocupe esse lugar de membro da equipe e importante ator do cuidado no processo de atenção à saúde.

[...] “a gente sempre tem que se colocar, não é uma coisa que espontaneamente eles pensam”. (GMI-1)

[...] “é um trabalho que a gente não tem que se colocar como vítima também não. Não é assim. A gente precisa mesmo conquistar esse espaço porque se a gente não conquistar ninguém vai dar ele pra gente não”. (GMI-1)

“Mas eu acho que isso não é à toa tá, “Maria”, eu acho que isso é natural mesmo, entendeu? [...] Acho que tem uma questão da própria... do próprio profissional também, como outros profissionais, nos ver como agentes de saúde e a dificuldade da gente se ver como profissional de saúde. Então às vezes a discussão ela fica reduzida por essa dupla dificuldade, dessa compreensão, entendeu?”. (TF-2)

SOBRE O MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Com base nos achados anteriormente apresentados, propõe-se sua sumarização na matriz Ambiguidade-Conflito (Quadro 8) de maneira a subsidiar a caracterização do modelo de implantação.

Quadro 8. Conceitos e tipos de implementação do Modelo Ambiguidade-Conflito

Conceitos	Dimensões	Componentes	Evidências encontradas
Ambiguidade	De objetivos	Clareza dos atores quanto aos objetivos dos SEFAR	<ul style="list-style-type: none"> • Alto consenso quanto aos objetivos intra categorias de atores e baixo inter categorias; • A opinião expressa por gestores e profissionais no geral converge com a proposição da literatura, enquanto a expressa pelos representantes dos usuários, foi mais limitada.
	De meios	Práticas esperadas para os SEFAR e capacidade de monitorá-las;	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto às práticas houve divergências importantes inter categorias de entrevistados; • Quanto ao monitoramento, houve consenso quanto à sua incipiência.
		Percepção da suficiência de recursos humanos, estruturais e financeiros.	<ul style="list-style-type: none"> • Alto consenso quanto à insuficiência de recursos financeiros, estruturais e humanos, em alguma medida, por todos os entrevistados, ainda que com evolução quanto à área física das farmácias.
Conflito	Interdependência entre os atores	Existência de interação entre os atores Existência de conflitos	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão descentralizada e hierarquizada, com espaços de interação e boa relação entre os gestores dos diferentes níveis dos SeFar; • Baixa harmonia da SMSRJ com o CRF-RJ e redução da participação da ENSP/Fiocruz nas questões de planejamento junto à SMS; • Conflitos: farmacêuticos com demais profissionais da equipe; frequentes atuações nas unidades quando o farmacêutico está realizando atividades assistenciais fora da farmácia; cenário político não está favorecendo o fortalecimento da APS.
	Incompatibilidade de objetivos/meios	Discordância quanto aos objetivos/meios Apoio político	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção dos entrevistados de baixa convergência quanto aos objetivos dos SeFar entre atores com influência na implantação; • Pouca discussão sobre os aspectos clínicos dos SeFar nos espaços de interação entre múltiplos atores.

Fonte: Baseado em (CARVALHO, 2006).

Foi observado grande consenso entre os gestores dos diferentes níveis, bem como entre os pesquisadores e os profissionais do CRF-RJ, no que tange aos objetivos dos SeFar, convergindo com o que é proposto pela literatura: promoção de acesso e uso racional de medicamentos. Entretanto, representantes dos usuários apresentaram uma visão ainda muito limitada dos SeFar, restringindo sua finalidade à entrega de medicamentos aos pacientes.

No entanto, as divergências se manifestaram na forma de operacionalização e, conseqüentemente, no escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos SeFar, especialmente entre os atores dos níveis transversais de regulação e usuários, que não demonstraram muito conhecimento acerca de suas práticas. Os primeiros identificaram a atuação dos SeFar como envolvendo de forma importante a dispensação de medicamentos e o acompanhamento farmacoterapêutico, e os usuários identificaram apenas a dispensação.

Em relação ao monitoramento dos SeFar, foi consensual a sua incipiência, já que não existem ferramentas bem definidas e institucionalizadas no município para monitorar esses serviços. Poucos indicadores definidos pelo município para a APS, no âmbito dos contratos de gestão com as OSS, são diretamente relacionados aos SeFar, não sendo capazes de mensurar nem a produtividade dos serviços e tampouco sua qualidade.

Em termos de recursos financeiros, estruturais e humanos, todos foram considerados insuficientes em alguma medida. De maneira consensual, os entrevistados consideraram que a capacidade de ação dos implementadores locais é fortemente dependente dos recursos disponíveis no ambiente local: quantidade de recursos humanos; perfil ativo e qualificação técnica dos profissionais; estrutura adequada para atender as diferentes demandas. Não obstante, a maioria reconheceu que houve evoluções quanto à área física, sobretudo nas UBS novas (posteriores à 2009).

Conforme o relato dos atores, observou-se baixo nível de conflito em relação ao processo de gestão dos SeFar. A relação entre os gestores dos diferentes níveis se dá por meio de encontros pessoais e comunicação virtual, onde se tem um bom grau de consenso quanto aos objetivos e meios dos SeFar, que favorece um clima mais harmonioso.

Relatou-se certo grau de conflito na relação entre os farmacêuticos da ponta e os demais profissionais de saúde das unidades, embora implementadores locais ouvidos neste estudo tenham demonstrado não ter dificuldade em contorná-los.

Um conflito importante encontrado, que diz respeito ao contexto político, foi na relação do CRF-RJ com as OSS e SMSRJ, de onde resultaram inúmeras autuações, decorrentes da ausência do farmacêutico no espaço físico das farmácias, ainda que o mesmo estivesse a serviço destas, porém, realizando ações internas à UBS ou externas, na comunidade.

Apesar desses atores não terem chegado a um consenso sobre a questão até o momento das entrevistas, a gestão atual do CRF-RJ admitiu que não acredita que as autuações sejam o melhor mecanismo para resolução do impasse. Ademais, atualmente existe uma Câmara Técnica de Atenção Básica vinculada ao CRF-RJ, que está intermediando os diferentes interesses e buscando alternativas conciliadoras. Isto induz a acreditar que o ambiente político atual está favorecendo uma amenização dos conflitos existentes.

Outro ponto de entrave enunciado foi a influência do cenário político atual em que o município do Rio se encontra no processo de implantação dos SeFar, uma vez que parece estar ocorrendo uma precarização da APS como um todo. Assim sendo, este contexto também acaba por não favorecer uma convergência entre os atores quanto aos objetivos dos SeFar.

Segundo os entrevistados, há incompatibilidades entre os diferentes atores considerados importantes no processo de implantação dos SeFar quanto aos seus objetivos. As divergências decorrem, especialmente, da falta de clareza dos sujeitos mais distantes dos SeFar com relação ao seu papel no âmbito da APS, o que pode favorecer o surgimento de alguns conflitos no ambiente da microimplementação e de conflitos de interesse no repasse de recursos.

Também foi identificado que os SeFar não têm grande visibilidade nos espaços de discussão sobre pautas relacionadas à saúde no âmbito da APS, visto que pouco se discute sobre estes serviços, especialmente no que se refere ao seu potencial de contribuição nas ações de cuidado ao paciente e de suporte técnico à equipe de saúde.

DISCUSSÃO

AMPARO LEGAL E ORGANIZACIONAL AOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Foram analisados neste estudo os documentos nos quais o município se apoia para a estruturação dos SeFar no âmbito da APS. Identificou-se que os documentos de abrangência nacional abordam aspectos mais teóricos, visando nortear a organização e a estruturação dos serviços, enquanto os municipais apresentam questões mais operacionais, o que faz sentido por ser o nível ao qual compete a execução.

No âmbito nacional, o MS vem produzindo uma ampla documentação técnica de apoio à APS, em particular à ESF e suas estratégias, sendo interessante notar que a AF vem sendo contemplada neste conjunto. Foram elaborados documentos mais diretamente ligados à AF no contexto da atenção básica, visando apoiar profissionais e gestores a estruturarem as práticas dos SeFar no nível municipal.

Mesmo que o caderno do NASF (2009) já apresentasse o farmacêutico como ator do cuidado junto à equipe multiprofissional, destaca-se que os documentos do MS mais recentes, publicados num momento de maior consolidação da ESF no Brasil, bem como da AF, trouxeram uma visão mais ampliada do domínio de ação dos SeFar. Observam-se discussões e perspectivas mais aprofundadas e detalhadas no tocante das atividades assistenciais junto ao usuário, família e comunidade (cuidado farmacêutico) e equipe de saúde (apoio técnico-pedagógico) (BRASIL. MS, 2015; 2017).

Nesse sentido, os documentos publicados pelo MS podem favorecer a implantação dos SeFar na APS, visto que dá subsídios para que os gestores e profissionais estruturem e organizem esses serviços. Outrossim, o marco técnico e normativo tem buscado acompanhar as novas demandas e lacunas que cercam o processo de possibilidades emergentes de atuação do farmacêutico e dos resultados em saúde que os SeFar podem alcançar no nível da APS.

No âmbito municipal, observou-se que os SeFar foram tratados na Carteira de Serviços da APS em um manual de instrução específico e em planos municipais de saúde.

Como parte dos esforços de expandir e fortalecer a APS, o MRJ vem publicando, desde 2010, uma Carteira de Serviços (CS-MRJ) com a relação do conjunto de serviços que devem ser prestados neste nível de atenção (RIO, 2011; 2016).

A CS é um documento que define o rol de serviços disponíveis, orientando tanto os profissionais como os usuários quanto ao que se deve esperar em termos de resolutividade da APS (VILLALBÍ et al., 2003). Busca nortear, formalizar e padronizar a oferta de serviços pelas unidades, sendo um potente instrumento para alcançar maior integralidade das ações e qualificar a APS (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013; SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017). Desse modo, espera-se que todas as unidades básicas do município sejam capazes de ofertar e possibilitar à população a utilização de todas as ações de saúde elencadas na CS-MRJ. Estudo anterior, após analisar a oferta de procedimentos propostos na CS-MRJ em todos os municípios brasileiros, constatou melhor desempenho do MRJ quando comparado a municípios do mesmo porte, concluindo que a CS pode ter sido o fator indutor desta diferença (SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017).

Os SeFar são tratados na CS-MRJ de maneira bastante geral e sucinta. Esta traz apenas algumas recomendações estruturais para os ambientes das farmácias e questões operacionais que orientem a dispensação de medicamentos, em especial para determinadas linhas de cuidado (asma, diabetes, saúde mental), além de definir o período de validade da receita e o horário de funcionamento das farmácias.

A CS-MRJ (2016) não traz com clareza o que deve ser oferecido pelos SeFar nas unidades primárias de saúde. Cita que todas devem apresentar um plano de uso racional de medicamentos, o qual deve estar em conformidade com as diretrizes municipais e nacionais. Entretanto, não define de que maneira isto deve ser operacionalizado na prática dos serviços. Isto denota uma carência na definição de diretrizes e resultados esperados para os SeFar, por parte da SMS-RJ.

O “Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica” foi construído também impulsionado pelo momento de grande expansão da rede de APS no MRJ, que exigiu uma melhor estruturação da AF municipal, de modo a garantir a qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado dos usuários e a implementação de processos capazes de promover melhorias na assistência à saúde (RIO, 2011b).

O manual define diretrizes operacionais de funcionamento das farmácias, seguindo todas as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção; programação; aquisição; armazenamento; distribuição; prescrição, dispensação e utilização) (RIO, 2011b). No entanto, não aborda questões mais aprofundadas no campo das ações assistenciais nos SeFar. É possível que, por ter sido formulado num momento ainda inicial de estruturação desses serviços no âmbito da APS, os gestores da AF do município ainda não tivessem a clareza das possibilidades de inserção do farmacêutico na ESF.

Com relação aos planos municipais de saúde (PMS), foram analisados neste estudo aqueles referentes aos três últimos ciclos de gestão (2010-2013; 2014-2017; 2018-2021).

Os planos de saúde são instrumentos fundamentais no planejamento das ações no campo da saúde, em todas as esferas de governo. Deve ser construído com base em uma análise situacional das necessidades de saúde da população e de modo que possibilitem a execução, o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Todas as áreas que envolvem o processo de atenção à saúde devem ser consideradas no momento da elaboração dos planos de saúde, inclusive a AF (BRASIL. MS, 2013).

Reconhecendo a dificuldade dos municípios no planejamento e na estruturação da AF com enfoque na melhoria dos serviços, o MS fez em 2006 um esforço específico pra capacitar os municípios a planejarem as ações neste campo de atenção à saúde, com inserção destas nos planos de saúde (BRASIL. MS, 2006). A ausência da AF nos PMS se configura como um prejuízo à gestão da AF, uma vez que o planejamento de suas ações deve ser realizado no conjunto das outras ações de saúde e definidas como compromisso por meio dos planos de saúde (BRASIL. MS, 2006).

Os três PMS do Rio analisados abordavam a AF em alguma medida, entretanto, com enfoque e prioridade visivelmente diferentes. Ainda que a abordagem possa ser considerada incipiente, representa um avanço, visto que segundo Gerlack e colaboradores (2017), a AF está ausente nos respectivos PMS em 18% dos municípios brasileiros.

Ao longo desses três ciclos de gestão, observa-se que a AF foi perdendo destaque e importância nos PMS do MRJ. No PMS de 2010-2013, o fortalecimento da AF era considerado como uma das diretrizes estratégicas e continha objetivos e metas voltados

à estruturação das farmácias, captação de recursos humanos e ampliação do acesso a medicamentos com promoção do uso racional.

Era um momento de estruturação e expansão da rede de APS no município e, como parte desses esforços, houve investimento na qualificação e expansão dos SeFar vinculados diretamente às UBS, entendendo seu papel estratégico na assistência à saúde (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; SILVA et al., 2016). Esta janela de oportunidade possibilitou um importante crescimento dos SeFar, especialmente no que se refere à estrutura das farmácias e alocação de farmacêuticos nas unidades básicas.

O PMS seguinte (2014-2017), apesar de conter um capítulo dedicado à AF, reconhecendo sua importância para a garantia do acesso a medicamentos e qualidade da assistência à saúde, já não cotinha objetivos para a AF municipal claramente definidos. Ademais, as metas propostas se reduzem apenas à distribuição de medicamentos, não contemplando outros aspectos importantes como a qualidade dos serviços e a promoção do uso racional de medicamentos.

Já no PMS 2018-2021, o primeiro do atual governo da prefeitura e que ainda está em vigência, observou-se que a AF perdeu destaque e não se configurou como uma prioridade de governo. A AF neste PMS é apenas citada como uma das estratégias para qualificar o modelo de assistência à saúde e garantir o acesso à rede de atenção, porém as metas continuaram a se restringirem apenas à distribuição de medicamentos. Isto indica uma baixa prioridade à AF pela gestão atual do município.

Diante do que foi exposto, observa-se que os documentos municipais apoiam a implantação dos SeFar em certa medida, pois a AF está inserida em documentos importantes da SMS-RJ, como a CS e os PMS. Entretanto, estes não trazem aspectos detalhados da operacionalização dos serviços e ainda que exista um documento específico direcionado aos SeFar que busque preencher essa lacuna, este pouco aborda as ações assistenciais que podem e devem ser realizadas por estes serviços. Ademais, observa-se que, recentemente, os SeFar têm caído em prioridade nos PMS.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA APS NA PERCEPÇÃO DOS ATORES

Um estudo que avaliou a força de trabalho na AF da atenção básica no Brasil, observou, de maneira similar ao presente estudo, a presença marcante de mulheres

atuando na área. Esta predominância pode ser explicada pelo aumento no acesso das mulheres à formação superior em Farmácia e à maior inserção feminina no mercado de trabalho (CARVALHO et al., 2017). Quanto ao perfil etário, Carvalho e colaboradores (2017) encontraram que os profissionais eram mais jovens (entre 18 e 39 anos de idade) e tinham menor tempo de atuação no cargo que ocupavam (mínimo de 1 ano).

Vale destacar também que, somado à experiência profissional e ao fato da maioria dos farmacêuticos entrevistados nesta pesquisa terem pós-graduação em área relacionada à prática dos SeFar na APS, espera-se que estes tenham uma opinião mais qualificada dos SeFar, bem como maior conhecimento teórico e prático acerca do tema.

Os entrevistados consideraram que os SeFar na APS se relacionam com a atuação do profissional farmacêutico no contato direto com o usuário, mediante práticas individuais ou coletivas, assim como junto à equipe de saúde, visando a promoção do acesso e o uso racional de medicamentos nesse nível de atenção. Depreende-se, desse modo, que os entrevistados trouxeram em suas falas definições dos SeFar que corroboram o que se encontra na literatura.

Segundo a OPAS (2013), os SeFar compreendem um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, ou sob sua coordenação, integrado a uma equipe de saúde, que visa garantir uma atenção integral, integrada e contínua das necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, de maneira individual ou coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais e de modo a contribuir pra o seu acesso equitativo e uso racional.

Observou-se que existe uma percepção entre boa parte dos atores de que os SeFar também abrangem ações voltadas ao cuidado direto ao usuário, não se limitando apenas às questões que envolvem a gestão do medicamento, e que este não deve ser o centro de suas ações, mas sim o usuário. Neste caso, o medicamento é considerado um elemento essencial, mas não é sobrevalorizado, sendo visto como um instrumento importante de apoio para a detecção e resolução das necessidades de saúde da população.

Uma mudança do paradigma tecnológico, no qual os SeFar se baseiam no medicamento, para o do cuidado centrado no usuário, se faz necessária para o atendimento integral das demandas de saúde, em especial no contexto da APS, onde o

sujeito é considerado em sua singularidade sociocultural (ARAUJO; UETA; FREITAS, 2005; BRASIL. MS, 2006; OPAS, 2013).

Em se tratando dos objetivos dos SeFar, espera-se que estes sejam capazes de garantir o acesso a medicamentos e promover seu uso racional, visando a obtenção de resultados concretos em saúde e a melhora da qualidade de vida da população (BRASIL. MS, 2006; 2009; 2014b; OPAS, 2013).

A garantia de acesso aos medicamentos essenciais é considerada uma das responsabilidades primordiais do Estado e tem sido pauta frequente nas agendas de governos de diversos países e de organismos internacionais (LUIZA; BERMUDEZ, 2004). O conceito de acesso a medicamentos se apoia no conceito de acesso em saúde. Segundo Donabedian (1973), este só se concretiza com a utilização dos serviços pelos usuários, ou seja, somente a oferta não garante que o acesso de fato esteja ocorrendo (apud LUIZA; BERMUDEZ, 2004).

A promoção de um acesso qualificado foi apontada por alguns entrevistados como condição *sine qua non* para atender às necessidades reais de saúde da população em momento oportuno e que possibilite seu uso adequado. É, portanto, fundamental para garantir um acesso efetivo a medicamentos.

Segundo Luiza e Bermudez (2004), o acesso a medicamentos é definido pela relação entre a sua oferta e a sua necessidade. Ou seja, a garantia do acesso se pauta na oferta dos medicamentos necessários para atender à demanda da população onde ela está e no momento em que precisa, com a qualidade assegurada e a oferta das informações necessárias para sua correta utilização (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014b).

O farmacêutico e seus profissionais de apoio são fundamentais na implantação dos SeFar na APS, uma vez que eles são responsáveis por garantir a efetivação do acesso através de ações que promovam uma melhor compreensão dos usuários sobre sua condição de saúde e tratamento medicamentoso (OPAS, 2013; RICIERY et al., 2006).

O uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento mais adequado pra sua condição de saúde, na dose e pelo período corretos, e ao menor custo possível para si e para a comunidade (WHO, 1985).

Muitos são os fatores que podem levar ao uso irracional de medicamentos, como a multiplicidade de produtos farmacêuticos disponíveis no mercado, uso de propagandas para estimular o consumo, compulsão dos pacientes por “tomar remédios”, prescrições inadequadas, dentre outros (WANNMACHER, 2004). A utilização inadequada de medicamentos pode resultar em impacto negativo à saúde pública, como a ocorrência de eventos adversos evitáveis, resistência microbiana, aumento de internações hospitalares e dos gastos públicos com saúde (GYLLENSTEN et al., 2014).

Os fatores implicados no uso irracional de medicamentos estão ligados aos diferentes atores da cadeia de medicamentos, o que inclui a indústria e o comércio farmacêutico, os prescritores, os dispensadores e os usuários. Todos os profissionais de saúde tem a função de promover o uso racional de medicamentos, sendo esta uma responsabilidade primordial do farmacêutico (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014b). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que o farmacêutico é o profissional mais capacitado para realizar atividades que envolvam o acesso e o uso de medicamentos e, portanto, indispensável para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica (OMS, 1988).

Estudos mostram que a presença do farmacêutico nas UBS, para que possa interagir com a equipe multiprofissional e com o paciente, contribui para obtenção de resultados positivos em saúde (LIMA et al., 2017; MELO; CASTRO, 2017; TAN et al., 2014). Uma forte associação entre as intervenções farmacêuticas e a melhora da qualidade da prescrição e ampliação do acesso aos medicamentos foi encontrada num estudo realizado em uma UBS do município de São Paulo (MELO; CASTRO, 2017).

Além disso, segundo Lima e colaboradores (2017), a presença de farmacêuticos por tempo integral nas UBS pode contribuir para que os usuários tenham mais acesso a orientações quanto ao uso de medicamentos e os utilizem de maneira adequada.

Ainda que alguns entrevistados não tenham falado expressamente os termos ‘acesso a medicamentos’ e ‘uso racional’, apontaram um conjunto de ações que devem ser realizadas, que coadunam com os objetivos centrais dos SeFar, tais como realizar uma boa gestão do medicamento e qualificar o atendimento ao usuário, fornecendo a orientação necessária para facilitar o uso de medicamentos. Desse modo, observou-se uma grande convergência, entre a maioria dos entrevistados, no que se refere à clareza quanto aos objetivos dos SeFar.

No entanto, ambos representantes dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS) entrevistados, que neste estudo foram os representantes dos usuários dos serviços, apesar de compreenderem em alguma medida a importância dos SeFar na promoção de acesso aos medicamentos, não mostraram clareza sobre sua definição e seu papel no processo de atenção à saúde.

Os CDS são órgãos colegiados, consultivos e deliberativos, compostos por representantes de gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários do SUS. Têm por finalidade auxiliar a Administração Pública e os Conselhos de Saúde na definição, na execução e na supervisão das políticas públicas de saúde. Os CDS se configuram como um importante mecanismo de participação social na definição e no controle das ações políticas nos distritos sanitários (CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 1993)

Desse modo, os presidentes dos CDS são atores estreitamente envolvidos com a rede de APS e que se articulam com usuários, coordenações de área programática (CAP), profissionais de saúde e SMS-RJ. A baixa compreensão destes atores sobre os SeFar e seus potenciais de contribuição sugere que os usuários desses serviços tenham, de maneira semelhante, uma visão mais limitada e distorcida dos SeFar.

Luiza e colaboradores (2006) identificaram que a presença de medicamento na farmácia foi a dimensão de satisfação mais valorizada pelos usuários e, desse modo, o encontro dos usuários com os SeFar têm sido percebido apenas como o ato de entrega de medicamentos.

Esta percepção sugere que os usuários não têm tido a oportunidade de conhecer e experimentar plenamente os SeFar, fazendo com que sua percepção seja mediada fundamentalmente pelo acesso, ou seja, se conseguem ou não o medicamento. Isso reforça a necessidade do farmacêutico se apropriar cada vez mais do seu papel de agente do cuidado, ampliando sua atuação nas ações diretamente envolvidas no cuidado ao paciente, à família e à comunidade.

Outro ponto a ser destacado, é que foi observada uma perspectiva diferente, quanto às principais finalidades dos SeFar, conforme o lugar de fala dos entrevistados. Gestores da macro e mesogestão tenderam a valorizar mais as questões que envolvem o acesso a medicamentos, como a realização de uma eficiente gestão de estoque. Por outro

lado, os farmacêuticos locais mostraram uma visão mais centrada nas ações de promoção do uso racional, como a oferta de orientações aos usuários, que facilitem a sua compreensão quanto ao uso dos medicamentos.

É de se esperar que gestores de diferentes níveis de atuação apresentem perspectivas distintas em relação aos objetivos de uma intervenção ou programa. Desse modo, quem está na gestão, em decorrência de um certo distanciamento do nível de execução, tem uma posição mais privilegiada para conseguir avaliar a implantação, mas por outro lado tem uma visão limitada da aplicabilidade de certas medidas. Em contrapartida, quem vive o ambiente local tem um olhar mais prático dos processos e das necessidades dos serviços e do público alvo, porém, tem uma visão mais imediatista, o que dificulta uma reflexão mais ampla acerca da implantação.

MEIOS PARA A MATERIALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

A implantação efetiva dos SeFar, de modo que alcancem seus objetivos primordiais depende proporcionalmente das condições e recursos disponibilizados para tal.

Dessa maneira é fundamental a definição clara entre os atores sobre o conjunto de ações que devem ser desenvolvidas pelos SeFar, bem como um monitoramento destas, permitindo uma maior uniformização dos SeFar pela rede de APS do município. Com igual importância, é necessária a adequada disponibilização de recursos financeiros, humanos e materiais.

Práticas desenvolvidas e esperadas para os SeFar e capacidade de monitorá-las

Os Serviços Farmacêuticos abrangem tanto atividades técnico-gerenciais como técnico-assistenciais (BRASIL. MS, 2009, 2015; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015), ou conforme denominado por Pereira e colaboradores (2013), ações de gestão do medicamento e gestão do cuidado. As primeiras têm a finalidade de garantir a disponibilidade de medicamentos, sua qualidade e conservação, enquanto as últimas, de assegurar a eficácia e a segurança do tratamento medicamentoso, bem como difundir

informação sobre medicamentos e saúde aos usuários e profissionais da equipe (BRASIL. MS, 2015).

A gestão técnica do medicamento compreende um conjunto de atividades logísticas, consideradas básicas dos SeFar: seleção, programação, solicitação, armazenamento e distribuição. Estas são cíclicas e interdependentes e, portanto, o sucesso de uma depende do adequado funcionamento da anterior (PEREIRA, 2013; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

A parte assistencial ou gestão do cuidado apresenta atividades referentes à relação farmacêutico-usuário-equipe de saúde, tendo a dispensação como principal ato disparador das demais ações de cuidado (PEREIRA, 2013; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015). É nesse momento que o farmacêutico tem contato com as prescrições e os usuários e tem a oportunidade de identificar erros ou ajustes necessários, bem como as lacunas dos pacientes quanto à compreensão do seu estado de saúde e tratamento prescrito. Também ocorre, neste instante, o registro das informações (produção da informação).

A dispensação é o ato de entrega de medicamentos aos pacientes, geralmente à partir de uma prescrição realizada por profissional autorizado, associado ao fornecimento de informações e orientações necessárias para promover seu uso adequado (BRASIL. MS, 1998). Seu bom desempenho influencia diretamente a saúde dos pacientes, uma vez que é o último ponto de contato destes com um profissional de saúde antes de iniciar seu tratamento (MARIN et al, 2003). Outras ações clínicas podem ser desenvolvidas paralelamente à dispensação ou de maneira independente, como a coordenação do cuidado, visão contínua dos processos, trabalho em equipe, educação permanente e formação, dentre outras (PEREIRA, 2013; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

O MS (2015), em sua última publicação sobre os SeFar na APS, denominou as ações assistenciais como ‘cuidado farmacêutico’. Este compõe atividades de educação em saúde para equipe e usuários, ações de promoção da saúde de cunho mais geral e atividades de promoção do uso racional de medicamentos, através de serviços de clínica farmacêutica, vinculados ao contato direto farmacêutico-usuário, e atividades técnico-pedagógicas, direcionadas à equipe e à comunidade.

Nota-se um esforço por parte da literatura (BRASIL. CFF, 2016; BRASIL. MS, 2017; OPAS, 2013) de promover que os SeFar não se mantenham restritos às atividades

logísticas e gerenciais e ampliem suas ações assistenciais. Isso se faz necessário para o alcance pleno de seus objetivos centrais.

No Brasil, a maioria dos farmacêuticos das UBS não realizam atividades de natureza clínica (ARAÚJO et al., 2017). Não obstante, em nosso estudo, os entrevistados relataram que os SeFar na APS no município do Rio executam algumas atividades de gestão do cuidado como dispensação orientada, visita domiciliar, consulta farmacêutica e participação em grupos terapêuticos. Também são realizadas ações de suporte técnico à equipe, especialmente no acompanhamento de pacientes com determinadas patologias, como tuberculose e sífilis. Araújo e Freitas (2006) observaram que nas ações direcionadas a programas específicos existe maior interação dos farmacêuticos com os demais profissionais da equipe de saúde.

Observou-se na fala dos entrevistados que os farmacêuticos, em que pese os avanços na organização e na estruturação dos SeFar na APS do MRJ, ainda se dedicam mais às atividades relacionadas com a gestão do medicamento em detrimento das ações ligadas diretamente ao cuidado dos pacientes e comunidade. As causas relatadas foram a sobrecarga de trabalho, especialmente o burocrático, e a insuficiência de recursos humanos. Apesar disso, observou-se que os entrevistados entendem a importância da realização de atividades clínicas pelo farmacêutico, convergindo com o encontrado na literatura (ARAÚJO et al., 2017). Há uma clara expectativa nos atores de que essas ações sejam realizadas de maneira mais sistemática e equilibrada às demandas logísticas do serviço.

Barbosa et colaboradores (2017), identificaram que apesar da oferta de condições estruturais, de equipamentos e materiais, bem como de capacitações para os farmacêuticos, ainda se priorizava nos serviços, a realização de atividades técnico-gerenciais em detrimento das atividades clínicas, sendo a falta de tempo o principal motivo relatado pelos profissionais para configurar este cenário. Araújo e colaboradores (2017) identificaram como principais causas para a não realização de atividades clínicas pelos farmacêuticos, o fato de não terem sido solicitados para realizá-las, ausência de espaço físico e escassez de tempo.

As atividades logísticas e gerenciais dos SeFar já estão consolidadas histórica e institucionalmente, como frente principal de atuação desses serviços. Como consequência, a imagem dos SeFar ainda está muito vinculada a questões burocráticas e

de apoio e não como parte integrante do processo de atenção à saúde (BRASIL. MS, 2015)

Uma postura mais ativa do farmacêutico se faz necessária para que os SeFar tenham mais amplo escopo de suas ações, bem como maior reconhecimento perante aos demais profissionais da unidade. O farmacêutico deve, primeiramente, se reconhecer como um ator importante no processo de atenção à saúde e criar formas de organização do trabalho para vencer as barreiras postas num ambiente real de implementação, com suas imperfeições e obstáculos, de modo a consolidar os SeFar na APS.

Atores transversais aos SeFar da área de regulação (CRF-RJ) e representação social (CDS), apresentaram importantes divergências em relação aos demais entrevistados quanto às atividades desenvolvidas e esperadas para os SeFar. Os representantes da diretoria e da fiscalização do CRF-RJ, uma vez que não possuem experiência ou conhecimento aprofundado na área de APS, não demonstraram muita clareza no entendimento quanto às possibilidades de atuação dos SeFar, vinculando-os especialmente à prática de dispensação de medicamentos e de acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes. Ou seja, entendem que os SeFar têm apenas o ambiente da farmácia como campo de ação, não visualizando as tantas outras possibilidades de atuação na unidade e na comunidade.

De modo semelhante, os representantes dos CDS, tinham apenas conhecimento da realização das atividades de dispensação e gestão do estoque. Isto reforça a hipótese de que pouco ainda se realiza no tocante das ações clínico-assistenciais dos SeFar de maneira capilarizada na rede de APS do MRJ.

Um mecanismo para estimular o desenvolvimento dessas ações pelos profissionais dos SeFar é a definição e a pactuação de formas de registro e monitoramento das ações, para possibilitar cobranças quanto ao alcance de metas.

O monitoramento de desempenho de serviços de saúde tem sido cada vez mais utilizado, visto a necessidade de otimização de recursos, geralmente escassos, e a crescente busca por melhores resultados. O monitoramento é essencial para o acompanhamento sistemático das informações e dos resultados esperados para uma intervenção (POISTER, 2010). É a partir dele que se torna possível avaliar se a

intervenção está funcionando conforme o planejado e gerando os resultados esperados (SANTOS; REIS; CRUZ, 2010).

Todavia, observou-se neste estudo que existe atualmente uma baixa capacidade de monitoramento dos SeFar na APS no MRJ. Não há mecanismos de controle das atividades realizadas e resultados alcançados pelos SeFar instituídos pela AF municipal, ficando a cargo do interesse dos coordenadores dos NAF-regionais e dos farmacêuticos da ponta definirem estratégias de acompanhamento dos serviços. Desse modo, o monitoramento é fragmentado e não apresenta uniformidade na rede.

O município do Rio definiu um conjunto de indicadores e metas, pactuados com as OSS, através de contratos de gestão (SILVA, 2016), visando apoiar a tomada de decisão de profissionais e gestores, em tempo oportuno, em busca de melhorar a prestação dos serviços (PEREIRA, 2013). A renovação destes é condicionada ao alcance das metas estabelecidas.

Indicadores são importantes instrumentos de gestão que sinalizam que situações devem ser mudadas, incentivadas ou potencializadas no percurso de uma intervenção até o alcance dos seus resultados previstos. É importante destacar que eles não operam por si só, mas são apenas sinalizadores da realidade (MINAYO, 2009). Cabe sim, ao gestor, utilizá-los como ferramenta promotora de mudanças.

Ainda que alguns indicadores dos contratos de gestão entre SMS-RJ e OSS se relacionem direta ou indiretamente com os SeFar (SILVA, 2016), estes não são capazes de monitorar as atividades relacionadas ao atendimento direto do farmacêutico com o usuário, a família e a comunidade (PEREIRA, 2013), tampouco mostraram-se úteis à prática cotidiana dos SeFar nos seus diferentes níveis de gestão.

A ausência de representatividade da categoria farmacêutica no momento de elaboração dos indicadores pode ser uma causa para sua falta de aplicabilidade aos SeFar. É de fundamental importância que indicadores sejam pactuados em conjunto com quem os utiliza (MINAYO, 2009).

Ainda que os gestores reconhecessem a importância de se realizar o monitoramento das ações dos SeFar, bem como a falta de utilidade prática dos indicadores definidos pela SMS-RJ para o monitoramento do desempenho da APS, a maioria dos atores relataram não utilizar indicadores próprios para a gestão dos SeFar.

Além disso, a AP que possuía alguns indicadores não apresentava metas de alcance definidas e tampouco uma boa adesão dos profissionais na sua utilização, mostrando uma fragilidade dos indicadores utilizados. O que se espera com o uso de indicadores é que estes forneçam o nível de desempenho de uma intervenção, para que se possa aprimorá-la. Desse modo, é necessário que sejam estabelecidas metas a serem alcançadas no futuro, ou seja, que indiquem aonde se quer chegar com a intervenção.

Apesar de não existir monitoramento sistematizado das atividades, observou-se que há um acompanhamento mais de perto das ações logísticas, em especial aquelas relacionadas ao abastecimento de medicamentos. Isso reforça ainda mais a hipótese de que as atividades gerenciais são mais valorizadas pelos profissionais e gestores do que as ações assistenciais.

Recursos necessários para a consecução dos SeFar

O financiamento dos serviços de saúde é um grande desafio dos tempos atuais, visto à crescente demanda por ações e serviços de saúde. Os medicamentos têm sido considerados como tecnologias indispensáveis para o processo de cuidado à saúde, contribuindo significativamente para a oneração dos sistemas de saúde, visto que se faz necessária uma grande quantidade de recursos financeiros para adquirí-los (FALEIROS et al., 2017).

O financiamento dos medicamentos da APS ocorre com base no Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de forma tripartite com valores mínimos a serem aplicados por cada ente federativo, conforme pactuado em Portaria específica (BRASIL. MS, 2017). Cabe ressaltar que o município, assim como os demais entes, pode optar por alocar valores acima do mínimo pactuado.

Segundo Silva e colaboradores (2016), houve aumento no financiamento de medicamentos no MRJ no período de 2008 a 2014, quando ocorreu a reforma local da APS, com aplicação de recursos próprios do tesouro municipal acima do mínimo estabelecido em legislação. O gasto com medicamentos aumentou 128% neste período, além de um incremento qualitativo da oferta de medicamentos, ampliando o escopo de condições cobertas, como tuberculose, hanseníase e asma.

Achados da literatura apontam para a ampliação no financiamento de medicamentos em todo o Brasil, com especial crescimento da aplicação de recursos municipais (FALEIROS et al., 2017; VIEIRA; ZUCCHI, 2013).

Embora o MRJ tenha ampliado os gastos na compra de medicamentos, bem como incorporado novos itens para a APS na última década, ficou evidente na fala dos entrevistados que o investimento financeiro para a aquisição de medicamentos não é suficiente para suprir as necessidades da população. Esta deficiência está ainda mais acentuada atualmente, tendo em vista à recorrência de desabastecimento de medicamentos. A disponibilidade destes é considerada a maior barreira de acesso no Brasil, sendo encontrados baixos níveis de disponibilidade de medicamentos entre usuários que têm o SUS como fonte exclusiva de acesso (ÁLVARES et al., 2017).

Outro ponto mencionado por um dos representantes dos usuários entrevistados foi a retirada de itens da grade de medicamentos disponível para dispensação nas UBS. Sabe-se informalmente que, conforme uso e desuso dos medicamentos e considerando a relação custo-benefício, bem como o orçamento disponível para aquisição, a SMS-RJ define a inclusão ou exclusão de itens, com o suporte do NAF central. De todo modo, a retirada de itens da APS pode gerar insatisfação dos usuários, sobretudo quando já estão acostumados a terem acesso a determinado medicamento e quando o motivo da exclusão não lhes é compartilhado de maneira clara.

Para garantir um atendimento humanizado, medicamentos de qualidade, otimização de recursos e a realização de ações efetivas na melhoria do processo de atenção à saúde, as farmácias devem apresentar infraestrutura, recursos humanos e materiais compatíveis com as atividades a serem desenvolvidas (BRASIL. MS, 2009).

Em termos de estrutura física, recomenda-se que as farmácias tenham, preferencialmente, ao menos 3 ambientes: um espaço para dispensação, uma sala de estocagem de medicamentos e uma sala para o farmacêutico realizar atendimentos individuais (BRASIL. MS, 2009; RIO, 2011b, 2016).

A estrutura das farmácias das UBS do município do Rio, em geral, foi considerada adequada pelos entrevistados. Reconheceram-se as melhorias ocorridas nos últimos anos acerca da estruturação das farmácias, sobretudo nas unidades mais novas. Atualmente, todas são refrigeradas, informatizadas, livres de grades e janelas e com equipamentos e

materiais necessários para realizar um adequado armazenamento dos medicamentos. Também não foram apontados problemas sanitários, tais como infiltrações, fungos e goteiras, fator preocupante em muitas farmácias pelo Brasil (DIAS, 2013).

Nota-se que, quanto ao financiamento para a estruturação e manutenção das farmácias das UBS, o MRJ se empenhou para adequá-las às necessidades do modelo de APS centrado na ESF, apresentando uma infraestrutura privilegiada frente à realidade da maioria dos municípios brasileiros (LEITE et al., 2017). Isto aponta para um cenário favorável à implantação dos SeFar, visto que uma grande parcela de municípios brasileiros não investem nesta área (FALEIROS et al., 2017).

Leite e colaboradores (2017), identificaram que a estruturação adequada das farmácias brasileiras ainda é um obstáculo a ser superado. A maioria não possuía ar condicionado, controle de temperaturas, geladeira para armazenamento de medicamentos, computador, acesso à internet e sistema informatizado para o registro das ações. Além disso, a presença de barreiras físicas na dispensação ainda é uma realidade em muitas unidades (23,7%).

Atores mais próximos do nível local (farmacêuticos da ponta, usuários e coordenadores das OSS), mais diretamente envolvidos com os desafios decorrentes da infraestrutura local, apresentaram uma opinião mais crítica em relação à estrutura das farmácias do MRJ. O subdimensionamento, especialmente nas unidades mais novas (modelo tipo A) e a má distribuição do espaço físico foram as principais queixas apresentadas. Esta é uma realidade observada também no nível nacional (LEITE et al., 2017).

Apesar de ser recomendada uma flexibilidade no dimensionamento das farmácias, de modo que cada uma tenha um espaço físico suficiente para atender suas necessidades (BRASIL. MS, 2006), observou-se neste estudo que o município do Rio optou por definir um tamanho padrão para as farmácias das clínicas da família. Não existe uma relação entre a dimensão da farmácia e o número de equipes de saúde da família presentes na unidade e a cobertura populacional. Desse modo, farmácias com diferentes volumes de atendimento têm que funcionar num mesmo modelo de estrutura.

O maior impacto da padronização das farmácias é quanto à sala de estocagem de medicamentos. Em muitas unidades, o espaço reduzido dificulta o cumprimento das boas

práticas de armazenamento, podendo acarretar em prejuízo na qualidade dos medicamentos dispensados. Além disso, a falta de espaços adequados dificulta o gerenciamento do estoque, podendo acarretar em desabastecimentos de medicamentos ou perdas por expiração do prazo de validade.

Outro problema estrutural encontrado foi a ausência de uma sala para o farmacêutico realizar atendimentos individuais. Para orientar pacientes ou realizar seguimento farmacoterapêutico, é importante que o farmacêutico tenha um local disponível, livre de interferências e ruídos, para evitar distrações dos usuários e possibilitar uma maior compreensão das informações oferecidas (BRASIL. MS, 2009).

A SMS-RJ inicialmente, inseriu nas plantas das farmácias uma sala exclusiva para o farmacêutico, inclusive constando como recomendação em documentos do próprio município (RIO, 2011b, 2016), entretanto esse espaço foi excluído logo em seguida. No Brasil, o número de UBS com área específica para realizar consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico ainda é muito pouco expressivo (13.7%). Isto reflete uma visão dos gestores sobre os SeFar ainda centrada nos aspectos técnico-gerencias desses serviços, com baixa valorização das possibilidades de atuação clínica.

Finalmente, em se tratando de recursos humanos para os SeFar na APS do MRJ, observaram-se grandes avanços, apesar de ainda ter sido apontado como necessário um maior investimento financeiro por parte da SMS-RJ na contratação de mais pessoal, em políticas de valorização profissional e, especialmente, na capacitação dos profissionais da rede.

Segundo Carvalho e colaboradores (2017), a implantação do NASF, bem como o crescimento da AF no país, incentivou a ampliação do número de farmacêuticos atuando na atenção básica, com aumento de 75% no período de 2003 a 2013. No município de Rio esse crescimento parece ter sido mais expressivo, pois apesar do Ministério da Saúde prever a atuação do farmacêutico na APS como membro integrante do NASF (BRASIL.MS, 2009), a SMS-RJ optou por lotar farmacêuticos em todas as UBS.

Isto mostra que a SMS-RJ apostou no papel estratégico do farmacêutico no processo de atenção à saúde neste nível de atenção. Além de farmacêuticos, o município investiu também na contratação de profissionais de apoio para os SeFar (técnicos ou auxiliares de farmácia).

Apesar de se reconhecer o avanço que representa ter ao menos um farmacêutico e um técnico/auxiliar de farmácia por unidade, foi consensual a percepção dos atores entrevistados quanto à insuficiência de recursos humanos (RH) nas farmácias para atender a todas as demandas dos SeFar. A SMS-RJ não leva em consideração a demanda de cada unidade para definir a quantidade de RH, apesar de constar essa recomendação em documento municipal específico para os SeFar (RIO, 2011b).

O subdimensionamento de RH pode gerar sobrecarga de trabalho, prejuízo na qualidade dos serviços prestados, bem como iniquidades nos SeFar entre as diferentes UBS. Em unidades com menor número de equipes, por exemplo, o farmacêutico fica mais disponível para diversificar sua atuação, bem como realizar as atividades com maior nível de dedicação e qualidade. Ao contrário, o farmacêutico que atua em unidades com grande demanda acaba ficando mais limitado.

Para a melhoria do desempenho profissional é importante a existência de medidas de valorização dos recursos humanos, como incentivos à qualificação, ações de capacitação, remuneração adequada, relações de trabalho que ofereçam maior segurança e estabilidade e melhoria das condições de trabalho e infraestrutura (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Para que seja realizado o que se espera para os SeFar no nível das UBS, a capacitação dos farmacêuticos e técnicos/auxiliares de farmácia não se mostrou satisfatória. Os profissionais não chegam preparados para atuarem na APS devido à deficiência da formação universitária, bem como pelo pequeno número de profissionais com qualificação específica na área. Em municípios com mais de 100.000 habitantes de quatro regiões do país, Escorel e colaboradores (2007) observaram que a maioria dos profissionais de nível superior das equipes de saúde da família não tinham formação específica para atuarem na APS.

Os achados deste estudo sugerem que os farmacêuticos chegam na rede com uma visão bastante distorcida e limitada das suas possibilidades de atuação na APS, o que corrobora com os achados de Nicoline e Vieira (2011). As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia de 2017 destacam que o farmacêutico egresso deve ter uma formação que lhe ofereça condições para atuar no SUS, nos seus diferentes níveis de atenção, com ênfase na APS (MEC, 2017). Embora as recentes reformas curriculares no curso de farmácia represente um esforço para se formar

farmacêuticos com perfil para atuar na AF no SUS, ainda é notória a deficitária formação desses profissionais, sobretudo no que tange à saúde pública. Ademais, existe também uma carência de disciplinas na área de ciências humanas, importantes para desenvolver habilidades na interação com usuários e equipe multiprofissional (NICOLINE; VIEIRA, 2011).

A formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos são aspectos que interferem diretamente na qualidade dos serviços prestados, bem como na satisfação dos usuários (OPAS, 2002). Segundo a OPAS (2001), a qualificação, a capacitação e o aprimoramento do desempenho dos profissionais de saúde é uma estratégia fundamental para a melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Dessa maneira, a capacitação e a qualificação dos recursos humanos encontram-se entre os desafios para o sucesso da implantação dos SeFar na APS.

Atualmente, existe apenas uma capacitação específica no município, voltada para a qualificação dos farmacêuticos e técnicos/auxiliares de farmácia, através de uma parceria entre a ENSP/Fiocruz e a SMS-RJ. Esses cursos têm como propósito desenvolver competências e habilidades nos profissionais, de modo que estes sejam capazes de atuarem em equipe, reconhecendo e atuando ativamente nos problemas relacionados aos medicamentos e suas interfaces.

Apesar do avanço e do esforço que a aplicação desses cursos representa na melhoria dos SeFar na APS, estes isoladamente, não dão conta de suprir todas as lacunas e deficiências provindas da formação e do preparo dos profissionais. Baixos índices de ações de capacitação e qualificação dos profissionais dos SeFar foi observado em todas as regiões do país, sendo a média brasileira de apenas 12% (FALEIROS et al., 2017).

Outros treinamentos pontuais por vezes são realizados, mas ficam a cargo da participação ativa das CAP, NAF regionais e farmacêuticos da ponta, não sendo algo padronizado e institucionalizado, o que contribui para a existência de disparidades entre os SeFar nas diferentes áreas programáticas.

Em relação ao preparo dos profissionais de apoio dos SeFar o cenário aparenta ser ainda mais grave. Algumas OSS, no processo de seleção desses profissionais, não exigem formação específica em farmácia (técnico em farmácia) e nem sequer experiência mínima na área. Assim sendo, os serviços, muitas vezes, recebem profissionais de áreas de

formação diversas, que não possuem nenhuma intimidade com medicamentos e sem um preparo mínimo para atuarem nas farmácias.

Araújo e colaboradores (2017) identificaram que na maior parte dos serviços de atenção básica do Brasil, os responsáveis pela entrega de medicamentos não são farmacêuticos nem técnicos de farmácia. Ainda assim, estes profissionais não recebem capacitação específica pela SMS-RJ, ao menos introdutória, antes de iniciarem suas atividades em serviço. O treinamento acaba ficando a cargo dos farmacêuticos dos serviços, que muitas vezes não têm tempo para realizar esta atividade a contento e acabam por fornecer orientações durante o cotidiano do serviço, conforme o surgimento de dúvidas e demanda.

Outro aspecto problemático no MRJ é a baixa capacidade de reter os profissionais na rede de APS. Incentivos financeiros à qualificação, ao menos até a gestão passada, só eram oferecidos aos profissionais de saúde que compunham a equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde). A ausência de um plano de cargos e salários para os trabalhadores dos SeFar, aliado à violência e outras vulnerabilidades de vários territórios, dificulta manter esses profissionais, uma vez que não existe perspectiva de crescimento.

INTERAÇÕES ENTRE OS ATORES, DIVERGÊNCIAS E CONFLITOS QUE PERMEIAM A IMPLANTAÇÃO DOS SEFAR

Atores de diferentes níveis de gestão foram apontados como importantes para o processo de implantação dos SeFar, desde os níveis mais macro (gestores da prefeitura, SMS, SUBPAV e NAF central), níveis intermediários (coordenadores das CAP, NAF regionais, OSS e gerentes das unidades), chegando até os profissionais que compõem o nível da microimplementação (farmacêuticos, médicos, enfermeiros e demais profissionais da equipe). Não foi valorizada na fala dos entrevistados a influência dos usuários dos serviços na implantação dos SeFar.

Observa-se que há uma visão predominante do enfoque *top-down*, ou seja, os implementadores centrais são considerados como mais importantes para o sucesso da implantação. Na perspectiva dos atores entrevistados, a implementação dos SeFar depende fortemente de normativas ditadas pelos gestores dos níveis centrais. Neste tipo

de enfoque considera-se que os atores que estão na ponta dos serviços apenas executam aquilo que foi definido por quem está no comando da política, convergindo com os objetivos e metas estabelecidos. Desse modo, a perspectiva normativa reduz o conflito a uma questão operacional (MATLAND, 1995; MATTOS; BAPTISTA, 2015).

O modelo top-down não considera as distorções que podem ocorrer na política no momento da sua implementação no nível local. Os atores locais que operacionalizam a política, inserem seus próprios meios de atuação e metas no momento de prestarem os serviços à população, o que pode gerar tanto resultados desejados quanto indesejados conforme o modelo da política (CARVALHO, 2006).

Alguns atores apresentaram uma visão contrária, que corrobora com o modelo *bottom-up*, considerando que o nível concreto de execução é o que define a política. Neste tipo de enfoque, os implementadores locais são quem determinam o desenho da política na prática dos serviços (MATTOS; BAPTISTA, 2015). Desse modo, os entrevistados acreditam que os farmacêuticos que atuam no nível local, em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde, são os grandes responsáveis por determinarem os serviços prestados pelos SeFar nas UBS.

A comunicação e o processo decisório entre os diferentes níveis de gestão dos SeFar no âmbito municipal se dá de maneira hierarquizada e descentralizada. Também ocorre um fluxo transversal realizado pelos atores de regulação (CRF-RJ), de formação/pesquisa (ENSP/Fiocruz) e de usuários (CDS). Relação semelhante também foi observada num estudo que avaliou a implantação da AF no município de João Pessoa (BRUNS, 2013).

A interação entre os gestores dos SeFar mostrou-se harmoniosa, com encontros pessoais periódicos para discussão de fluxos e rotinas e por meio de comunicação virtual. Entretanto sabe-se informalmente, com base na vivência de serviço e convívio com profissionais, que existem alguns conflitos em algumas AP entre farmacêuticos e NAF regionais, com ausência de fluxos de comunicação bem definidos.

Ainda, cabe destacar que a existência de espaços de interação e discussão entre os gestores dos SeFar não garante uma comunicação efetiva entre os mesmos, que resulte em benefícios concretos à implantação dos SeFar.

A articulação com outros setores e áreas também é importante para o fortalecimento dos SeFar, na medida em que estes vão ganhando apoio político para sua implantação. Entretanto, observou-se nesta pesquisa que nos espaços coletivos de discussão sobre temas que envolve a saúde no nível da APS, nos três níveis de gestão, pouco se debate sobre os SeFar, sobretudo no seu sentido mais amplo. Os assuntos abordados envolvem, majoritariamente, questões ligadas ao abastecimento de medicamentos. Desse modo, sugere-se que existe um baixo apoio político de gestores e profissionais de outras áreas à implantação dos SeFar no MRJ.

Para discussão de temas voltados à atuação clínica dos SeFar é necessária a participação ativa do farmacêutico nesses espaços, em busca de se inserir mais nos debates e processos decisórios e ganhar maior prestígio junto aos demais profissionais.

Quanto ao nível de convergência em relação ao papel dos SeFar na APS, entre os diferentes atores citados como influentes na implantação, observou-se na fala dos entrevistados que este foi considerado baixo. A falta de conhecimento dos gestores e profissionais de outras áreas, sobretudo de quem está mais afastado da ponta dos serviços, sobre a importância dos SeFar e as possibilidades de atuação do farmacêutico no âmbito da APS é a principal causa desse cenário. Saturnino e colaboradores (2012) também observaram que a relevância dos SeFar ainda não está clara para a maioria dos gestores públicos.

A ausência de pactuação de diretrizes e metas bem definidas para os SeFar dificulta uma mudança nesse sentido. Ademais, os próprios farmacêuticos, por terem ainda uma formação muito tecnicista (SATURNINO et al., 2012), têm, por vezes, dificuldade de reconhecerem seu papel na assistência à saúde.

No nível da UBS, as divergências acabam por vezes a induzir a instalação de um ambiente conflituoso entre os farmacêuticos e os demais profissionais da equipe, especialmente os prescritores. Estes, eventualmente entendem que o farmacêutico está invadindo seu espaço de atuação e não o enxergam como um profissional que está ali para apoiar o cuidado ao paciente, inclusive realizando intervenções necessárias que envolvem as prescrições. A deficiência na habilidade do farmacêutico em articular com os demais componentes da equipe para evitar esses embates, mencionada por entrevistados, pode ser resultado de uma formação deficitária nas universidades.

Por outro lado, os farmacêuticos do nível local entrevistados neste estudo, relataram não ter dificuldades em contornar possíveis conflitos com a equipe. É razoável que a fala de gestores e outros atores mais distantes do nível de execução mereça ser mais valorizada nesse aspecto, tendo em vista a visão mais geral que estes têm da rede. Além disso, este estudo incluiu uma pequena amostra de farmacêuticos da ponta e estes acabam por ter uma visão apenas da sua própria experiência local.

A efetiva integração do farmacêutico à equipe multidisciplinar demanda tempo, articulação com os demais profissionais e apoio do gestor local (FARRELL et al., 2013; MELO; CASTRO, 2017), que neste caso se configura como o gerente ou diretor da unidade básica. Também é fundamental o apoio dos gestores da AF municipal (NAF-regionais e NAF central) para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias ao farmacêutico.

Convergindo com as falas dos entrevistados no presente estudo, Melo e Castro (2017) encontraram como principais barreiras para a inserção do farmacêutico na equipe da APS a falta de tempo decorrente do acúmulo de tarefas e o desconhecimento dos demais profissionais do papel do farmacêutico, uma vez que este ator historicamente não estava presente no corpo clínico da unidade. Cabe também considerar que houve a recente incorporação na APS de profissões com baixa tradição de atuação neste nível de cuidado, como terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico, de forma que este é certamente um problema que afeta outras corporações. O apoio do gerente, e a atuação ativa dos farmacêuticos, priorizando intervenções face-a-face com os profissionais, são condições fundamentais para a integração do farmacêutico com a equipe e ampliação do escopo de suas ações clínicas (MELO; CASTRO, 2017).

Outro aspecto que não está favorecendo uma convergência quanto aos objetivos dos SeFar, é o cenário político do MRJ que está resultando em um enfraquecimento da APS. Desde o início da gestão atual, não está bem definido um projeto ao desenvolvimento da APS, indicando que esta não é uma questão prioritária na agenda do governo. Ademais, os gestores inseridos nos cargos da SMS-RJ não são profissionais com experiência e conhecimento profundo na área, o que está provocando uma descaracterização da gestão da rede de APS, dificultando inclusive os mecanismos de controle social. A isso se adicionam vários aspectos de instabilidade, como demissões em massa, atrasos no pagamento dos salários, fechamento de UBS e faltas de insumos.

No que tange diretamente aos SeFar, essa conjuntura tem acarretado em desabastecimentos importantes e recorrentes de medicamentos nas UBS, implicando em prejuízo à saúde da população. Além do mais, é provável que o cenário posto, somado aos sucessivos atrasos no pagamento dos salários, esteja provocando desmotivação nos profissionais, podendo acarretar em queda no seu desempenho.

Outra consequência do contexto político atual é um afastamento da SMS-RJ com a ENSP quanto a questões de planejamento das ações de saúde, pareceria esta que existiu por longo período na gestão anterior. A relação da ENSP ainda se mantém com o NAF central, devido ao histórico de cooperação, bem como a manutenção da oferta dos cursos de qualificação dos profissionais dos SeFar.

Outro aspecto de entrave à implantação dos SeFar no MRJ envolve a relação pouco harmoniosa do CRF-RJ com as OSS e SMS-RJ, que está acarretando em alguns conflitos. O primeiro envolve a questão da regularização da responsabilidade técnica dos farmacêuticos das UBS. Apesar da tentativa das OSS de regularização dos farmacêuticos junto ao CRF-RJ, barreiras burocráticas impostas por este não possibilitou a resolução do problema desde a reestruturação da APS municipal e expansão dos SeFar. Entretanto, atualmente com a mudança da gestão do CRF-RJ, está havendo um diálogo no sentido de rever os trâmites burocráticos de modo que seja possível concretizar as regularizações.

Um segundo conflito, que pode estar interferindo negativamente no processo de implantação dos SeFar no âmbito municipal, se refere ao modo de interpretação da Lei 13.021 (2014), que acarretou em diversas autuações em UBS da rede, devido à ausência do farmacêutico na farmácia. Esta Lei Federal trata do funcionamento das atividades farmacêuticas, determinando que as farmácias de qualquer natureza devem contar, obrigatoriamente, com a presença do farmacêutico, durante todo seu horário de funcionamento. Entretanto, cabem diferentes interpretações à lei. Entende-se que o farmacêutico que atua numa UBS, seguindo os preceitos da APS e conforme preconizado em documentos do MS e pela literatura internacional (BRASIL. MS, 2009, 2015, 2017; OPAS, 2013), deve realizar diversas ações assistenciais que atendam às variadas necessidades de saúde da população.

Desse modo, é razoável a compreensão de que o farmacêutico quando está realizando atividades como visita domiciliar, participação em grupos de cuidado, ações de educação em saúde na comunidade, participação em reuniões de equipe, dentre outras

atividades clínicas, embora não esteja dentro do espaço físico da farmácia, continua estando a serviço desta. Diferentemente, quando o farmacêutico está ausente de uma farmácia ou drogaria privada, por exemplo, ele necessariamente está se ausentando do trabalho, uma vez que as ações deste campo de atuação se limitam ao espaço físico do estabelecimento

No entanto, o CRF-RJ segue a determinação da lei ao pé da letra, ou seja, caso o farmacêutico não esteja no espaço físico da farmácia, independente do que estiver realizando, a unidade é autuada por descumprimento da lei. Os representantes do CRF-RJ defendem o ponto de vista de que os pacientes que vão até a farmácia não podem ficar desassistidos pelo farmacêutico. Isso pode estar relacionado ao fato de que estes atores não possuem um conhecimento amplo sobre os SeFar no âmbito da APS, bem como das possibilidades de atuação do farmacêutico para o alcance de resultados positivos em saúde.

Estudos mostram que técnicos de farmácia, quando bem treinados, associado à sistematização da atividade de dispensação de medicamentos, são capazes de resolver alguns problemas relacionados a medicamentos e de identificar os pacientes que necessitam de atendimento farmacêutico (HORON; HENNESSEY, 2010; MELO et al., 2017; MELO; CASTRO, 2017). Isso possibilita maior alcance dos SeFar na promoção do uso racional de medicamentos, uma vez que é inviável para o farmacêutico orientar a todos os pacientes.

Não é o caso aqui desmerecer a legislação que foi importante para garantir a presença dos farmacêuticos em todas as unidades dispensadoras de medicamentos, bem como aumentar o acesso da população a este profissional, principalmente nas farmácias e drogarias privadas. Porém, se faz necessária certa flexibilização na interpretação desta Lei Federal, a depender da natureza jurídica da farmácia (pública ou privada) e do nível de complexidade onde está inserida (atenção primária, secundária ou terciária), de forma que a mesma se aplique de modo coerente aos diferentes contextos e realidades dos serviços.

Cabe destacar que, mesmo não havendo um consenso para solucionar a questão, os representantes do CRF-RJ entrevistados, que compõem a nova gestão que assumiu recentemente o controle do CRF-RJ, admitiram que as autuações não configuram como o melhor mecanismo para a resolução do impasse.

Somado a isso foi criada, no início de 2018, a Câmara Técnica de Atenção Básica para intermediar esse conflito e criar um ambiente de cooperação entre os atores envolvidos, visando buscar alternativas conciliadoras. Mais recentemente, soube-se que foi criada uma Comissão de Assistência Farmacêutica no SUS também para debater a questão. Ambas instâncias são compostas por profissionais com experiência prática e/ou acadêmica na área. Isto nos induz a pensar que o ambiente político atual está favorecendo uma amenização dos conflitos existentes.

IMPLEMENTAÇÃO DOS SEFAR À LUZ DO MODELO AMBIGUIDADE-CONFLITO

O modelo de avaliação de implementação proposto por Matland (1995), importante referência teórica utilizada para a realização desse estudo, visa superar as limitações dos modelos *top-down* e *bottom-up* no que se refere à influência dos níveis de ambiguidade e conflito no êxito da implantação de uma política. Este modelo valoriza os diferentes atores envolvidos na implantação – implementadores centrais e locais – e inclusive o papel dos usuários de intervirem numa política de modo que esta atenda às suas expectativas e necessidades.

A variável ambiguidade foi adotada nesse estudo em seu sentido mais amplo, como a de uma situação em que ocorrem diferentes possibilidades de interpretações sobre uma mesma circunstância ou fenômeno. Verificou-se que a alta ambiguidade presente no processo de implantação dos SeFar possui grande força explicativa no contexto estudado.

A implementação dos SeFar na APS no MRJ se desenha assumindo predominantemente características de ‘Implementação Experimental’, pois possui alta ambiguidade quanto aos objetivos e meios, em um ambiente de médio conflito. Os objetivos não são claros para todos os atores envolvidos na implantação e os meios ainda não estão bem estabelecidos.

A implementação dos SeFar assume assim, características locais, ou seja, depende fundamentalmente dos recursos contextuais locais disponíveis e da participação ativa e comprometida dos implementadores nos microambientes. Dessa maneira, os resultados ficam mais vulneráveis às influências ambientais e, portanto, podem variar de acordo com o local de implantação.

Cabe destacar que a implantação dos SeFar, em determinadas circunstâncias, também assume uma condição híbrida com o tipo 'Implementação Política'. Apesar de não existirem muitos conflitos permeando o processo de implantação, sobretudo entre os atores da SMS-RJ mais diretamente ligados ao SeFar, alguns representam entraves importantes para a consolidação dos mesmos no nível da APS.

Na concepção de Matland (1995), para haver conflito é necessário que exista interdependência entre os atores e incompatibilidades quanto aos objetivos ou meios para concepção de uma política. Quando o conflito acarreta em longo período de negociação tende a provocar alterações não nos objetivos, mas nos meios de execução, ou provoca uma não-ação, quando os atores não são capazes de chegar a um consenso.

Na implementação política, onde se tem maior nível de conflito, os resultados são definidos pelo poder. Apesar de existir clareza quanto aos objetivos, pode haver algumas divergências e disputas em relação aos meios a serem utilizados na implantação, sendo por vezes utilizados mecanismos de coerção nesse processo (MATLAND, 1995).

Atores do CRF-RJ apesar de convergirem com os demais entrevistados quanto aos objetivos finalísticos dos SeFar, demonstraram não ter clareza quanto ao papel desses serviços no seu sentido mais amplo e das possibilidades de atuação dos farmacêuticos no contexto da APS. Isso acaba por afetar sua posição quanto à aplicação da lei que regulamenta as atividades farmacêuticas (BRASIL, 2014).

As medidas coercitivas impostas pelo CRF-RJ, na ausência do farmacêutico dentro do espaço da farmácia, mesmo estando a serviço desta, mostraram intimidar, em certa medida, os farmacêuticos a realizarem atividades assistenciais externas, limitando o escopo de ações dos SeFar. Ao contrário do que os atores do CRF-RJ aparentam acreditar, a imposição da lei, sem considerar flexibilidades admissíveis ao texto legal e ao contexto onde está sendo aplicada, não dialoga com o fortalecimento dos SeFar na APS, ao contrário, vai na contramão do caminho de desconstrução da imagem do farmacêutico isolado do restante da unidade, somente dentro das quatro paredes da farmácia.

Apesar deste conflito ainda estar em processo de negociação, percebe-se um esforço para sua superação criando a perspectiva de chegada a um consenso, uma vez que foram criadas instâncias internas ao CRF-RJ, compostas por farmacêuticos que atuam

nos SeFar, direta ou indiretamente, criando um contexto cooperativo para a resolução do problema.

O momento de tendência à precarização da APS no MRJ também confere à implantação dos SeFar características do tipo de implantação política, uma vez que esta está sofrendo influências do contexto político instalado. Isso tem impactado em alguns aspectos diretamente ligados aos SeFar, como prejuízo ao acesso da população aos medicamentos essenciais e desmotivação dos profissionais, além do cenário dificultar uma convergência entre os atores quanto aos objetivos dos SeFar e seu *modus operandi*.

LIMITAÇÕES E FORTALEZAS DO ESTUDO

Uma das limitações deste estudo foi a impossibilidade de entrevistar o subsecretário de Atenção Primária, a despeito de reiteradas tentativas. Conhecer sua perspectiva sobre os SeFar iria possibilitar, em certa medida, uma melhor compreensão sobre como a SMS-RJ entende o papel dos SeFar e o que se espera desses serviços pela gestão atual da prefeitura.

Outros profissionais, identificados como importantes no processo de implantação dos SeFar na APS ao longo do desenvolvimento do estudo, tais como os gerentes das UBS e os responsáveis técnicos médicos e enfermeiros, não foram incluídos no estudo para as entrevistas por constrangimento de tempo, assim como de recursos financeiros e operacionais.

Cabe também mencionar que a autora da pesquisa, por ter atuado por alguns anos na rede de APS do MRJ, já havia tido interação prévia com vários dos entrevistados. Ainda que isso pudesse ter influenciado de alguma maneira a fala dos atores, por outro lado esse fato permitiu o conhecimento do contexto do estudo em diferentes perspectivas.

O presente estudo merece destaque, visto que ainda há poucos estudos que tratem da análise de políticas farmacêuticas no Brasil. Este tipo de pesquisa se faz necessária, uma vez que os SeFar ainda estão em processo de construção e consolidação no Brasil e permite identificar os pontos a serem aprimorados para que sejam prestados serviços de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar as convergências e dilemas que envolvem o processo de implantação dos SeFar na APS no município do Rio de Janeiro, a partir da perspectiva de atores-chave e de documentos municipais e nacionais e utilizando como base, o modelo de ambiguidade-conflito proposto por Matland (1995).

Destaca-se que diferentes aspectos influenciam o processo de implantação dos SeFar: base documental, contexto político, características organizacionais do setor saúde e dos SeFar, objetivos bem definidos e claros para os diferentes atores envolvidos, recursos de naturezas diversas e capacidade de monitorar os resultados. Desse modo, a análise empregada nesse estudo buscou identificar os aspectos favoráveis à implantação dos SeFar no MRJ, bem como os que a dificultam.

Observou-se que o município do Rio de Janeiro na última década vinha se empenhando para fortalecer a AF local, o que favoreceu a implantação dos SeFar na APS nesse período. Possibilitou avanços na estruturação dos serviços, seja por reforma e construção de farmácias bem estruturadas e equipadas, seja pela contratação de farmacêuticos e profissionais de apoio para compor os serviços, em que pese que os entrevistados tenham considerado a necessidade de fortalecimento desses avanços.

Os SeFar no MRJ contam, em geral, com gestores farmacêuticos dos diferentes níveis de gestão, com ampla experiência e formação específica na área de APS, o que favorece uma convergência entre eles no que se refere ao papel dos SeFar, bem como uma relação mais harmoniosa.

Outros fatores de convergência identificados foram a existência de uma ampla base documental de apoio à estruturação e organização dos SeFar, especialmente de abrangência nacional, e com destaque para a inclusão dos SeFar nos PMS, apesar dos recentes retrocessos nesse aspecto; e a criação de instâncias internas ao CRF-RJ para realizar a interlocução entre este e a rede de APS.

A existência de lacunas a serem preenchidas para a implantação plena dos SeFar no MRJ tem como uma das suas expressões a atuação ainda tímida dos farmacêuticos nas ações de gestão do cuidado, mesmo frente aos avanços locais estruturais e organizacionais. A falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho burocrático e à insuficiência de RH, a falta de preparo e postura ativa dos profissionais e as deficitárias

ações de capacitação dos mesmos foram as principais causas relatadas para a manutenção deste cenário.

Outros dilemas enfrentados na implantação dos SeFar são: o recente movimento de enfraquecimento da APS; a redução do investimento financeiro para aquisição de medicamentos; a carência na definição de diretrizes, resultados esperados e mecanismos de monitoramento para os SeFar; dimensão do espaço físico das farmácias e recursos humanos muitas vezes incompatíveis com as reais demandas dos serviços; baixa compreensão dos representantes dos usuários quanto aos objetivos e formas de atuação dos SeFar; e falta de clareza de atores de setores chave do CRF-RJ sobre a forma de operacionalização dos SeFar, com consequência na interpretação e aplicação de legislações ligadas à área.

Em relação à caracterização do processo de implementação dos SeFar, que tomou como base as reflexões de Matland (1995) sobre o modelo ambiguidade-conflito, foi possível identificar características de ‘Implementação Experimental’, com alto nível de ambiguidade e médio conflito, forte influência do contexto local e grande dependência da disponibilidade de recursos locais e da atuação ativa dos microimplementadores.

Por outro lado, considerando o papel da influência do contexto político na implementação dos SeFar, esta assume também características do tipo ‘Implementação Política’. Mudanças na gestão tanto da prefeitura do Rio quanto no CRF-RJ mostraram impactar no processo de implantação. A primeira cria um cenário desfavorável, visto ao retrocesso no fortalecimento da APS e da AF municipal. No que tange ao CRF-RJ por outro lado, a gestão atual parece estar favorecendo um diálogo mais cooperativo na resolução dos entraves postos para a atuação dos farmacêuticos na APS.

Como toda pesquisa de avaliação de implementação de políticas ou programas, esta teve por objetivo apontar aspectos que possam ser melhorados nos serviços. Desse modo, para a consolidação dos SeFar na APS se faz necessário um aumento no investimento em ações de capacitação sistemáticas dos farmacêuticos e técnicos/auxiliares de farmácia, desenvolvendo e aprimorando habilidades e competências para atuarem na APS. Em paralelo, também é importante que se aprimorem o processo e critérios de seleção dos profissionais, especialmente dos funcionários de apoio, bem como se desenvolvam mecanismos de valorização dos mesmos, com instituição de planos de cargos e salários e pagamentos em dia.

Também é de fundamental importância a criação e institucionalização de mecanismos de monitoramento dos SeFar, para acompanhamento e melhoria contínua dos serviços prestados e que os farmacêuticos tomem uma postura mais ativa em busca de conhecimento e inserção no cuidado ao usuário, em parceria com a equipe multiprofissional. É preciso aproveitar os aspectos positivos proporcionados pelos avanços conquistados pelos SeFar no município e enfrentar os desafios postos, de modo a conquistar reconhecimento e valorização do seu papel no nível da APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVARES, J. et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 2017.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.
- ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. v. 26, n. 2, p. 87–92, 2005.
- ARAÚJO, A. DA L. A. DE; FREITAS, O. DE. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **RBCF, Rev. bras. ciênc. farm. (Impr.)**, v. 42, n. 1, p. 137–146, 2006.
- ARAÚJO, P. S. et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017.
- BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475–2486, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
- BRASIL. Lei nº 13.021 de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. 2014.
- BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, atualizado até a Emenda Constitucional nº 97/2017. 2017, p. 518.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**suelma. Brasília: CFF, 2016.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possa acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. 2016.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 3.916. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488, 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 Saúde (PACS). 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2.135. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017 a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 6. Portaria nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017 b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)** Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica n. 27.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS.; DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. **Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRUNS, S. DE F. **Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa, PB: contexto, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013.
- CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Lei nº 2.011 de 31 de agosto de 1993, Institui os Conselhos Municipais de Saúde no município e dá outras providências. 1993.
- CARVALHO, E. H. **Programa de Saúde da Família: estudo sobre o processo de implementação em município do Rio de Janeiro a partir do modelo ambiguidade-conflito**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006.
- CARVALHO, M. N. et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 2, 2017.
- CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Eds.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 41–60.
- CHAMPAGNE, F. et al. A Apreciação Normativa. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 77–94.
- CHAMPAGNE, F. et al. A Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Eds.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011c. p. 217–238.

- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. Escolha de uma estratégia de pesquisa. In: CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. (Eds.). **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1994. p. 35–56.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29–47.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705–711, 2006.
- DIAS, K. E. **A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS - Uma proposta de ações para auxiliar esse processo**. Dissertação de mestrado—Rio de Janeiro: ENSP, 2013.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (ENSP). RADIS: Atenção Básica não é Atenção Mínima. v. 183, p. 10–25, 2017.
- SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164–176, 2007.
- FALEIROS, D. R. et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 2017.
- FARRELL, B. et al. Working in interprofessional primary health care teams: What do pharmacists do? **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 9, n. 3, p. 288–301, 2013.
- FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Eds.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1–13.
- FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, p. 5–9, 2012.
- GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 2, 2017.
- GIOVANELLA, L. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009.
- GYLLENSTEN, H. et al. Economic Impact of Adverse Drug Events – A Retrospective Population-Based Cohort Study of 4970 Adults. v. 9, n. 3, 2014.

- HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. **Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família: pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro.** Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.
- HORON, K; HENNESSEY, T. Should Pharmacy Technicians Provide Clinical Services or Perform Patient Care Activities in Areas without a Pharmacist? **The Canadian Journal of Hospital Pharmacy**, v. 63, n. 5, p. 391–394, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 11 jan. 2018.
- LEITE, S. N. et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017.
- LIMA, M. G. et al. Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 23, 2017.
- LOTTA, G. S. **Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.
- LUIZA, V. L. et al. **Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as PVHA. Relatório final de pesquisa.** Rio de Janeiro: Núcleo de Assistência Farmacêutica/ENSP, Fiocruz, 2006.
- LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del estado.** Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 274.
- MARIN ET AL, N. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MATLAND, R. E. Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 5, n. 2, p. 145–154, 1995.
- MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. DE F. **Caminhos para análise de políticas de saúde.** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
- MELO, D. O. DE et al. Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 261–268, jan. 2017.
- MELO, D. O. DE; CASTRO, L. L. C. DE. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 235–244, jan. 2017.

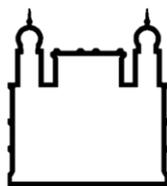
- MINAYO, M. C. DE S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1 Supl 1, p. 83–91, 2009.
- MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. 2017.
- MOTTA, L. C. DE S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196–207, 2015.
- NICOLINE, C. B.; VIEIRA, R. DE C. P. A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 39, p. 1127–1144, 2011.
- OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família/Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy/Atributos esenciales de la Atención Primaria y la Estrategia Salud de la Familia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Desempenho em equipes de saúde: manual**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: OPAS, 2002.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de un grupo de consulta de la OMS**. Nueva Delhi: OMS, 1988.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPAS/OMS. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas)**Washington, DC: OPAS, 2013.
- OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014a.
- OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Assistência farmacêutica: do acesso ao uso racional de medicamentos. In: **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014b. p. 51–65.
- PEREIRA, N. C. **Monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: buscando a qualificação da gestão**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013.

- PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. DA. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 451–468, 2015.
- PINTO, L. F. **Clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro: a expansão da atenção primária em saúde em questão**. IX Congresso Nacional da Rede Unida. **Anais...**Fundação UNI/UNESP Botacu/SP, 2010
- PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, n. 21, 2006.
- POISTER, T. H. Performance Measurement: Monitoring Program Outcomes. In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. (Eds.). **Handbook of practical program evaluation**. 3rd. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010. p. 100–124.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO); SECRETARIA MUNICIPAL DA CASA CIVIL. **Cartilha das Organizações Sociais do Município do Rio de Janeiro: Um brinde aos dois anos de vigência da Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009**, 2011a.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO); SECRETARIA MUNICIPAL DA CASA CIVIL. **Sistema Integrado de Codificação Institucional (SICI)**, 20 fev. 2018. Disponível em: <<http://sici.rio.rj.gov.br/PAG/principal.aspx>>
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC). **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2010-2013**, 2009. Acesso em: 24 dez. 2018
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC). **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017**, 2013a. Acesso em: 24 dez. 2018
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC). **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2018-2021**, 2013b. Acesso em: 24 dez. 2018
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC); SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC); SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2016.

- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO); SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS); ASSESSORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica. p. 45, 2011b.
- RICIERI, M. C. et al. O farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é essa? v. 7, n. 2, 2006.
- SABATIER, P. A. Top-Down and Bottom-Up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, v. 6, n. 1, p. 21–48, 1986.
- SALAZAR, B. A.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 783–796, 2017.
- SANTOS, E. M. DOS; REIS, A. C.; CRUZ, M. M. DA. 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**, v. 10, n. suppl 1, p. s173–s185, nov. 2010.
- SANTOS, M. H. DE C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **Dados**, v. 40, n. 3, 1997.
- SATURNINO, L. T. M. et al. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 1, p. 10–16, 2012.
- SILVA, D. DA. Indicadores da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária em Saúde no Rio de Janeiro e sua utilidade na tomada de decisões. p. 81, 2016.
- SILVA, J. A. DA; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- SILVA, R. M. DA et al. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 5, p. 1421–32, 2016.
- SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.
- SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, v. 16, n. 39, 2003.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TAN, E. C. K. et al. Pharmacist services provided in general practice clinics: A systematic review and meta-analysis. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 10, n. 4, p. 608–622, jul. 2014.

- TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 6, n. 10, p. 75–94, 2002.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde Soc**, v. 22, n. 1, p. 73–84, 2013.
- VILLALBÍ, J. R. et al. La cartera de servicios en una organización de salud pública. **Gac Sanit**, p. 7, 2003.
- WANNMACHER, L. Uso Racional de Medicamentos: Medida Facilitadora do Acesso. In: **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del estado**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 274.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (ED.). **The Rational use of drugs: report of the conference of experts, Nairobi, 25-29 November 1985**. Geneva : Albany, NY: World Health Organization ; WHO Publications Center USA [distributor], 1985.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Apêndice A. Roteiro semiestruturado para entrevista – gestores



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FIOCRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
ENSP

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA – GESTORES

Projeto dissertação: Convergências e dilemas dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro

Entrevista nº: _____ Código identificação: _____

Entrevistado: _____

Data nascimento: ___/___/___ Sexo: () F () M Estado civil: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Formação profissional: _____ Nível escolaridade: _____

Pós-graduação: _____

Cargo/função atual: _____

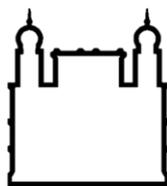
Tempo no cargo/função: _____ Tempo de atuação na SMS: _____

Data: ___/___/___ Hora início ___:___ Hora término: ___:___

1. O que entende como Serviços Farmacêuticos (SeFar) na Atenção Primária em Saúde (APS)?
2. Como você enxerga que pode contribuir para o êxito da implantação dos SeFar na APS no município do Rio de Janeiro (MRJ)?
3. Quais são os principais objetivos dos SeFar?
4. Quais as principais atividades desenvolvidas atualmente pelos SeFar do MRJ?
 - 4.1. Há atividades sendo desenvolvidas que deveriam ser interrompidas?
 - 4.2. Há atividades importantes que deveriam ser incluídas?
5. Como é feito o acompanhamento das atividades dos SeFar no MRJ?

6. Os indicadores pactuados nos contratos de gestão OSS-SMS/RJ são utilizados para apoiar a tomada de decisão em relação aos SeFar? De que maneira? Eles são suficientes?
7. Utiliza outros indicadores além dos previstos no contrato de gestão?
8. Considera suficiente o nº de farmacêuticos na(s) unidade(s)? E de auxiliar/técnico de farmácia?
9. Considerando o que é esperado para os SeFar, a capacitação desses profissionais é adequada para a função que exercem?
10. A estrutura das farmácias é adequada?
11. Você considera o investimento financeiro (medicamento, estrutura, educação continuada) destinado aos SeFar como suficiente? Por quê? Pode dar exemplos?
12. Com que frequência você participou de reuniões relacionadas à saúde do MRJ no último ano (maioria ou minoria)? São feitas discussões sobre os SeFar nas reuniões que você participa?
 - 12.1. Que aspectos são mais frequentemente discutidos nessas reuniões?
 - 12.2. Acha que há temas relevantes sobre os SeFar que não aparecem nas discussões?
 - 12.3. Pode disponibilizar as atas das reuniões ou indicar como acessá-las?
13. Como é a relação entre os diferentes níveis hierárquicos relacionados aos SeFar (SUBPAV, NAF-Central, NAF-Regional, Farmácias UBS, OSS, CTA)?
14. Existem conflitos ou algum tipo de dificuldade na interação com outros atores para a realização do seu trabalho na área dos SeFar? De que maneira você busca enfrentá-los?
15. Na sua opinião, quais os atores envolvidos no processo de implantação dos SeFar no MRJ?
16. Você percebe a existência de discordância entre esses atores quanto aos objetivos dos SeFar? E quanto aos meios de alcançar estes objetivos?
17. Considerando esta conversa, identifica algum outro documento ou relatório importante de ser consultado? Pode fornecê-lo ou indicar onde pode ser encontrado?
18. Teria algo a acrescentar?

Apêndice B. Roteiro semiestruturado para entrevista – nível transversal



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FIOCRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
ENSP

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA – NÍVEL TRANSVERSAL

Projeto dissertação: Convergências e dilemas dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro

Entrevista nº: _____ Código identificação: _____

Entrevistado: _____

Data nascimento: ___/___/___ Sexo: () F () M Estado civil: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Formação profissional: _____ Nível escolaridade: _____

Pós-graduação: _____

Cargo/função atual: _____

Tempo no cargo/função: _____ Tempo de atuação na SMS: _____

Data: ___/___/___ Hora início ___:___ Hora término: ___:___

1. O que entende como Serviços Farmacêuticos (SeFar) na Atenção Primária em Saúde (APS)?
2. Como você enxerga que pode contribuir para o êxito da implantação dos SeFar na APS no município do Rio de Janeiro (MRJ)?
3. Quais são os principais objetivos dos SeFar?
4. Quais as principais atividades desenvolvidas atualmente pelos SeFar do MRJ?
 - 4.1. Há atividades sendo desenvolvidas que deveriam ser interrompidas?
 - 4.2. Há atividades importantes que deveriam ser incluídas?

5. Considera suficiente o nº de farmacêuticos na(s) unidade(s)? E de auxiliar/técnico de farmácia?
6. Considerando o que é esperado para os SeFar, a capacitação desses profissionais é adequada para a função que exercem?
7. A estrutura das farmácias é adequada?
8. Você considera o investimento financeiro (medicamento, estrutura, educação continuada) destinado aos SeFar como suficiente? Por quê? Pode dar exemplos?
9. Com que frequência você participou de reuniões relacionadas à saúde do MRJ no último ano (maioria ou minoria)? São feitas discussões sobre os SeFar na APS nas reuniões que você participa?
 - 9.1. Que aspectos são mais frequentemente discutidos nessas reuniões?
 - 9.2. Acha que há temas relevantes sobre os SeFar que não aparecem nas discussões?
 - 9.3. Pode disponibilizar as atas das reuniões ou indicar como acessá-las?
10. Como é a relação entre o CRF-RJ/ENSP/CMS com a SMS-RJ?
11. Existem conflitos ou algum tipo de dificuldade na interação com outros atores para a realização do seu trabalho na área dos SeFar? De que maneira você busca enfrentá-los?
12. Na sua opinião, quais os atores envolvidos no processo de implantação dos SeFar no MRJ?
13. Você percebe a existência de discordância entre esses atores quanto aos objetivos dos SeFar? E quanto aos meios de alcançar estes objetivos?
14. Considerando esta conversa, identifica algum outro documento ou relatório importante de ser consultado? Pode fornecê-lo ou indicar onde pode ser encontrado?
15. Teria algo a acrescentar?

Apêndice C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FIOCRUZ



ENSP

Comitê de ética em pesquisa da ENSP Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa *“Convergências e dilemas dos Serviços Farmacêutico na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro”*. Esta pesquisa é parte do mestrado acadêmico em Saúde Pública da aluna Michele Costa Caetano, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Esta pesquisa tem por objetivo analisar as convergências e dilemas dos Serviços Farmacêuticos (SEFAR) na Atenção Primária em Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro (MRJ), considerando o contexto legal e as perspectivas dos diferentes atores envolvidos no seu processo de implementação.

Você foi convidado (a) a participar do estudo por ter sido considerado (a) um ator-chave no processo de implantação dos SEFAR no MRJ. Sua contribuição para a pesquisa será conceder uma entrevista ao pesquisador responsável, com duração de cerca de 60 minutos, a qual será gravada. Você pode desistir em participar pesquisa e mudar seu consentimento a qualquer momento e isto não resultará em prejuízo na sua relação com o pesquisador e nem com a instituição envolvida.

A identidade de todos os indivíduos entrevistados, bem como dos sujeitos por eles citados, estará preservada, pois os nomes serão

devidamente codificados no momento de análise do material. No entanto, tendo em vista o pequeno número de entrevistados, especialmente em alguns níveis de atuação, e a relevância do cargo ocupado, não é possível garantir, em sua totalidade, o sigilo quanto à sua participação. O processamento dos dados será realizado somente por pessoas autorizadas vinculadas ao estudo e não será feita identificação nominal em qualquer publicação decorrente do estudo.

As informações fornecidas contribuirão para a análise da implantação dos SEFAR no município do Rio de Janeiro sob à ótica do conhecimento dos atores-chave em relação ao papel dos SEFAR na APS, bem como seus objetivos e meios de atuação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, sinta-se à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que tem por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

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

Pesquisadora principal: Michele Costa Caetano

Rua Bruno Lobo, 50 - Cidade Universitária, Ilha do Fundão - Rio de Janeiro, RJ; CEP 21941590;

Tel.: (21) 39384788; e-mail: michelecaetanorj@gmail.com

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

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018.

Comitê de Ética/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 Térreo – Manguinhos; Rio de Janeiro – RJ; CEP. 21041-210; Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863; Email: cep@ensp.fiocruz.br