



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27.4.1976  
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19.12.86  
Departamento de Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico

BRUNO RODRIGUES ALENCAR

**PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
um enfoque na Assistência Farmacêutica

Feira de Santana-BA

2013

BRUNO RODRIGUES ALENCAR

**PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
um enfoque na Assistência Farmacêutica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde*

**Linha de Pesquisa:** *Estudos de Políticas, Programas e Práticas de Saúde*

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento

## Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

A353p Alencar, Bruno Rodrigues  
Processo de trabalho no Programa Saúde da Família: um enfoque na assistência farmacêutica / Bruno Rodrigues Alencar. – Feira de Santana, BA, 2013.  
188 f. : il.

Orientadora: Maria Angela Alves Nascimento

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Acadêmico, 2013.

1. Assistência farmacêutica. 2. Programa Saúde da Família. 3. Cuidado de saúde. I. Nascimento, Maria Angela Alves. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Departamento de Saúde. IV. Título.

CDU: 615.1

BRUNO RODRIGUES ALENCAR

**PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
um enfoque na Assistência Farmacêutica

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.*

Feira de Santana-BA, 27 de Março de 2013.

**BANCA EXAMINADORA:**

Profª. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento  
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS  
(Orientadora)

Profª. Dra. Silvana Nair Leite Contezini  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
(1ª Examinadora)

Prof. Dr. Orenzio Soler  
Universidade Federal do Pará-UFPA  
(2º Examinador)

Prof. Dra. Silvone Santa Barbara da Silva Santos  
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS  
(Suplente)

Prof. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho  
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS  
(Suplente)

Aos trabalhadores de saúde, incluindo os gestores, e usuários do SUS. Em especial aos que compartilharam conosco os seus saberes e práticas, facilidades e dificuldades do seu cotidiano e proporcionaram a construção deste estudo. Que este nos proporcione uma reflexão que contribua positivamente para o nosso processo de trabalho em saúde.

Aos discentes do Curso de Farmácia da UEFS, futuros farmacêuticos que serão formados com habilidades para assumirem as farmácias comunitárias dos serviços públicos e privados, com ética, competências técnica e humanística, capazes de acolher, estabelecer vínculos e responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários dos serviços.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, criador do mundo, que nos enviou com uma missão especial que somente nós mesmos, no meio onde desenvolvemos nossas relações com os outros, somos capazes de cumpri-la, no sentido de evoluirmos espiritualmente.

À Professora Dra. Maria Angela Alves do Nascimento pelo respeito, amizade, dedicação, competência profissional e valiosa orientação acadêmica.

Aos professores Dra. Silvana Nair Leite Contezine, Dr. Orenzio Soler e Dra. Silvone Santa Bárbara da Silva Santos que participaram da banca de defesa e contribuíram com críticas e sugestões importantes para o aprimoramento desta dissertação.

À minha mãe, Maria Mirtes e a toda minha família que tanto amo e que se mantém sempre viva em meu coração. Obrigado!

Minha querida sogra Irene, meu sogro Francisco, Cris, Isis, Júnior e “talvez” Rodrigo e Thiago que me acolhem carinhosamente sempre e que me fazem sentir que tenho uma família muito grande, maior do que pensei.

Em especial, à minha esposa Tatiane Alencar que divide comigo o mundo, todas as alegrias, todas as ansiedades, decepções e muitas e grandes conquistas. Que se soma comigo numa sintonia divina de muito amor, para juntos vivermos a vida, a nossa vida.

Aos amigos, orientandos, colegas de trabalho e da academia (HGCA, PET-Saúde Urgência e Emergência, UEFS, Curso de Farmácia, Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, NUPISC, PROEX, Programa de Promoção do Uso Racional de Medicamentos, Programa de Promoção do Uso Adequado de Plantas Medicinais e Fitoterápicos), pelo respeito e amizade construídos ao longo dos anos, pelo aprendizado simultâneo, compartilhamento de experiências, momentos tristes e alegres que se fazem inesquecíveis para todos nós. Vocês sabem disso!

A minha cunhada Isis e ao meu amigo Fredson pelo importante apoio na digitação das entrevistas.

A todos que sentiram a minha ausência nestes dois anos de dedicação ao mestrado, ausência intensificada pelo trabalho na UEFS e no HGCA e que implicou em um afastamento natural para que eu pudesse cumprir meus objetivos acadêmicos e profissionais. Terei um pouco mais de tempo agora para nós!

Obrigado!

## Como Diria Dylan

Hei você que tem de 8 a 80 anos  
Não fique aí perdido como ave sem destino  
Pouco importa a ousadia dos seus planos  
Eles podem vir da vivência de um ancião ou da inocência de um menino  
O importante é você crer na juventude que existe dentro de você  
Meu amigo meu compadre meu irmão  
Escreva sua história pelas suas próprias mãos  
Nunca deixe se levar por falsos líderes  
Todos eles se intitulam porta vozes da razão  
Pouco importa o seu tráfico de influências  
Pois os compromissos assumidos quase sempre ganham subdimensão  
O importante é você ver o grande líder que existe dentro de você  
Meu amigo meu compadre meu irmão  
Escreva sua história pelas suas próprias mãos  
Não se deixe intimidar pela violência  
O poder da sua mente é toda sua fortaleza  
Pouco importa esse aparato bélico universal  
Toda força bruta representa nada mais do que um sintoma de fraqueza.  
O importante é você crer nessa força incrível que existe dentro de você  
Meu amigo meu compadre meu irmão  
Escreva sua história pelas suas próprias mãos.

Zé Geraldo

## RESUMO

Estudo sobre o processo de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF) com enfoque na assistência farmacêutica. Os objetivos foram compreender o(s) sentido(s) e significado(s) dado(s) pelos trabalhadores de saúde sobre assistência farmacêutica no PSF; analisar o processo de trabalho em saúde, no que concerne às ações relacionadas à assistência farmacêutica; discutir como são realizadas as ações assistenciais e gerenciais da assistência farmacêutica para a produção do cuidado; identificar as dificuldades, limites, facilidades, avanços e perspectivas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como campo de investigação 11 Unidades de Saúde da Família, em um município do estado da Bahia, Brasil. Os sujeitos foram divididos em: Grupo I, informantes-chave (quatro); Grupo II, trabalhadores de saúde (quatorze); e Grupo III, usuários (oito). As técnicas de coleta de dados foram observação sistemática, entrevista semi-estruturada e análise de documentos. O método de análise foi a análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob protocolo nº59/2012. Quanto aos sentidos e significados atribuídos à assistência farmacêutica os sujeitos a compreendem como uma política de saúde ou programa de governo. Os agentes utilizam principalmente as tecnologias duras e leve-duras, com predomínio das atividades gerenciais, sendo os objetos do processo de trabalho o medicamento, a doença ou o risco. As finalidades foram gerir a assistência farmacêutica, educar a equipe de saúde e os usuários, além de cuidar dos indivíduos para que tenham qualidade de vida. Dentre as dificuldades destacam-se recursos financeiros insuficientes, precarização de vínculos, apoio incipiente de farmacêuticos no PSF, ausência de protocolos e de padronização da assistência farmacêutica, descarte inadequado, estrutura inadequada das farmácias e desinteresse dos usuários pelas atividades educativas. Os limites encontrados foram o número reduzido de farmacêuticos e a sobrecarga de atividades dos trabalhadores. As relações interpessoais e a organização dos medicamentos foram facilidades no processo de trabalho. A reestruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico, as inclusões de medicamentos na Relação Municipal e a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica Jurídica foram avanços identificados. As perspectivas referem-se à criação de um centro de dispensação especializado e implementação de projeto-piloto de farmácia. O processo de trabalho revela-se desarticulado entre os agentes, refletindo em desestruturação da assistência farmacêutica no PSF, descumprimento de determinações sanitárias e profissionais e dificuldades para produzir o cuidado em saúde.

**Palavras-Chave:** Assistência Farmacêutica, Programa Saúde da Família, Cuidado de saúde

## ABSTRACT

This is a study about working process of Family Health Program (PSF – Programa Saúde da Família) focusing pharmaceutical services. The objectives were to understand workers meanings about pharmaceutical services of PSF, to analyze health working process focusing actions about pharmaceutical services. Else, to discuss how workers do technical assistance and technical management actions to production of care, and to identify difficulties, facilities, limits, advances and perspectives found in the pharmaceutical services. This is a qualitative research. Eleven health units of a district in the state of Bahia, Brasil. The subjects were organized in three groups: key informant (four subjects), health workers (fourteen subjects) and users (eight subjects). The technical data production was systematic observation, semi structured interview and documental analysis. The analysis method was content analysis. This study was approved by The Research and Ethics Committee of State University of Feira de Santana under the registration number 59/2012. The empiric data shows, about senses and meanings of pharmaceutical services, that subjects understand it as a health politics or government program. The agents mainly use hard and soft hard technologies. There is a predominance of management technical activities. The objects of working process were managing of medicines and disease or risk. The goals were to manage the pharmaceutical services, to educate the family health team and users, moreover taking care of them. Among the difficulties reported by subjects stood out insufficient financial resources and precarious forms of work. Furthermore, an insufficient support of pharmacists, which work on Family Health Support Core (NASF-Núcleo de Apoio à Saúde da Família), and in pharmaceutical services sector to the health units. Other difficulties were the absence of protocols and standardization of procedures about pharmaceutical services in PSF, improper disposal and steal of medicines, and inadequate structure of pharmacies. The limits were few pharmacist and many activities of workers team. Interpersonal relations and appropriate organization of medicines in the pharmacies were the facilities on the working process. The restructuring of Drug Supply Center, inclusion of medicines in Municipal List of Essential Medicines and creation of Pharmacy and Therapeutics Committee of Legal were the advances. The perspectives refer to the creation of a center of dispensing medicines and pilot project pharmacy. The working process shows disjointed between the agents, making it difficult the organization of pharmaceutical services in PSF. Moreover, noncompliance of health and professional law and difficulties in production of care on health.

**Keywords:** Pharmaceutical Services, Family Health Program, Care

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
ALFOB	Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorizações para Pagamento de Alto Custo
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CFE	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DASF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DAF	Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipe Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
HGCA	Hospital Geral Clériston Andrade
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRM	Problemas Relacionados com Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde do Estado Bahia
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SIGAF	Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica
SMS	Secretaria de Saúde Municipal
SOBRAVIME	Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b>	Dimensões de análise da produção do cuidado em saúde	27
<b>QUADRO 2</b>	Perfil do Grupo I - Informantes-Chave	50
<b>QUADRO 3</b>	Perfil do Grupo II - Trabalhadores de Saúde	51
<b>QUADRO 4</b>	Perfil do Grupo III – Usuários	52
<b>QUADRO 5</b>	Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo I - Informantes-chave	56
<b>QUADRO 6</b>	Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo II – Trabalhadores de saúde	56
<b>QUADRO 7</b>	Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo III - Usuários	57

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b>	Ciclo da assistência farmacêutica	62
<b>FIGURA 2</b>	Capa do Manual do Ministério da Saúde	72
<b>FIGURA 3</b>	Cartaz indicativo de Farmácia de USF	136
<b>FIGURA 4</b>	Farmácia de USF	136
<b>FIGURA 5</b>	Parte externa de Farmácia de USF	137
<b>FIGURA 6</b>	Interior de Farmácia de USF	137

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>20</b>
2.1	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	21
2.2	PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	24
2.3	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL	27
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>47</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO	48
3.2	CAMPO DE ESTUDO	48
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	49
3.4	TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	52
3.5	MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	55
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	58
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>59</b>
4.1	SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: descompasso entre o pensar e o fazer	60
4.2	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: aprisionamento do processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado	68
4.3	PRÁTICAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: (des)articulação das atividades gerenciais e assistenciais	104
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>158</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>165</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>181</b>
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA</b>	<b>182</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS INFORMANTES- CHAVE</b>	<b>183</b>
	<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS TRABALHADORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>184</b>
	<b>APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>185</b>
	<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE</b>	<b>186</b>
	<b>ANEXO</b>	<b>187</b>
	<b>ANEXO A - OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	<b>188</b>

## **1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

O processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidos, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 268).

O objeto desta dissertação é o *Processo de trabalho no Programa Saúde da Família: um enfoque na assistência farmacêutica*. Tal objeto envolve elementos de análise imbricados na dinâmica política e social de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto do campo da Saúde Coletiva, especificamente na área do planejamento, gestão e práticas de saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 com a finalidade de redirecionar as prioridades das ações de saúde no SUS, a partir de uma nova filosofia de atenção ao usuário e consolidação dos seus princípios organizativos de universalidade, integralidade e equidade. Inicialmente, o PSF foi avaliado como um programa vertical, numa perspectiva seletiva de Atenção Primária à Saúde (APS) com foco para os municípios pobres da região Nordeste do Brasil (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Posteriormente, ocorreu um redirecionamento no PSF, tornando-o uma estratégia para mudança do modelo de atenção médico-hegemônico em um modelo baseado nos determinantes sociais da saúde, direcionado para o atendimento das necessidades dos usuários, centrado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária.

Passados quase 20 anos, desde a sua implantação, esse redirecionamento ainda não foi capaz de provocar mudanças efetivas no modelo de atenção (PAIM, 2008), sendo objeto de estudos de pesquisas, no campo da Saúde Coletiva, que apontam limites e possibilidades para seu aprimoramento. Neste sentido, Assis e outros (2007) e Assis, Assis e Cerqueira (2008), apontam que a articulação de saberes e práticas interdisciplinares, democráticas e horizontais, articulando a Epidemiologia, o Planejamento em saúde, a Clínica e a Gestão dos serviços podem contribuir para a superação do modelo médico-hegemônico.

Portanto, por compreendemos que o PSF continua formatado na prática como um programa focalizado no atendimento individualizado, baseado em produtividade, sendo os procedimentos centrados no profissional médico, com pouca ênfase nos determinantes sociais da saúde, utilizaremos neste estudo a denominação original Programa Saúde da Família. Contudo, em determinados momentos do texto será mantida a denominação Estratégia Saúde da Família, assumida pelo Ministério da Saúde e outros autores.

Neste sentido, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 648/2006, considerando o PSF como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2006a). Nesta são estabelecidas a

revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 2011, a referida Portaria foi revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro (BRASIL, 2011a), que incluiu em um só documento todas as ações estratégicas já existentes no Brasil e novas iniciativas para apoio ao desenvolvimento e efetivação da atenção básica, tais como a Estratégia Saúde da Família, a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes do consultório na rua, as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), o Programa Saúde na Escola, a Academia da Saúde e outros.

Entre estas iniciativas, para o Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais, a Estratégia de Saúde da Família representa a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011a).

Neste sentido, a atenção básica consiste numa estratégia flexível, caracterizada pelo primeiro contato entre usuários e equipe de saúde, capaz de garantir uma atenção integral, oportuna e sistemática, em um processo contínuo de cuidado. Esta estratégia precisa ser sustentada por trabalhadores cientificamente qualificados e capacitados e a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário (LAGO; CRUZ, 2001 apud ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Para esses autores, a atenção básica deve ser organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde, mediante um pacto social, que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo.

No conjunto de ações da atenção básica, também estão incluídas, ainda que de forma tímida e pouco explícita, a assistência farmacêutica, concebida no Brasil como uma política pública integrante da Política Nacional de Saúde e atividade contida no processo de trabalho de muitos sujeitos (gestores, farmacêuticos, médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários e outros), em suas diferentes práticas profissionais.

Neste sentido, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 338/2004 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) define a assistência farmacêutica como

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, **na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população** (BRASIL, 2004a, p.1, grifo nosso).

No referido conceito são visualizadas as ações gerenciais e assistenciais ou clínicas da assistência farmacêutica como um conjunto de atividades que, para se efetivarem na prática, precisam estar articuladas aos elementos que configuram o processo de trabalho em saúde (agentes, objeto, instrumentos e finalidade) delineados por Mendes-Gonçalves (1992, 1994).

As ações da assistência farmacêutica podem ser divididas em gerenciais e assistenciais. As primeiras compreendem a gestão da assistência farmacêutica; a farmacovigilância; a capacitação de profissionais; a educação permanente; a avaliação da assistência farmacêutica; a adequação da estrutura física da farmácia local; a disponibilidade de equipamentos; e a tecnologia gerencial e de conhecimento. Entre as ações assistenciais da assistência farmacêutica têm-se o cuidado com os usuários de medicamentos quanto à adesão ao tratamento, à gestão de casos, à conciliação de medicamentos, à dispensação especializada, ao atendimento farmacêutico, à demanda espontânea, aos grupos operativo-educativos e às ações da atenção farmacêutica (GOMES et al., 2010).

Considerando os instrumentos necessários para a execução do conjunto de atividades referidas anteriormente, na perspectiva de Merhy (2002), que classifica as tecnologias de saúde em leves (tecnologias de relacionamento como acolhimento, vínculo, responsabilização), leve-duras (saberes e técnicas das diferentes áreas de conhecimento) e duras (normas, regulamentações e equipamentos), podem estar mais envolvidas nas *ações gerenciais* as tecnologias duras e leve-duras, visto que envolvem ações de suporte ao processo gerencial da assistência farmacêutica. Já nas *ações assistenciais*, utilizam-se mais intensamente as tecnologias leves e leve-duras que devem estar contextualizadas e articuladas com as demais ações dos trabalhadores de saúde.

Ressaltamos ainda que as responsabilidades dos profissionais não farmacêuticos como a prescrição adequada e as orientações sanitárias para a obtenção de resultados

concretos em saúde também estão implícitas na definição de assistência farmacêutica, sendo a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo, um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a).

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde o sistema de assistência farmacêutica também engloba os dois grandes componentes: a logística dos medicamentos (ações gerenciais) e a farmácia clínica (ações assistenciais). Por isso, em um sistema de saúde em redes, a organização do sistema de assistência farmacêutica deverá considerar essas duas dimensões, sendo que todas as atividades da assistência farmacêutica devem ocorrer de forma ordenada. Já que se uma destas atividades for executada de forma imprópria, prejudicará todas as demais atividades do sistema (BRASIL, 2011b).

Com todo este conjunto de atividades envolvidas, tanto gerenciais como assistenciais, a assistência farmacêutica mostra-se complexa para os gestores e demais trabalhadores da saúde que na prática têm minimizado suas atividades apenas à aquisição e distribuição de medicamentos, provocando dentre outros resultados, a ineficácia das ações de saúde e conseqüentemente, prejuízos aos cofres públicos.

O estudo *As Redes de Atenção à Saúde* (MENDES, 2011) descreve o sistema da assistência farmacêutica como um de seus sistemas transversais de apoio, que por questões sanitárias e econômicas precisa estar organizado. O autor comenta que o componente da farmácia clínica, considerado por nós como as atividades assistenciais, tem sido relegado a um segundo plano no SUS, o que determina resultados econômicos e sanitários inadequados com relação ao uso dos medicamentos.

Corroboram com tal assertiva os estudos realizados por Alencar, Nascimento e Alencar (2011, 2012), Barreto e Guimarães (2010), Santos (2010), Vieira (2007, 2008, 2009), Araújo e outros (2008), Oliveira (2007), Bernardi, Bierbach e Thomé (2006), Araújo e Freitas (2006), OPAS, OMS e Ministério da Saúde do Brasil (2005), Naves e Silver (2005) e Cosendey e outros (2000) ao destacarem os desperdícios provocados pelos desvios de recursos financeiros, a ineficiência dos processos logísticos da assistência farmacêutica, a precarização dos vínculos de trabalho e o despreparo dos trabalhadores envolvidos no processo de gestão e também nas atividades assistenciais.

É válido destacar ainda, que apesar das evidências apresentadas pelos referidos estudos, o farmacêutico não está contemplado na equipe do PSF conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a). Além disso, esta encontra-se desarticulada com a Política de Medicamentos (BRASIL, 1998a), Política Nacional de

Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a) e Diretrizes para estruturação de farmácia no âmbito do SUS (BRASIL, 2009a), no que se refere aos aspectos estruturais e de serviços relacionados, principalmente às ações assistenciais. Aspectos estes que implicam em dificuldade para a produção do cuidado em saúde.

Por conseguinte, a produção do cuidado tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo médico-hegemônico, a partir do qual as ações de saúde têm historicamente se estruturado (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARD, 2006). Na tentativa de superar esses desafios, comungamos com Ayres (2004) ao afirmar que a Estratégia Saúde da Família se apresenta como possibilidade de interfaces dialógicas que promovam reconstrução das práticas de saúde, novos cenários, novos sujeitos e linguagens na assistência.

Deste modo, a produção de cuidado consiste na efetiva organização da gestão dos processos políticos, organizacionais, de trabalho e das práticas assistenciais que respondam a uma concepção de saúde preparada para lidar com as necessidades dos usuários. Objetiva compreender e produzir significados sobre suas naturezas e na relação com os sujeitos implicados no momento de produção e consumo da saúde, buscando produzir autonomia nos sujeitos (CECCIM, 2005), a partir de um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias e subjetividades (MEHRY, 2004).

Esta contextualização sobre o PSF somada às nossas impressões e interesses pessoais contidos na formação profissional compõem os aspectos motivadores deste estudo. Neste sentido, destacamos as implicações relacionadas ao uso de medicamentos na sociedade, as nossas experiências como farmacêutico na área de Farmácia Comunitária pública e privada, e como docente das disciplinas Farmácia Social, Assistência Farmacêutica, Cuidado Farmacêutico, Ética e Legislação Farmacêutica do curso de graduação em Farmácia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Além de ser constituída por múltiplas atividades e conseqüentemente envolver vários profissionais, a assistência farmacêutica está diretamente relacionada a medicamentos, considerados como insumos essenciais para a saúde. Estes, quando utilizados racionalmente, constituem-se em tecnologias de saúde capazes de curar, auxiliar no diagnóstico, controlar as doenças ou preveni-las. Além disso, o seu uso traz implicações sociais, culturais, econômicas e políticas, já que são os recursos terapêuticos mais custo-efetivos para o sistema de saúde. Entretanto, para ser efetivo, o uso deve ser baseado em evidências científicas, pois além dos efeitos terapêuticos esperados, que às vezes não são alcançados por uma série de fatores,

existem os efeitos colaterais, as reações adversas, o uso irracional e outros problemas relacionados a medicamentos (PRM) que também são problemas de saúde pública.

Como trabalhadores inseridos nos serviços de saúde vivenciamos uma prática farmacêutica que ainda tem como foco o medicamento. Tal fato deve-se a diversos aspectos dentre os quais podemos apontar: um processo de trabalho do farmacêutico centrado no abastecimento de medicamentos, raras experiências de cuidados farmacêuticos aos usuários dos serviços, bem como de suporte farmacoterapêutico aos demais trabalhadores de saúde. Esses aspectos têm produzido uma visão reducionista das potencialidades do farmacêutico no sistema de saúde, dificultando a implementação das atividades assistenciais e, até mesmo, desvalorizando a profissão farmacêutica na sociedade.

Outro aspecto a ser considerado e que contribui para este cenário refere-se ao processo de formação do farmacêutico. Apesar da reforma curricular já efetivada formalmente pelas universidades brasileiras, ainda identificam-se currículos que priorizam componentes curriculares gerenciais em detrimento dos assistenciais.

Neste sentido, o Conselho Nacional de Educação instituiu a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, por meio da Resolução nº 02/2002. Esta resolução aponta para a transformação da realidade anteriormente referida, em benefício da sociedade e com ênfase no SUS, a partir da mudança do perfil dos egressos dos cursos de farmácia. Almeja-se uma formação crítica, reflexiva e humanista para atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o (BRASIL, 2002).

Entretanto, as dificuldades na implementação deste currículo, inclusive vivenciadas por nós na UEFS, se devem ao fato de que a maioria dos professores formados no currículo tecnicista, não possuem habilidades para alcançar as orientações dispostas pelas novas diretrizes curriculares, havendo a necessidade de (re)orientação dos mesmos. Esta situação é também identificada por Saturnino e outros (2012) ao apontarem que as dificuldades previstas para a implantação das diretrizes curriculares, tanto na academia como nas instituições prestadoras de serviços de saúde, estão relacionadas à formação tanto dos professores quanto dos profissionais e na prática medicalizadora hoje hegemônica.

Considerando estas dificuldades, como docentes, buscamos sensibilizar os estudantes sobre a necessidade de reorientação do modelo assistencial quanto ao âmbito da

Farmácia e da prática profissional do farmacêutico como membro da equipe de saúde, conforme preconiza a OMS.

Marin e outros (2003) elencam as reuniões da OMS realizadas em Nova Delhi (1988), Tóquio (WHO, 1993), Vancouver (WHO, 1997) e Haia (WHO, 1998), entre outros eventos e documentos internacionais que promoveram reflexões sobre a atuação do farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde. Até esses eventos, este profissional era considerado responsável apenas pelo abastecimento de medicamentos, não exercendo sua principal função, a saber, a atuação como corresponsável na terapia do usuário dos serviços e na promoção do uso racional dos medicamentos.

Na perspectiva desta nova prática profissional defendemos que o enfoque principal do farmacêutico deva ser o usuário e os determinantes sociais da saúde, e não mais apenas o medicamento. Portanto, ele deve participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde, juntamente com outros membros da equipe multidisciplinar que cuidam de pessoas. Contudo, as farmácias públicas e privadas, também precisam adequar-se estruturalmente ao atendimento das novas demandas, inclusive assumindo a sua missão como estabelecimento de saúde.

Destacamos também a nossa participação no Programa de Extensão *Promoção do Uso Racional de Medicamentos na Atenção Básica* (UEFS, 2010), desenvolvido por docentes e discentes da UEFS. Bem como, nosso envolvimento com atividades de pesquisas na atenção básica do SUS vinculadas ao *Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva* (NUPISC-UEFS) do qual somos integrantes.

Assim, considerando a nossa práxis como sujeitos implicados na Saúde Coletiva e na assistência farmacêutica do SUS, para este estudo emergiram os seguintes **questionamentos**:

- Qual(is) o(s) sentido(s)<sup>1</sup> e significado(s)<sup>2</sup> dado(s) pelos trabalhadores de saúde à assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família?
- Como se configura o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, no que concerne às ações relacionadas à assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família?
- Quais são as ações assistenciais e gerenciais da assistência farmacêutica realizadas pelos trabalhadores de saúde no Programa Saúde da Família para a produção do cuidado?

---

<sup>1</sup> Sentido: percepção subjetiva de cada sujeito a respeito de determinado objeto ou fato. Envolve os aspectos sociais, políticos, econômicos, religiosos, culturais, éticos e outros (SILVA, 2006).

<sup>2</sup> Significado: definição estável e objetiva de uma realidade socialmente construída (SILVA, 2006)

- Quais as dificuldades, limites, facilidades, avanços e perspectivas encontradas na assistência farmacêutica pelos trabalhadores para a produção do cuidado?

Para obter respostas a tais questionamentos, delimitamos os seguintes **objetivos**:

- **Compreender** o(s) sentido(s) e significado(s) dado(s) pelos trabalhadores de saúde à assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família;

- **Analisar** o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, no que concerne às ações relacionadas à assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família;

- **Discutir** como as ações assistenciais e gerenciais da assistência farmacêutica são realizadas pelos trabalhadores de saúde no Programa Saúde da Família para a produção do cuidado;

- **Identificar** as dificuldades, limites, facilidades, avanços e perspectivas encontradas na assistência farmacêutica pelos trabalhadores para a produção do cuidado.

Neste sentido, trata-se de uma pesquisa inédita, com abordagem inovadora ao articular o processo de trabalho em saúde no PSF com a assistência farmacêutica. Os resultados possibilitarão reflexões sobre a assistência farmacêutica no cuidado em saúde, na medida em que aponta evidências sobre a realidade do processo de trabalho no PSF.

Além disso, esta pesquisa contribuirá para o fortalecimento da assistência terapêutica integral no SUS, considerando a imprescindível articulação entre a Política Nacional de Medicamentos, Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Atenção Básica.

Outrossim, conhecer os desafios na transição tecnológica do processo de trabalho para a produção do cuidado no que concerne à assistência farmacêutica no cotidiano do PSF contribuirá para apontar estratégias para mudanças nos serviços oferecidos à população. Assim como para a valorização do potencial de trabalho da equipe de saúde, na perspectiva de elevar a capacidade resolutiva dos serviços.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

---

Ciência se faz com teoria e método. [...] A compreensão da realidade é sempre mediada por teorias, por crenças, por representações. Uma teoria é, pois, uma construção científica, por meio da qual o pesquisador se aproxima com o objeto, mesmo que depois a refute e construa outra que considere mais adequada para compreender ou explicar o assunto que investiga (MINAYO, 2002, p.17).

---

Para fundamentar o objeto de estudo *Processo de trabalho no Programa Saúde da Família: um enfoque na assistência farmacêutica*, delimitamos três categorias analíticas: o processo de trabalho em saúde, a produção do cuidado e a assistência farmacêutica, considerando os aspectos gerenciais, assistenciais e as políticas orientadoras.

## 2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A teoria sobre o processo de trabalho encontra fundamentos conceituais nos estudos de Marx sobre economia e a teoria do valor-trabalho, segundo a qual a fonte de todo valor é a transformação do mundo mediante o trabalho humano (RENAULT; DUMÉNIL; LÖWY, 2011).

O trabalho humano, segundo Marx (1988), é capaz de constituir um valor de uso e um valor de troca nos diferentes momentos do processo econômico, que incluem a produção, a circulação, a distribuição, a troca e o consumo, e que visa a mais valia. Era esse processo que, para ele, explicava o funcionamento e a transformação das sociedades humanas e que, na sociedade capitalista, promove o trabalho alienado. Este último pode ser entendido como a alienação da relação com o produto, com a atividade, com o outro e consigo mesmo.

Nesta perspectiva, os conceitos e teorias trazidos por Marx têm contribuído para a compreensão do campo da saúde no contexto capitalista em que ocorrem as relações sociais.

Na saúde, o trabalho é semelhante a quaisquer outros processos, sendo influenciado pela economia, pela historicidade e pela conjuntura sócio-política de cada sociedade. Ele compartilha características comuns, fazendo parte da economia terciária, pois se constitui em um serviço que envolve um forte componente relacional, voltado para o processo saúde-doença-cuidado que tem como objeto da ação as pessoas e não as coisas. Assim, essa materialidade, segundo Peduzzi (2003), envolve uma transformação não só do objeto de trabalho, mas do próprio trabalhador, e, nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação.

Para estudar o processo de trabalho em saúde recorreremos a Mendes-Gonçalves (1992, 1994), Schraiber (1997, 1998) e Peduzzi (2001) que referenciam Cecília Donnangelo como a pioneira no campo da saúde pública. A última, no final da década de 1960, iniciou estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social. Suas pesquisas provocaram o rompimento da visão de que o modo de

executar a prática médica e as relações entre os indivíduos envolvidos (usuários, médicos e demais profissionais de saúde) seriam independentes da vida social.

No processo de trabalho, a atividade do homem transforma, por meio de instrumentos, o objeto sobre o qual atua. E, essa transformação está subordinada a um determinado fim. Segundo Marx (1988, p. 202), os três elementos componentes do processo de trabalho são “a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho e; os meios do trabalho, o instrumental de trabalho”.

Influenciado pelas ideias marxistas, Mendes-Gonçalves (1992) refere que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas, por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, neste caso, as práticas de saúde, cujo trabalho constitui a base mais fundamental de sua efetivação.

Para tanto, esse autor ao considerar as atividades como o próprio trabalho, delimita o processo nos seguintes componentes: agentes do processo de trabalho, objeto, tecnologias e finalidade. Destaca também que tais elementos precisam ser examinados de forma articulada e não isoladamente, pois somente pelas suas relações recíprocas, configuram um processo de trabalho específico.

Ao analisarmos cada componente referido fica implícito que os agentes são os profissionais de saúde, a equipe de saúde, a comunidade. O objeto deve corresponder às necessidades dos usuários, aos riscos, aos danos e aos determinantes sociais da saúde. Os instrumentos constituem-se os meios de trabalho, as tecnologias utilizadas, os saberes científico e popular. As atividades consistem na execução do ato, o planejamento, a programação, a comunicação. A finalidade, por sua vez, corresponde ao produto do processo que pode ser a qualidade de vida dos usuários, o bem-estar, o controle e a cura de doenças e agravos.

Outrossim, ao analisar o processo de trabalho em saúde, Mendes-Gonçalves (1992, 1994) destaca a presença de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos e instalações. Os instrumentos não materiais são os saberes, que permitem a apreensão do objeto de trabalho e constituem-se em ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual, articulando os sujeitos (agentes do processo de trabalho) em determinados arranjos organizacionais. Estes saberes e instrumentos, que expressam no processo de produção dos serviços a rede de relações sociais entre agentes e práticas, foram denominados pelo autor de tecnologias.

Numa outra perspectiva, a tipologia das tecnologias em saúde e a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato foram assumidas por Merhy (1997, 2002), que

classificou as tecnologias em leve, leve-dura e dura. Na tecnologia dura incluem-se os equipamentos, a estrutura física e o instrumental necessários à realização do trabalho. A tecnologia leve-dura consiste nos procedimentos técnicos, conhecimentos estruturados, protocolos clínicos, diretrizes, normas de conduta. A tecnologia leve, por sua vez, envolve as relações entre os sujeitos como o acolhimento, o respeito, o vínculo, o atendimento humanizado, a responsabilização, a autonomização, a resolubilidade.

Ao resgatar de Marx e transcendendo a concepção de trabalho vivo (TV) e trabalho morto (TM) para a área da saúde, Mehry (2002) define o trabalho morto (TM) como todos os produtos-meios envolvidos no processo de trabalho e que são resultado de um trabalho anteriormente realizado. Já o trabalho vivo em ato, é aquele que se constitui como um trabalho instituinte, que busca compreender e questionar a potencialidade transformadora desse trabalho, no próprio processo, sua intencionalidade, sua finalidade e seus modos de operar os modelos tecno-assistenciais. A dimensão processual e transformadora do trabalho vivo em ato na saúde tem como essência a ação.

Assim, o encontro entre trabalho vivo (TV) e trabalho morto (TM) no interior do processo de trabalho reflete uma correlação entre eles que é conceituada por Merhy e Franco (2003) como Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a razão entre TV e TM. Quando a CTT é favorável ao trabalho morto, isso reflete um processo de trabalho com tecnologias duras-dependente, voltado à produção de procedimentos e quando ao contrário, houver predominância do trabalho vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrada nas tecnologias leves.

O processo de trabalho na saúde apresenta, portanto, algumas singularidades, pois deverá articular saberes para ação (científicos, instrumentais, técnicos e sociais), mediados pela dimensão ética e política. Estudos que abordaram o processo de trabalho no Programa Saúde da Família (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; BARROS; SÁ, 2010; SANTOS, 2010; OLIVEIRA, 2009; OLIVEIRA, 2007) mostram a complexidade do mesmo à medida que vários profissionais, usuários, tecnologias, relações sociais e interpessoais, tipos de organização, espaços e ambientes de ação estão envolvidos. Concretamente, é visível que o trabalho mostra-se fragmentado, com maior especialização, relações rígidas, hierarquia e subordinação com forte dependência do componente *taylorista-fordista* – com postos de trabalho separados; tarefas simples, rotineiras e prescritas; divisão técnica do trabalho – separação concepção *versus* execução; pouca qualificação e fraca autonomia. Reflete, portanto, o modelo de atenção médico-hegemônico que caracteriza o cenário brasileiro.

Assim, coadunamos com Merhy e Franco (2003), ao afirmarem que é necessária a efetivação da transição tecnológica, ou seja, maior uso das tecnologias relacionais para a transformação no modelo médico-hegemônico, a partir da micropolítica no cotidiano dos serviços. Tal transição é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, com a alteração na correlação das tecnologias existentes, tendo impacto no processo de trabalho capaz de produzir o cuidado em saúde.

## 2.2 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

As práticas cuidadoras em saúde foram resumidas por Ceccim (2008) como o exercício dos saberes e práticas profissionais no encontro com o usuário. Para cuidar é necessário um *pensar-sentir-querer* que será sempre uma aposta e requer um trabalho de educação no seu sentido mais forte, uma convocação ao aprender. Esta educação é capaz de provocar a mudança e difundir a dimensão cuidadora em contraponto ao racionalismo e cientificismo da assistência à saúde.

O cuidado é considerado elemento essencial para responder às necessidades dos usuários do SUS, sendo explicitado na definição da atenção básica, a seguir e em outros trechos Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de **práticas de cuidado** e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza **tecnologias de cuidado complexas e variadas** que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011a, p.3, grifo nosso).

A atenção básica tem como princípios e responsabilidades fundamentais a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Ainda ressaltamos que, no Brasil os termos atenção básica e atenção primária são equivalentes, devendo esta, ser a principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a).

Diante da premissa de incorporar tais princípios e responsabilidades, entendemos que é preciso assumir novas formas de lidar com as necessidades de saúde e com o sofrimento humano, romper com a prática procedimento-centrada e apontar para a produção do cuidado em busca da integralidade da assistência. Para tanto, comungamos com Teixeira (2003) ao destacar a necessidade de modificação do modelo de atenção e, conseqüentemente de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto em relação aos seus processos e finalidades quanto em seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, no perfil dos sujeitos e nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços.

Assim, mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias do cuidado a serem utilizadas na produção da saúde, pois um processo centrado nas tecnologias leve-duras e leves é a condição para que o serviço seja produtor de cuidado (MERHY; FRANCO, 2003; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Ou seja, deve haver um projeto coletivo, onde trabalhadores, gestores e usuários sejam corresponsáveis no fazer saúde, no qual exista um novo modo de estabelecer relações de troca de saberes e experiências práticas (ASSIS et al., 2010).

A noção de cuidado no estabelecimento dessas relações deve reportar a uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser, é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento (ALVES; AGULJOR, 2006). Boff (2001) complementa que o cuidado deve representar uma atitude de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Portanto, as práticas de cuidado devem estar fortemente voltadas para dar respostas ao sofrimento das pessoas ou para evitá-lo. Neste sentido, para Mattos (2009) é preciso reconhecer que as práticas de cuidado são necessariamente intersubjetivas, pautadas por uma perspectiva dialógica para determinação das necessidades de ações e serviços de saúde. Além disso, ele ainda reforça a necessidade de incorporar a integralidade na perspectiva de recusar as formas de reducionismo do sujeito a objetos como forma de alcançar a qualidade das ações disponibilizadas aos usuários.

Em concordância com Merhy e Franco (2003) e Ayres (2004), Mattos (2009) reforça que a integralidade é um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos por práticas cotidianas para desencadear processos de transformação das práticas de saúde diante das possibilidades de um redirecionamento do modelo de atenção à saúde.

Como proposta para esse redirecionamento e organização da rede de saúde, Franco e Franco (2011) e Ceccim (2005) referem a linha do cuidado integral como a forma de unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação, tendo em vista a oportunidade de proporcionar

o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, a partir da organização de fluxos resolutivos. Por conseguinte, diante de tais ideias, defendemos um cuidado integral pleno, feito com base no acolhimento do usuário pelo trabalhador da saúde, no estabelecimento do vínculo, na responsabilização para com o seu problema de saúde, no facilitar do caminhar do usuário na rede de serviços.

Nesta perspectiva, Machado, Pinheiro e Guizard (2006) veem a produção do cuidado como um desafio para a organização dos serviços de saúde, pois estão envolvidas questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico, a partir do qual as ações de saúde têm se estruturado.

Tal realidade é, historicamente, caracterizada por Ayres (2004) pela automatização dos exames complementares, excessiva segmentação do paciente, desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento, entre outros fatores que são apontados por ele como limites para a produção do cuidado. O autor complementa ainda que, na tentativa de superar estes limites, o Programa Saúde da Família apresenta-se como possibilidade de interfaces dialógicas que promovam a reconstrução das práticas de saúde, novos cenários, sujeitos e linguagens na assistência e a sensibilidade para aspectos socioculturais do processo saúde-doença.

O Ministério da Saúde traz alguns avanços teóricos no texto da Política Nacional de Atenção Básica ao tratar da integralidade em saúde. Para isto, considera a importância da gestão do cuidado integral ao usuário e a capacidade de cuidado de toda equipe que deve ter deslocado o seu processo de trabalho centrado em procedimentos para um processo centrado no usuário, onde o cuidado ao usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica voltada para a resolubilidade de problemas de sujeitos que devem ser tratados em suas singularidades, considerando o meio sociocultural em que estão inseridos (BRASIL, 2011a). O desafio é, portanto, operacionalizar tal assertiva nas práticas de saúde.

Para a análise da produção do cuidado em saúde no Programa Saúde da Família a que se propõe este estudo, definimos *a priori* algumas dimensões delimitadas por Assis e outros (2010) conforme o quadro 1: acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, coordenação ou responsabilização pela produção do cuidado, formação profissional para o SUS e resolubilidade.

A partir de tais dimensões, discutiremos em seguida de que forma as ações dos trabalhadores de saúde relacionadas à assistência farmacêutica podem estar relacionadas com a produção do cuidado em saúde, sendo este cuidado um produto do processo de trabalho de uma equipe de saúde. Desse modo, entendemos que é pertinente estudar e compreender o

processo de trabalho em saúde, na perspectiva de reconhecer os avanços, limites e desafios dos sujeitos, bem como, analisar o papel do Estado na implementação de estratégias (políticas e programas) que interferem no processo de trabalho em saúde.

**QUADRO 1** Dimensões de análise da produção do cuidado em saúde

<b>Dimensões de análise</b>	<b>Definições</b>
Acesso aos serviços de saúde	Disponibilidade de recursos de saúde e capacidade da rede em produzir serviços que deem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).
Acolhimento	Ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta) (SANTOS et al., 2007).
Vínculo	Estreita-se com o acolhimento, ampliando laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico (SANTOS; ASSIS, 2006).
Responsabilização pela produção do cuidado	Indica o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas, em um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades de cada usuário do serviço (CAMPOS, 2003). Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados (STARFIELD, 2004).
Formação para o SUS	Formação específica e capacitação da equipe de saúde para desempenhar as suas funções na produção do cuidado, buscando a reorientação do modelo de atenção, articulada com a educação permanente do SUS.
Resolubilidade	Respostas às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na “porta de entrada” ou nos outros níveis de complexidade do sistema.

Fonte: Adaptado de Assis e outros (2010).

### 2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL

A análise sobre o desenvolvimento da assistência farmacêutica no Brasil revela diferentes modos de intervenção do Estado na saúde e também, a ampliação das ações que caracterizariam a assistência farmacêutica como política de saúde. A garantia a medicamentos, antigamente considerada como direito apenas aos trabalhadores formais no início do século XX, passou a ser entendida como um direito universal, mediante a Constituição Brasileira de 1988 e Lei 8.080/1990 que instituiu o SUS.

Para tanto, inúmeras estratégias materializadas na forma de políticas e programas de saúde foram implementadas. Na mesma direção, a concepção de assistência farmacêutica incorporou novas ações, acenando para a necessidade de modificações no processo de trabalho, que deve centrar-se nos sujeitos e não mais no medicamento.

Não temos, contudo, a intenção de fazer este resgate histórico em profundidade. Apenas destacamos os principais marcos no intuito de fundamentar a discussão e análise sobre o processo de trabalho no PSF, com enfoque na assistência farmacêutica, objeto deste estudo.

A assistência farmacêutica se constitui parte integrante da política pública de saúde no Brasil e envolve grande volume de recursos financeiros, sendo determinante na resolubilidade dos serviços de saúde, já que os medicamentos são os recursos terapêuticos mais custo-efetivos entre as tecnologias de saúde disponíveis (BRASIL, 2011b). Ao direcionarmos a discussão da assistência farmacêutica como direito à saúde, ela é sustentada pela Constituição Federal do Brasil ao preconizar em seu Artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988a).

Como política pública, a assistência farmacêutica teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão intervir no mercado por meio do incentivo à produção dos laboratórios oficiais, apoiar o desenvolvimento de fármacos e fornecer medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los. No entanto, estas funções resultaram em uma política centralizadora e reducionista de aquisição e de distribuição de medicamentos através de kits padronizados de medicamentos para todas as regiões do Brasil, mesmo com todas as diferenças regionais de perfil de morbimortalidade que existem em nosso imenso território (BRASIL, 2011b).

Por um lado, havia grupos que defendiam a necessidade de adequação da assistência farmacêutica ao modelo descentralizado de gestão em saúde, conforme explicitado no projeto da Reforma Sanitária Brasileira e promulgado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988a) e pelas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080 e 8.142/1990 (BRASIL, 1990a, 1990b). Por outro lado, a ausência de resultados efetivos, os desvios de recursos e o sucateamento dos laboratórios, somados às pressões dos grupos de interesse da indústria farmacêutica, influenciaram na extinção da CEME, em 1997.

Paralelamente ao processo de sucateamento da CEME, havia uma conjuntura conflitiva e de intenso debate que caracterizou o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e que teve como marco o direito universal à saúde expresso na Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990, na qual o artigo 6º considera como campo de atuação do SUS a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor saúde, a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990a).

As discussões sobre os primeiros conceitos de assistência farmacêutica tornaram-se mais intensas durante o *I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos* realizado em Brasília, em 1988. Neste cenário, o Ceará já havia organizado o seu próprio conceito e neste mesmo ano surgiu o primeiro enunciado em nível nacional, na

Carta de Brasília (BRASIL, 1988b), resultante de uma proposta que teve a participação de farmacêuticos de todo o país, além de sindicatos, representantes dos estudantes de farmácia e outros. Neste documento ficou estabelecido que a assistência farmacêutica não poderia se restringir ao binômio produção/distribuição, mas refletir um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade.

No decorrer de mais de duas décadas, observamos que a assistência farmacêutica pode ser conceituada de diversas formas, inclusive com nuances conceituais consideráveis entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Marin e outros (2003) destacam que a apropriação equivocada dos termos *pharmaceutical care* (do inglês) e *atención farmacéutica* (do espanhol) contribuíram para uma dificuldade de transposição das práticas dos países de origem para a nossa realidade. No entanto, todas as concepções se complementam de forma a detalhar e esclarecer o seu principal objetivo: o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, a partir de um processo de trabalho voltado para a produção do cuidado ao usuário dos serviços.

Transcorridos dez anos do *I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos*, foi publicada a *Política Nacional de Medicamentos*, por meio da Portaria nº 3916/1998 que apresenta um conjunto de diretrizes como: a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (Rename); a regulação sanitária de medicamentos (que teve como marco a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, pela Lei nº 9.782/1999); a reorientação da assistência farmacêutica; a promoção do uso racional de medicamentos; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998a).

De acordo com a *Política Nacional de Medicamentos*, a assistência farmacêutica é

[...] um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinado a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o **acompanhamento e avaliação da utilização**, a obtenção e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade **para assegurar o uso racional de medicamentos** (BRASIL, 1998a, grifo nosso).

Para o Conselho Federal de Farmácia (CFF) na Resolução nº 308/1997, em seu artigo 1º (CFF, 1997, p.1) a assistência farmacêutica consiste no conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa,

manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos.

Outro marco foi a criação, em 2003, da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE do Ministério da Saúde. No ano seguinte, foi instituída a *Política Nacional de Assistência Farmacêutica* (PNAF) por meio da Resolução nº 338/04 (BRASIL, 2004a), tendo sido resultante de uma das propostas provenientes da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, ocorrida em 2003 (BRASIL, 2003a). Por meio da PNAF a assistência farmacêutica passou a ser considerada como política norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a) define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Para Alencar, Nascimento e Alencar (2011), em ambas definições, ainda predomina uma abordagem marcadamente técnica, sintetizada em procedimentos estruturados e centralizado no medicamento.

No Brasil, o medicamento ainda é considerado um bem de consumo e não um insumo essencial para a recuperação da saúde. Esta visão implica em dificuldades para a organização da assistência farmacêutica, que deve estar fundamentada em ações articuladas e sincronizadas entre as diversas partes que compõem o sistema de saúde (ACURCIO, 2003; ACURCIO; GUERRA JÚNIOR, 2003; MARIN et al., 2003). A execução de uma atividade de forma inadequada pode prejudicar todas as outras, além de comprometer os objetivos e resultados desejados, evidenciando má gestão pública (BRASIL, 2011b). Como consequência, apesar dos esforços despendidos pelos trabalhadores e dos recursos gastos, os serviços não serão prestados adequadamente, levando muitas vezes à insatisfação dos usuários.

Ao falarmos da organização da assistência farmacêutica, não poderíamos omitir suas etapas, fazendo uma articulação com a Composição Técnica do Trabalho, isto é a relação entre Trabalho Vivo e Trabalho Morto que Mehry (1997, 2002) resgatou de Marx,

aproximando o conceito para a compreensão do processo do trabalho em saúde, a partir da utilização das tecnologias leves, leve-duras e duras.

No processo de trabalho da assistência farmacêutica, a *produção de medicamentos* é o momento que envolve unicamente as tecnologias duras, representadas pelos diversos equipamentos, e as tecnologias leve-duras, sintetizadas nos conhecimentos técnicos específicos da área farmacêutica, manuais de boas práticas de fabricação e nos diversos procedimentos operacionais inerentes à indústria farmacêutica.

A produção, de acordo com Perini (2003), pode ser entendida como a obtenção de produtos farmacêuticos a partir de um conjunto de conhecimentos e procedimentos condicionados a padrões e técnicas de qualidade, regidos por regulamentações e normas.

A *Política Nacional de Medicamentos* (BRASIL, 1998a) estabelece a produção como uma diretriz a ser realizada tanto por laboratórios privados quanto por laboratórios públicos, inseridos no contexto das relações de mercado, dos incentivos à pesquisa e desenvolvimento de fármacos e das necessidades sociais. Tais aspectos, juntos, implicam diretamente nos níveis de produção e na sua capacidade de atender à realidade.

No que se refere à produção pública de medicamentos no Brasil, até o momento, de acordo com a Associação de Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (ALFOB) existe um total de 21 laboratórios oficiais localizados em diferentes estados brasileiros e que realizam atividades de pesquisas e desenvolvimento de fármacos, além da produção de medicamentos similares e genéricos, através de convênio com universidades, empresas privadas ou outras instituições (ALFOB, 2013). Além disso, o Ministério da Saúde busca reduzir a importação de outros medicamentos pelo fortalecimento de empresas farmacêuticas brasileiras de modo a produzir internamente 20 produtos essenciais para o SUS até 2013. Tomando como exemplo as vacinas, em 2007, quando 83% das imunizações no Brasil usaram vacinas produzidas em território nacional (PAIM et al., 2011).

No sentido de diminuir a dependência externa e de racionalizar os recursos da assistência farmacêutica, a presidenta Dilma Rousseff promulgou a Lei 12.401/2011, que alterou a Lei nº 8.080/90 e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Tal dispositivo também cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cujo trabalho levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível (BRASIL, 2011c, p.2).

Devido a importância estratégica da produção de medicamentos no país pelos laboratórios públicos, é primordial que eles tenham capacidade, qualidade, autonomia, trabalhadores qualificados, recursos financeiros e tecnológicos para que possam diminuir cada vez mais a dependência externa do Brasil. Os medicamentos produzidos por esses laboratórios são comercializados a baixo custo com as Secretarias Estaduais e Municipais e outras instituições públicas na tentativa de melhorar o acesso da população aos mesmos.

Entre os Laboratórios Oficiais destacamos Farmanguinhos no Rio de Janeiro-RJ e o Lafepe em Recife-PE onde os discentes do curso de Farmácia da UEFS fazem o Estágio Curricular em Indústria (360 horas). No nosso estado, destacamos a BAHIAFARMA, criada em 1996, extinta em 1999 e recriada como fundação estatal pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia que voltará a produzir medicamentos em 2013. Contará com o apoio técnico de outros laboratórios oficiais e produzirá medicamentos essenciais para a rede hospitalar e atenção básica, além de realizar pesquisas científicas e desenvolvimento tecnológico, através de convênios com universidades, empresas privadas ou outras instituições (CRF-BA, 2012).

Para o direcionamento da produção de medicamentos, a *seleção* dos mesmos é o eixo do ciclo da assistência farmacêutica, pois todas as outras atividades lhe são decorrentes (MARIN et al., 2003). É a atividade responsável pelo estabelecimento da relação de medicamentos, sendo uma medida para assegurar o acesso aos mesmos e de confrontar com as tensões da indústria farmacêutica ao tentar impor os seus produtos nos serviços de saúde.

A seleção pode ser entendida como uma etapa do trabalho que tem como finalidade escolher medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma determinada população, com base em critérios farmacoepidemiológicos e farmacoeconômicos pré-definidos (MARIN et al., 2003). Assim, quando bem executada, a seleção pode contribuir para a garantia de uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde, sendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as listas estaduais e municipais, o Formulário Terapêutico Nacional e os Protocolos Clínicos instrumentos importantes nesse processo. Essa atividade envolve portanto, as tecnologias leve-duras.

Com o processo de descentralização do SUS, cada esfera governamental possui a prerrogativa de determinar quais medicamentos serão selecionados para compor o seu elenco, com base no perfil de morbimortalidade e nas prioridades estabelecidas, de modo a contribuir

na resolubilidade terapêutica, no custo-benefício dos tratamentos, na racionalidade da prescrição, e na correta utilização dos medicamentos, além de propiciar maior eficiência administrativa e financeira. Logo, a seleção deverá fundamentar-se em critérios administrativos e legais e também em critérios técnico-científicos como a adoção de protocolos de tratamento (MARIN et al., 2003).

Ainda de acordo com esses autores, a seleção deve ser realizada por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), de caráter multiprofissional e formalizada em portaria ou resolução específica, com o objetivo de estabelecer as Relações de Medicamentos do país, estado ou município, definindo os medicamentos a serem disponibilizados para a atenção básica, de média e alta complexidade. Os trabalhos da comissão devem ser regulamentados em estatuto, com a divulgação dos critérios técnicos utilizados para inclusão e exclusão dos medicamentos, metodologia aplicada e periodicidade de revisão, dando a necessária transparência ao processo. Infelizmente, o que acontece em muitos municípios brasileiros é a formação de comissões em portarias, apenas para atender a normas sanitárias e de financiamento, mas que na prática não funcionam.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a publicação de uma Relação de Medicamentos Essenciais seja acompanhada de um Formulário Terapêutico ou Memento Terapêutico que oriente os prescritores e dispensadores acerca de: indicação, efeitos da utilização dos medicamentos, armazenamento e conservação após aberto, interações, posologia, efeitos colaterais, entre outras orientações (MARIN et al., 2003).

Como vemos, a seleção não significa apenas determinar uma relação de medicamentos, mas também criar condições para a sua adoção mediante a manutenção de um processo eficiente e permanente de informações objetivas e cientificamente embasadas (Medicina Baseada em Evidência) para a divulgação da relação e dos esquemas padronizados de tratamento. Constitui-se, então, em um procedimento essencial à garantia da disponibilidade de medicamentos que se aproxima da real necessidade de uma coletividade.

A referência para elaboração das listas nacionais de medicamentos essenciais é a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, cuja primeira edição data de 1977 e encontra-se na décima sétima edição (WHO, 2011). No Brasil, a primeira relação de medicamentos essenciais, denominada *Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário*, foi elaborada 13 anos antes da recomendação da Organização Mundial de Saúde (BERMUDEZ, 1992, 1995).

Atualmente, para os níveis estaduais e municipais a referência é a Rename, constituída a partir do trabalho da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

(Conitec) no SUS. Esta comissão foi instituída recentemente pela Lei nº 12.401/2011 e regulamentada pelo Decreto nº 7.646/2011, que dispõe sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS (BRASIL, 2011d). A Rename é, portanto, um instrumento facilitador do uso racional de medicamentos, com impactos no processo de trabalho na assistência farmacêutica.

Tal instrumento tem sua relevância acentuada e tornam-se imprescindíveis as ações de atualização, revisão e adaptação às reais necessidades de cada local para que a seleção se torne efetiva. Além disso, as evidências científicas, o processo dinâmico da indústria farmacêutica com a introdução de novos fármacos, ações de farmacovigilância, modificações do perfil epidemiológico da população, são justificativas para a necessidade de constante revisão. No total foram dez atualizações (1972, 1975, 1989, 1993, 1999, 2002, 2006, 2008, 2010 e 2012).

Diante das modificações decorrentes do Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011e), Lei nº 12.401/2011 (BRASIL, 2011c) e Decreto nº 7.646/2011 (BRASIL, 2011d), há um processo diferenciado para a incorporação de tecnologias no SUS, inclusive de medicamentos, não existindo até o momento, como nas edições anteriores, uma divulgação da Rename 2012 por meio de publicação bibliográfica.

Todavia, a mesma está formalizada legalmente pela Resolução nº 1/2012 (BRASIL, 2012a), na qual o Ministério da Saúde, através da Conitec, estabeleceu a composição da mesma em 5 partes: I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; IV - Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; e V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. Além disso, a Portaria nº 533/2012 (BRASIL, 2012b), estabeleceu o elenco de medicamentos e insumos da Rename no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No estado da Bahia, a Secretaria Estadual de Saúde (Sesab)/Diretoria de Assistência Farmacêutica (DAF), elaborou a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme-BA). Trata-se, portanto de um instrumento estruturador e racionalizador do processo de gestão da assistência que coaduna com os objetivos da Rename. Nessa construção houve participação de diversas instituições do SUS, com oficinas de trabalho contendo especialistas da área de saúde e consultoria da Organização Mundial da Saúde, sendo submetida, ainda, à consulta pública (BAHIA, 2009). Este documento representou, portanto, um processo democrático de construção necessário a toda ação no contexto da saúde.

Na esfera municipal, a elaboração da relação de medicamentos ocorre, portanto, em virtude da adequação das listas nacional e estadual às demandas locais com o objetivo de atender às características e o perfil epidemiológico da população.

Outro instrumento é o *Formulário Terapêutico Nacional*, que foi previsto na Política Nacional de Medicamentos em 1998 (BRASIL, 1998a), mas a primeira edição ocorreu apenas em 2008. O mesmo deve ser atualizado a cada edição da RENAME e contém informações científicas isentas e embasadas em evidências sobre medicamentos, correspondendo a um importante instrumento no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Contém indicações terapêuticas, contra-indicações, interações, esquemas de administração, aspectos farmacêuticos, entre outras informações. Contudo, apesar de ser um instrumento racionalizador do uso de medicamentos, ainda é pouco utilizado e difundido.

O objetivo do Departamento de Assistência Farmacêutica (DASF) é publicar os Formulários Terapêuticos juntamente com as atualizações da RENAME. Nesse sentido, está disponível a edição do FTN 2010 (BRASIL, 2010a), mas até o momento não foi disponibilizada a edição de 2012.

A *programação* é uma atividade que tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e os compatibilizar com os recursos disponíveis, a fim de garantir o acesso da população à terapêutica medicamentosa em qualidade e quantidade adequada, em um período definido de tempo (MARIN et al., 2003). Envolve, portanto, tecnologias leve-duras.

Este momento deve ser ascendente, levando em conta as necessidades locais de cada serviço de saúde. É imprescindível a implantação de um sistema de informações e gestão de estoque eficiente, para que possa ser realizada com base em dados fidedignos, possibilitando a utilização concomitante de métodos de programação, tais como perfil epidemiológico, consumo histórico, consumo ajustado, oferta de serviços explicitados em Marin e outros (2003) e no manual do Ministério da Saúde intitulado *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização* (BRASIL, 2006b).

No sentido de facilitar o *gerenciamento* da assistência farmacêutica, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), tem elaborado ferramentas práticas como o livro intitulado *Planejar é Preciso*, que traz métodos e indicadores capazes de auxiliar os trabalhadores no processo de planejamento das ações da assistência farmacêutica (BRASIL, 2006c).

Além do mais, com o objetivo de auxiliar no *planejamento, monitoramento e avaliação das ações*, foi lançado, em dezembro de 2009, o Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica - Hórus (BRASIL, 2013a).

De acordo com o DAF, o sistema permite aos gestores a melhoria da qualidade da informação, do controle e aplicação dos recursos financeiros investidos nos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos; melhor controle de estoque com redução das perdas e das interrupções no fornecimento dos medicamentos nos serviços; geração de dados para o desenvolvimento de indicadores de assistência farmacêutica para auxiliar no planejamento, avaliação e monitoramento das ações. Aos profissionais de saúde permite conhecer o perfil de utilização de medicamentos pela população; rastrear os medicamentos distribuídos e dispensados; realizar intervenções que contribuam para a melhoria do acesso e promoção do uso racional de medicamentos. Aos usuários permite o agendamento das dispensações e obtenção de informações em linguagem adequada acerca dos medicamentos dispensados (BRASIL, 2013a).

Dentre outros objetivos esperados com o uso do Hórus, destacam-se: elaborar os indicadores de assistência farmacêutica; evitar desperdícios e desabastecimento nas farmácias; permitir a rastreabilidade dos medicamentos (registro de lote e validade); permitir a realização de estudos de utilização de medicamentos; e oferecer maior disponibilidade do profissional farmacêutico para as atividades assistenciais e de treinamento. O Hórus foi configurado para gerenciar e reunir as informações dos três componentes da assistência farmacêutica: Hórus-Básico, Hórus-Especializado, e Hórus-Estratégico, além do Hórus indígena (BRASIL, 2013a).

A Sebab, através da DAF não aderiu ao Hórus, pois, no momento em que o sistema foi disponibilizado, já existia um convênio para o uso do Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (Sigaf). A fim de facilitar a gestão das etapas de programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, faturamento (prestação de contas), além do controle de processos (ação judicial e administrativo) e registro da movimentação dos psicotrópicos e entorpecentes no Sigaf, a DAF forneceu o programa, computadores e cursos de capacitação para os farmacêuticos.

Contudo, recentemente, por meio do Ofício nº 03/2013, de 25 de abril de 2013, o Ministério da Saúde tornou pública a adesão da Sesab ao Hórus. Inicialmente o sistema será implementado nos municípios integrantes do Programa QualiFar-SUS e, posteriormente, será expandido para todos os municípios baianos (BRASIL, 2013b).

Depois de produzidos, selecionados e programados, os medicamentos podem ser adquiridos. A *aquisição de medicamentos* tem um aspecto significativo nos países em

desenvolvimento e as desigualdades no acesso continuam sendo um dos grandes problemas mundiais no campo sanitário.

Em países ricos, a média de gastos em medicamentos por pessoa é 100 vezes maior do que em países pobres. A OMS estima que 15% da população mundial consome mais do que 90% da produção farmacêutica (HUNT; KHOSLA, 2008).

No Brasil, a *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD), realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e com amostra (n=391.868) representativa da população brasileira, apontou que a prevalência de acesso a todos os medicamentos no SUS foi de 45,3%. Considerando uma parte dos medicamentos prescritos, a prevalência foi de 18,7% e não tiveram acesso a nenhum dos medicamentos 35,9%. Esses resultados reforçam a necessidade de políticas que diminuam as desigualdades no acesso a medicamentos no país, já que tem maior acesso a medicamentos no SUS os habitantes da Região Sul, os de cor de pele preta, com menor escolaridade e renda e aqueles que residem em domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Quando se considerou a obtenção de medicamentos via setor privado, já que 78,1% compram quando não os adquirem no SUS, verificou-se maior acesso total para os mais ricos, com maior escolaridade e brancos (BOING et al., 2013).

Dessa forma, apesar da implementação da Política Nacional de Medicamentos, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, da Política de Medicamentos Genéricos e do Programa Farmácia Popular do Brasil, ainda existem problemas para o acesso a medicamentos no país, mesmo considerando apenas a dimensão de disponibilidade de medicamentos (BOING et al., 2013).

Como atividade integrante da assistência farmacêutica, a aquisição consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetua o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de disponibilizar os mesmos em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema. Esta deve ser permanentemente qualificada, considerando vários critérios: os aspectos jurídicos (cumprimento da Lei Federal nº 8.666/93 e Decreto nº 3.697/2000); técnicos (cumprimento das especificações técnicas, uso da Denominação Comum Brasileira-DCB, elaboração e publicação de Edital); administrativos (cumprimento dos prazos de entrega); e financeiros (disponibilidade orçamentária e financeira e avaliação do mercado) (MARIN et al., 2003).

Existem muitas estratégias para que a aquisição pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelos municípios seja mais eficiente, com a diminuição dos preços praticados e agilidade no

processo, quer seja através de pregão eletrônico ou presencial, realização de compras anuais consolidadas e com entregas parceladas, formação de consórcios entre gestores, implantação de um Sistema de Registro de Preços, avaliação do desempenho dos fornecedores no cumprimento das exigências técnicas e administrativas etc. Deve ser considerada a alternativa mais adequada a cada situação. Quanto mais forem levadas em consideração as observações e as experiências dos atores que executam as atividades, maior será a consistência das decisões (BRASIL, 2011b).

A aquisição é, portanto, uma das principais atividades de gestão da assistência farmacêutica e, para auxiliar nesse processo, principalmente para uniformizar as condutas e termos técnicos utilizados pelos setores envolvidos o Ministério da Saúde elaborou orientações básicas em um manual intitulado *Aquisição de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS* que deve ser utilizado considerando as atualizações legais (BRASIL, 2006d).

Um dos aspectos mais importantes é o fato que neste processo deve-se cumprir as determinações da Lei nº 8.666/1993 que regulamenta o artigo nº 37, inciso XXI, da Constituição Federal, e institui normas para licitações (concorrência, tomada de preço, convite, dispensa) e contratos da Administração Pública e dá outras providências (BRASIL, 1993). Além deste, em 2000, por meio do Decreto nº 3.697, de 21 de dezembro, surgiu uma nova modalidade chamada pregão que pode ser presencial ou eletrônico e a partir de bancos de preços dos medicamentos, atualmente regulamentado pelo Decreto nº 5.450/2005 (BRASIL, 2005).

Para a aquisição de medicamentos são necessários recursos financeiros, portanto, é importante destacarmos os avanços representados nas políticas de financiamento da assistência farmacêutica. Estas políticas são atualmente regulamentadas pela Portaria nº 399/2006 (BRASIL, 2006e), que institui o Pacto pela Saúde (no momento já com algumas alterações); a Portaria nº 204/2007 (BRASIL, 2007a), que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle; a Portaria nº 4.217/2010 (BRASIL, 2010b) que aprova as normas de execução e financiamento na atenção Básica; e também pela Portaria nº 2.981/2009 que trata do componente especializado (BRASIL, 2009b).

As referidas portarias, em seu conjunto, tendem a fornecer subsídios para maior descentralização das ações, delimitando responsabilidades aos gestores das diferentes esferas, responsabilizando-os no processo de assistência à saúde. Nesse sentido, merece destaque a forma de organização dos blocos de financiamento e a atualização dos valores mínimos a

serem pactuados entre as esferas para aplicação na assistência farmacêutica: R\$ 5,10 por habitante/ano oriundo do orçamento da União; R\$ 1,86 por habitante/ano oriundo do orçamento dos Estados e Distrito Federal; e R\$ 1,86 habitante/ano do orçamento do Município (BRASIL, 2010b).

A Portaria nº 399/2006 (BRASIL, 2006e) estabelece que a assistência farmacêutica deve ser financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica no sistema de saúde. Para tal, o financiamento da assistência farmacêutica se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado (antes denominado Medicamentos de Dispensação Excepcional).

O Componente Básico financia as ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde para agravos e programas de saúde específicos (Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina, Saúde da Mulher, Saúde Mental), inseridos na rede de cuidados da Atenção Básica, sendo responsabilidade das três esferas, Ministério da Saúde, Estados e Municípios (BRASIL, 2010b).

De acordo com a Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010b), um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Atenção Básica. Neste sentido foi publicado o documento guia intitulado *Diretrizes para estruturação das farmácias no âmbito do SUS*, que orienta sobre a relevância da estrutura adequada das farmácias (BRASIL, 2009a).

Ainda para o componente básico, o montante federal é repassado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, aos Estados e/ou Municípios, de forma regular e automática, em parcelas de um doze avos. A contrapartida estadual é realizada por meio do repasse de recursos financeiros aos municípios, ou em alguns casos, por meio do fornecimento de medicamentos básicos, definidos e pactuados pelas *Comissões Intergestores Bipartites*. A contrapartida municipal deve ser realizada pelas prefeituras, com recursos do tesouro municipal, e destinados ao custeio dos medicamentos básicos previstos na Renome 2010, ou ainda em ações de estruturação e qualificação da assistência farmacêutica básica, respeitados os limites e demais normas estabelecidas na Portaria nº 4.217/2010 (BRASIL, 2010b).

No âmbito deste Componente, além do repasse financeiro aos Estados e/ou Municípios, o Ministério da Saúde também é responsável pela aquisição e distribuição das Insulinas Humanas NPH e Regular (frascos de 10 ml) e dos Contraceptivos orais e injetáveis, além do DIU e Diafragma. As insulinas e os contraceptivos são entregues nos Almoarifados de Medicamentos dos estados, cuja distribuição é de competência dos municípios. Os

municípios das capitais e os grandes municípios brasileiros, com população maior que 500 mil habitantes, recebem os contraceptivos diretamente dos fornecedores contratados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b).

O componente estratégico é financiado pelo Ministério da Saúde, sendo o tratamento estabelecido por meio de protocolos e normas. Reúne o controle de endemias como: tuberculose, hanseníase, malária e leishmaniose, chagas e outras; Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais); Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; Imunobiológicos; e Controle do Tabagismo. As secretarias estaduais se responsabilizam pela programação, armazenamento e distribuição aos municípios e estes pela programação, armazenamento e distribuição às unidades de saúde (BRASIL, 2013c).

O componente especializado visa o financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, que inclui aqueles de uso prolongado, de alto custo, destinados ao tratamento de patologias específicas que atingem um número limitado de pacientes, por exemplo, Esclerose múltipla, Hepatite C, Doenças auto-imunes, e medicamentos destinados a indivíduos submetidos a transplantes. O financiamento e aquisição destes medicamentos é responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação, e a dispensação é de responsabilidade do Estado. O Ministério da Saúde deverá repassar aos estados, mensalmente, valores financeiros apurados de acordo com as informações encaminhadas pelos estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo-APAC (BRASIL, 2013d).

Depois de adquiridos, a *armazenagem* destina-se à guarda de medicamentos, com a finalidade de garantir qualidade sob condições adequadas, desde o recebimento até a dispensação, e também o controle de estoque. Ela é conduzida, geralmente, a partir de manuais de boas práticas elaborados pelas Centrais de Abastecimento Farmacêutico – CAF (MARIN et al., 2003). Tal atividade é muitas vezes negligenciada, como se o não atendimento às boas condições de armazenagem não interferisse na qualidade do produto.

O armazenamento é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação dos medicamentos, bem como o controle de estoque, sendo, portanto utilizadas mais intensamente as tecnologias duras e leve-duras.

Para chegar às farmácias das unidades de saúde, os medicamentos devem ser distribuídos de maneira coerente às demandas locais previamente conhecidas, nos prazos determinados, em quantidade e qualidade adequadas. Esse processo é definido como *distribuição* e alguns critérios são estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b)

tais como rapidez, segurança, controle das informações relacionadas ao estoque e adequadas condições de transporte.

É importante destacarmos que a periodicidade em que os medicamentos são distribuídos às unidades operativas varia em função da programação, do número delas, da capacidade de armazenagem, da demanda local, do tempo de aquisição, da disponibilidade de transporte e de trabalhadores de saúde e, principalmente, da comunicação entre todos os envolvidos no processo, a fim de minimizar falhas provenientes de programação, controle ou cronograma de distribuição e demais instrumentos relacionados a essa atividade. São, portanto, procedimentos técnicos que, se não ocorrerem em conformidade com a realidade local, poderão prejudicar toda a sequência de atividades que acompanham a assistência farmacêutica e, mais particularmente, os indivíduos que dela necessitam.

Antes de serem usados, os medicamentos são prescritos aos usuários conforme suas necessidades de saúde. No conjunto de atividades da assistência farmacêutica, a *prescrição* é o instrumento que deve apoiar a *dispensação* de medicamentos e por isso deve cumprir os aspectos legais contido na Lei nº 5.991/73 que estabelece como prescritores os médicos, dentistas e médicos veterinários, além de determinar que somente deverá ser aviada a receita se: a) estiver escrita a tinta, em vernáculo por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e sistemas de pesos e medidas; b) contiver nome e endereço residencial do paciente; c) contiver descrito o modo de usar o medicamento; d) contiver a data e assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, nº de inscrição do respectivo conselho profissional (BRASIL, 1973).

Além disso, em se tratando de SUS, a Resolução nº 10/2001 (BRASIL, 2001) determina que as prescrições devem adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou na falta, a Denominação Comum Internacional (DCI). Nos serviços privados de saúde, a prescrição ficará a critério do responsável, podendo ser pelo nome genérico ou comercial. Caso o prescritor decida pela não intercambialidade, essa manifestação deverá ser feita por escrito, de forma clara, legível e inequívoca, não sendo permitida qualquer forma de impressão, colagem de etiquetas, carimbos ou formas automáticas para essa manifestação, conforme a Lei dos Genéricos, Lei nº 9.787/99 (BRASIL, 1999).

Seguindo a tendência mundial de autorizar o ato da prescrição a outros profissionais competentes tecnicamente para isso, a Portaria nº 1.625/2007 do Ministério da Saúde autoriza entre outras atribuições a prescrição do enfermeiro conforme protocolos clínicos publicados nos manuais técnicos ou outras normativas estabelecidas pelos gestores (BRASIL, 2007b). Contudo, este é um aspecto que tem resultado em divergências e dúvidas entre os próprios

profissionais na prática dos serviços de saúde, principalmente devido à inexistência de protocolos clínicos em muitos municípios.

No caso de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, psicotrópicos e entorpecentes, a Portaria nº 344/1998 estabelece as regras para *produção, distribuição, prescrição, dispensação, escrituração e controle de estoque*. Outro dispositivo que na prática é descumprido, principalmente nos serviços públicos onde os farmacêuticos, profissionais legalmente habilitados para assumir os serviços de farmácia não integram as equipes de saúde. O artigo 35 da Portaria nº 344/1998 define a notificação de receita como o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas A1 e A2 (entorpecentes), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos e outros), C2 (retinóicas para uso sistêmico), C3 (imunossupressoras), C4 (antiretrovirais), C5 (anabolizantes) e outras (BRASIL, 1998b).

Depois de prescritos, os medicamentos poderão ser utilizados pelos usuários que podem recorrer à farmácia a fim de adquiri-los e obter informações adicionais sobre saúde e farmacoterapia. Para isso, no contexto da assistência farmacêutica estão inseridas as ações clínicas do farmacêutico que visam apoiar as demais ações de promoção da saúde, prevenção de danos e riscos à saúde e cuidar dos usuários dos serviços.

Neste sentido, a atenção farmacêutica é um modelo de prática do farmacêutico que tem como atividades essenciais a *educação em saúde, a orientação farmacêutica, a dispensação de medicamentos, a farmacovigilância e o seguimento farmacoterapêutico* (IVAMA et al., 2002). Práticas estas ainda incipientes ou inexistentes nos serviços públicos brasileiros, especialmente na atenção básica.

Tais atividades devem estar voltadas para o paciente e para comunidade, na perspectiva do uso racional de medicamentos (URM) que ocorre quando os usuários recebem os medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes às suas características individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para si e para a comunidade (OMS, 1985).

Entre as atividades relacionadas com a atenção farmacêutica, a educação em saúde tem o objetivo de promover a saúde em geral e o uso racional de medicamentos para usuários, trabalhadores e outros profissionais, através de campanhas, cartazes, palestras na própria unidade ou nas unidades e instituições de apoio como igrejas e associações de moradores, divulgação de *folders*, boletins informativos, programa de rádio e TV, sala de espera, visitas domiciliares, grupos de teatro, entre outras (MARIN et al., 2003; VIEIRA, 2007).

A *orientação farmacêutica*, por sua vez, consiste na conduta que pode gerar ou não o uso de algum medicamento prescrito por profissional habilitado ou um Medicamento Isento de Prescrição (MIP) que seja efetivo para algum problema primário de saúde que o farmacêutico pode e deve resolver.

Assim, a Resolução nº 138/2003 dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos e elenca os MIP (BRASIL, 2003b), que o farmacêutico pode indicar e aconselhar o uso pelas pessoas com algumas restrições (alguns analgésicos, anti-inflamatórios, antifúngicos tópicos, antiácidos, antissépticos, laxantes, anti-histamínicos, expectorantes, entre outros). Lembrando ainda que a orientação pode ser escrita ou falada, inclusive, quando se usa as duas abordagens facilita o entendimento do usuário.

Outra atividade considerada chave no processo da atenção farmacêutica é *dispensação farmacêutica*, entendida como o ato do farmacêutico entregar um ou mais medicamentos ao usuário, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado ou proveniente de uma indicação farmacêutica de medicamento isento de prescrição. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 1998a) e pode estabelecer vínculos com o usuário, além de identificar os mais vulneráveis a Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) e convidá-los para o seguimento farmacoterapêutico. São aspectos importantes na dispensação, entre outros, a comunicação adequada, a ênfase na adesão à terapêutica, seguimento quanto à posologia, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto (ALENCAR, T. et al., 2011; OPAS, 2009).

As possibilidades visualizadas na dispensação vão além da entrega de medicamentos e do fornecimento de orientações técnicas. Esta é a oportunidade de se estabelecer vínculos, de acolher o usuário e a sua família, de aplicar as tecnologias leves a partir da comunicação efetiva, da construção e manutenção de uma relação terapêutica resolutiva e produtora do cuidado em saúde (ALENCAR, T. et al., 2011).

Outra atividade clínica do farmacêutico, com maiores possibilidades de utilização das tecnologias leves, é o seguimento farmacoterapêutico, também entendido de forma reduzida como o *cuidado farmacêutico*. Chamamos reduzida porque todas as atividades anteriores, mesmo que sejam eventuais podem produzir cuidado em saúde. Neste processo de trabalho, o profissional se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de

alcançar resultados definidos, buscando a cura, o controle ou o retardamento de uma enfermidade e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida do usuário (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Os PRM consistem em qualquer evento indesejável apresentado pelo paciente que envolve ou suspeita-se que tenha sido causado pelo medicamento e que realmente ou possivelmente interfere na evolução do paciente. Os problemas podem estar relacionados à indicação (quando existe a necessidade de tratamento adicional ou o paciente está usando um medicamento desnecessário), à eficácia (medicamento incorreto ou dosagem inferior), à segurança (interações medicamentosas e outras reações adversas ou dosagem superior do medicamento) e à não-adesão do paciente à terapêutica proposta pela equipe de saúde (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Comungamos com Oliveira (2011) ao recomendar que os farmacêuticos devam ter cuidado para não se tornarem “caçadores de PRM” ao se esquecerem de que o objeto de trabalho são as pessoas e as suas necessidades e a finalidade é a produção do cuidado em saúde. Dessa forma, não é suficiente apenas identificar e classificar os PRM, mas faz-se necessária também a intervenção farmacêutica, considerando as características dos serviços de saúde, as subjetividades do usuário em sua comunidade, o diálogo e articulação de saberes com os demais profissionais e com a comunidade. Tais ações são capazes de transformar as práticas de saúde, tornando-as mais efetivas, implicando em mudanças no modelo de atenção, devendo ser capazes de transformar inclusive as próprias práticas, ao buscarem a resolubilidade e o uso racional de medicamentos.

Considerando os diferentes programas nos três níveis de atenção à saúde, todas as atividades inerentes à assistência farmacêutica descritas até aqui podem e devem ser visualizadas e executadas em variados âmbitos: no Programa Saúde da Família (PSF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Farmácia Básica, Programa Farmácia Popular do Brasil e Farmácia Penitenciária. Além disso, vale destacar também os programas do Componente Estratégico, a saber: Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, Programa de Controle das Endemias Focais, Programa Nacional de DST e AIDS, Saúde da Mulher e Planejamento Familiar, Programa de Coagulopatias Hereditárias e Programa Nacional de Imunizações, além do Componente Especializado.

Neste sentido, a nossa vivência enquanto profissional da saúde nos possibilita afirmar que o desenvolvimento das atividades clínicas referidas anteriormente têm acenado perspectivas de mudanças positivas no Sistema Único de Saúde.

Assim, não resta dúvida, que diante do expressivo crescimento dos programas de saúde, a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica constituem-se pilares da política de saúde no Brasil. Contudo, apesar da grande diversidade de aspectos legais que devem ser considerados no processo de organização da assistência farmacêutica, estudos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; ARAÚJO et al., 2008; ARAÚJO; FREITAS, 2006; OPAS; OMS; Ministério da Saúde do Brasil, 2005) revelam que as tais ações ainda se processam em torno apenas da gestão do medicamento, ou seja, da aquisição e da distribuição.

Além disso, tais ações têm ocorrido de modo centralizado e desarticulado das demais ações de saúde, divergindo da proposta de trabalho em equipe; excesso de atividades realizadas pelos profissionais de saúde; e a ausência de uma política de educação permanente para os trabalhadores. Por isso, é preciso que os gestores busquem novas estratégias que garantam a eficiência das políticas e de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, e promovendo, o uso racional de medicamento e a inserção efetiva da assistência farmacêutica como uma ação de saúde. Além disso, o acesso à assistência farmacêutica integral não pode ser reduzido apenas à dimensão de disponibilidade de medicamentos, devendo-se considerar também as dimensões geográfica, econômica, funcional e comunicacional (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012).

Outro desafio que se coloca para a assistência farmacêutica e para o SUS de modo geral é a judicialização, um fenômeno crescente considerado uma grande ameaça à sanidade financeira e administrativa do SUS (PEPE et al., 2010; LEITE et al., 2009; CHIEFFI, BARATA, 2009; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). A interpretação limitada do artigo 196 da Constituição Federal que destaca a saúde como direito de todos e dever do Estado, tornou frequente objeto de interferência do poder judiciário, que o traduz como “tudo para todos”, gerando litigâncias jurídicas superiores 60 mil ações nas três esferas de governo, e que tem provocado despesas extras na programação financeira do Ministério e Secretarias de Saúde de mais de 500 milhões de reais anuais (BRASIL, 2010c).

Na tentativa de mitigar esta situação e também esclarecer sobre o significado da assistência farmacêutica integral referida no parágrafo VI, item 4 da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a), o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011e) dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Para isso, o Decreto elucida que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, entre outros aspectos, que a prescrição seja de um profissional de saúde no exercício regular

de suas funções no SUS e que a mesma esteja em conformidade com a Rename e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Além disso, o Decreto cria a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, que reúne todas as ações e serviços de saúde ofertados à população pelo SUS.

Posteriormente, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Esta lei esclarece o que pode ser considerado gasto com saúde, incluindo dentre outras a vigilância em saúde; a atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; a capacitação do pessoal de saúde do SUS. Prevê também como gasto com saúde: o desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; a produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; e ainda, o investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde (BRASIL, 2012c).

A partir das discussões sobre os elementos teóricos que dão sustentação ao objeto de estudo e de nossas reflexões sobre o processo de trabalho, delimitamos os seguintes **pressupostos teóricos**:

✓ O processo de trabalho na assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família no município é caracterizado pela desarticulação entre os **agentes** (trabalhadores de saúde), o **objeto de trabalho** (necessidades dos usuários), os **instrumentos** (saberes e tecnologias utilizadas) e a **finalidade do trabalho**, refletindo em dificuldade para produzir cuidado em saúde;

✓ A produção do cuidado, no que concerne às ações relacionadas à assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família no município, é caracterizada pelo predomínio das **tecnologias duras e leve-duras** (equipamentos, estruturas, normas, medicamentos e saberes) em detrimento das **tecnologias leves** (acolhimento, vínculo, acesso, responsabilização e resobulidade).

### 3 METODOLOGIA

[...] Toda a reflexão supõe a presença e o acompanhamento do pesquisador em cada passo do trabalho, num movimento ao mesmo tempo somativo e de superação da fase anterior. A implicação do investigador no trabalho se constitui numa perspectiva circular: ‘ele só conhece a realidade na medida em que a cria’ (MINAYO, 2012, p.626).

Neste item apresentaremos os elementos que dão forma a este estudo e que nos possibilitam a análise e a compreensão da realidade. Assim, serão explicitados o tipo e o campo de estudo, os sujeitos, as técnicas de coleta e análise de dados, além dos aspectos éticos da pesquisa, considerando que

fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. À trilogia acrescento sempre que a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora (MINAYO, 2012, p. 622).

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, o qual se fundamenta nas relações, opiniões e interpretações humanas, permitindo desvelar processos sociais, construir novas abordagens, revisar e criar novos conceitos e categorias (MINAYO, 2010).

A abordagem qualitativa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e o objeto e uma postura interpretativa, portanto não neutra, do sujeito observador que atribui um significado aos fenômenos que interpreta (CHIZZOTI, 1991 apud GOMES, 2007, p.103).

A abordagem qualitativa está voltada, preferencialmente, para a compreensão do processo mais do que para os resultados (TRIVIÑOS, 1987). Dessa forma, entendemos que ao colocar os pesquisadores em contato com a realidade cotidiana e aproximá-los do pensamento crítico, político e social da prática em saúde, a pesquisa qualitativa nos oportunizou o desenvolvimento da capacidade de observação, diálogo e inter-relação com os trabalhadores de saúde e usuários do Programa Saúde da Família em busca do desvelamento do objeto de estudo.

### 3.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um município do estado da Bahia, habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde, sendo o campo da pesquisa as Unidades de Saúde da Família (USF).

Diante da abrangência de 76 USFs, 83 equipes de Saúde da Família e oito (8) Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASFs (apenas cinco em atividade) selecionamos 11 USFs, considerando os seguintes critérios de inclusão: ter uma Equipe de Saúde da Família (ESF) completa, de acordo com os critérios do Ministério da Saúde, trabalhando a mais de seis (6) meses; possuir farmácia e farmacêutico na equipe do NASF vinculado à ESF.

Das 11 USFs selecionadas, apenas três (3) possuem estrutura própria, sendo as demais imóveis alugados. Uma delas funciona em zona rural e as demais em zona urbana. Durante o período da coleta de dados observamos que todas as unidades possuíam em seus territórios áreas sem agentes comunitários de saúde trabalhando efetivamente, pois muitos que estavam gozando férias ou afastados por motivos de saúde e não foram substituídos pela Secretaria de Saúde Municipal (SMS). Quatro (4) das USFs contam com cirurgiões-dentistas na equipe de saúde da família. Em relação à farmácia todas apresentam estrutura inadequada, seja pelas dimensões, seja pela deficiência de mobiliários ou ausência de pessoal exclusivo para assumir as atribuições da assistência farmacêutica. Oito (8) funcionam em cômodo independente da USF e destas, apenas quatro (4) possuem portas. Todas dispensam medicamentos psicotrópicos (controlados). As três (3) unidades próprias também não possuem estrutura adequada. Não há controle de temperatura e umidade nas farmácias e em três (3) delas os raios de sol incidem diretamente sobre os armários de medicamentos.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos participantes do estudo foram divididos em três grupos, sendo os grupos I e II constituídos por trabalhadores e o grupo III por usuários dos serviços de saúde, conforme a seguinte distribuição:

- Grupo I – denominado de informantes-chave, foi formado por pessoas que supomos ter um conhecimento específico sobre o objeto de estudo pesquisado (NASCIMENTO, 1997), dentre eles o coordenador da Assistência Farmacêutica municipal, o farmacêutico da Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) e os farmacêuticos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que atuam nas Unidades de Saúde da Família, totalizando quatro (4) informantes-chave.

- Grupo II - composto pelos demais trabalhadores de saúde, sujeitos que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desenvolvimento de funções atinentes ao setor (PAIM, 1994). Para este estudo foram

incluídos os enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, com pelo menos seis (6) meses de trabalho na Equipe de Saúde da Família, totalizando 14 trabalhadores.

- Grupo III - formado por oito (8) usuários das Unidades de Saúde da Família, maiores de 18 anos de idade e com pelo menos seis (6) meses de utilização dos serviços da USF, no sentido de contribuir com a pesquisa a partir de sua experiência e vivência em relação à assistência farmacêutica.

Para delimitação do número de sujeitos foi considerada a amostragem intencional definida pela saturação teórica, que de acordo com Fontanella e outros (2008), ocorre quando a interação entre campo de pesquisa e o pesquisador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização e o pesquisador constata dispor de dados suficientes.

Assim, segundo Minayo (2010, p.192),

O investigador que trabalha com abordagem qualitativa nunca pode esquecer de que não estuda um somatório de depoimentos. Isso significa que a práxis compreensiva pode até utilizar critérios numéricos (número de entrevistas), mas não necessariamente será este o definidor de relevâncias, muitas vezes esclarecidas pela fala de apenas um ou de poucos interlocutores. (...) A unidade de significação se constrói por significados que conformam uma lógica própria do grupo ou, mesmo, suas múltiplas lógicas.

Portanto, o quantitativo dos sujeitos e das USFs desta pesquisa foram definidos a partir da redundância e convergência de sentidos e significados obtidos durante a coleta de dados, sendo 26, o total de sujeitos participantes. Os quadros a seguir apresentam de forma sucinta a caracterização dos sujeitos que participaram deste estudo.

**QUADRO 2** Perfil do Grupo I - Informantes-Chave

Nº	Tipo de Vínculo com a SMS	Formação profissional	Pós-Graduação	Tempo total de trabalho no SUS	Tempo de serviço na Unidade	Função que exerce
1	Cooperativa	Farmácia	Esp. Farmácia Hospitalar e Cursa Esp. em Auditoria	8 anos	8 anos	Coordenador da AF
2	Cooperativa	Farmácia	Esp. Farmacologia Clínica	6 anos	3 anos	Farmacêutico da CAF
3	Cooperativa	Farmácia	Esp. Farmacologia Clínica	5 anos	3 anos e 7 meses	Farmacêutico do NASF
4	Cooperativa	Farmácia	Esp. Farmacologia Clínica	4 anos	3 anos e 6 meses	Farmacêutico do NASF

Fonte: autor.

Podemos visualizar, portanto, que todos os informantes-chave são farmacêuticos e trabalham no município há mais de três (3) anos. Todos possuem pós-graduação, três (3) em Farmacologia Clínica e um (1) em Farmácia Hospitalar.

Apesar de todos eles terem pós-graduação, nenhum deles é na área de saúde pública ou coletiva. Todos possuem vínculos de trabalho cooperativa.

**QUADRO 3** Perfil do Grupo II - Trabalhadores de Saúde

Nº	Tipo de Vínculo com a SMS	Formação profissional	Pós-Graduação	Tempo total de trabalho no SUS	Tempo de serviço na USF
5	Cooperativa	Enfermagem	Esp. em Saúde Pública	8 anos	4 anos
6	Cooperativa	Enfermagem	Esp. em Saúde Pública	Mais de 30 anos	6 anos
7	Cooperativa	Enfermagem	Esp. em Terapia Intensiva e Mestranda em Ciências da Saúde	2 anos e 10 meses	1 ano
8	Cooperativa	Enfermagem	Esp. em Gestão Hospitalar em Serviços Públicos de Saúde	10 anos	2 anos
9	Cooperativa	Enfermagem	Esp. em Saúde Pública e Esp. em Terapia Intensiva	4 anos	1 ano e nove meses
10	Cooperativa	Técnico de Enfermagem	Não	4 anos	9 meses
11	Cooperativa	Técnico de Enfermagem	Não	4 anos	1 ano
12	Cooperativa	Técnico de Enfermagem	Não	1 ano e cinco meses	1 ano e cinco meses
13	Cooperativa	Medicina	Não	2 anos	1 ano
14	Cooperativa	Medicina	Esp. em Ginecologia e Obstetrícia	9 anos	3 anos e 6 meses
15	Cooperativa	Medicina	Esp. em Pediatria	8 anos	4 anos
16	Cooperativa	Medicina	Esp. em Endocrinologia	15 anos	2 anos
17	Cooperativa	Odontologia	Não	1 ano e dois meses	1 ano
18	Cooperativa	Odontologia	Não	2 anos	1 ano e seis meses

Fonte: autor.

Dos 14 trabalhadores de saúde do PSF que participaram deste estudo cinco (5) são enfermeiros com tempo de experiência de trabalho no SUS que varia de quatro (4) a mais de 30 anos e na USF de um (1) a seis (6) anos. Destes, três (3) são técnicos de enfermagem com média de um (1) ano de trabalho na USF e mais de dois (2) anos no SUS; quatro (4) trabalhadores são formados em medicina, destes apenas um não possui pós-graduação, com média de mais de dois (2) anos de trabalho na USF e com experiência de trabalho no SUS que varia de dois (2) a 15 anos; e dois (2) são cirurgiões dentistas que não possuem pós graduação, têm pouco mais de um (1) ano de serviço na USF.

Todos os trabalhadores possuem vínculos de trabalho por meio de cooperativa e apenas três (3) enfermeiros possuem especialização na área de saúde pública.

**QUADRO 4** Perfil do Grupo III – Usuários

Nº	Sexo	Idade	Tempo de acompanhamento na USF	Nível de escolaridade	Atividade que exerce
19	F	30	Mais de 2 anos	2º Grau Incompleto	Vendedora
20	F	63	10 anos	1º Grau incompleto	Dona de casa
21	F	35	Mais de 8 anos	2º Grau	Pensionista INSS
22	F	27	2 anos	1º Grau incompleto	Empregada Doméstica
23	F	52	4 anos	1º Grau incompleto	Serviços gerais
24	F	58	Mais de 8 anos	1º Grau incompleto	Pensionista e cozinheira
25	F	35	2 anos	1º Grau incompleto	Empregada Doméstica
26	F	43	Mais de 6 anos	1º Grau incompleto	Babá

Fonte: autor.

Os oito (8) usuários são do sexo feminino, com média de idade de 42 anos. Apenas uma (1) possui segundo grau completo, seis (6) não completaram o primeiro grau e uma (1) possui segundo grau incompleto.

No texto, os sujeitos foram identificados por um número recebido (de 1 a 26) no intuito de respeitar o seu anonimato, conforme a Resolução nº 196/1996 (BRASIL, 1996).

### 3.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Utilizamos diferentes técnicas de coleta de dados: a observação sistemática, a entrevista semi-estruturada e a análise de documentos.

A técnica da observação no estudo qualitativo permite ao pesquisador examinar os fenômenos e situações que ocorrem no campo de estudo de forma natural, pois possibilitará assim, acompanhar e registrar as subjetividades dos sujeitos envolvidos, referentes às suas emoções, expressões, ações e falas (MINAYO, 2010).

De acordo com Santana (2010), é no fenômeno em observação que o pesquisador buscará as respostas para os objetivos, partindo de um planejamento e preparação do observador, que deverá ter claro o quê e como pesquisar. Portanto, o tipo de observação escolhida foi a **observação sistemática** que se caracteriza pela utilização de um plano específico para organização e registro das informações, tendo estabelecido previamente as categorias necessárias à análise da situação (GIL, 1999).

Para a aplicação dessa técnica, elaboramos um roteiro, constituído por tópicos inerentes à assistência farmacêutica na Unidade de Saúde da Família (programação, armazenamento, controle de estoque, prescrição e dispensação); fluxo de atividades gerais da USF; composição técnica do trabalho e outras observações gerais (APÊNDICE A).

Ao todo foram 86 horas de observação nas 11 USFs selecionadas, durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2012. Nas discussões dos resultados as observações foram introduzidas no texto como parte da contextualização do objeto estudado, a partir da experiência e compreensão dos pesquisadores enquanto sujeitos do processo.

Outra técnica utilizada para captar os dados foi a **entrevista**, pois, como fonte de informação, questionamos dados referentes a fenômenos, ideias, crenças, maneiras de pensar e de sentir, opiniões, sentimentos, atitudes e comportamentos (MINAYO, 1996), considerados importantes para alcançarmos os objetivos deste estudo.

A entrevista é definida por Gil (1999) e Santana (2010) como uma forma de interação social resultante da relação entre duas pessoas que se veem, o pesquisador e o entrevistado, com o objetivo de obter dados que interessam à investigação. Na entrevista, o instrumento primordial é a palavra, através da qual poderão ser revelados valores, símbolos, sentimentos e condições estruturais.

Por conseguinte, a entrevista

[...] não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (MINAYO, 1996, p. 57)

Para este estudo escolhemos a **entrevista semi-estruturada**, ou seja, aquela que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, havendo possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 1996).

A entrevista semi-estruturada

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas dos informantes (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

Para a efetividade desta técnica, elaboramos três roteiros de entrevistas (APÊNDICES B, C e D), direcionados, respectivamente, aos informantes-chave, trabalhadores de saúde e usuários.

As entrevistas ocorreram nos meses de outubro e novembro de 2012 sendo agendadas previamente com os sujeitos do estudo de acordo com o dia, horário e local escolhido pelos mesmos. Dentre as 26 entrevistas, 23 foram realizadas nos locais de trabalho, mas atentamos para sua realização em local reservado, assegurando a privacidade e o sigilo da conversa. A pedido de alguns entrevistados, uma (1) entrevista foi realizada no domicílio de

uma usuária e outras duas (2) com os informantes-chave em outro local de trabalho que os mesmos possuíam vínculos empregatícios.

As entrevistas foram gravadas, conforme autorização dos entrevistados, quando na oportunidade levamos em consideração os critérios éticos estabelecidos na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), no que diz respeito à pesquisa com seres humanos. A média de duração das entrevistas foi de 40 minutos. Ressaltamos que as transcrições foram *ipsis litteris*. No decorrer do texto alguns fragmentos das falas dos sujeitos foram negritados para dar maior visibilidade ao assunto ou questão analisado(a).

Com a finalidade de complementar e enriquecer os dados obtidos pelas técnicas da observação sistemática e da entrevista semi-estruturada utilizamos também a **análise de documentos** que, de acordo com Gil (1999), possibilita o conhecimento do passado, a investigação dos processos de mudança social e cultural e favorecem a obtenção de dados sem o constrangimento dos sujeitos.

Consideramos como documentos “qualquer informação na forma de textos, imagens, [...] editoriais, leis, atas, relatórios, inventários” (FACHIN, 2003, p. 136). Para esta pesquisa foram analisados, os seguintes documentos:

- Documento 1 (doc. 1): Plano Municipal de Saúde, 2010-2013;
- Documento 2 (doc. 2): Cronograma de reposição dos medicamentos nas Unidades de agosto de 2012 a fevereiro de 2013;
- Documento 3 (doc. 3): Portaria do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 que dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998a);
- Documento 4 (doc. 4): Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a);
- Documento 5 (doc. 5): Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011a);
- Documento 6 (doc.6): Livro de registros das atividades do NASF na USF.

Os documentos estão inseridos no texto construído de acordo com a autoria do mesmo seguido de abreviação (doc.1) e assim sucessivamente.

### 3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise de dados, optamos pela técnica de Análise de Conteúdo que de acordo com Bardin (1979, p.42) representa

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores( quantitativos ou não) que permitem a *inferência* de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para Minayo (2010) a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. A técnica de análise de conteúdo abrange as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

Na pré-análise ordenamos os dados com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo. Envolveu a transcrição das falas dos diferentes sujeitos, a leitura geral do material empírico e a organização dos dados em diferentes conjuntos (temas, palavras, frases), contemplados na observação, entrevistas e documentos. Nesta etapa definimos as unidades de registro, de contexto, trechos significativos e as categorias, baseando-se para tanto nas questões do estudo.

Na fase de exploração do material realizamos a releitura do material e procedemos à classificação dos dados que possibilitou a construção dos dados empíricos a partir dos pressupostos teóricos do pesquisador e a teoria que sustenta a pesquisa, sendo desenvolvida em três momentos:

1) “leitura flutuante”, entendida como leitura exaustiva e repetida dos textos contidos nas entrevistas, documentos e observações. Essa etapa possibilitou a construção de categorias empíricas;

2) leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicação estruturados a partir dos núcleos de sentidos estabelecidos na etapa anterior, possibilitando o confronto de ideias entre as diferentes representações dos sujeitos, identificando convergências, divergências, o diferente e o complementar;

3) confronto das categorias empíricas com as categorias analíticas, buscando interpretar as relações entre elas;

A partir da classificação dos dados estabelecemos os seguintes núcleos de sentido: compreensão sobre assistência farmacêutica; processo de trabalho no PSF, considerando as ações de assistência farmacêutica; limites; dificuldades; facilidades; avanços e; perspectivas.

Na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, realizamos uma leitura transversal de cada corpus, a partir do contato exaustivo com as entrevistas e procedemos ao recorte das entrevistas em termos de núcleos de sentido, conforme os quadros, 5, 6 e 7.

**QUADRO 5** Síntese das entrevistas do Grupo I - Informantes-chave

NÚCLEOS DE SENTIDO	E.1 <sup>1</sup>	[...]	E.4	SÍNTESE HORIZONTAL <sup>2</sup>
Compreensão sobre Assistência Farmacêutica (AF)				
Processo de trabalho na assistência farmacêutica no PSF - Agentes - Objeto - Tecnologias - Finalidade - Atividades gerenciais - Atividades assistenciais				
Limites				
Dificuldades				
Facilidades				
Avanços				
Perspectivas				
SÍNTESE VERTICAL <sup>3</sup>				

Fonte: autor.

1 – Entrevistado; 2 - A síntese horizontal refere-se às convergências, divergências, diferenças e complementaridades sobre cada núcleo de sentido, entre os entrevistados; 3 - A síntese vertical refere-se à síntese geral de cada entrevistado sobre o objeto do estudo.

**QUADRO 6:** Síntese das entrevistas do Grupo II – Trabalhadores de saúde

NÚCLEOS DE SENTIDO	E.5	[...]	E.18	SÍNTESE HORIZONTAL
Compreensão sobre AF				
Processo de trabalho na assistência farmacêutica no PSF - Agentes - Objeto - Tecnologias - Finalidade - Atividades gerenciais - Atividades assistenciais				
Limites				
Dificuldades				
Facilidades				
Avanços				
Perspectivas				
SÍNTESE VERTICAL				

Fonte: autor.

**QUADRO 7:** Síntese das entrevistas do Grupo III - Usuários

NÚCLEOS DE SENTIDO	E.19	[...]	E.26	SÍNTESE HORIZONTAL
Serviços que utiliza no PSF				
Percepção do processo de trabalho na assistência farmacêutica no PSF - Agentes - Objeto - Tecnologias - Finalidade - Atividades gerenciais - Atividades assistenciais				
Limites				
Dificuldades				
Facilidades				
Avanços				
Perspectivas				
SÍNTESE VERTICAL				

Fonte: autor.

A última etapa consiste na análise final de dados a partir da triangulação do material empírico e do referencial teórico com o objetivo de ampliar os “olhares” sob certa realidade investigada. Fruto de um trabalho crítico, a triangulação de dados é entendida como uma técnica usada em pesquisa qualitativa, em que a interseção de diferentes olhares e falas que possibilitam a verificação e validação da pesquisa, através do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos, saberes e visões distintas (MINAYO, 2010; DESLANDES; ASSIS, 2002).

Assim, através do confronto dos entrevistados (Grupo I, Grupo II e Grupo III) e categorias analíticas definidas *a priori* no estudo, buscando-se as relações dialéticas entre elas através das convergências, divergências, diferenças e complementaridades chegamos às categorias de análise, a saber:

Categoria 1: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: descompasso entre o pensar e o fazer;

Categoria 2: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: aprisionamento do processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado;

Categoria 3: PRÁTICAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: (des)articulação das atividades gerenciais e assistenciais.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu à Resolução nº 196/1996 (BRASIL, 1996), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Assim, esta Resolução estabelece que a ética na pesquisa implica nos seguintes princípios:

- Autonomia, ou seja, o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa. Este princípio foi garantido através da aceitação e assinatura pelos sujeitos do estudo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E). O TCLE foi único para os três grupos de sujeitos, pois adotamos uma linguagem acessível, de compreensão clara e objetiva, com informações e esclarecimentos sobre o estudo.

- Beneficência, ou seja, ponderação entre riscos e benefícios atuais ou potenciais, individuais ou coletivos.

- Não maleficência, garantindo que os danos serão evitados.

- Justiça e equidade, com garantia da igualdade de interesses para os sujeitos envolvidos.

Seguindo esses princípios, a coleta de dados somente foi iniciada após apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob protocolo nº 59/2012. Além disso, o estudo obedeceu ainda aos critérios de confidencialidade e privacidade; respeito dos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

---

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e abrir-se para os ruídos analisadores presentes no seu cotidiano. Com isso [...] pode reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (MERHY, 2006).

---

Sem a intenção de chegar a uma verdade absoluta sobre o objeto de estudo, apresentaremos neste item uma aproximação com a realidade, uma vez que ela se processa de maneira dinâmica e muitos foram os caminhos percorridos. Nosso olhar reflexivo para a apreensão do objeto não se limitou apenas ao contexto histórico, procuramos articulá-lo com a realidade empírica, numa perspectiva dialética.

Assim, ao estudar o processo de trabalho com enfoque nas ações gerenciais e assistenciais desenvolvidas para o PSF e no PSF, tivemos a oportunidade de conhecer a prática desenvolvida pelos trabalhadores de saúde naquele momento histórico. Esses dados empíricos estão revelados neste capítulo e dispostos em quatro categorias analíticas:

Categoria 1: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: descompasso entre o pensar e o fazer;

Categoria 2: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: aprisionamento do processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado;

Categoria 3: PRÁTICAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: (des)articulação das atividades gerenciais e assistenciais.

#### 4.1 SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: descompasso entre o pensar e o fazer

O trabalho humano se dá a partir da ação de um agente sobre um determinado objeto, mediado por instrumentos e gasto energético, para a obtenção de um produto. Ocorre, portanto, a partir de uma necessidade e de uma socialidade estabelecida nas relações entre os homens e fundamentada em uma finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1992, 1994). Sob esta perspectiva entendemos que a compreensão sobre o trabalho na assistência farmacêutica, a sua fundamentação teórica, etapas e responsáveis, reflete no modo como são executadas as ações, ou seja, no processo de trabalho dos sujeitos envolvidos.

As diferentes compreensões sobre a assistência farmacêutica apresentada pelos entrevistados nos possibilita identificar ora os medicamentos ora os usuários como objetos de

trabalho e, desse modo, há uma compreensão restringida à compra e distribuição de medicamentos ou ampliada, na qual as ações gerenciais têm a finalidade de garantir a terapêutica aos usuários das Unidades de Saúde da Família.

Para os informantes-chave a assistência farmacêutica

[...] é uma das políticas de saúde, é o eixo principal, um dos principais eixos que envolve um insumo primordial que é o medicamento e que, como eixo, e como já vem a questão técnica. Existe toda uma questão de você planejar e executar as atividades. Aí dentro disso **tem todo aquele ciclo [...] Definição, seleção, padronização, [...]**, garantir o fornecimento, a terapêutica necessária aos pacientes de uma forma racional e você batalhar contra o uso indiscriminado de medicamento [...] (Entrevistado 1).

[...] é tá sempre atento e orientando as pessoas em relação ao acondicionamento, à distribuição da medicação, no caso a orientação das pessoas, orientação do público em geral, até dos próprios profissionais que trabalham lá na unidade, no PSF (Entrevistado 2).

[...] está ligada ao medicamento, à questão da compra, da distribuição, do armazenamento [...], seleção, [...] a parte da.... mais de.... **daquele ciclo [...]** (Entrevistado 3).

Tais compreensões comungam com a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998a, p.8-9, doc.3) que estabelece que a

a assistência farmacêutica no SUS, por outro lado, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

As falas se convergem ao apontarem uma compreensão abrangente que integra ações gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) e assistenciais (prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos) articuladas entre si. A referência ao ciclo feito pelos entrevistados 1 e 3, remete à representação esquemática desse conjunto de ações, inicialmente feita por Marin e outros (2003), destacada a seguir (Figura 1).

Ao conceber a assistência farmacêutica como uma política de saúde, o entrevistado 1 tem um entendimento que converge com o disposto na Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde, ao explicitar que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é integrante da Política Nacional de Saúde e envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2004a, doc. 4).

**FIGURA 1** Ciclo da assistência farmacêutica



Fonte: Adaptado de Marin e outros (2003).

Contudo, tivemos um entendimento mais reducionista em outras falas. Para os trabalhadores de saúde não farmacêuticos, a assistência farmacêutica é compreendida como solicitação e distribuição de medicamentos, conforme as seguintes falas.

[...] assistência farmacêutica pra mim **tem o papel só de mandar as medicações pra gente**. Só isso. Eu não vejo de outra forma [...] (Entrevistado 7).

[...] **programa do governo que visa a dispensação de medicamentos** dos programas de atenção a saúde que atendem os medicamentos básicos mesmo. Pra que a população tenha acessibilidade aos medicamentos básicos para o tratamento de doenças crônicas e dos programas fornecidos pelo governo federal (Entrevistado 9).

A assistência assim que eu entendo, como minha função aqui, eu só posso **despachar medicação prescrita** quando chega com a receita médica, também não deixar faltar medicações, **tá sempre fazendo os pedidos** certinho pra que não falte essas medicações pra população (Entrevistado 11).

A assistência farmacêutica existe para dar a possibilidade àqueles pacientes que vem aqui e possam receber o medicamento fornecido pelo governo, **favorecendo assim o acesso a esse medicamento**. Na verdade a unidade tem um coordenador, que é um enfermeiro [...], então a assistência farmacêutica também cabe a ele coordenar (Entrevistado 18).

Para estes entrevistados a compreensão sobre a assistência farmacêutica é elaborada a partir das atividades que os mesmos desempenham e que foram observadas na unidade, seja a solicitação de medicamentos ou a dispensação. Remetem ainda ao fato de se tratar de um programa de governo, e não necessariamente uma política de saúde como expôs o entrevistado 1.

Obviamente nem todos os entrevistados têm a clareza do que seja um programa e do que seja uma política, mas de fato, ambos compreendem como algo que garante o acesso ao medicamento. Neste sentido, é pertinente destacar que programas ou ações do governo relacionado a medicamentos e muito noticiado por todos os recursos midiáticos, podem contribuir para esse entendimento.

Quanto a essas falas, podemos ainda considerar como possibilidade para a compreensão reducionista da assistência farmacêutica o fato de que, nas unidades de saúde, a solicitação (programação) e a dispensação de medicamentos são as atividades visualizadas, concretas. Ou seja, as atividades prévias e os trabalhadores envolvidos na efetivação das mesmas não são conhecidos pelos demais, mas apenas o produto final das ações gerenciais, o medicamento.

Neste sentido, dois entrevistados nos revelaram informalmente, antes de iniciarmos as entrevistas, que ao prescrever e acompanhar os usuários de medicamentos desenvolvem a assistência de enfermagem (Entrevistado 9) e assistência médica (Entrevistado 15) e não a assistência farmacêutica.

Tais falas nos levaram a refletir sobre a multiprofissionalidade da assistência farmacêutica, à medida que a mesma depende de muitos profissionais para efetivar o conjunto de atividades inerentes ao Ciclo apresentado na figura 1 e explicitado no conceito teórico da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

De certo modo, os trabalhadores não farmacêuticos não se sentem agentes do processo de trabalho, considerando o conjunto de ações da assistência farmacêutica. Contudo, as suas atividades são essenciais para que a assistência farmacêutica ocorra. Assim, evidenciamos que o conceito de assistência farmacêutica é desconhecido pelos mesmos, o que faz com que reconheçam apenas a aquisição e a distribuição de medicamentos realizadas por farmacêuticos como assistência farmacêutica. Ao mesmo tempo, isso revela que a assistência farmacêutica da forma como está estruturada no SUS não é tratada nos cursos de graduação da área de saúde, a exemplo dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Por este motivo, é relevante que a assistência farmacêutica venha a ser tema presente nos cursos de graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde Pública para que seja compreendida e realizada de forma satisfatória por todos os trabalhadores envolvidos.

O termo assistência farmacêutica envolve atividades de caráter multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade (MARIN et al., 2003).

Neste sentido, o entrevistado 1, informante-chave, revela que as suas ações dependem de outros setores e de diversos profissionais para que sejam realizadas.

[...] essa questão da intersetorialidade que pra mim é fundamental [...]. A assistência farmacêutica tem que se relacionar com todos, da manutenção até o secretário de saúde. Então vamos lá, secretário de saúde você tem que ter, até porque você tem pelo organograma você tem acesso direto ao secretário. Aí vem setor financeiro a questão de cotação, etc, etc, etc, é, tem que ter um corpo a corpo, setor de compras, acompanhar todo processo licitatório, etc, etc, etc. Todas as coordenações da atenção básica, policlínica, CAPS, é, quando recebe alguma denúncia de medicamento, enfim, estamos juntos. A própria vigilância epidemiológica devido a alguns medicamento estratégicos, educação continuada a questão da capacitação, com a manutenção. Enfim, todos [...] você tem que realmente tá interagindo com todos, planejamento, auditoria, o próprio serviço de alta complexidade que a gente distribui alguns fármacos de alta complexidade para fins de diagnóstico e por aí vai [...]  
(Entrevistado 1).

Percebemos então que o entrevistado 1 compreende a complexidade relacionada ao seu trabalho. Entretanto, a fala do entrevistado 17, cirurgião dentista, é diferente na medida em que revela um desconhecimento e não envolvimento com a assistência farmacêutica.

[...] **não me envolvo muito com o funcionamento da farmácia** da unidade, eu sei que tem esse processo de solicitação de medicamentos, que compete à enfermeira e à técnica. Eu não me envolvo. Sei da importância da assistência, mas na verdade, nem sei exatamente, nem tenho a compreensão exata do que seria essa assistência farmacêutica [...]. **Mas eu sei da importância da presença do farmacêutico... [...], mas essa compreensão mais ampla do assunto eu não tenho de verdade.**  
(Entrevistado 17).

Corroborando com as nossas observações, não há envolvimento dos profissionais prescritores com as atividades na farmácia, exceto o enfermeiro que gerencia a USF. Para mitigar esse desconhecimento, existe a intenção do entrevistado 1, farmacêutico coordenador da assistência farmacêutica, em dar maior visibilidade às ações desenvolvidas pelo setor que coordena.

[...] a gente não divulga muito o que a gente faz. Se eu pudesse colocar um farmacêutico só pra questão de divulgação de dados, de perfil, de análise de dispensação, distribuição de medicamento, porque aquele medicamento teve pico naquele mês, se teve falta ou não teve falta, faz uma análise logística profunda, um estudo farmacoeconômico bem profundo mesmo e depois fazer um marketing mesmo sobre tudo, sobre cada item de assistência farmacêutica, principalmente o uso racional de medicamento [...] seria pra assistência farmacêutica um ganho absurdo, a gente faz muito e as pessoas não reconhecem o trabalho da gente. Infelizmente o farmacêutico só é lembrado quando tem medicamento vencido, quando tem uma denúncia de medicamento vencido [...] ou quando falta o medicamento (Entrevistado 1).

Assim, diante da dificuldade em dar visibilidade à assistência farmacêutica municipal, os profissionais de saúde possuem uma visão reducionista da mesma. Entretanto,

uma compreensão diferente é revelada pelo entrevistado 5 ao trazer o foco nas atividades de dispensação e orientação.

Assistência farmacêutica vai muito além da dispensação, têm as normas em relação às receitas médicas, receitas azuis, antibióticos que o pessoal vem usando indiscriminadamente. É muito orientação mesmo. [...] **Está vinculada diretamente a dispensação de remédio**, mas é comum a gente esquecer que tem a questão da orientação ao paciente, posologia. É fundamental para o paciente e o tratamento [...] para determinada patologia o conhecimento do medicamento que vai usar. [...] **A assistência farmacêutica começa desde o consultório, a partir do momento que você prescreve, orienta e reorienta, avalia a adesão do paciente ao tratamento** (Entrevistado 5).

A fala do entrevistado 5 difere dos demais ao trazer aspectos que apontam para as ações assistenciais que possuem como objeto da ação o usuário e visam o uso racional dos medicamentos. Neste sentido, ela converge com o disposto na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) que tem como eixo estratégico a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004a, doc. 4).

Todavia, o entrevistado 13 também traz outro significado diferente sobre a assistência farmacêutica como uma atividade de responsabilidade do farmacêutico, não se colocando como agente dessa atividade.

[...] seria **uma abordagem do farmacêutico diretamente em relação à população a respeito da utilização dos fármacos**, das interações medicamentosas, como utilizar, é... e assim, não só relacionado, por exemplo, a medicações sintéticas, mas assim, às vezes os pacientes me perguntam muito sobre a fitoterapia [...] (Entrevistado 13).

Esta fala remete às ações assistenciais que podem ser desenvolvidas pelos farmacêuticos nas unidades de saúde, a partir do serviço de atenção farmacêutica, cujos elementos constitutivos são educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos); orientação farmacêutica; dispensação; atendimento farmacêutico; acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico; registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (IVAMA et al., 2002). Ações estas pouco incentivadas ou executadas no município em estudo, mas que foi relatada pelo entrevistado 4.

No meu trabalho no NASF **eu trabalho mais no foco da atenção farmacêutica**, porque é diretamente com o paciente [...]. A gente faz capacitação também com agente de saúde e técnico de enfermagem. Assistência farmacêutica está ligada ao medicamento, à questão da compra, da distribuição, do armazenamento [...], seleção, [...] a parte da.... mais de.... daquele ciclo [...] (Entrevistado 4).

O sentido exposto nessa fala refere-se à atenção farmacêutica, um processo de trabalho exclusivo do farmacêutico, uma ação mais direta com o usuário, distinguindo, portanto da assistência farmacêutica.

De forma convergente, no estudo de Araújo e Freitas (2006), a maior parte os farmacêuticos concebem a atenção farmacêutica como um trabalho mais voltado ao usuário, um envolvimento mais específico do farmacêutico com a farmacoterapia, mas ainda persistem dúvidas quanto às atribuições de cada uma delas.

De fato, a nossa prática profissional nos possibilita comentar que a diferença entre atenção e assistência farmacêutica ainda é confusa para muitos farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Isso se deve, certamente, à ausência ou pouca experiência com atenção farmacêutica, tanto no setor público como no privado.

Além disso, pensamos que o modelo médico historicamente hegemônico na conformação das políticas de saúde do Brasil favorece a compreensão e o uso de medicamentos como bem de consumo, dificultando a implementação de serviços com foco no cuidado ao usuário.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) apresenta a seguinte distinção entre os dois termos.

A assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a, doc.4).

As ações de assistência farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2004a, doc.4).

Neste sentido, temos uma política mais abrangente para o sistema de saúde, a assistência farmacêutica, composta por atividades interdependentes e a atenção farmacêutica como uma destas atividades, executada exclusivamente por farmacêuticos na sua relação direta com os usuários dos serviços, na corresponsabilização pela terapêutica do mesmo.

Esta diferenciação foi estabelecida na contramão das definições aceitas pela comunidade científica. Ao consultarmos os descritores da Biblioteca Virtual de Saúde evidenciamos que o termo atenção à saúde engloba todo o conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo três grandes campos: da assistência; das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo; e das políticas externas no setor saúde. Enquanto que assistência à saúde refere-se a todos os aspectos da provisão e distribuição de serviços de saúde a uma população, por exemplo, assistência odontológica, cuidados em saúde.

Dessa forma, os termos assistência e atenção farmacêutica ainda trazem dúvidas para os trabalhadores de saúde e gestores e devem continuar sendo discutidos. Para isso, é necessário articular não somente as fundamentações teóricas, mas também os impactos que as experiências nacionais em atividades assistenciais trouxeram para o sistema de saúde, considerando a conjuntura histórico-social que caracteriza a saúde pública brasileira e que implica no cotidiano do processo de trabalho dos agentes da saúde.

Para Cipolle, Strand e Morley (2006) a farmácia é a profissão que mais tem criado termos diferentes das demais profissões de saúde e os seus membros se isolam do resto do sistema de cuidados, dificultando a comunicação e o entendimento de como a profissão funciona exatamente e onde ela se encaixa no sistema. Embora os próprios farmacêuticos ainda não tenham consciência disto,

o cuidado farmacêutico deve ser considerado como um exercício profissional, de forma muito semelhante ao da Medicina, Enfermagem e Odontologia, onde o profissional é responsável por satisfazer as necessidades de cuidados de saúde específicas de cada paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006, p. 16).

Em entrevista concedida ao Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais em 2009, Linda Strand afirma que

usamos muitos termos incorretos quando comparados aos termos dos sistemas de saúde e o fato é que aceitamos esse erro ao usarmos a expressão Atenção Farmacêutica. Cuidar é uma ação, enquanto a Atenção é uma atitude passiva. E é de cuidados que os pacientes necessitam. Quando dizemos atenção o que deveríamos dizer é cuidado. Faz muito mais sentido para o paciente e para a sociedade saber que, dos profissionais de saúde, vão receber muito mais que atenção vão receber cuidados. Cuidado compreende também dar atenção ao paciente, mas o objetivo principal é o cuidado. Há algum tempo este alerta vem sendo feito e também ignorado. Ao usar termos inadequados criamos barreiras e dificuldades para a integração do farmacêutico no sistema de saúde. Enquanto todos os demais profissionais de saúde cuidam de seus pacientes os farmacêuticos lhes dão atenção (GOMES et al., 2010, p. 23).

Comungamos com esta concepção que considera o termo cuidado farmacêutico como o mais adequado para referir-se ao trabalho do farmacêutico. Entretanto, para este trabalho optamos por utilizar o termo atenção farmacêutica, pois este é utilizado nos documentos oficiais brasileiros, incluindo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a, doc.4).

A partir destas discussões, passaremos agora para a análise do processo de trabalho no PSF, considerando os agentes, os objetos, as tecnologias utilizadas e as finalidades da execução das atividades gerenciais e assistenciais relacionadas com a assistência farmacêutica.

#### 4.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: aprisionamento do processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado

A construção de uma *práxis* sobre o trabalho em saúde requer uma reflexão sobre o mesmo, ou seja, sobre a finalidade e a necessidade que o constituem na socialidade. Requer, desse modo, a compreensão sobre os elementos que o constituem enquanto trabalho vivo.

O trabalho em saúde, muitas vezes, é executado de forma automática, guiados pelo senso comum, pela intuição ou por continuidade de uma ação que já era executada por outro, muitas vezes sem reflexão. Ao não refletir, como explicam Faria e outros (2012), nossas atitudes podem não ser as mais adequadas, as mais eficazes e, conseqüentemente, não conduzir ao resultado esperado.

Assim, pensar em processo de trabalho implica necessariamente em tentar articular os seus elementos: agentes, objeto, instrumentos, atividades e finalidade. Estes elementos estão interligados de forma quase que indissociável.

Todo processo de trabalho tem um **agente**, ou seja, um sujeito ou equipe que executa as ações, mediante instrumentos necessários para a transformação do objeto.

No grupo dos informantes-chave, as falas convergem para um trabalho em equipe, sendo que os entrevistados 1 e 2 desenvolvem as suas ações com outros farmacêuticos e auxiliares, e os entrevistados 3 e 4 trabalham em equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

[...] uma equipe, [...] no caso temos um farmacêutico no CAF [...] mais uma farmacêutica no Programa de Asma, na dispensação de medicamentos como o talidomida [...] lá no CSE e temos mais dois farmacêuticos além de mim que fica [...] na Secretaria de Saúde que fica dando todo esse suporte nas atividades (Entrevistado 1).

[...] o trabalho do NASF em si precisa ser em equipe, né? [...] que trabalha junto é uma equipe multiprofissional [...], lógico que nós temos o nosso trabalho individual, que cada um tem uma profissão, então a gente puxa um pouco pra aquela profissão, só que os trabalhos em equipes são bem constantes [...] (Entrevistado 3).

[...] normalmente eu trabalho muito com a nutricionista em grupos de obesidade, com o educador físico nos grupos de idoso, hipertensos e diabéticos, são grupos onde eu sinto mais esta interação entre os profissionais [...]. Depende do caso, por exemplo, feira de saúde, vamos ser todos junto, em atividades normais geralmente a gente vai pra cada unidade [...] (Entrevistado 4).

As falas revelam como os diferentes agentes articulam entre si, em função da atividade desenvolvida. Na primeira, a relação entre agentes de mesma categoria profissional para execução das atividades de gestão e nas outras, a articulação entre agentes de diferentes categorias profissionais para execução das atividades de apoio realizadas pelo NASF.

Apesar das falas apontarem para um trabalho em equipe, presenciamos no decorrer da observação em campo que este não ocorre, nem entre os entrevistados com a mesma formação, nem entre os profissionais de formações distintas, pois as atividades são divididas e executadas, inclusive em locais de trabalho diferentes, sem haver uma integração de saberes voltado para uma finalidade única.

Neste sentido, comungamos com Peduzzi (2001) ao revelar que não basta os profissionais compartilharem a mesma situação de trabalho, nem estabelecerem relações pessoais cordiais para se alcançar a integração dos trabalhos especializados, até porque, para se configurar um processo de trabalho em equipe multiprofissional deve haver, concomitantemente, a preservação das diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e a articulação das intervenções realizadas por cada profissional, com a finalidade de valorizar o trabalho do outro, propiciando assim uma dimensão cuidadora dialógica e ética ao trabalho realizado.

Nas Unidades de Saúde da Família, pela própria conformação da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, doc.5) da qual fazem parte, médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários da saúde, o trabalho em equipe deve ser predominante. Contudo, observamos uma organização do trabalho pela lógica taylorista de divisão, onde cada agente se responsabiliza por uma parte de atividades sem a necessária comunicação entre eles. Por exemplo, as atividades desenvolvidas na farmácia são de responsabilidade dos técnicos de enfermagem que seguem uma escala mensal de atribuições, conforme os serviços oferecidos pela unidade e com a supervisão do profissional enfermeiro. Este, além das atribuições assistenciais desempenha funções gerenciais, como podemos observar nas falas a seguir.

[...] a gente trabalha em equipe, cada uma sabe sua função, sempre dou uma ajuda a elas e elas me ajudam, não que elas façam meu papel como enfermeiro, cada um sabe sua atribuição [...] tem tudo muito bem definido. Por exemplo, a auxiliar administrativo e a serviços gerais sabem que elas não podem dispensar medicamentos [...] (Entrevistado 5).

[...] quem preenche o mapa é o enfermeiro, aqui na minha unidade no caso as técnicas de enfermagem contam as medicações, elas fazem a contagem, mas em relação a fazer pedidos e fechar o mapa quem faz é o enfermeiro [...] (Entrevistado 8).

Eu tenho a colaboração dos técnicos de enfermagem, na realidade, esse trabalho laboral, esse laboro diário é mais com eles e eu fico mais na supervisão e no balanço (Entrevistado 9).

Entretanto, observamos que a supervisão ou execução de atividades na farmácia pelo enfermeiro não é frequente, sendo delegada aos técnicos de enfermagem a maioria das atribuições. Neste sentido, as falas dos técnicos de enfermagem, convergem com as nossas observações e divergem dos enfermeiros, os quais não foram citados como agentes do processo de trabalho nas farmácias das USFs.

[...] eu e a colega, outra técnica. Em relação à dispensação as duas desenvolvem a atividade quando chega a receita, mas quanto ao mapa quem fecha sou eu porque é melhor uma só ficar responsável pra não dar erro. Agora assim, ela me ajuda na contagem da medicação e com a conferência quando chega a mercadoria. [...] Nunca tive problema com ninguém, a gente se trata profissionalmente mesmo, cada um tem sua função [...] (Entrevistado 11).

[...] todo mundo da parte da frente ajuda, a recepcionista, as técnicas e a auxiliar da dentista (Entrevistado 12).

Portanto, mesmo que exista uma divisão técnica de responsabilidades, não existem dinamicidade e comunicação adequada entre os membros, e não há formulação de um projeto comum para um trabalho em equipe. Assim, a equipe de saúde da família se configura em um mero agrupamento de profissionais, com diferenças técnicas e desigual valorização social dos trabalhos especializados (PEDUZZI, 2001).

Outros agentes também inseridos no trabalho do PSF e que foram acompanhados por nós na observação, são os estagiários de cursos de enfermagem, que ficam responsáveis pela dispensação de medicamentos, além de outras atividades. Fato este omitido por muitos sujeitos, mas relatado pelo entrevistado 8.

Só quem contribui são as enfermeiras e as técnicas, as minhas estagiárias, as *enfermeirandas* distribuem, mas elas pegam, passam pela gente pra gente ver se tá tudo ok pra depois liberar (Entrevistado 8).

Entretanto, esta fala é divergente da nossa observação, uma vez que as estagiárias desta USF dispensavam os medicamentos para os usuários sem a supervisão do enfermeiro.

Apenas conferiam as quantidades prescritas com a qual seria dispensada, não forneciam orientações sobre o uso dos medicamentos no momento da entrega ao usuário e ainda não registravam as saídas no livro de controle. Uma realidade observada em todas as USFs nas quais os estagiários realizavam atividades na farmácia, apontando para um processo mecânico, semelhante ao que era realizado pelos técnicos e divergindo das orientações gerais para a dispensação de medicamentos.

Um trecho de nossas observações ilustra a participação de qualquer dos trabalhadores da USF na dispensação de medicamentos.

A técnica da vacina, que também estava responsável pela farmácia, saiu da unidade e demorou a voltar. Então, a auxiliar de serviços gerais ficou ‘despachando’ [entrega do medicamento ao usuário, sem orientação] os medicamentos e, inclusive, insistiu comigo por duas vezes para que eu lhe ajudasse. Eu disse que não podia e observei a prática dela que, como eu imaginava, teve dificuldades em encontrar os medicamentos, não anotou no livro as saídas dos medicamentos, mesmo sabendo que deveria. Quando a técnica retornou à unidade, a auxiliar de serviços gerais perguntou onde anotava as saídas e como resposta ouviu que ‘deixasse pra lá’, pois anotava depois, ‘quando desse’. Neste momento, muitos usuários estavam aguardando para adquirir seus medicamentos. Observei ainda que a dispensação ocorreu muito depressa e sem qualquer orientação (Observação).

A partir destes dados, visualizamos uma prática desarticulada do cuidado em saúde, já que os medicamentos são entregues como se fossem qualquer “objeto” conhecido por todos, sem nenhuma orientação sobre a forma de uso, as precauções, possíveis interações e sem a avaliação da efetividade dos mesmos.

Em relação à participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na assistência farmacêutica, os entrevistados 6, 7 e 9, enfermeiros, revelam que as atividades que os ACS desempenham estão relacionadas às suas ações nos domicílios e à interação mais frequente com os usuários de medicamentos.

Quem faz este trabalho intensivo são os agentes comunitários. A gente tem a preocupação de ver questão de umidade, né do armazenamento. Já tentou assim... questão de armazenamento, questão de separação, assim como eles tem muita medicação, às vezes a gente tem diabético e hipertenso, um universo de medicamento e a gente sabe que corre o risco de somar, fazer aquilo tudo. Então, às vezes, o agente comunitário sai e olha isso, e separa com fitinhas, por caixinhas e aí orienta [...] (Entrevistado 6).

Costumam [os ACS] falar do uso de medicamentos pelos pacientes, também trazem receita pra gente fazer a transcrição, costumam vim pegar medicação de pacientes idosos, acamados. Eles têm um feedback muito grande em relação ao uso pelos pacientes. Eles vêm, cobram essa medicação, tá faltando ou só tem até amanhã e vem o final da semana, quando a receita vai vencer no caso de paciente acamado [...] (Entrevistado 7).

O agente comunitário é o elo mesmo que tá na área. Por exemplo, quando um funcionário dispensa uma medicação errada. Aí o paciente, na hora da visita do

agente comunitário, já fala pro agente comunitário e o agente comunitário já traz essa informação. Ou quando os pacientes já não vêm aqui mesmo, aí o agente comunitário já vem aqui e já fala, já traz essa informação relacionada ‘foi dado esse medicamento e na realidade precisava deste’, ‘dispensaram a quantidade errada’ ou ‘a validade’ [...] (Entrevistado 9).

As falas explicitadas revelam a possibilidade de contribuição do agente comunitário de saúde na promoção do uso racional de medicamentos, diante do vínculo existente com a comunidade. Para tanto, entendemos como necessário todo um conjunto de ações coordenadas por farmacêuticos que vise desenvolver e aperfeiçoar habilidades e competências para o trabalho com os usuários de medicamentos.

Neste sentido, o Ministério da Saúde lançou em 2002 e reeditou em 2006 um manual intitulado *O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos* (BRASIL, 2006f) que descreve uma série de atividades técnicas a serem realizadas pelos ACSs nos domicílios (Figura 2).

**FIGURA 2** Capa do Manual do Ministério da Saúde



Fonte: BRASIL (2006).

Conforme exposto no manual, com esta medida, o Ministério da Saúde apostou em uma maior integração dos ACSs com os farmacêuticos dos municípios, profissionais reconhecidos no próprio manual como referência para a resolução de problemas relacionados com medicamentos. Contudo, sabemos que a participação dos farmacêuticos concentra-se, na

maioria dos municípios brasileiros, nas atividades gerenciais, não havendo disponibilidade, de tempo e nem mesmo de quantitativo de profissionais, para execução ou supervisão das atividades realizadas pelos demais trabalhadores da equipe, inclusive os ACSs. Ressaltamos que as atividades destinadas aos ACSs para promoção do uso racional de medicamentos, conforme descrito no referido manual, são complexas e peculiares ao exercício profissional do farmacêutico. Ou seja, a nosso ver, a participação do farmacêutico diretamente nas atividades assistenciais no PSF deve anteceder a colaboração dos ACSs na promoção do uso racional de medicamentos.

De acordo com a nossa experiência em outro município baiano de aproximadamente 80.000 habitantes, os agentes comunitários traziam muitos problemas relacionados com medicamentos relatados pelos usuários e costumavam procurar o farmacêutico para que pudessem ajudá-los nas orientações necessárias ou acompanhá-los aos domicílios. Neste caso, trabalhávamos em uma farmácia municipal com um programa de atenção farmacêutica voltado para pessoas com hipertensão arterial e diabetes de difícil controle e fazíamos também muitas palestras nas USFs e capacitações para os ACSs. Isso, antes mesmo do NASF se efetivar como estratégia de apoio às equipes de saúde da família (ALENCAR et al., 2010a, 2010b).

Assim, é possível a participação dos ACSs no uso racional de medicamentos, mas para isso, o farmacêutico deve estar disponível para atender as demandas. Além disso, o farmacêutico deve possuir habilidades técnicas (farmácia clínica) e humanísticas (acolhimento, vínculo, resolubilidade e ética) capazes de produzir o cuidado em saúde.

Esta experiência só foi possível porque tínhamos farmacêuticos na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para os diversos serviços: atividades gerenciais na farmácia básica e Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), atividades assistenciais na farmácia básica e supervisão nas USFs, Farmácia Popular do Brasil, hospital municipal, CAPS, laboratório de análises clínicas, dentre outros serviços. Assim, não havia a sobrecarga de trabalho que normalmente “exige” que o trabalhador assumira todas essas atribuições no município sem ter condições para tal.

Além disso, os serviços possuíam indicadores favoráveis que, inclusive, eram apresentados aos gestores. A visibilidade desses resultados é necessária já que, muitas vezes, os gestores não compreendem a amplitude, a complexidade e as potencialidades da assistência farmacêutica no cuidado em saúde.

A relação entre os agentes do processo de trabalho também precisa ser analisado na medida em que interfere na operacionalização do trabalho em saúde. Neste sentido, apenas o entrevistado 8, trabalhador de saúde, refere a alguns problemas.

[...] Têm uns problemas, dificuldades interpessoais, toda equipe tem. Sempre há alguns atritos, mas nada que não se resolva [...] (Entrevistado 8).

De forma divergente, os entrevistados 7 e 11 consideram os relacionamentos bons ou muito bons.

A minha equipe é fantástica, eu não tenho esse problema com essas questões de deixar, de ficar cobrando pra olhar prazo de validade de medicação nem temperatura de vacina porque elas são muito responsáveis e fazem tudo com cuidado e amor, é claro que tem que ter uma supervisão [...] eu tenho um bom relacionamento graças a Deus porque aqui é minha segunda casa, eu passo muito mais tempo aqui do que na minha própria casa [...] (Entrevistado 7).

[...] nunca tive problema com ninguém, a gente se trata profissionalmente mesmo. Cada um tem sua função [...] (Entrevistado 11).

Compreendemos que o bom relacionamento entre os agentes do processo de trabalho é desejável, visto que o mesmo pode implicar favoravelmente para uma melhor assistência ao usuário, ou seja, implicar naquilo que deve ser o objeto e a finalidade do processo de trabalho em saúde.

Reiterando a nossa análise sobre os agentes do processo de trabalho, discutiremos algumas dificuldades relacionadas à execução das atividades de assistência farmacêutica e a responsabilização legal pelas mesmas.

A observação e as entrevistas revelaram que os enfermeiros e técnicos de enfermagem, desempenham as funções relacionadas à farmácia no PSF. Fato coerente à Portaria 2.488/2011 (BRASIL, 2011a) que delega, a nosso ver, de forma imprudente, a qualquer membro da equipe, exceto para os ACSs e auxiliares em saúde bucal, a atribuição de “participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS”. Além disso, a portaria, no item sobre as atribuições dos membros da equipe de atenção básica, não explicita o termo “dispensação de medicamentos”, mesmo reconhecendo esta prática nas unidades de saúde, em outras partes do documento.

Este fato caracteriza desvio de função, já que a dispensação de medicamentos é atribuição privativa de farmacêutico, de acordo com o Decreto nº 85.878/1981 (BRASIL, 1981) que estabelece normas para execução de Lei nº 3.820/1960, sobre o exercício da profissão farmacêutica (BRASIL, 1960).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) comunga com o referido Decreto ao definir a dispensação como

[...] **ato profissional farmacêutico** de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (BRASIL, 1998a, p. 26, doc. 3).

Além da dispensação de medicamentos, outros dispositivos legais explicitam sobre o amplo conjunto de atividades que podem ser realizadas nas farmácias. Assim, a RDC nº 44/2009 dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas, além da prestação de serviços farmacêuticos como administração de medicamentos, aferição de pressão arterial, glicemia capilar e temperatura corpórea, colocação de brinco e atenção farmacêutica (BRASIL, 2009c).

Em relação à dispensação de medicamentos, estabelece no artigo 44 que

O farmacêutico deverá avaliar as receitas observando os seguintes itens: I - legibilidade e ausência de rasuras e emendas; II - identificação do usuário; III - identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade; IV - modo de usar ou posologia; V - duração do tratamento; VI - local e data da emissão; e VII - assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional.

Parágrafo único. O prescritor deve ser contatado para esclarecer eventuais problemas ou dúvidas detectadas no momento da avaliação da receita (BRASIL, 2009c, p. 5).

Essas determinações da RDC 44/2009, já estão preconizadas em normas sanitárias mais primárias, como a Lei nº 5.991/1973, em vigor. Esta estabelece as regras sobre o aviamento de receitas e determina que o farmacêutico esteja disponível nas farmácias durante todo o horário de funcionamento.

Além disso, o artigo 41 rege que “quando a dosagem do medicamento prescrito ultrapassar os limites farmacológicos ou a prescrição apresentar incompatibilidades, o farmacêutico deve solicitar confirmação expressa ao profissional que a prescreveu” (BRASIL, 1973) e resolver aquela situação que poderá trazer danos aos usuários.

Outro descompasso entre a teoria e a prática, refere-se ao controle de estoque, armazenamento, dispensação e prestação de contas à Vigilância Sanitária da movimentação do estoque dos medicamentos psicotrópicos e entorpecentes. Estas atribuições também são exclusivas de farmacêuticos, de acordo com a Portaria 344/1998 (BRASIL, 1998b).

Esta determinação sanitária, juntamente com as Boas Práticas Farmacêuticas (BRASIL, 2009c), orientam que o somente devem realizar dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial, o estabelecimento que dispõe de sistema segregado (armário

resistente ou sala própria) com chave para o seu armazenamento, sob a guarda do farmacêutico. Assim, a nosso ver, a dispensação de medicamentos psicotrópicos e entorpecentes não deveria ser realizada nas USFs, visto que as mesmas não atendem a estes requisitos. Além disso, não propicia ao usuário os benefícios oriundos do trabalho do farmacêutico.

Coadunando com as nossas observações e análise sobre a dispensação de medicamentos nas USF, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo divulgou o Parecer Coren-SP nº 10/2012, aprovado na 801ª Reunião Ordinária Plenária, concluindo que não cabe a qualquer profissional de enfermagem realizar a dispensação de medicamentos na farmácia, ação esta privativa do farmacêutico na forma da Lei e normatizações vigentes (Coren-SP, 2012).

No parecer, o Coren-SP, de forma clara e objetiva, cita as normas técnicas e legais e ressalta que seus profissionais obedecem às normas e princípios de condutas descritos na Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. Esta prevê o direito a recusa do exercício de atividades que não seja de sua competência técnica, científica, ética e legal, bem como veda a execução de serviços que por sua natureza compete a outro profissional. Ainda afirma que o técnico ou auxiliar de enfermagem somente poderá desenvolver as suas ações sob orientação e supervisão de enfermeiros (Coren-SP, 2012).

Diante deste posicionamento do Coren-SP, têm-se a possibilidade de que diferentes associações e organizações de classe se articulem no sentido de participar da elaboração e implementação das políticas e programas de saúde, bem como auxiliar na resolução de inconsistências presentes nos mesmos.

Esclarecemos ainda que a Política Nacional de Medicamentos delega aos gestores federal, estadual e municipal o dever de assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, a partir de treinamento dos trabalhadores e da aplicação das normas pertinentes (BRASIL, 1998a, doc.3).

Nossa análise ganha sustentação nas falas dos informantes-chave ao relatarem que não realizam todas as ações que lhes são atribuídas devido ao número insuficiente de farmacêuticos no município.

[...] o município a gente carece de farmacêuticos, certo? E além de carência de farmacêuticos, a gente também carece de farmacêuticos qualificados, então o município tem quase 600000 habitantes, vamos ter o quê? Quatro farmacêuticos [além do coordenador]. É muito pouco. Então assim, a gente tem que garantir o básico, [...] são mais de 110 unidades. A gente não distribui só quando é unidade de saúde da família, pra unidade de saúde da família, unidade básica, CAPS, policlínica, clínica conveniada, então na verdade a assistência farmacêutica da gente

não é uma assistência básica, a gente trabalha já com medicamento de alto custo, fora quase 300 pacientes que recebem medicamentos via justiça e aí gente dispensa, a assistência farmacêutica dispensa medicamentos pra o paciente [...] (Entrevistado 1).

[...] a gente chega, conversa, vê como é que é pra ser o controle, mas cada um quer fazer à sua maneira. Infelizmente é muita coisa pra pouco farmacêutico, tá entendendo? É um município grande [...] mais 600 mil habitantes, então pra 5 farmacêuticos fica complicado. Então a gente tenta ao máximo fazer, passar as orientações. Só que a gente não tem como todo dia tá nas unidades de saúde, porque se a gente for pra unidade de saúde o sistema aqui pára (Entrevistado 2).

[...] seria impossível eu ... eu dar conta das 11 farmácias ao mesmo tempo [...] (Entrevistado 4).

Assim, o reduzido quantitativo de agentes, traz uma limitação ao processo de trabalho que reflete na prestação dos serviços no município. Para garantir que as ações se desenvolvam com mais efetividade pensamos ser necessário que os gestores, trabalhadores e usuários discutam coletivamente o Plano Municipal de Saúde (doc.1), diante das dificuldades e limites encontrados.

A nosso ver, o escasso quantitativo de farmacêuticos para atender o município é algo lamentável e que, de fato, nos faz refletir sobre quais são os reais interesses dos gestores de saúde, bem como revela que o município situa-se na contramão do cenário estadual e, até mesmo, nacional, nos quais a contratação de farmacêuticos para executar as ações de assistência farmacêutica tem sido uma prioridade crescente.

De forma diferente dos demais informantes-chave, o entrevistado 3, citou as limitações relacionadas à autonomia da própria profissão como aspectos que interferem no seu processo de trabalho.

[...] As limitações que que [risos] seria seria da profissão farmacêutico mesmo, mas isso é muito dos conselhos federais, né só isso, mas dia a dia [...] Poder ver o exame com tudo preconizado realmente, o bioquímico poderia, ou farmacêutico, de certa forma fazer alguma alteração em alguma posologia, alguma coisa se tivesse essa capacidade. Capacidade tem na verdade, se tivesse essa...ah o nome agora eu esqueci, que é a pessoa poder fazer sem poder tá tá pedindo ou tendo que fazer metade aqui e passar pra o profissional médico, por exemplo[...]. Às vezes, a gente sabe que tá tomando na hora errada né? Sabe que até a própria indicação de tomar pelo próprio médico em tal horário, tá tomando errado, mas a gente não pode chegar e falar assim 'troque e tome esse horário' porque a gente vai tá atravessando a responsabilidade dele e realmente eu não tenho autonomia pra isso, a gente não tem uma lei que diga que a gente possa fazer e tá coberto [...] (Entrevistado 3).

Entendemos a limitação apresentada pelo entrevistado, como uma compreensão equivocada que reflete em uma prática não resolutiva e que pode isentar os usuários dos benefícios dos cuidados farmacêuticos, diante da não realização de ações que são de sua responsabilidade profissional. Este relato é preocupante, principalmente por se tratar da fala

de um profissional do NASF, estratégia do Ministério da Saúde que tem como fundamento o trabalho em equipe, a ação interdisciplinar e intersetorial, a educação permanente dos profissionais, a promoção da saúde, entre outras (BRASIL, 2009d).

Destacamos o artigo 11 da Resolução nº 417/2004, que aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Este prevê que o farmacêutico deve exercer a assistência farmacêutica e fornecer informações ao usuário dos serviços. No artigo 16, da mesma resolução, entre os direitos do farmacêutico, está o de interagir com o profissional prescritor, quando necessário, para garantir a segurança e a eficácia da terapêutica farmacológica, com fundamento no uso racional de medicamentos (CFF, 2004). Dessa forma, quando existir um erro ou alguma situação que possa colocar em risco a saúde dos usuários, os farmacêuticos devem informar aos mesmos e também aos prescritores de forma que se busque um consenso fundamentado em evidências científicas, capaz de preservar a vida e a saúde dos sujeitos.

O trabalho do farmacêutico também tem sido regulamentado por outros dispositivos legais que precisam ser compreendidos e praticados como a Resolução nº 357/2001 (CFF, 2001) que dispõe sobre as Boas Práticas em Farmácia; a Resolução nº 499/2008 (CFF, 2008), que dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos em farmácias; a Resolução nº 505/2009 (CFF, 2009) que altera a Resolução CFF nº 499/2008; a Lei nº 9.787/1999, Lei dos Medicamentos Genéricos (BRASIL, 1999), entre outros já discutidos até aqui.

De forma diferente, apenas o entrevistado 2 destacou limitações em seu processo de trabalho como a “burocracia” e os baixos salários.

[...] Quando a gente constata que a unidade de saúde tá sem pelo menos um local pra acondicionar os controlados, entramos em contato, solicitamos através de CI, que seja comprado. Só que é complicado, setor público... se a gente pudesse fazer tudo que a gente quisesse fazer seria maravilha, mas às vezes, a burocracia emperra as nossas necessidade em relação ao controle maior dos medicamentos (Entrevistado 2).

Para o entrevistado 2, a “burocracia” limita a organização dos serviços, implicando em dificuldades para o cumprimento de normas sanitárias, como a Portaria 344/1998 (BRASIL, 1998b), que exige que os medicamentos psicotrópicos sejam guardados em armários resistentes e com chaves, sendo o farmacêutico, o profissional responsável pelos mesmos. Nesta perspectiva, Santos (2010) em seu estudo sobre o processo de trabalho, aponta o processo de compras dos materiais para os serviços de saúde como uma dificuldade para a efetivação das ações de cuidado aos usuários.

Além disso, os baixos salários desestimulam os trabalhadores, conforme a fala a seguir.

[...] A remuneração pra gente, esse salário está aquém [...] na realidade é uma questão de estímulo, mas você tem que fazer independente porque a gente lida com a saúde pública, das pessoas, a gente é farmacêutico, a gente gosta da profissão, gosta de tá, controlando, de tá vendo a melhora, o avanço, mas é muito complicado, muito complicado (Entrevistado 2).

Os salários representam parcelas significativas das condições de trabalho e, ao mesmo tempo, certamente, constituem parte dos objetivos dos agentes nos processos de trabalho (FARIAS, 2012). Dessa forma, os salários devem possibilitar a satisfação das necessidades próprias e da família do trabalhador, implicando diretamente no estímulo e desempenho do mesmo na assistência prestada para a população.

Além da baixa remuneração, outros trabalhadores expuseram os vínculos precarizados e a alta rotatividade dos mesmos como dificuldades do processo de trabalho.

[...] por serem de cooperativas ele mudam muito, a rotatividade é grande de profissionais [...] (Entrevistado 4).

[...] você ter que todo dia trabalhar com pessoas novas, essa questão da instabilidade é é muito doloroso, você trabalha hoje aqui e amanhã não sabe se trabalha por conta de questões políticas [...] (Entrevistado 7).

[...] a gente tem uma rotatividade gigantesca de profissionais (Entrevistado 13).

Como vemos, os trabalhadores do SUS ainda estão expostos a situações de precarização dos vínculos empregatícios, resultando em alta rotatividade e prejuízos quanto à continuidade das atividades. Todos os trabalhadores do PSF, entrevistados ou não, são cooperativados.

Estudos como o *Monitoramento da Implementação e Funcionamentos das Equipes de Saúde da Família*, realizado em 2001/2002 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, identificaram que cerca de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos no PSF apresentavam vínculos precários de trabalho (BRASIL, 2004b),

Além da precarização e dos salários baixos, existem atrasos frequentes na data de pagamento dos trabalhadores. Observamos a aflição de muitos trabalhadores, principalmente os que possuíam apenas um vínculo com a SMS, e que, sem outra fonte de renda, recorriam a empréstimos e/ou acumulavam contas e juros a pagar. Presenciamos por duas vezes, em meses subsequentes, os médicos encerrarem os atendimentos até o recebimento dos salários. Entretanto, os demais profissionais não se organizavam a tal ponto e aceitavam a situação de desrespeito à Consolidação das Leis do Trabalho-CLT (BRASIL, 1943).

Durante o período eleitoral observamos que acentuou ainda mais a rotatividade dos membros das equipes do PSF. Em duas USFs a comunidade realizou abaixo-assinado para que as recepcionistas fossem readmitidas, apenas um destes teve sucesso.

A alta rotatividade, além da sobrecarga de trabalho dos técnicos de enfermagem é percebida também pelos usuários dos serviços, conforme a fala a seguir.

A mesma que me despacha pega a pressão, às vezes atende gente também, é a mesma pessoa. Às vezes, chega tá atendendo duas, três na pressão, a gente tem que esperar atender pra sair, agora mesmo só tem duas parece. Saiu 'Fulana', saiu 'Ciclana', se eu não me engano saiu outra, mas agora eu esqueci o nome dela, só tem duas somente [...] elas não faz só uma atividade, uma coisa que eu acho que né certo, mas são poucas funcionárias. [...] desde que tô aqui, há 10 anos, isso é um sufoco, mas a verdade é essa (Entrevistado 20).

Esta realidade implica, dentre outras coisas, na desvalorização não somente do agente, mas de todo o processo de trabalho em saúde no PSF. Assim, após identificarmos os agentes do processo de trabalho e algumas dificuldades inerentes às atividades de assistência farmacêutica, passemos agora à análise do **objeto de trabalho** desses agentes.

Todo processo de trabalho se realiza em algum objeto que pode ser o indivíduo, a família, a comunidade, os valores, os comportamentos, os hábitos individuais e coletivos, além dos determinantes e condicionantes de saúde (FARIA et al., 2012). Contudo, ele precisa ser percebido e identificado pelo trabalhador de saúde no trabalho em ato e, dessa forma, pode assumir diferentes identificações.

No grupo dos informantes-chave, encontramos diferentes objetos, conforme as ações que os mesmos desenvolvem.

[...] existe toda uma questão de você planejar e executar as atividades [...] garantir realmente o que é necessário para a terapêutica do paciente e ponto [...] o insumo básico, o que seria um dos principais insumos [...] (Entrevistado 1).

É uma coisa bem participativa na questão NASF e assistência farmacêutica, específico com a população, paciente. [...] Bem, hoje pra população e pra equipe né? Pra orientar e capacitar [...] são 13 equipes pra trabalhar com 12 unidades hoje (Entrevistado 3).

O entrevistado 1 deixa claro que as ações contidas no seu processo de trabalho têm como objeto o medicamento, no intuito de garanti-lo para que esteja disponível para a “terapêutica do paciente”. Apesar de apontar esta necessidade do paciente, as suas ações têm como foco principal o gerenciamento, aquisição e distribuição de medicamentos.

Desta forma, pensamos ser equívoco considerar o medicamento como objeto do processo de trabalho, visto que se trata de uma das tecnologias utilizadas no cuidado em saúde. Isso inclusive dificulta a ruptura da concepção de que a função do farmacêutico é

abastecer de medicamentos o sistema de saúde. Ocorre, portanto, um negligenciando da potencialidade clínica do farmacêutico, a qual pode promover benefícios para usuários, trabalhadores de saúde e serviços.

Para o entrevistado 3, contudo, “o paciente” ou a “equipe de saúde” constituem-se os objetos de trabalho. A fala converge com as nossas observações, pois os usuários e a ESF são evidenciados como objeto de trabalho dos profissionais do NASF, conforme Livro de registros de atividades do NASF (doc.6).

Já no grupo dos trabalhadores, as falas identificam mais claramente a doença como objeto de trabalho.

[...] a gente pode sanar ou pelo menos controlar **a patologias** dos pacientes (Entrevistado 5).

[...] a gente orienta o paciente esclarecendo que se [...] não tomar [os medicamentos] pode ocasionar um problema maior [...] e vai orientando de acordo com **o problema** dele (Entrevistado 11).

Eu prescrevo o que eu acho necessário **pro paciente** [...] **para resolver a vida dele** [...] (Entrevistado 15).

Tais falas apontam para a predominância de uma assistência focada na medicalização e que não considera os determinantes sociais da saúde, já consensuados pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (BRASIL, 2006g). O PSF enquanto um modelo de atenção pensado para a promoção da saúde foi criado como alternativa ao modelo biologizante, devendo ter como objeto o usuário dos serviços, considerando as suas subjetividades, a sua família e o meio social onde vive e se relaciona com os outros sujeitos.

Contudo, a fala a seguir é diferente das falas dos entrevistados 5, 11 e 15:

[...] Eu procuro fazer com que a pessoa tenha consciência do que tá acontecendo com ela assim e quais as maneiras de evitar que aquilo aconteça novamente [...]. Eu acho que a minha inserção aqui é diferenciada e, na verdade, às vezes a população ela não tem ainda esse olhar. Elas acham que tem que vim pro médico e o médico sempre vai passar remédio e que o remédio vai fazer curar daquilo e alguns ficam até chateados quando eu não prescrevo as coisas, entendeu? (Entrevistado 13).

O entrevistado 13 revela que as suas práticas de saúde tem como foco o “paciente” e as suas necessidades, porém, nos fala que a própria população se queixa quando a consulta não gera uma prescrição médica, reforçando assim que o modelo médico-hegemônico baseado em procedimentos e atos prescritivos ainda é predominante. Isso demonstra que a própria população não compreende os objetivos do PSF e para que este se conforme como

estratégia de reorientação do modelo assistencial o entendimento do mesmo pelos usuários é imprescindível.

Dessa forma, comungamos Merhy (2006, p.16) ao comentar que a organização do SUS carece de um modelo de atenção à saúde comprometido com a produção do cuidado “individual, coletivo, social, dos meios, das coisas e dos lugares, no processo de construir saúde”, que seja pautado nas necessidades da população e com potencial para romper com as práticas hegemônicas no setor saúde.

Assim, o objeto de trabalho tem relação direta com o modelo de atenção à saúde. Nesta perspectiva os profissionais de saúde devem compreender a complexidade do seu objeto de trabalho, pois o mesmo não se restringe ao biológico, perpassa pela subjetividade, pelos valores, cultura, hábitos e experiências de vida que implicam na necessidade de um olhar holístico para que a produção do cuidado seja condizente com a realidade de cada usuário. Para tanto, para atender a necessidade do mesmo ainda é preciso considerar os **instrumentos** utilizados durante o processo de trabalho na assistência farmacêutica.

Todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de instrumentos ou meios específicos para cada condição particular. Os instrumentos e condições de trabalho se combinam na sua realização, por meio da atividade produtiva (FARIA et al., 2012), levando-se em consideração os meios destacados a seguir:

- As ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e ambiente que permitem que o trabalho se realize;
- Os conhecimentos sistematizados ou não e as habilidades utilizadas no processo de trabalho;
- As próprias estruturas sociais, que são determinantes para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho.

Para este estudo utilizamos a terminologia definida por Mehry (1997, 2002) para classificar os meios ou instrumentos em tecnologias duras, leve-duras e leves.

Nesta perspectiva, os informantes-chave utilizam em seu processo de trabalho várias tecnologias, conforme as falas a seguir.

[...] a nossa central [Central de Abastecimento Farmacêutica] é toda informatizada, [...] computador, impressora, *scanner* [...] (Entrevistado 1).

[...] para armazenar os medicamentos temos *pallets* aqui na unidade no CAF [...] (Entrevistado 2).

Desse modo, os entrevistados 1 e 2 utilizam as tecnologias duras em seu processo de trabalho relacionado com a gestão da assistência farmacêutica, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.

As tecnologias leve-duras são utilizadas pelos entrevistados 2 e 3, conforme as falas a seguir.

[...] através do SIGAF [sistema de gerenciamento], que é um programa do Município pro Estado, nós solicitamos os quantitativos relacionados [...] o controle que a gente tem das unidades na realidade são as planilhas que nós confeccionamos e mandamos pra unidade e aí [...] a gente vai tá vendo o estoque deles e de acordo como nosso sistema, [...] que a própria *softdata* foi que fez, a gente vai ver qual é a necessidade dele real [...] (Entrevistado 2).

[...] o único instrumento que pode ter são os panfletos né? Panfletos que a gente pode distribuir de acordo com a palestra. [...] Palestras, também seria o notebook, uma pequena aula né de orientação pra gente passar o conteúdo pra os agentes comunitários, técnicos de enfermagem e enfermeiros (Entrevistado 3).

Nestas falas, o sistema de aquisição dos medicamentos pactuados com o Estado, Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica da Bahia (Sigaf) e o sistema de distribuição de medicamentos para as unidades, além dos panfletos e palestras constituem-se nas tecnologias leve-duras utilizadas.

De acordo com a nossa análise e observação, os informantes-chave também utilizam as tecnologias leves, ainda que em menor frequência em relação às leve-duras e duras, como denotam as falas seguintes.

Não existe Manual de Boas Práticas de Armazenamento, por enquanto não. Por enquanto não, a única coisa que acontece é o farmacêutico **tem que ter uma conversa, tá orientando, tá direcionando, coordenando, só isso** (Entrevistado 2).

[...] surge sim [usuários com problemas relacionados a medicamentos] e aí eu vou me aproximar mais desta pessoa no final da palestra, vou perguntar o que realmente ele usa, porque e quanto tempo e aí dependendo eu informo. Por exemplo, eles relatam muito efeitos colaterais e aí se não for eu peço pra retornar ao médico [...] que prescreveu, [...] **é sempre assim, eu dou as orientações, pergunto o que tá tomando, de acordo com a orientação da prescrição, se não tiver eu digo pra voltar ao médico** (Entrevistado 4).

Assim, o entrevistado 2 demonstra interação com os demais trabalhadores da CAF ao revelar que os orienta. Além disso, revela a ausência do *Manual de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição de Medicamentos*, instrumento essencial para a CAF.

O acolhimento é utilizado pelo entrevistado 4 quando escuta, orienta e encaminha para o médico os usuários que apresentam algum problema relacionado a medicamentos. Contudo, chama atenção o fato deste entrevistado não ser resolutivo, pois em muitos casos o farmacêutico tem autonomia e o dever de intervir caso perceba alguma incoerência no uso de

medicamentos e somente quando não puder solucionar, busca o apoio dos demais trabalhadores de saúde, entre eles o médico. Quando possível, entendemos que a melhor alternativa é resolver o problema do usuário, a partir da articulação dos saberes dos membros das equipes multiprofissionais do PSF e do NASF.

Considerando a necessária articulação do acolhimento com a resolubilidade nos serviços de saúde, os princípios do acolhimento foram delineados por Franco, Bueno e Merhy (1999):

1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população; 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p.347).

Dessa forma, o simples encaminhamento para outros profissionais, como observamos nas USFs, sem haver um projeto terapêutico que induza a corresponsabilização pelo cuidado em saúde, sem novos encontros entre usuário e trabalhador para rediscutir o caso juntos, não é suficiente para a criação de uma relação de vínculo entre os sujeitos.

No grupo dos trabalhadores do PSF as falas perpassam pela diversidade de tecnologias.

[...] A gente tem um mapa que é uma planilha que vem separado por programas, a gente usa para o pedido de medicamento [...] (Entrevistado 5).

Só o carimbo, as medicações e uma caneta (Entrevistado 7).

E uma tesoura ‘para’ medicações que vem com 30 comprimidos. Tem medicações que vem 20 comprimidos, aí a gente corta no meio e dá ao paciente. [...] Em cima tem o lote e validade, a gente deixa o lote e validade pra dentro da casa [refere à parte da cartela que fica na farmácia da USF] e deixa a outra parte pra o paciente pra ele ir tomando aquele primeiro [parte da cartela sem o número de lote e validade] (Entrevistado 12).

[...] Se você puder notar, pela própria especialidade que eu tenho eu trago bastante coisa [amostras-grátis]. Estou sempre atenta à validade [...] (Entrevistado 14).

Entre as tecnologias duras e leve-duras referidas pelos sujeitos e observadas por nós nas USFs, foram a tesoura, planilha de pedido quinzenal de medicamentos (mapa), carimbo, caneta, lápis, calculadora, armários, prateleiras, medicamentos, amostras-grátis, receitas brancas e azuis, caixa arquivo, livros de anotações das saídas de medicamentos, livro de registros de insulina dentre outros.

Estes instrumentos possibilitam a realização do trabalho no PSF, entretanto o uso da tesoura no fracionamento de medicamentos que acontece nas USFs é inadequado ao preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, a partir da RDC nº 80/2006 que estabelece as regras para o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias, sob a responsabilidade do farmacêutico (BRASIL, 2006h). Ao fracionar os medicamentos incorretamente, como observamos, os usuários das USFs estão expostos aos riscos relacionados ao uso dos mesmos sem identificação de nome, lote e validade.

Outro aspecto que consideramos incoerente é a presença de amostras-grátis nas unidades de saúde que podem, dentre outros aspectos, dificultar a adesão dos prescritores à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) e, conseqüentemente, onerar os usuários com o uso de medicamentos não disponibilizados pelo SUS e não essenciais para o sistema de saúde.

Neste sentido, somente são considerados essenciais pela OMS (1985) os medicamentos que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população, selecionados de acordo com sua pertinência para a saúde pública, que possuam evidências científicas, segurança e sua eficácia comparada aos custos. Além disso, devem estar disponíveis nos sistemas de saúde, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia da qualidade e informação adequada, ao preço que os usuários dos serviços e a comunidade possam pagar.

Tais tecnologias utilizadas pelos trabalhadores de saúde na prestação da assistência farmacêutica no PSF, na nossa compreensão, tem proporcionado um trabalho mecânico, constatado por nós nas farmácias das USFs estudadas, e reforçado pelos usuários, conforme as falas a seguir.

Ela 'óia', pega o remédio, carimba atrás que pegou o remédio e me dá o remédio. 'Nota' no livro, tudo direitinho e atende bem também na hora de entregar o remédio. [...] **Não, conversa mais não.** Se a receita tiver carimbada atrás, ela não dá remédio a ninguém, ela manda marcar pra passar pela médica de novo (Entrevistado 23).

Quando eu chego com a receita, se tiver elas dá, se não tiver não dá. **Elas só entrega mesmo**, às vezes ela fala se tem aqui, se não tem, às vezes eu pergunto por que as letra dos médico e muito difícil, aí eu pergunto, o que é isso mesmo? (Entrevistado 25).

Essa realidade percebida por nós, é caracterizada por um trabalho mecânico e não reflexivo, baseado na verificação da receita e entrega do medicamento, seguido do ato de carimbar a receita. Observamos até mesmo alguns usuários de pé por alguns instantes, sem saber se o atendimento já havia acabado, pois, além de não haver comunicação, os

medicamentos são colocados sobre a mesa ou entregues nas mãos dos mesmos sem embalagem (exceto em uma das USFs) e não há, na maioria das vezes, qualquer tipo de orientação. Entretanto, encontramos uma fala divergente entre os usuários, ao revelar que há orientação no momento da entrega de medicamentos.

Eu dou a receita pra ela, ela vai e olha o remédio, fica uma pra ela e uma pro paciente, que sou eu. Vai, olha o remédio, me explica, me entrega o remédio, me entrega a outra receita e me explica como usar, como tomar, só (Entrevistado 22).

Outrossim, ressaltamos que a orientação sobre a utilização do medicamento acontece quando o usuário pergunta ao trabalhador de saúde, “como é esse?”

Eu entrego a receita, ela me dá o remédio e eu vou pra casa. [...] É porque às vezes eu não entendo muito e eu pergunto a ela ‘como é que é esse?’, aí ela me explica (Entrevistado 26).

A ausência das tecnologias leves também foram destacadas pelo entrevistado 8, trabalhador de saúde, como a escuta, a orientação e o encaminhamento para outros serviços de saúde do município.

[...] se faltou medicamento, a questão do diálogo ‘olha essa medicação não tem, mas venha de hoje a oito que vai chegar medicação, na quinta-feira chega, a senhora vem na sexta-feira [...]’ falta mais ou menos isso, saber conversar, dialogar com a população, se não tiver aqui encaminhar pra outra unidade [...] (Entrevistado 8).

Observamos muitas situações convergentes à fala do entrevistado 8 sobre os atendimentos da farmácia, nos quais ouvíamos dos trabalhadores apenas respostas mecânicas como “não tem não”, “chegou ainda não” ou “esse é de comprar”.

Na maioria dos atendimentos, não havia encaminhamento para o *Programa Farmácia Popular do Brasil* ou outras unidades de saúde quando faltavam medicamentos para atender a demanda dos usuários. Isso aconteceu até mesmo na única USF na qual havia fixado na parede, o cartaz do programa, além do endereço do estabelecimento mais próximo dali.

De forma diferente, o entrevistado 12 revela outra postura no atendimento ao usuário.

[...] Tem medicamento que tem na receita, mas na farmácia da unidade não tem, aí tem que comprar e a gente indica a ele onde comprar que é mais barato, aqui a gente sabe que tem a Farmácia Popular e a Pague Menos que tem medicamentos que se você se cadastrar você pega de graça [...] (Entrevistado 12).

Ainda observamos que mesmo quando havia o encaminhamento, conforme a fala do entrevistado 12, os trabalhadores não conheciam o elenco de medicamentos da rede própria e

conveniada do *Programa Farmácia Popular do Brasil* (PFPB), e tanto os usuários como os trabalhadores confundiam o programa do Ministério da Saúde com a rede privada de Farmácias do Trabalhador do Brasil. Esta situação de desconhecimento se repetiu várias vezes, até mesmo nas USFs que possuíam uma notícia no mural sobre a gratuidade de alguns medicamentos para hipertensão arterial, diabetes e asma do programa *Saúde não tem preço*.

Apesar da dificuldade na identificação correta do Programa, os trabalhadores de saúde encaminhavam os usuários para o *Farmácia Popular do Brasil*, sendo este, para o entrevistado 7 uma dificuldade para o seu processo de trabalho, já o entrevistado 13 apesar de referir a facilidade, também reforça a dificuldade.

E o que acaba dificultando também essa consulta de enfermagem [...] é justamente porque as Farmácias Populares não aceitam as nossas receitas. Mas o Ministério preconiza que nós podemos transcrever aquelas medicações, então **há um choque de informações**, o paciente fala: ‘a pessoa que me atendeu lá na farmácia disse que você pode perder seu carimbo se continuar fazendo isso’ e eu fico aqui sem saber como solucionar essa questão e então eu pego o manual do Ministério da Saúde e mostro pra ele que é preconizado, [...] não é uma falha minha, mas **infelizmente a gente não trabalha em conjunto e essas Farmácias Populares acabam dificultando o nosso trabalho** e fazem com que os pacientes fiquem desacreditados [...], **por conta disso que eles não nos procuram tanto e aí sobrecarregam a médica** [...]. Quando vai mudar sim, eu encaminho, se não tá surtindo efeito [...], mas se o paciente não tá tendo nenhum problema [...] eu não vejo o porquê do paciente não passar pela enfermeira mensalmente (Entrevistado 7).

[...] **esse programa Farmácia Popular é uma maravilha, mas é pouco difundido** [...], poderia jogar isso na televisão, [...] não sabem da farmácia central, muito menos das farmácias conveniadas. [...] aí eu fui lá, peguei esses cartazes colei, dei um cartaz pra cada agente e tem um na minha gaveta e eu mostro também [...]. **Infelizmente, nós temos proprietários de farmácia que usam de maneira errada a Farmácia Popular, [...] pior ainda, é uma que tem o nome parecido** com a Farmácia Popular, que as pessoas acham que é a Farmácia Popular, é pior ainda (Entrevistado 13).

Portanto, entendemos que o *Programa Farmácia Popular do Brasil*, até mesmo por ter sido implantado, tendo como meta a ampliação do acesso aos cidadãos assistidos pela rede privada (BRASIL, 2004c), não está, e provavelmente não será, articulado às características do PSF e nem às necessidades dos seus usuários. Isso pode explicar as dificuldades no processo de trabalho relatadas pelo entrevistado 7, resultante das diferentes formas de “ampliar o acesso” ao público e ao privado no referido programa. Além desse aspecto, as fraudes que têm ocorrido e que foram lembradas pelo entrevistado 13, contribuem para essa conturbada realidade.

Dessa forma, precisamos discutir concretamente o acesso aos medicamentos oferecidos por esse programa do governo que elegeu alguns itens para serem gratuitos e

outros não, sendo cobrados valores mais acessíveis, aos usuários que, muitas vezes não podem pagar, como revela o entrevistado 5.

O acarbose que não vem [para o PSF], muita gente reclama, me falaram que na Farmácia Popular só custa 1 real, mas não é todo mundo que pode comprar [...] (Entrevistado 5).

Nesta fala evidenciamos um desconhecimento do trabalhador de saúde, entrevistado 5, pois a acarbose não faz parte do elenco do *Programa Farmácia Popular do Brasil*, do *Saúde não tem preço* e nem do *Aqui tem Farmácia Popular*. Dessa forma, uma parceria com o Setor de Assistência Municipal, com o NASF ou com o PSF deve ser pensada no sentido de divulgar as regras e elenco de medicamentos dos programas na busca pela ampliação do número de usuários do mesmo, fazendo valer o investimento.

“A previsão orçamentária pra o *Programa Farmácia Popular do Brasil* em 2012 igualou-se ao valor previsto para o componente básico [da assistência farmacêutica], que era de quase R\$ 1,1 bilhão” (GUERRA JÚNIOR; ACÚRCIO, 2013, p.67). Por isso, pensamos que, já que foram investidos muitos recursos no Programa, este deve garantir além do acesso a medicamentos, serviços clínicos realizados pelos farmacêuticos como o acompanhamento farmacoterapêutico; aplicação de medicamentos injetáveis; determinação quantitativa do teor sanguíneo de glicose; verificação de pressão arterial e temperatura corporal; execução de procedimentos de inalação e nebulização; realização de curativos de pequeno porte; colocação de brincos; participação em campanhas de saúde; prestação de assistência farmacêutica domiciliar, conforme a RDC nº 44/2009 (BRASIL, 2009c). Além disso, para a evolução do *Programa Farmácia Popular do Brasil* as suas normas internas, os critérios de credenciamento das farmácias no sistema de copagamento e as formas precárias de contratação dos trabalhadores, devem ser avaliadas constantemente pelos usuários, gestores, trabalhadores e instituições sanitárias e profissionais.

Tal Programa parece contrariar os princípios e diretrizes delimitados na Lei nº 8.080/90 que, em seu artigo 7º, cita que as ações e serviços públicos de saúde devem obedecer aos princípios de igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e deve-se evitar duplicidade de meios para fins idênticos. Assim, compreendemos que a Farmácia Popular também apresenta caráter focalizado, seletivo e excludente que ainda caracteriza as práticas dos serviços de saúde e apesar de facilitar o acesso, esse Programa possibilita que o SUS seja, muitas vezes, utilizado como farmácia pública, sem necessariamente proporcionar assistência farmacêutica de qualidade (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

Ainda com todas essas adversidades e aspectos que indicam a necessidade de revisão do Programa, uma das estratégias do Ministério da Saúde, explicitada no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 para a promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais é a ampliação dos programas *Farmácia Popular do Brasil*, *Saúde não tem preço* e *Aqui tem farmácia popular* (BRASIL, 2011f).

Mesmo após esta discussão, externaremos algumas questões: Que assistência farmacêutica integral é esta, na qual faltam medicamentos nas USF e o Ministério da Saúde cobra dos usuários os medicamentos que deveriam ser adquiridos gratuitamente pelos mesmos? Por que favorecer os empresários do ramo de farmácias privadas com o ressarcimento mensal, mesmo após os vários escândalos denunciados pela mídia de corrupção no sistema de copagamento do *Aqui tem Farmácia Popular*, além dos altos preços pagos na aquisição dos medicamentos? Como se constituir em estratégia de aumento no acesso de medicamentos se para isso os usuários precisam pagar? Por que não investir estes recursos na estruturação dos serviços farmacêuticos nas Unidades de Saúde da Família? Que interesses estão de fato presentes nessa estratégia do governo?

Assim, retomando a discussão para o PSF, visualizamos de forma predominante nos atendimentos nas farmácias um desperdício de oportunidade de cuidar, atos voltados apenas para o procedimento da entrega do medicamento, visto que a dispensação deve ser o momento que o usuário precisa ser acolhido e as suas dúvidas esclarecidas sobre sua saúde e o uso de medicamentos, para que o mesmo possa aderir e alcançar os resultados esperados com a terapêutica proposta para ele. Deste modo, a dispensação representa a oportunidade de estabelecimentos de relações de vínculo e acolhimento na corresponsabilização pelo cuidado dos usuários dos serviços, sendo que estes poderão ser acompanhados constantemente pelo farmacêutico (ALENCAR, T. et al., 2011).

Em relação às tecnologias leve-duras os trabalhadores de saúde destacam a REMUME e algumas fontes de informações sobre medicamentos presentes em algumas unidades.

Geralmente eu já conheço [a REMUME] pelo tempo que eu tenho aqui eu já sei todas as medicações que tem aqui na farmácia, eu tinha a lista aqui, mas nem pesquisei mais porque eu já sei [...] (Entrevistado 15).

[...] eu tenho um DEF, que tá aqui na minha pasta, eu tenho os *Black Books* que a gente tem falando também sobre a parte toda de medicação, [...] Diretrizes [...] dos diabéticos eu tenho e eu tenho um que chegou aqui uma vez [...] Ah! Um Formulário Terapêutico [...] E tem algumas coisas também, tá vendo? (Entrevistado 16).

Apesar dos entrevistados afirmarem conhecer os medicamentos e de terem o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), *Black Books* e Formulário Terapêutico Nacional (FTN) a observação nos possibilitou visualizar que os mesmos não são frequentemente utilizados por todos os profissionais, ficando guardados nos armários dos consultórios médicos e de enfermagem.

Em relação à Remume referida pelo entrevistado 15, a mesma estava fixada na parede ao fundo de sua cadeira, podendo indicar a não utilização da mesma. Ficamos desconcertados durante a entrevista e não apontamos para a lista quando o entrevistado relatou não possuí-la. Observamos ainda que, geralmente a Remume é fixada em um dos armários da farmácia ou guardada em alguma pasta na farmácia ou no consultório de enfermagem. Os prescritores apenas sabem que ela existe, mas não possuem cópia da mesma no consultório.

Quanto à disponibilidade e uso da Remume nas USFs, o entrevistado 1 afirma que

[...] a REMUME foi enviada pras unidades. Não sei se as unidades têm, mas foram enviadas pra todas [...] (Entrevistado 1).

Em relação à disponibilização de Formulários Terapêuticos Nacionais (FTN), nas 12 USFs observadas na pesquisa, apenas duas tinham esse instrumento de informação sobre medicamentos. Em uma USF os trabalhadores usavam um Guia de Remédios e em outras os profissionais acessam a internet de seus *notebooks* ou celulares particulares, quando precisam, conforme as falas a seguir.

[...] Eu tenho meu *iphone*, se eu precisar eu entro, mas assim, hoje em dia eu já não preciso mais, mas eu já precisei. A não ser em casos excepcionais. Sempre aparece, nunca a ciência é exata, a gente sempre precisa de uma ajuda, ninguém é o dono da razão e nem tá 100% preparado pras adversidades [...] (Entrevistado 14).

[...] eu não tenho o DEF aqui. Quando eu preciso de alguma coisa eu vou na internet [*notebook* próprio com internet] e o material que eu adquiri no meu curso [atualização em farmacologia] eu trago pra cá. Mas aqui na unidade não tem um DEF, nem outro livro que eu possa consultar [...] (Entrevistado 17).

[...] nem precisa [de fontes de informação sobre medicamentos] porque são poucos medicamentos, são aqueles que você usa basicamente todos os dias, então não tem muita diferença na prescrição. O que mais muda mesmo é quando é criança porque depende do peso aí tem que fazer o cálculo quando é a dipirona, mas fora isso... (Entrevistado 18).

Assim, evidenciamos que as Equipes de Saúde da Família não dispõem de fontes de informações sobre medicamentos e nem computadores com acesso a internet que poderiam ser utilizados na busca de informações científicas sobre saúde-doença-tratamento. Os

medicamentos do elenco municipal são considerados muito simples e bastante conhecidos pelos prescritores e por isso raramente precisam fazer algum tipo de consulta.

O município estudado não possui formulário terapêutico próprio e os trabalhadores desconhecem a Rename, a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais do Estado da Bahia (Resme-BA) e Formulário Terapêutico Nacional, instrumentos guia para a assistência farmacêutica municipal.

A Rename deve ser referência para a elaboração das listas de medicamentos essenciais dos estados e municípios, constituindo-se um instrumento fundamental à orientação, à prescrição, à dispensação e ao abastecimento de medicamentos. A Rename tem sua relevância acentuada e tornam-se imprescindíveis ações de atualização, revisão e adaptação às reais necessidades de cada local. Além disso, as evidências científicas, o processo dinâmico da indústria farmacêutica com a introdução de novos fármacos, as ações de farmacovigilância, e as modificações do perfil epidemiológico da população, são justificativas para a necessidade de constante revisão (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

A Resme-BA coaduna com os objetivos da Rename, sendo um instrumento estruturante e racionalizador do processo de gestão da assistência farmacêutica. Foi elaborada com a participação de diversas instituições do SUS, oficinas de trabalho com especialistas da área de saúde e consultoria da OMS, sendo submetida à consulta pública (BAHIA, 2009). De acordo com a Política Estadual de Assistência Farmacêutica da Bahia promulgada pelo Decreto nº 11.935/2010 (BAHIA, 2010), a atualização da Resme deve ocorrer a cada 2 anos, sendo que a edição em vigor é do ano de 2009, portanto em breve, teremos mais um instrumento atualizado em prol do uso racional de medicamentos.

O Formulário Terapêutico Nacional contém as informações técnicas necessárias para o uso correto de medicamentos elencados na Rename, devendo ser publicado pelo Ministério da Saúde, a cada dois anos, juntamente com as atualizações da Rename e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), como previstos no Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 2011e).

Os PCDT têm como objetivo estabelecer os critérios de diagnóstico e tratamento de cada doença, incluindo os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos. Buscam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz, portanto, no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), os medicamentos devem ser dispensados para os usuários que se enquadrarem nos critérios estabelecidos no respectivo PCDT (BRASIL, 2010d). Os

trabalhadores da atenção básica têm o dever de conhecer o elenco do CEAf para encaminhar os usuários, caso seja necessário.

Reiteramos que a Rename, o FTN e os PCDT foram regulamentados no Decreto 7.508/2011, tendo a Rename passado por 10 atualizações (1972, 1975, 1989, 1993, 1999, 2002, 2006, 2008, 2010 e 2012); o Formulário Terapêutico, previsto na Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998a, doc. 3) por duas (2008 e 2010) e estamos aguardando a edição de 2012, já que este deve acompanhar a Rename. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Componente Especializado são atualizados mais frequentemente (2002, 2006, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012), geralmente a partir de consultas públicas para a construção do protocolo de cada tratamento, sendo publicados por meio de portarias do Ministério da Saúde. Além destes, as diretrizes e conseqüentemente os manuais para o tratamento e controle das doenças incluídas no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica como tuberculose, hanseníase, hepatites B, C e outras, doenças respiratórias, DST/AIDS e outras endemias focais também são atualizados constantemente.

Assim, diante desses instrumentos constantemente atualizados, o Setor de Assistência Farmacêutica precisa interagir com os demais setores, no sentido de esclarecer os trabalhadores da SMS sobre o uso de medicamentos para cada enfermidade e a complexidade de sua organização nos três componentes, o básico, o especializado e o estratégico.

Neste sentido, coadunamos com Vieira (2010) ao apontar que o SUS avançou consideravelmente nos últimos anos na organização de programas com a finalidade de garantir o acesso da população a medicamentos. Entretanto, para a autora tal modelo engendra uma série de dificuldades para a população e órgãos de controle da administração pública quanto à informação de quais medicamentos podem ser encontrados e em quais condições são prescritos e dispensados nos serviços de saúde do SUS.

Em relação às atividades desenvolvidas nas farmácias das USFs, ainda considerando as tecnologias leve-duras, observamos que não há um protocolo para orientação das práticas relacionadas à assistência farmacêutica. O que pode dificultar a padronização dos procedimentos nas farmácias das USFs, a organização dos armários e dos medicamentos, a programação, o controle de estoque e armazenamento, o lançamento nos livros de controle, a organização das receitas e a dispensação de medicamentos. Além disso, não estão documentados quais os profissionais são responsáveis pelas atividades da farmácia, inclusive as relacionadas aos medicamentos psicotrópicos e entorpecentes que são armazenados, prescritos e dispensados de forma inadequada nas USFs ao considerarmos os critérios estabelecidos pela Portaria nº 344/1998 (BRASIL, 1998b).

As falas dos entrevistados 8 e 9 convergem com as nossas observações.

A assistência farmacêutica, a gente não tem os protocolos. Devia ter os protocolos do próprio município, protocolos na questão da distribuição e dispensação desses medicamentos, [...] medicamentos vencidos [...] (Entrevistado 8).

[...] na unidade não se tem nenhuma rotina, nenhum protocolo operacional padrão de assistência farmacêutica aqui na unidade [...], então eu como gerente não posso fazer a minha rotina, porque eu suponho que já tenha uma rotina central no caso de medicamentos controlados, que deve fazer isso e isso, precisa destes dados, não tem. Quando eu cheguei já tinha isso e então já foi dado continuidade a rotina (Entrevistado 9).

Entretanto, o entrevistado 1 diverge quanto à inexistência de protocolos da assistência farmacêutica.

[...] **foi uma das primeiras atividades que eu fiz** quando eu entrei aqui na assistência farmacêutica, claro que já foi atualizado, foi o Manual de Boas Práticas de Dispensação. Agora aqui a gente entrega na unidade [...], capacita. **Agora se o pessoal segue ou não segue...** [...] (Entrevistado 1).

Dessa forma, não há acompanhamento, controle e avaliação das atividades contidas no Manual de Boas Práticas, que de acordo com o entrevistado foi enviado para as USFs, mas não se sabe se as orientações do mesmo são seguidas ou não.

Entretanto, o Cronograma de reposição dos medicamentos nas Unidades (doc.2) foi o único documento que encontramos nas USFs com algumas regras da assistência farmacêutica. O planejamento disposto no referido documento foi considerado como uma facilidade no processo de trabalho do entrevistado 14.

[...] o fato de eu saber que quando termina uma medicação tem data pra chegar, geralmente quando você questiona a enfermeira quando é que chega a medicação ela tem sempre uma data precisa, ‘oh tal dia vai chegar medicação, solicitei hoje’ (Entrevistado 14).

Além dos períodos para pedido e entrega de medicamentos por cada USF, o cronograma aborda ainda sobre a importância no cumprimento das datas das solicitações de medicamentos e também em relação aos medicamentos vencidos, recomendando às USFs “não enviar medicamento vencido para a Central de Abastecimento Farmacêutica e Assistência Farmacêutica e proceder conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos”.

Contudo, não existe nas USFs ou no município, qualquer Plano de Gerenciamento de Resíduos formalizado e disponível para os trabalhadores do PSF. Discorreremos brevemente sobre o descarte de medicamentos em outro momento.

Entre outras orientações o Cronograma de reposição dos medicamentos nas Unidades (doc.2) indica os telefones e email da Coordenação da Assistência Farmacêutica e

da CAF. Contudo, as USFs não possuem acesso à internet, apenas uma possuía computador e em somente três os telefones funcionavam plenamente. As comunicações eram feitas, na maioria das vezes, via ofícios trazidos pelos motoristas da SMS ou pelos telefones particulares dos trabalhadores.

Em relação a alguns instrumentos utilizados pelos trabalhadores do PSF em seus processos de trabalho, principalmente para diagnóstico, acompanhamento clínico dos usuários e prescrição de medicamentos, observamos que muitas balanças que os agentes comunitários usam para pesar as crianças estavam quebradas, assim como a maioria dos esfigmomanômetros quebrados ou descalibrados. Para agravar ainda mais a situação estes aparelhos eram usados sem o cumprimento dos procedimentos para aferição de pressão arterial, preconizadas pelo Ministério da Saúde nos Cadernos de Atenção Básica e pelas demais instituições de saúde que certificaram o procedimento. Alguns registros de nossas observações revelam algumas situações inadequadas na aferição da pressão arterial dos usuários.

A técnica de enfermagem negou vários atendimentos de aferição de PA, pois o esfigmomanômetro estava quebrado, porém nunca preencheram o papel para a manutenção e o aparelho continuava ali, disponível e bem próximo ao livro de registro. As estagiárias aferiram e registraram várias medidas neste dia (Observação).

Pude observar a aferição de pressão arterial de uma criança, para a qual o manguito era inapropriado. A enfermeira que auxiliava na triagem teve dificuldade de escutar e não registrou a medida. Outra usuária se queixou que ela apertou demais o seu braço que ficou muito vermelho e informou uma pressão muito alta, diferente do usual (Observação).

A pressão de Dona 'Fulana' estava normal segundo a técnica, mas o procedimento de aferição foi executado de forma errônea. A usuária não estava com os pés no chão e conversava comigo durante o procedimento. Fiz sinal que ela me perguntasse depois e a médica, percebendo meu gesto, disse para ela não falar durante a medida (Observação).

As triagens dos usuários foram realizadas pela técnica de enfermagem que não usa o estetoscópio na aferição da pressão, conversa durante a medida e coloca a abraçadeira por cima da roupa da usuária (Observação).

A médica aferiu a pressão de forma inadequada, pois a usuária estava sem apoio de braço, o qual não estava à altura do coração (Observação).

A pressão de Dona 'Ciclana' continuava alta, apesar do procedimento inapropriado executado mais uma vez pela técnica de enfermagem, pois a usuária falava, tinha acabado de se fazer um esforço enorme pra vir para a sala, estava com os pés no alto, além do mais, ela aferiu no braço paralisado da idosa, ao invés de medir no outro braço. Quando ela terminou e relatou o alto valor, pedi educadamente que verificasse no outro braço. De forma rápida, assim foi feito e o valor relatado pela técnica foi coincidentemente o mesmo (Observação).

Preocupamos-nos com estes erros na aferição da pressão arterial, pois aconteceram em todos os procedimentos observados e em todas as USFs. Sendo que, é a partir destas medidas, realizadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e estagiários que se diagnosticam as pessoas como hipertensas e se mantêm ou se altera a farmacoterapia dos mesmos, por isso esse procedimento deve ser executado com rigor técnico recomendado pelas diretrizes científicas.

Alguns trabalhadores revelaram em suas falas a utilização das tecnologias leves:

[...] eu sempre falo pra gente estar orientando [...] não adianta dar o peixe tem que ensinar a pescar, **estimulando o autocuidado, orientando o paciente**. Não basta dizer toma esse aqui de manhã, de tarde, de noite, tem que explicar, dar uma orientação mais adequada pra ele se sentir aderido, compreender o uso da medicação [...]. Dizer: se você toma chá, já que você acredita, então toma o chá, não tirar aquela crença que ele tem, mas estimular, o fitoterápico não deve ficar sobreposto ao remédio, isso estimula o autocuidado (Entrevistado 5).

[...] **eu trato eles com igualdade** porque eu sou profissional, que eu não sou melhor que ele que está do outro lado. **Tem as normas, as rotinas, os protocolos que eu tenho pra seguir e eu sei até onde eu posso ir com ele** [...] (Entrevistado 8).

Dessa forma, o entrevistado 5 revela que existe uma supervisão e orientação aos técnicos, para que os mesmos dispensem os medicamentos e orientem os usuários, considerando as subjetividades dos mesmos. O entrevistado 8 remete ao tratamento com igualdade, às suas habilidades de relacionamento com os usuários e além disso demonstra a utilização do vínculo como tecnologia da produção do cuidado em saúde, conforme fala a seguir.

Eles têm meu telefone, o telefone da unidade, o telefone da ouvidoria, tudo fica no mural, tenho transparência no que eu faço [...] eles às vezes me ligam até fora do meu horário de trabalho pra tirar alguma dúvida sobre a medicação [...]. Eu já conheço a maioria dos pacientes pelo nome, as ruas dos pacientes, os parentes deles porque é um vínculo muito forte. PSF E UBS há um vínculo maior com o povo, [...] eles já conhecem, te respeitam, se ele for um bom profissional ele acredita em você, [...] chega e desabafa e conta coisa da vida particular dele, se fez aborto, se não fez. O que é que fez, o que é que não fez, [...] tem pessoas que só conseguem fazer determinados exames (preventivo) com um enfermeiro, já tem a confiança naquele profissional, a confiança é tudo na vida de um ser humano (Entrevistado 8).

Nesta perspectiva, criar vínculos significa

ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação e integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para usuário, individual ou coletivo (MERHY, 1994, p.138).

Entretanto, compreendemos que para serem construídas e mantidas as relações de vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, é necessário que últimos se sintam acolhidos. Neste sentido, o acolhimento também é utilizado pelos trabalhadores de saúde do PSF em seus processos de trabalho, como ilustram as falas a seguir.

Eu sempre deixo um espaço pras palavrinhas que acabam sendo consulta ‘ah, quero dar uma palavrinha com a enfermeira’, muitas vezes eles já passaram pela médica, mas pedem pra eu olhar o exame e eu acabo tendo que fazer isso, então eu já deixo um espaço [...] e muitas vezes eu atendo mais os pacientes que vem me procurar sem ter marcado do que os próprios marcados [...] (Entrevistado 7).

[...] escuta, explicação, pois eu acho assim, na medida que o paciente sai com uma justificativa para o que ele está sentido, aí tem este acolhimento, saúde pública é acolhimento e acolhimento é justamente a escuta, eu tô aqui para escutar as demandas e as dificuldades do paciente (Entrevistado 9).

[...] independente de qualquer coisa eu trato da mesma forma, cumprimento, chamo pelo nome. Solicito, peço pra sentar, é, olho pra cara da pessoa né? Que todo mundo fala que o médico nunca olha pra cara [risos], olho pra cara da pessoa, é, e procuro saber realmente né, o que ele tá sentindo, o que é que trouxe ele aqui hoje e tal [...]. Eu acho que eu priorizo mais a qualidade do atendimento do que a quantidade (Entrevistado 13).

As nossas observações convergem com as falas dos entrevistados 7, 9 e 13 que em seus processos de trabalho acolhem os usuários a partir da escuta qualificada, tratamento humanizado e resolutivo. Nesta perspectiva, coadunamos com Campos (1994) ao descrever que

o acolhimento consiste na abertura de serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região e que, para isso, o serviço precisa adaptar técnicas e combinar atividades de modo a adequar os recursos, aspectos sociais, culturais e econômicos (CAMPOS, 1994).

Assim, o acolhimento e o vínculo poderão trazer como consequência a resolubilidade, caso existam disponíveis as condições estruturais e materiais necessárias, ou seja, as tecnologias duras, leve-duras e leves articuladas e acessíveis em toda a rede de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009).

Neste sentido, consideramos que ter ação resolutiva

não se limita a ter uma conduta, mas, além disso, colocar a possibilidade de usar tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. É colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. Implica em criar um processo que tenha como desdobramento uma alteração do quadro do usuário e uma satisfação do mesmo (MERHY, 1994, p.139).

As tecnologias da produção do cuidado em saúde utilizadas pelos trabalhadores e reveladas nas falas anteriores, como o acolhimento, o vínculo e a resolubilidade, são percebidas e sentidas pelos usuários de acordo com as falas a seguir.

Já me conhecem por meu nome e eu gosto delas em geral, todas elas (Entrevistado 19).

Graças a Deus bem, nunca ninguém me tratou mal, nada disso [...] eu acho bom. Porque ela [...] tá fazendo o trabalho dela, né? Que é despachar a medicação quando tem e quando não tem ela não pode fazer nada [...]. Já conhece a gente, todo mundo da minha família, até minha menina pequena eles já sabem (Entrevistado 21).

[...] planejamento familiar que eu só faço com a enfermeira [...] porque eu tô sempre mais com ela, mulher, ginecológico é mais com mulher, com ela eu me sinto mais cuidada [...] quando eu venho que eu tô precisando conversar [...] que eu não tenho marcada a consulta eu consigo falar com ela, eu consigo falar com os dois [enfermeira e médico] se for o caso necessário, mesmo sem tá agendado eles me atendem super bem (Entrevistado 22).

Além disso, alguns usuários que se sentem cuidados buscam retribuir aos trabalhadores com presentes, conforme esta fala de um trabalhador de saúde.

[...] tenho alguns pacientes que por virem mais vezes terminam mais íntimos né? De brincar, né? Da gente conversar, é, e de conhecer até pelo nome [...] Eu tento dar atenção, eu deixo falar, tem muito paciente que chora porque mora só e tem as queixas dele, né. [...] Esse creme foi um paciente que me trouxe, [...] cadernetinha, o chaveiro [...], às vezes são gestos, [...] a forma deles de agradecer o meu trabalho normal, e eu brigo com eles, que o que eu faço é o normal [...] o normal é ouvir o paciente, só que a gente tá tão acostumado com as coisas erradas que a gente passa a achar que o que é aquele normal é o herói [...]. O meu princípio é esse, é mais ou menos esse, eu trato de acordo como eu gostaria de ser tratada (Entrevistado 16).

Entretanto, o entrevistado 25 não se sente acolhido e diverge dos demais usuários ao falar sobre a forma como se dá o atendimento na USF pelos trabalhadores.

[...] Sobre as meninas, elas tem que aprender mais, num é porque quem ensinou elas não tá vendo, quem tá pedindo tá vendo. **Por isso que tá tendo muita briga no posto, agressão.** Aí eles botaram aqueles cartaz que desacato ao público dá cadeia, então é por isso. **Ninguém tá vendo o lado de como é que elas tratam a gente,** então elas tem que aprender mais. Então quem trabalha com essas coisas, tem que saber que vai ser enterrado no mesmo lugar, eu você, vai tudo pro mesmo lugar, a gente pode ficar doente, então a gente não pode querer ser superior a ninguém, a gente é tudo a mesma coisa (Entrevistado 25).

Tal realidade expressa na fala pode implicar talvez em baixa adesão dos usuários à USF, seja porque não são atendidos como gostariam, seja porque, não têm suas necessidades resolvidas. Neste sentido, observamos que alguns usuários deixam de frequentar a unidade de saúde, provocando, por exemplo, uma redução do fluxo da unidade em determinados turnos do dia. Experienciamos, portanto, dificuldades no acesso aos serviços e desrespeito dos trabalhadores para com os usuários, conforme os trechos a seguir.

Por muitas vezes, portas fechadas e poucos usuários, trabalhadoras ociosas assistindo televisão, fazendo unha, tomando café, almoçando, lanchando várias vezes por dia, batendo papo. Claro que tinha momentos de trabalho intenso também, quando apareciam usuários na USF (Observação).

Tive dificuldades para encontrar a USF, pois a sinalização das ruas não facilita a localização da mesma. Ao entrar às 8h20min, me deparei com duas grandes filas na garagem da casa alugada na qual funciona o PSF. Cada fila tinha aproximadamente 20 pessoas. Uma delas era para idosos e mulheres com crianças de colo, que estavam de pé, pois nesta 'garagem' não havia nenhuma cadeira, só os banquinhos e lençóis no chão que algumas pessoas trouxeram. Neste dia de marcação de consulta, percebi que a disputa por vagas já se constituiu em uma rotina daquela unidade. Marquei meu lugar na fila e pude observar toda a USF por fora. Preferi não me identificar inicialmente e nem entregar a autorização da pesquisa de imediato. Fiquei na fila do atendimento, até porque tive receio de ser agredido verbalmente caso desobedecesse a ordem de chegada. Aproveitei também para observar sem ser identificado. Havia muito barulho, muita reclamação. Enquanto eu conversava com uma senhora idosa sobre o que ela buscava na USF, me assustei com os gritos de uma jovem que, desesperada, não conseguiu uma vaga para o pré-natal, mesmo ela tendo dormido na porta da unidade. A jovem se irritou bastante, saiu xingando todos da ESF, com lágrimas de raiva no rosto, um 'barraco'. Às 9h30min a recepcionista grita que só tinha mais cinco vagas para o /hiperdia e cinco para o clínico, e pede que as pessoas retornem na próxima quarta-feira, mais cedo ainda que hoje para conseguir a vaga. Houve murmurinhos, muitos comentários e contestações. Algumas pessoas ameaçavam denunciar no rádio e na TV para registrar o péssimo atendimento da unidade. Muitas foram embora, outras ficaram para insistir com a vaga ou, até mesmo, presenciei uma mulher tentando se passar por adolescente para conseguir o atendimento. Outras falavam que, se conseguissem a consulta pelo menos com o enfermeiro já estava satisfeito, pois enfermeiro e médico é praticamente a mesma coisa, queriam compartilhar com algum profissional os seus problemas de saúde. Os idosos reclamavam que a recepcionista atendia mais a outra fila do que a deles. Quando eu estava mais próximo a recepcionista explicou que as cotas da SMS eram poucas e que a médica só poderia atender oito pessoas pela manhã e oito pela tarde. Ela tentava ser agradável com as pessoas e, indiscretamente, perguntava o que a pessoa tinha na frente de todos, no sentido de ajudar, mas as pessoas, constrangidas, falavam que queriam apenas a consulta. Ela insistia: 'se for problema ginecológico pode falar, toda mulher tem'. Nas semanas subsequentes o mesmo problema se repetia, o não acolhimento e o não cumprimento no horário de chegada e de saída dos trabalhadores é comum nesta USF (Observação).

Dessa forma, não existe acolhimento nestas USFs, pelo menos nos momentos em que nós observávamos os serviços. A consequência disto, como revelam as falas a seguir, é a descaracterização da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde, à medida que os usuários preferem a policlínica ou hospitais à USF.

[...] Ave Maria, às vezes eu vou no posto pequeno [USF] porque não tem jeito, mas eu já imagino. Então, **tudo que eu sinto eu vou no posto grande [policlínica]. Lá no posto grande é que resolve** e num é só eu não. Tem muita gente que fala que não sabe pra que quê existe este posto pequeno. Fala mesmo, porque a gente chega aqui, se tiver marcado eles atende, se não tiver eles não atendem, mesmo tendo uma médica na sala. Então, uma pessoa doente eu acho que é errado, se ela tá ali sentada, não tá fazendo nada (Entrevistado 25).

[...] Sempre quando vem, tá mais alta [pressão arterial] e aí a médica chamou ele [o marido], pra ele tomar direito, porque ele é muito relaxado pra remédio, não toma direito, toma mais quando vê que tá de pressão alta, aí ele toma. De coração

‘mermo’, ele precisa de médico pro coração, mais nunca achei vaga. Aquele exame da próstata mesmo, eu nunca achei vaga, tá até lá, o neuro eu já tava cansada, sempre acaba e nunca consigo. Agora **botei na reserva lá no Clériston [HGCA], é melhor, pois se surge a vaga eles ligam pra encaixar** (Entrevistado 23).

Situação semelhante foi identificada por Barros e Sá (2010) ao relatarem que a organização do processo de trabalho da USF parece não promover acolhimento, vínculo e responsabilização com os usuários, favorecendo a busca pelo serviço hospitalar.

Outra dificuldade revelada pelos trabalhadores de saúde que interferem no acompanhamento clínico dos usuários pelos mesmos, principalmente em relação ao diagnóstico e acompanhamento da terapia medicamentosa é o encaminhamento a especialistas e acesso a exames complementares e medicamentos, conforme a fala a seguir.

[...] aqui no PSF teoricamente eu tenho que resolver 90% das patologias. Eu consigo resolver uma grande parte, mas assim outra parte eu preciso de subsídios, que têm os exames, a consulta com o especialista e isso é o maior entrave [...]. Às vezes, o paciente para de usar [medicação], porque não tem como comprar [...]. O paciente faz uso de um anti-hipertensivo x, aí falta na unidade, não é pra eu trocar por y, entendeu? Porque ele usava aquele. [...] Por coisas assim que vai dificultando também né? Você dá uma melhor continuidade no tratamento [...]. (Entrevistado 13).

No grupo dos usuários, as falas dos entrevistados 20 e 24 são convergentes com o entrevistado 13, trabalhador de saúde, ao revelar que precisam arcar com as despesas de exames, consultas com especialistas ou medicamentos. Quando não tem condições financeiras aguardam o tempo que for preciso, enquanto as doenças evoluem, muitas vezes silenciosamente, quando se trata, por exemplo, de hipertensão arterial, diabetes ou glaucoma.

[...] eu tô com um exame, dois exame pra fazer no zoi do mês de outubro, tô em meio de tratamento, tô com uma guia com três meses pra fazer o derradeiro exame que é pra eu pegar um colírio pra usar e tô sem [dinheiro]. Dia 1º eu cheguei aqui 5 da manhã. Não tem nenhuma vaga aqui pra essa hora, não vem nenhuma sequer, a gente chegou 4 h da manhã pra marcar porque as vaga é pouca [...]. O colírio agora eu não tô nem usando, porque deu problema o médico suspendeu, eu nem posso usar mais, tem que usar esse e esse colírio é caro pra eu poder comprar, tem que pegar na secretaria a ordem pra pegar [...] (Entrevistado 20).

[...] a mesma médica pediu o oculista e eu ainda não pude pagar porque eu tive que pagar uns exames pra mim e comprar os medicamentos pros ossos [...] (Entrevistado 24).

Dessa forma, os serviços de atenção básica se mostram desorganizados e não resolutivos, contribuindo para que o usuário não compreenda os princípios e diretrizes do SUS como a hierarquização, referência e contrarreferência e organização dos serviços em redes de complexidade, o que pode o caracterizar como um sistema ineficaz e para pobres.

Os entrevistados não falaram do Conselho Municipal de Saúde, nem das Conferências de Saúde como espaços institucionais de participação social e gestão compartilhada, que podem intermediar o enfrentamento das situações de desrespeito aos princípios do SUS. Mais especificadamente, os informantes-chave e demais trabalhadores de saúde remetem os problemas ao nível central da SMS e não se envolvem com os mesmos, muitas vezes sustentados na justificativa que os vínculos precários de trabalho não favoreçam esta prática. Ao questionarmos sobre o que poderia ser feito para buscar a resolução dos problemas apontados, os usuários também demonstraram desconhecimento e não participação no controle social da saúde, conforme as falas a seguir.

[...] **Não sei te responder, como cidadão não sei.** [...] eu acho que o **prefeito** deveria trabalhar um pouquinho mais né, [risos] porque até agora tá péssimo, então eu acho que é lado dele, não é isso? Não é nem tanto das meninas, mas sim dele, tô certa? (Entrevistado 19).

[...] **está nas mãos de Deus primeiro e do governador,** é quem pode fazer alguma coisa [...] Eu só posso fazer uma coisa, orar, é o que eu faço, orar pelo governo, pelo presidente, o povo que tá no comando que pode fazer alguma coisa pela gente [...] se não pode pagar, a gente tem que orar a Deus e esperar. Espeeeera com paciência né? Eu espero com paciência (Entrevistado 20).

Eu acho que é dos **governantes daqui, prefeito, vereador.** A gente vota neles e como a gente não acessa a presidente e ministro da saúde, eles têm mais facilidade, né. A gente vota neles justamente pra isso, pra ter facilidade, ter as coisas que a gente necessita e a gente não pode correr atrás porque a gente não tem meios [...] (Entrevistado 21).

Conversando com o **prefeito** pra melhorar mais. O prefeito tem que trabalhar melhor na hora da saúde (Entrevistado 26).

As falas dos entrevistados 19, 20, 21 e 26, usuários, são convergentes no sentido de compreenderem que os problemas nos serviços de saúde devam ser resolvidos pelos governantes e assim vivenciam com resignação a falta de resolubilidade do PSF. Entretanto, o entrevistado 8, trabalhador de saúde, aponta que as reclamações ocorrem em nível de SMS e ouvidoria municipal e discorda das queixas dos usuários.

[...] às vezes o paciente chega querendo quebrar a unidade, querendo bater nos funcionários e sempre acontece isso, ligar pra **imprensa** e fazer denúncias mentirosas, dizer que as unidades de saúde tão abrindo 10 horas da manhã, que na verdade, é mentira, pessoas que não tem o que fazer, querem destruir e acabar com o serviço público [...]. De vez em quando acontece, a gente recebe uma **notificação da ouvidoria da secretaria de saúde**, a gente responde por escrito, mas na verdade não procede [...]. **Ligam pra secretaria, enviam e-mail pra ouvidoria anonimamente ao chefe de gabinete, ao secretário de saúde**, ficam inventando coisas que às vezes nem existe. Aqui não é shopping, unidade de saúde não é shopping pra abrir 10:00 h da manhã, dizer que não tem ninguém no posto de saúde 10:00 horas? Será que todo mundo vai chegar atrasado? Impossível. Ter uma equipe de 10, 15 pessoas e todo mundo chegar tarde, por mais que esteja chovendo, transporte coletivo... é impossível, inviável isso (Entrevistado 8).

De forma divergente à fala do entrevistado 8, observamos situações semelhantes às queixas dos usuários, quando em um dia após feriado prolongado, às 9h15m só encontrava-se na USF uma técnica de enfermagem, a auxiliar de serviços gerais e os estagiários. Houve muita reclamação por parte dos usuários que afirmavam que era um problema recorrente e responsabilizavam os trabalhadores da USF, com exceção do enfermeiro, que tem com eles uma forte relação de vínculo e responsabilização.

Entre as formas de controle social na saúde, destacamos as ouvidorias, citadas pelo entrevistado 8. Esses canais de comunicação do SUS podem ampliar os espaços de participação social e servir como instrumento de gestão, visto que as informações gerenciais produzidas podem subsidiar as ações dos gestores nas três esferas de governo. Assim também entendemos que as formas legitimadas de controle social, constituídas pelo conjunto de órgãos colegiados e deliberativos, a exemplo dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde e as conferências municipais, precisam ser mais divulgadas e utilizadas tanto pelos trabalhadores de saúde como os usuários.

Os Conselhos têm, ainda que latente, o potencial para se afirmarem como instâncias que impulsionam a participação da sociedade organizada no ciclo de políticas públicas de saúde, contribuindo para a reforma político-institucional do país. [...] A construção de uma sociedade democrática mais justa na qual a participação direta dos cidadãos sustenta as instâncias e instituições, é um desafio constante (ESCOREL; MOREIRA, 2008, p.1008).

Percebemos assim a não participação dos trabalhadores do PSF e usuários do controle social da saúde e a não-produção do cuidado no PSF municipal, pois não há resolubilidade nas ações. Coadunamos com Oliveira (2009) ao revelar que a resolubilidade tem potencial para gerar vínculo e autonomia nos usuários. Para a autora, corresponde a um processo de desenvolvimento de ações e serviços das equipes de saúde, que não apenas produzem consultas prescritivas, atendimentos e procedimentos, mas, sobretudo se constitui numa prática cuidadora, com criação de laços de compromissos, balizados por um agir interdisciplinar, de responsabilização e postura acolhedora dos trabalhadores de saúde na interação com os usuários do serviço.

Entretanto, o funcionamento precário do PSF e a quem de suas potencialidades implicam, a nosso ver, em não-adesão dos usuários aos programas, descontrole das doenças com aumento dos riscos a elas associados, peregrinação dos usuários para serviços de maior complexidade e conseqüentemente superlotação de policlínicas e hospitais. Portanto, os serviços de saúde municipal precisam estar organizados em redes promotoras de atenção

integral à saúde e para que a atenção básica seja respeitada, e utilizada adequadamente pelos usuários como porta principal de entrada na rede, esta deve ser resolutiva.

Em relação à **finalidade**, todo processo de trabalho é realizado para se atingir um objetivo determinado previamente. Esta finalidade é a produção de um dado objeto ou condição que determina o produto específico de cada processo de trabalho (FARIAS et al., 2012).

A finalidade do trabalho foi uma das questões que os entrevistados tiveram mais dificuldade em responder, talvez porque não tivessem ainda refletido sobre a relevância de seu trabalho, sobre o motivo para quê trabalhava e como suas ações se articulavam com a assistência farmacêutica. De acordo com Farias e outros (2012), em nossa sociedade a definição das finalidades está quase completamente alienada, fora do poder de decisão dos trabalhadores, o que pode ser também um dos motivos pelo qual os trabalhadores apresentaram dificuldade em expressar o objetivo de seu trabalho.

Entre os informantes-chave, encontramos relatos sobre diferentes finalidades:

[...] **garantir realmente o fornecimento da terapêutica do paciente de forma eficaz**, racional sem que ele receba no caso, ele possa, vamos dizer assim fazer o uso daquele medicamento na dose certa, na quantidade certa, no tempo certo [...] (Entrevistado 1).

[...] **distribuir a quantidade necessária**, pra que também não haja um estoque excessivo e perda de medicamento (Entrevistado 2).

Educação em saúde né, principalmente com a população; educação permanente; **orientação; capacitar o profissional**, né? [...] (Entrevistado 3).

[...] melhorar a qualidade de vida da população, né diminuir, melhorar também o acesso à informação nas questões de **prevenção de doenças. Diminuir os agravos mesmo** [...] (Entrevistado 4).

Evidenciamos que as finalidades destacadas pelos entrevistados são coerentes às atividades desenvolvidas por eles. Na fala do entrevistado 1, tem-se elementos comuns à gestão. O entrevistado 2 enfatiza a distribuição de medicamentos para as unidades de saúde e os demais fazem referência ao trabalho com a comunidade e com a equipe de saúde.

Destacamos ainda que a educação permanente referida pelo entrevistado 3 não corresponde na prática, conforme observamos, a uma tecnologia capaz de reorientar o modelo assistencial, divergindo, portanto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007c) que explica a educação permanente em saúde como

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas

profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007c, p.13).

Assim, essas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente apontam para a necessidade de realização de um trabalho coletivo, que envolva trabalhadores, as instâncias gestoras, as instituições formadoras e os próprios trabalhadores, numa tentativa de agregar saberes e reflexões críticas para a construção da resolubilidade das ações de saúde. Desse modo, ao fazer capacitação e orientação não significa promoção da educação permanente, como relata o entrevistado 3.

Outra abordagem sobre a finalidade do processo de trabalho na assistência farmacêutica do PSF é evidenciada entre os trabalhadores de saúde.

[...] pra que a gente tenha assim aquela medicação pra **evitar situações de descontinuidade**, então sempre a gente tá se preocupando com isso [...] (Entrevistado 6).

[...] aqui na unidade que eu trabalho eu procuro **gerenciar, tá em cima, olhando as medicações sempre o que tá em falta**. Além desse pedido, que a gente faz de 15 em 15, eu ainda faço pedido extra de medicações que vejo que faltou. Eu peço, eu faço pedido extra, tem um mapa extra [...], ligo pra assistência farmacêutica pra cobrar o que faltou no pedido (Entrevistado 8).

[...] **tá servindo a população de acordo com o que o médico for passando** [...], já que a prefeitura disponibiliza essas medicações pra que elas não precisem se deslocar pra ir pra farmácia comprar [...] (Entrevistado 11).

Os entrevistados 6, 8 e 11 convergem ao apontar para um trabalho direcionado à disponibilidade do medicamento. Ainda que o entrevistado 11 tenha mencionado o serviço à população, o medicamento continua sendo o elemento mais predominante em sua fala.

As falas dos trabalhadores a seguir são complementares às anteriores, ao referirem o tratamento da doença e o cuidado com o usuário dos serviços como finalidades do processo de trabalho.

[...] Ter uma quantidade vasta de medicamentos, dar resolutividade, ter uma adesão dos pacientes, sanar ou **controlar a patologia dos pacientes** [...] (Entrevistado 5).

**Tratar o paciente, melhorar a qualidade de vida** quando não há cura da doença [...] e eu faço também porque foi uma das coisas que eu jurei no dia da minha formatura, eu faço pensando no outro [...] (Entrevistado 7).

[...] **o meu objetivo de trabalho é o cuidar**, mas o cuidar não simplesmente o curativo medicamentoso, entendeu? Mas uma coisa assim bem mais ampla (Entrevistado 13).

A partir dessas falas, notamos que elas traduzem práticas de cuidado voltadas para dar respostas ao sofrimento das pessoas ou para evitá-lo. Neste sentido, Mattos (2009) reconhece que as práticas de cuidado são intersubjetivas e pautadas por uma perspectiva dialógica para determinação das necessidades de ações e serviços de saúde.

Percebemos que a maioria dos entrevistados e em especial os trabalhadores que tiveram as suas práticas observadas, executam um processo de trabalho cuja finalidade é o abastecimento do sistema com medicamentos, seja o município ou a USF, onde há predomínio desse insumo essencial como mercadoria, em detrimento do medicamento como instrumento terapêutico (LEFÉVRE, 1991).

Para Assis e outros (2010), pensar e agir em saúde numa perspectiva de mudança do modelo requer um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares.

Retomando Mendes-Gonçalves (1992), a finalidade do processo de trabalho está relacionada diretamente com as tecnologias utilizadas e a socialidade estabelecida neste processo. Desse modo, transformar a realidade vivenciada, caracterizada por ações marcadamente relacionadas ao indivíduo e não às famílias, com predomínio de programas pouco resolutivos, requer uma mudança no modelo assistencial de saúde que incorpore os determinantes sociais da saúde como objeto e a produção do cuidado ao usuário como a finalidade dos processos de trabalho.

#### 4.3 PRÁTICAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF: (des)articulação das atividades gerenciais e assistenciais

Neste estudo, as atividades do processo de trabalho na assistência farmacêutica representam a execução do ato, o planejamento ou programação do mesmo. Assim, adotamos a concepção de Marin e outros (2003), sobre a assistência farmacêutica que compreende um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma articulada e sincronizadas, tendo o usuário como beneficiário maior. É o resultado da combinação de estrutura, sujeitos e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social. Dessa forma, necessita de uma organização de trabalho que

amplie sua complexidade, de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade impressa nos serviços realizados.

Para Gomes e outros (2010) as ações gerenciais compreendem a gestão da assistência farmacêutica, a farmacovigilância, a capacitação de profissionais, educação permanente, avaliação da assistência farmacêutica, adequação da estrutura física da farmácia local, disponibilidade de equipamentos e a tecnologia gerencial e de conhecimento.

No grupo dos informantes-chave há uma nítida divisão entre quem desenvolve as ações gerenciais (entrevistados 1 e 2), e as ações assistenciais (entrevistados 3 e 4). O entrevistado 1 comenta sobre as suas atribuições gerenciais:

[...] a gente padroniza o medicamento, a gente faz a seleção [...] publica a Remune, [...] faz todo o processo [...] acompanha todo o processo de aquisição de medicamento. Tem um farmacêutico na comissão de licitação pra ver a qualidade do medicamento que a gente tá comprando, a gente acompanha todo o processo de verbas, tanto a verba federal e municipal e a contrapartida estadual, a gente faz também a solicitação pro Estado trimestralmente dos medicamentos da contrapartida e segue todo um Manual de Boas Práticas de armazenamento, distribuição, especialmente distribuição pras unidades. São mais de 110 unidades [...]. A gente trabalha já com medicamento de alto custo. Fora quase 300 pacientes que recebem medicamentos via justiça e aí gente dispensa [...] pra o paciente [...]. Então assim, a gente tenta fazer um pouco de todo o ciclo, mas assim o pouco, o básico [...] (Entrevistado 1).

Várias atividades relacionadas à gestão da assistência farmacêutica são identificadas na fala do entrevistado 1 como a seleção, aquisição, acompanhamento, armazenamento e distribuição. Está, portanto, em consonância com o referencial teórico utilizado neste estudo (BRASIL, 2004a, doc.4; MARIN et al., 2003; GOMES et al., 2010).

Os demais informantes-chave, ao serem questionados sobre o desenvolvimento das atividades gerenciais, explicitam que estas são funções da gestão da assistência farmacêutica municipal e não dos farmacêuticos do NASF.

A responsabilidade é da assistência farmacêutica municipal, onde tem uma equipe, onde tem um coordenador né? [...]. Eu tenho [...] um turno na semana que eu deixo separado pra assistência farmacêutica, que é o momento que eu vou [...] pra perguntar se tem alguma coisa nova né? Coisa diferente, às vezes muito pra perguntar por que tá faltando x medicamento, [...] pra poder informar a equipe e aos pacientes. [...] De vez em quando nós temos reuniões, tínhamos preconizado uma reunião quinzenal só que acaba que não dá pra ser desse jeito, mas eles chamam a gente e a gente tem uma reunião [...]. Eu sempre ligo lá pro almoxarifado pra conversar, pra ver o medicamento, se tem lá porque não distribuiu, pra conversar sobre o mapa da farmácia [...] (Entrevistado 3).

[...] como eu não sou fixo na unidade e como eles sabem de minha demanda são de 11 unidades, acabam que eles não me cobram isso, é, seria impossível eu ... eu dar conta das 11 farmácia ao mesmo tempo, e aí eles sabem, e também a enfermeira é intitulada a gerente da unidade e realmente é ela que faz toda [gerência], não de medicamentos, mas também dos materiais em geral do posto. Ela tem todo o

controle e aí não me cobra esta parte, já tem a ligação direta enfermeira com Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde, e também porque só tem dois farmacêuticos pra 85 PSF (Entrevistado 4).

Entretanto, o entrevistado 1 expõe fala divergente ao entrevistado 3 ao revelar que não existe articulação entre os farmacêuticos do NASF e da gestão, dificultando assim a execução das atividades da assistência farmacêutica no PSF.

[...] até hoje também eu não sei como é que eles [farmacêuticos do NASF] desenvolvem as atividades oriundas da assistência farmacêutica e você não tem como fazer uma atividade isolada que não repercuta numa assistência farmacêutica [...]. No início procuraram saber algumas informações básicas, mas nós não temos praticamente contato nenhum com o [...] NASF, nenhum, nenhum, nenhum, nenhum, não sei quais as ações, infelizmente não (Entrevistado 1).

Realidade esta que diverge das Diretrizes do NASF ao recomendar que

o farmacêutico do NASF deve interagir com o nível central de gestão da AF e com a coordenação das Unidades de Saúde, propondo a normatização dos procedimentos relacionados à AF, a fim de obter melhores resultados no acesso, na racionalização dos recursos e no uso dos medicamentos. [...] também pode apoiar a equipe de Saúde da Família no aprimoramento do controle de estoque e da programação das UBS, de forma a proporcionar melhorias na regularidade do suprimento de medicamentos, bem como nas atividades de armazenamento, distribuição e transporte, aspectos que influenciam a integridade e a qualidade dos medicamentos. Essas atividades convergem para o aperfeiçoamento das práticas dos serviços e racionalização dos processos de trabalho (BRASIL, 2009d, p.88-89).

Assim, percebemos que, mesmo existindo farmacêutico na equipe do NASF as atividades gerenciais relacionadas à assistência farmacêutica no PSF, são executadas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo pouco efetivo o apoio oferecido pelo NASF, como revela o entrevistado 7.

Seria excelente que o farmacêutico do NASF trabalhasse na questão de cada medicação porque muitas vezes eu até quero fazer esse treinamento, mas são tantas outras coisas rotineiras e que você acaba tendo um trabalho maçante, exaustivo no dia a dia, que você acaba deixando esse treinamento de medicação sempre por último, e como tem o farmacêutico ele poderia tá fazendo essa capacitação com relação aos medicamentos (Entrevistado 7).

A seguir, os entrevistados 1 e 2 relatam sobre a seleção dos medicamentos da Remume e as suas atualizações advindas das solicitações de inclusão de novos medicamentos pelos trabalhadores de saúde, por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

[Os formulários de solicitação de inclusão] **foram repassados pra todos os profissionais, a partir do momento que a gente apresentou a REMUME e apresentou o novo mapa e tem a Comissão de Farmácia Terapêutica**, tá lá o formulário de inclusão que foi enviado pra todas as unidades. O quê que eles deveriam fazer? Colocar o nome do medicamento, por quê tá solicitando, o nome do genérico, se tem similar, se não tem, o preço, entendeu? **Porque a necessidade de padronização daquele medicamento, pra que a comissão possa avaliar e ser**

**deferido ou indeferido ou incorporado** [...]. Vai ser publicada agora nova REMUME por causa justamente desses fármacos que entraram e quando sair sai no [...] no jornal daqui [...], onde se publica as licitações. Esqueci o nome agora. **A comissão já tem, provavelmente vai ser revogada agora porque alguns membros** saíram, entendeu? E como é gestão nova [...] eu não sei como é que vai ficar essa situação (Entrevistado 1).

[...] o município dispõe de uma lista, de acordo com **a relação nacional dos medicamentos [...] ela foi feita pelos farmacêuticos**, eles se reuniram, fizeram uma lista baseada nos medicamentos que devem constar no município e aí de acordo com a RENAME, Relação Nacional dos Medicamentos, os mais importantes e viáveis pra necessidade do município, porque cada município de acordo com as suas características, tanto físicas quanto climáticas, precisa ter determinados medicamentos (Entrevistado 2).

Identificamos, contudo, divergências entre estas falas. Para o primeiro, existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica que a partir das solicitações dos trabalhadores, via formulários de inclusão enviados para as unidades de saúde, decide sobre as inclusões e exclusões dos medicamentos da lista do município. Para o outro, apenas os farmacêuticos do município participam da elaboração da Remume.

A CFT, de acordo com Marin e outros (2003), é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo que deve garantir um caráter multidisciplinar e dinâmico ao processo de seleção de medicamentos. Geralmente, é constituída por médicos, enfermeiros e farmacêuticos escolhidos a partir da experiência na área terapêutica e, principalmente, do interesse e disponibilidade para contribuir.

Entretanto, evidenciamos em nossas observações no campo de estudo, que a seleção de medicamentos não é um processo dinâmico, constante e coletivo, uma vez que, na prática, essa seleção é uma simples adaptação de listas de medicamentos já existentes, baseada na RENAME e Resme. Também observamos que a Remume e a CFT não foram oficializadas por meio de portaria municipais como instrumento e instância, respectivamente, a serviço da gestão de saúde.

É importante destacarmos que, de forma convergente, para os trabalhadores de saúde do PSF (entrevistados 5, 7 e 16), a Remume é compreendida como uma imposição da assistência farmacêutica, elaborada pelos farmacêuticos (conforme fala do entrevistado 2) e sem a participação dos profissionais que lidam diretamente com os usuários do PSF.

[...] **A gente não participa desta lista. Ela é imposta!** [...] Hoje em dia a gente só sabe que o remédio saiu da lista quando para de vir, a gente pede insistentemente e quando a gente pede três, quatro vezes e não vem mais. Então a gente entende que saiu da lista, que não vem mais. **A gente fica sabendo por terceiros, por outro posto, a gente não sabe, a gente não é informado, deveria ser uma coisa em conjunto** (Entrevistado 5).

[...] A lista é elaborada por alguns farmacêuticos lá da própria assistência farmacêutica, já vêm com todas as medicações e a gente só faz solicitar, mas na elaboração nunca fizeram uma reunião pra gente ver qual a medicação, qual a procura dessas medicações na unidade, eles nunca fizeram nada do tipo pra gente poder colaborar nesse sentido, então eu acho que **é individual deles lá, a gente não tem participação nenhuma**, pelo menos nesse período que eu tenho de PSF nunca tiveram. Certa vez eu fiz um ofício solicitando aciclovir e encaminhei para a atenção básica pra que eles enviassem para a assistência farmacêutica. [...] nunca me deram um retorno, nem que viria nem que não viria (Entrevistado 7).

[...] quanto à escolha, **eu nunca fui chamada não [...]. Pra mim é a farmácia né?** É a farmacêutica da Secretaria de Saúde do Município [...]. É até uma curiosidade que eu tenho de como é que é feita essa escolha, né? Provavelmente eles devem consultar né? Deve ter um farmacêutico, eu acredito que tenha um médico. E a farmácia básica eu acho que já é uma coisa meio que, que vem do Ministério, né? [...] (Entrevistado 16).

A partir destas falas e da nossa observação, percebemos que os trabalhadores não compreendem que o processo de seleção de medicamentos essenciais para o município deve ser baseado em evidências científicas e que estes medicamentos devem estar disponíveis no mercado e com menor custo por tratamento ao serem comparados com fármacos semelhantes. Além disso, não conhecem a Resme-BA e a Rename, listas que servem de parâmetros para a elaboração das relações municipais de medicamentos.

Os trabalhadores do PSF também desconhecem a CFT não sendo incentivados nem informados sobre a participação nesta instância colegiada. Portanto, não compreendem o processo de seleção de medicamentos essenciais para o município.

Ao analisarmos as falas anteriores, apenas o entrevistado 16 aponta para uma possível participação do médico, além dos farmacêuticos, mas apenas como uma suposição no momento da entrevista.

Evidenciamos então um processo de trabalho desarticulado e sem comunicação efetiva entre sujeitos que estão na gestão e que executam as ações de assistência farmacêutica, implicando, conseqüentemente, no cotidiano dos serviços, como destaca o entrevistado 16.

[...] existe assim, medicações pra anti-hipertensivo, por exemplo, é, durante muito tempo você tinha captopril, nifedipina, hidroclorotiazida, propanolol, tá. Ai eles param de mandar nifedipina e passam um produto em anlodipina, provavelmente o mesmo princípio e tal. **Mas assim, eu não sei quem foi que falou** ‘a partir de agora...’. Porque a nifedipina continua, existe né? **Não tá proscrita, você pode continuar prescrevendo**, mas eu não sei o que foi que fez mudar porque tinha captopril, passou a usar o enalapril, a princípio é o mesmo princípio, é o mesmo princípio, o mesmo mecanismo de ação né? (Entrevistado 16).

O entrevistado 16 desconhece os princípios utilizados para a seleção de medicamentos essenciais que devem ser: possuir eficácia e segurança comprovadas, devidamente registradas e publicadas em literatura fidedigna, preferencialmente que tenham sido adotados ensaios clínicos controlados, com adequado delineamento experimental e

relevância clínica, dentro do paradigma da prática baseada em evidências (WHO, 1977; MARIN et al., 2003).

Destacamos ainda que nas Relações Nacional e Estadual de Medicamentos, além da literatura científica, que precisa ser consultada continuamente pelos trabalhadores de saúde, existem as justificativas para inclusão do enalapril e anlodipino, restrição do uso do captopril e exclusão do nifedipino, medicamentos mencionados pelo entrevistado 16. Tais pareceres são formulados por especialistas que referenciam as suas justificativas baseadas em evidências científicas. Portanto, mesmo a Remume sendo restrita, a atualização profissional deve ser contínua e a assistência farmacêutica municipal, em articulação com o NASF, deve fornecer essas informações continuamente, até mesmo para possibilitar maior adesão dos prescritores à Remume.

Outro critério utilizado para a seleção é possuir farmacocinética favorável, ou seja, o medicamento deve permitir melhor comodidade posológica ao usuário e facilidade na administração, como por exemplo, o albendazol citado pelo entrevistado 5 a seguir. Este revela a necessidade de orientação e educação ao usuário de medicamento, considerando as subjetividades inseridas nos modos de pensar de cada um.

A gente que tá na ponta deveria ser consultado destas mudanças, por exemplo, botaram albendazol pra ser mais efetivo que o mebendazol e ainda é dose única e mebendazol é pra três dias, mas a população não aceitou, não teve adesão da população, não acreditam no albendazol. Então deveria consultar a gente antes, não adianta, então não foi à frente. Não basta achar que aquele é mais efetivo que outro, a gente que conhece a aceitação dos pacientes, que tem aquela cultura de uso de muitos medicamentos, é muito comum, se ele sai do consultório sem remédio, ele acha que não prestou, então assim é importante deslumbrar a nossa situação também por conta disso (Entrevistado 5).

Ou seja, os trabalhadores de saúde devem conhecer as justificativas para a substituição do *mebendazol* pelo *albendazol* e a partir daí orientar e esclarecer a população no sentido de desmistificar informações sem fundamentos, como a exemplificada na fala anterior, de que o tratamento só é efetivo quando o medicamento é administrado várias vezes por dia e por vários dias.

O conhecimento em farmacologia clínica e as habilidades de consulta a fontes fidedignas e idôneas de informações sobre medicamentos podem subsidiar os trabalhadores na análise crítica destas atualizações e possibilitar a participação dos mesmos no processo de inclusão e exclusão dos medicamentos das relações municipais, estaduais ou nacional de medicamentos essenciais.

Ratificando sobre a desarticulação dos trabalhadores do PSF com a Assistência Farmacêutica Municipal em relação a não participação dos trabalhadores de saúde do PSF na elaboração e modificações na Remume, o entrevistado 1 coloca que

[...] a assistência farmacêutica tá aberta pra qualquer profissional chegar até a Comissão e sugerir, até porque existe essa ficha de inclusão. As pessoas é que não querem, não tem interesse em ter acesso (Entrevistado 1).

Observamos que a Remume consiste em uma lista de medicamentos que foi distribuída para as USFs. Contudo, não encontramos nenhum formulário de solicitação de inclusão de medicamentos nas mesmas. Em relação à falta de interesse dos trabalhadores, esta é uma dificuldade comum nas comissões dos serviços de saúde, mas para dirimi-la é preciso divulgar e estimular a participação dos trabalhadores do PSF.

Mesmo com essas dificuldades, as inclusões de medicamentos na Remume foram consideradas como um importante avanço que implicou positivamente no processo de trabalho da ESF, conforme as falas a seguir.

[...] em relação a algumas medicações que antes não tinha como cálcio [...], contracep [...], algumas medicações pra artrite reumatoide [...], a fluoxetina [...]. Poderia acrescentar mais alguns também, tem algumas Secretarias de Saúde que têm o nimesulida, tirou o diclofenaco e colocou o ibuprofeno, [...] o ácido fólico já acrescentou agora com o ácido ascórbico junto [...]. A distribuição de fitas para pacientes que usam glicemia, aparelhos glicêmicos também, então a assistência farmacêutica tem procurado não deixar faltar, né, pros pacientes que precisam. [...] tudo isso são avanços na assistência farmacêutica que tem se observado (Entrevistado 8).

[...] aumento em determinadas medicações, né, por exemplo, quando eu entrei aqui a gente não tinha [...] pra hipertensão e medicações ginecológicas que eu prescrevo bastante. Passou a ter o hidratante vaginal, passou a ter estrogênio tópico [...]. São medicações custosas que não tinham e que agora têm, então assim, eu acredito que houve uma melhoria, né. Mesmo o elenco sendo reduzido, eu acho que melhorou um pouco, mas deveria ter mais opções (Entrevistado 14).

Bom, se for a nível de medicações novas, tiveram algumas coisas que foram produtivas [...] a levotiroxina pra tratamento do hipertireoidismo, o que é recente, pelo menos né? Eu acho que pra mim isso é um avanço [...] (Entrevistado 16).

Dessa forma, os entrevistados 8, 14 e 16, trabalhadores de saúde, convergem em relação ao avanço referente às inclusões de medicamentos na Remume, mesmo considerando o elenco municipal de medicamentos reduzido.

Todavia, é preocupante o fato de os usuários do PSF acreditarem que os medicamentos disponibilizados pelo SUS são os mais baratos, sem eficácia e, portanto não confiáveis, conforme expõem os entrevistados 19 e 23.

[...] desculpa, mas eu não confio muito [...] É porque eu ... mesmo de não confiar muito em coisa pública [...], às vezes eu compro, gosto muito de comprar também.

[...] Aqui eu pego mais pomada e remédio em pílula eu gosto de comprar (Entrevistado 19).

Esse aqui não. Esse eu comprei que foi o médico de coluna que passou [Melocox® - meloxicam injetável que levou para a USF para ser administrado]. Foi injeção e comprimido. Comprimido eu comprei também [Tylex® -codeína/paracetamol]. [...] eu já precisei uma vez e não tinha. Aqui só tem esses remédio baratos. Esses negoço de pressão e muitas asveis, esses remédios de pressão daqui nem presta. Eu vejo o povo tomar e a pessoa não melhora nada. Tem uma mulher mesmo lá que não toma esses remédios, ela compra os dela (Entrevistado 23).

As falas desses entrevistados podem ser generalizadas a outras realidades, conforme os estudos realizados por Silva (2008) e Oliveira (2007). Além disso, compreendemos que forças políticas e econômicas que tensionam as relações entre o mercado farmacêutico e o Estado favorecem a desvalorização do SUS e acabam por impregnar o imaginário da sociedade, dos usuários ou não do SUS e interferirem nas práticas profissionais.

Dessa forma, convergindo com os entrevistados 19 e 23 do grupo dos usuários, os entrevistados 14 e 16, médicos do grupo dos trabalhadores, também demonstraram descrédito quanto à efetividade dos medicamentos do SUS. Situação esta que pode encontrar fundamentos no processo de formação dos mesmos, cada vez mais permeável aos interesses da indústria farmacêutica (BARROS, 2008).

[...] eu costumo prescrever muita coisa que a gente não tem aqui na farmácia, tô sendo bem sincera com você. Quando não tem jeito, paciência... Tem situações em que você não tem muita opção, mas eu geralmente pergunto ao paciente se ele tem condições de comprar uma medicação que custe em torno de tal valor quando eu sei que não tem aquele medicamento na casa. Se o paciente me diz que tem eu passo logo alguma coisa de fora se eu acho que o que eu tenho aqui não vai surtir o efeito que eu quero. Se ele fala que não tem eu vou tentar de alguma forma manipular aí com as medicações que eu tenho pra pelo menos amenizar se eu não puder sanar o problema do paciente, pelo menos amenizar. É melhor ele usar alguma coisa que ele possa sentir alguma melhora do que ele não usar nada, do que eu passar alguma coisa pra ele comprar fora e ele não comprar e não melhorar nada (Entrevistado 14).

[...] tenho muitos pacientes que chegam aqui pra mim e falam assim: 'ah, doutora, eu não gosto da medicação do posto porque ela não funciona. Não Sei Quem comprou a mesma medicação e a pressão dele melhorou'. Eu sempre respondo que eu parto do princípio que se tá aqui é porque presta. Eu não consigo acreditar que iam pegar nada e iam colocar aqui [...]. Assim, tem casos realmente de chegar pacientes que usam determinadas medicações e não melhora, não melhora, não melhora e eles passam a comprar e de certa forma melhora. Aí foi por conta da medicação, foi porque eles passaram a acreditar mais no outro, passaram a usar mais, né? Então assim... [...] O mesmo medicamento. Inclusive tem uma metformina [...] daqui, que [...] dá muita diarreia né? Diarreia, cólica... além de ser grande, que o comprimido é enorme, que o povo entala, que não engole, que isso, que aquilo [...]. (Entrevistado 16).

Neste sentido, trabalhar as crenças e mitos arraigados nas pessoas e comunidades é um processo lento e que requer muito mais que uma formação na área de saúde. Perpassa a reconstrução do fazer cotidiano que possibilite e estimule a participação dos trabalhadores nas

atividades de assistência farmacêutica, e incorporem os instrumentos de trabalho relacionados com a assistência farmacêutica tais como: Remume, Rename, Resme-BA, Formulário Terapêutico Nacional, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, elenco e as normas dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, além das regulamentações sanitárias e profissionais relacionadas.

Na relação com o usuário, é preciso acolher, manter os vínculos, construir uma relação terapêutica que favoreça a confiança e permita o conhecimento dos usuários, seus familiares e da comunidade para que assim possam ocorrer intervenções que considerem as subjetividades de cada usuário e que contribuam para a desmistificação da ineficácia dos medicamentos do SUS.

Quanto à qualidade dos medicamentos disponibilizados pelo SUS, esses são adquiridos de empresas que apresentam os certificados de qualidade, além de documentos técnicos e legais que comprovam a legitimidade dos produtos e do processo de fabricação e distribuição dos medicamentos (MARIN et al., 2003), porém, todo processo de trabalho está sujeito a falhas que podem interferir na qualidade dos produtos e causar danos à saúde dos usuários.

É por este motivo que se faz necessário o monitoramento do uso do medicamento, mediante as ações de farmacovigilância que corresponde ao grande e variado conjunto de atividades que visa a identificar e avaliar, na população ou em subgrupos de pessoas expostas a medicamentos específicos, efeitos indesejáveis, agudos ou crônicos dos tratamentos farmacológicos a que estão submetidos, podendo ser também traduzida como o monitoramento das reações adversas aos medicamentos (LAPORTE; TOGNONI, 1995, apud MARIN et al., 2003). Para a OMS é a ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos (WHO, 2002).

De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2013e) a farmacovigilância visa detectar precocemente eventos adversos conhecidos ou não, monitorando também possíveis aumentos na incidência dos mesmos. O sistema deve ter a capacidade de avaliar os benefícios e riscos do produto, para assegurar que esse mantenha a qualidade, segurança e eficácia compatíveis com seu uso racional.

Sobre este aspecto fizemos o seguinte registro:

O entrevistado 16 estava com algumas anotações de números de lotes de hidroclorotiazida que deveriam ser retirados do mercado por não apresentar a dosagem correta do princípio ativo. De acordo com o mesmo, ele costuma

acompanhar essas listas da ANVISA, pois sempre tem medicamento na USF para ser retirado. Porém, se esqueceu de anotar o laboratório e por isso não pudemos verificar se a hidroclorotiazida da USF correspondia ao lote impróprio para uso (Observação).

Esta foi a única situação relacionada à farmacovigilância ocorrida nas USF observadas nesse estudo. Até mesmo quando falávamos de reações adversas, os profissionais pouco se lembravam de alguma situação e nenhum deles havia feito notificação à Anvisa ou ao laboratório de qualquer queixa técnica de produto farmacêutico ou suspeita de reação adversa. Isso demonstra que a farmacovigilância enquanto ação de saúde não é conhecida e nem executada pelos trabalhadores do PSF do município.

Em relação à aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, o entrevistado 2 relata sobre estas atividades gerenciais até a chegada do medicamento nas USFs.

[...] a compra de medicamentos [...], a contrapartida vem do Governo Federal. O Governo Federal, eles enviam a verba, o Estado recebe os valores que vão ser disponibilizados [...]. A gente, através do SIGAF, que é um programa do município pro Estado, nós solicitamos os quantitativos [...]. O armazenamento, nós temos pallets [...] Eles não são colocados em contato com o chão [...]. 'Não existem protocolos', por enquanto não. Por enquanto não, a única coisa que acontece é o farmacêutico tem que ter uma conversa, tá orientando, tá direcionando, coordenando, só isso [...] Além das 83 USF, nós distribuimos também pras policlínicas, pras UBS também, e também distribuimos pro SAMU [...] principalmente os injetáveis [...], policlínicas [...], CAPS. Somos 3, 4, 5 é por isso que eu falei, tem que contratar mais farmacêuticos (Entrevistado 2).

Como vemos, o processo gerencial do medicamento é regido por muitas atividades técnicas e administrativas que refletem no abastecimento da CAF e requer que a armazenagem e distribuição aconteçam de forma a preservar a estabilidade dos medicamentos. Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e os Manuais de Boas Práticas (armazenamento, distribuição, dispensação) não são utilizados pela CAF nem pelo Setor de Assistência Farmacêutica Municipal. Contudo, tais instrumentos poderiam sistematizar melhor o processo de trabalho e garantir mais eficiência na execução das atividades por todos os trabalhadores envolvidos.

Em relação à CAF, os informantes-chave relataram alguns avanços que impactam no processo de trabalho na Assistência Farmacêutica Municipal.

[...] a gente conseguiu [...] agregar mais outros profissionais com a gente porque antes eram poucos [...]. A central que antes era um almoxarifado que ficava a parte de materiais e medicamentos, a gente ficou com uma central só pra medicamento, que precisa agora passar pela estruturação [...] (Entrevistado 1).

Quando eu cheguei, por exemplo, aqui na CAF, os controlados tinham um controle, mas não tão grande assim. Então, [...] exigi que colocasse. A sala de controlados não

tinha porta, eu exigi que se colocasse também a porta, que se acondicionasse corretamente todas as medicações. Por exemplo, é, antigamente todo mundo entrava pra dispensar medicação essas coisas (Entrevistado 2).

Os entrevistados 1 e 2 apresentam falas convergentes em relação a melhorias na estruturação da CAF. Contudo, observamos aspectos que apontam para a necessidade de ajustes para atender às Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição de medicamentos, tais como a CAF não apresenta temperatura adequada para o armazenamento de medicamentos, sendo que a cobertura favorece o aumento de temperatura no ambiente; não há controle de temperatura e umidade no ambiente; o piso apresentava-se desgastado; os funcionários trabalham sem fardamento e existe apenas uma porta para entrada e saída de medicamentos; além do armazenamento e distribuição de medicamentos ocorre também a dispensação de medicamentos para os usuários, situação que descaracteriza a CAF como “almoxarifado de medicamentos” e o confunde com farmácia.

Após a análise sobre as atividades de assistência farmacêutica que se processam no nível de gestão municipal e da Central de Abastecimento Farmacêutico, abordaremos a partir de agora, como estas atividades gerenciais se processam nas USFs.

No PSF, as atividades da farmácia são realizadas pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros. Os primeiros desempenham as atividades gerais da USF, incluindo as atividades da farmácia. Os enfermeiros, além das atribuições gerenciais e assistenciais do Programa, se responsabilizam pela supervisão das atividades realizadas pelos técnicos.

A gente tem uma rotina [...] desde a solicitação até a dispensação. A solicitação dos medicamentos por programas é feito quinzenalmente em listagem baseada no estoque anterior, entrada e saída, calcula a saída e faz o pedido [...]. A gente quinzenalmente faz o mapa e neste momento a gente vê de acordo com a saída, a gente não costuma guardar [estocar] medicamentos, a gente tem esse problema na hora de vencidos, se a gente tem uma saída de 5000 a gente dá uma basinha de 10% ou um pedido extra (Entrevistado 5).

[...] orientação do pessoal em relação ao recebimento de medicamento, observando validades, observando apresentação, chamando atenção pra dispensação, vendo a disponibilidade, o quantitativo que a gente recebe em consonância com a nossa demanda, pra que a gente não fique sem medicação, com o gerenciamento de modo geral [...] (Entrevistado 6).

As falas revelam que as solicitações de medicamentos no PSF não são fundamentadas por nenhum método de programação como consumo histórico, perfil epidemiológico, oferta de serviços ou consumo ajustado (MARIN et al., 2003). Como revelou o entrevistado 5, os pedidos são realizados manualmente, de acordo com saída quinzenal, baseando-se na contagem atual do estoque e na planilha de pedido (mapa) da quinzena anterior.

Observamos que as saídas registradas nos livros de medicamentos, incluindo o Livro de Psicotr3picos e Entorpecentes, ou nas segundas vias das receitas n3o s3o utilizadas para posterior controle do estoque. At3 porque n3o se registra rotineiramente nos livros e nem sempre s3o recolhidas as segundas-vias das receitas, principalmente quando o medicamento 3 de uso cont3nuo, como os psicotr3picos, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais cujas receitas possuem validade de tr3s meses. Inclusive, identificamos algumas USFs que sequer possuem livros de registros. Desse modo, n3o 3 poss3vel identificar o consumo m3dio mensal (CMM) de cada medicamento, al3m de que as receitas n3o s3o utilizadas para controle das sa3das de medicamentos do estoque da farm3cia.

As falas dos entrevistados 5 e 9, trabalhadores de sa3de, corroboram com a nossa observa33o.

Nosso 3nico controle 3 de segurar as receitas. Antes tinha um livro ata para registrar as sa3das, que devido ao corre-corre n3o ficou vi3vel, muitas vezes ela esqueciam, no corre-corre elas juntavam as receitas pra depois lan3ar no livro e a3 como n3o era fidedigno e **a Secretaria n3o cobra nenhum controle** n3s optamos por somente segurar as receitas, ent3o nosso 3nico controle, nosso respaldo 3 pela receita mesmo, pois o lan3amento deveria ser na hora pra ser vi3vel. Antes a SMS recolhia e a gente descobriu que eram descartadas, mas h3 um bom tempo a gente apenas arquiva, aqui mesmo (Entrevistado 5).

Quantos pacientes s3o? Quantos captopril? Quantos comprimidos de captopril? Quantos hidroclorotiazida? Quantos nifedipina? **A gente n3o tem esse quantitativo, a gente tem uma no33o pela sa3da**, porque nem sempre os que pegam s3o da 3rea da gente [...] 3 uma dificuldade, n3o 3 um limite, 3 um obst3culo. [...] a gente ret3m a segunda via da receita quando 3 prescrito por aqui. Quando n3o 3 prescrito por aqui, o paciente s3o vem com uma via e a gente n3o pode ficar com a via do paciente. E a3 ... tem esse controle perdido do trabalho, dos medicamentos que foram dispensados (Entrevistado 9).

Dessa forma, os pedidos s3o feitos e enviados para a CAF gerando muitas reclama33es posteriores, pois de acordo com as falas, as quantidades solicitadas nos pedidos n3o s3o atendidas ou s3o enviados medicamentos que n3o foram solicitados.

[...] Vem a menos. Agora mesmo, hoje chegou medicamento, faltou um monte de medicamento [...]. Ele faz um pedido extra pra poder suprir n3? Porque a quantidade de medicamento que o povo pega aqui 3 muito grande. [...] Quando 3 um rem3dio [n3o solicitado] que j3 3 aceito aqui ele mostra pra doutora e a3 fica na casa [refere-se 3 USF]. A doutora pode at3 prescrever. Se n3o, ele devolve pra secretaria, faz o relat3rio e devolve (Entrevistado 10).

[...] hoje que vem quantidade pouca de todas as medica33es, quantidade pouca [...] (Entrevistado 12).

De acordo com a nossa observa33o, alguns itens solicitados n3o s3o distribu3dos porque est3o em falta. Contudo, 3s vezes a CAF envia quantidade inferior e at3 mesmo superior ao solicitado, conforme trechos registrados durante a observa33o em distintas USF.

Pude averiguar isto em relação a alguns itens como o diclofenaco gotas que a AF enviou 5 frascos sendo que foi solicitado 20; ibuprofeno foi enviado 15 e solicitado 20 frascos; ácido fólico foi enviado 300 e solicitado 500 comprimidos; e sulfato ferroso foi enviado 5 e solicitado 10 frascos (Observação).

De acordo com as técnicas de enfermagem o único problema da farmácia é a falta de alguns itens, como atualmente falta o clonazepam, sinvastatina, fluconazol, enalapril 5mg, estriol. Ainda há o envio em quantidade inferior ao que foi solicitado. No último mapa pude observar que foi pedido 1000 cpr de ibuprofeno sendo enviado apenas 500 cpr; espironolactona (pedido 300 e enviado 100); prometazina (500 – 300); fluoxetina (1000 – 500) e levotiroxina 50mg (300 – 150). Também acontece o contrário, por exemplo, foram pedido 300 cpr de ácido fólico e enviado 400; hidroclorotiazida (1000 – 1500); captopril (1000 – 2000) (Observação).

Antes de atender às solicitações feitas pelas USFs, os trabalhadores da CAF analisam os pedidos a partir de um programa informatizado de controle de estoque. Então, algumas vezes é possível identificar que as diferenças nas quantidades solicitadas e atendidas se dão por conta de erros no controle de estoque, preenchimento da planilha (mapa) e na distribuição pela CAF, conforme a fala do informante-chave a seguir.

Aqui nós temos no nosso sistema o nosso controle de estoque, o que a unidade de saúde consome mensalmente. Então normalmente o parâmetro que a gente usa pra fazer esse controle de estoque não é do mês anterior, normalmente o que a gente usa, tipo, 6 meses, uma média, bota mais 20% em cima de medicamento e aí é liberado (Entrevistado 2).

O entrevistado 11 expressa convergência com o entrevistado 2 ao afirmar que existe uma análise do pedido das unidades.

Geralmente vem a menos, se eles virem que a saída foi grande e eu pedi menos que a demanda eles colocam a mais, mas geralmente é menos ou a quantidade que eu solicitei (Entrevistado 11).

Dessa forma, existem processos de trabalho completamente diferentes. No PSF baseia-se pelo consumo da quinzena anterior, mais “uma basinha de 10% ou um pedido extra” como revelou o entrevistado 5. Observamos ainda que algumas USFs procuram armazenar um quantitativo extra de medicamentos para suprir faltas futuras. Já na CAF usa-se o consumo dos últimos seis (6) meses e “bota mais 20%” como relatou o entrevistado 2. Assim, a consequência desta desarticulação do processo de trabalho entre os sujeitos envolvidos, incrementado pela falta de método sistematizado de programação, é o desabastecimento ou a perda de medicamentos no município por vencimento da validade, conforme as falas a seguir.

**[...] às vezes eles ficam ‘empurrando’ medicamento que vai vencer. Segura, segura na distribuição e depois quando vai vencer daqui a 3 meses, eles distribuem tudo de vez pra você se virar nos 30, pra livrar o pepino deles e jogar pras unidades. Quando isso acontece, a gente faz um ofício e devolve 3**

meses antes do vencimento[...] pra eles passarem pra outras unidades, policlínicas [...]. Faltam algumas às vezes, **mas a maioria dessas medicações essenciais estão mantidas, tranquilas, abastecidas sem dificuldade de distribuição.** [...] as queixas são em relação à falta de medicação, o clonazepam em gotas não tá vindo, o clonazepam comprimido, hidróxido de alumínio pra gestante pra questão da azia, sulfato ferroso xarope [...] mas tá faltando medicações que vem diretamente do Ministério da Saúde [...] (Entrevistado 8).

[...] às vezes até falta paracetamol ou dipirona pra o menino que chega com febre e a gente não tem. Às vezes na farmácia aqui não tinha insulina e aquilo me angustiava terrivelmente. Faltou insulina! [...] às vezes o paciente fica aí e tem uns que não compram, tem uns que não compram porque não tem e tem uns que não compram porque acha que é obrigação daqui ter e aí se não tem ele não usa. [...] tem alguns casos que eu falo: não pode, tem que fazer um esforço. Porque tem alguns assuntos que não tem como ficar sem tomar [...]. No meu dia a dia a sinvastatina é importante e não tem. (Entrevistado 16).

Em relação ao desabastecimento de medicamentos, o entrevistado 16 refere a falta de medicamentos essenciais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica como paracetamol e sinvastatina cujo financiamento é tripartite e dipirona que faz parte da Remume. Além desses, refere a falta de insulina, medicamento também do Componente Básico, mas com financiamento, aquisição e distribuição realizados pelo Ministério da Saúde.

A falta de insulina no Brasil teve repercussão na mídia, pois aconteceu após a greve dos funcionários da Anvisa iniciada no dia 16 de julho de 2012. Não foram divulgados os verdadeiros responsáveis, se realmente a greve ou os próprios laboratórios farmacêuticos, o que se sabe é que os usuários insulino-dependentes tiveram a sua terapêutica interrompida e suas vidas em risco por conta deste desabastecimento (ESTADÃO, 2012).

De forma divergente em relação ao entrevistado 16, para o entrevistado 8, a USF é mantida abastecida de medicamentos essenciais, mas o mesmo se contradiz ao citar alguns itens em falta como clonazepam solução e comprimidos, hidróxido de alumínio e sulfato ferroso, já justificando equivocadamente que são medicamentos “enviados pelo Ministério da Saúde”. Fato que demonstra desconhecimento sobre os Componentes da Assistência Farmacêutica e revela as justificativas que são dadas às equipes de saúde da família e aos usuários de medicamentos em relação ao desabastecimento de medicamentos.

A aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica ocorre conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite-CIB e tem financiamento tripartite (BRASIL, 2010b), sendo que o clonazepam comprimidos, citado pelo entrevistado 8, não faz parte da Renome 2012 e nem da Resme 2009, podendo ser adquirido com a recurso próprio municipal, já que faz parte da Remume. Para que não haja desabastecimento de medicamentos nas unidades de saúde, o município deve realizar uma programação adequada. Ressaltamos que a nossa intenção não é defender o Estado, nem acusar o município. Também

não averiguamos se estes itens estavam em falta na Central de Abastecimento Farmacêutica do Estado da Bahia (Cefarba), ainda que estivessem nas USFs. Apenas aproveitamos a oportunidade para tentar explicar como ocorre este processo.

De forma convergente ao que observamos, os entrevistados 1 e 2, informantes-chave, revelam que o desabastecimento de alguns itens seriam de responsabilidade do Estado.

[...] Diminuíram o período de desabastecimento de medicamento, nesses períodos que ocorreram desabastecimento de medicamento foram por algo que assim, nós não realmente, não esperávamos, tipo, como [...] questão do Estado [...] por questões de licitações, questões que teve o problema da greve da ANVISA [...] (Entrevistado 1).

[...] Caso o Estado, tá ocorrendo muito né? [...] não tenha essas medicações [...] o município acaba arcando a compra dessas medicações. É tanto que agora só no primeiro trimestre que o Estado forneceu fita pra glicemia, desde o segundo, o terceiro e agora o último o município é que tá arcando com as despesas, não tá tendo fita pra glicemia, não tá tendo glicosímetro. Então acaba onerando um pouco o município né? Tem que um pouco puxar a verba pra poder suprir essa necessidade (Entrevistado 2).

Os entrevistados 5 e 18, trabalhadores do PSF, convergem com o entrevistado 1, informante-chave, ao revelarem como avanços na assistência farmacêutica municipal o aumento na oferta de medicamentos nas USFs.

[...] a quantidade de medicamentos [...], pois um tempo atrás era bem menos e a gente solicitava, por exemplo, 5 mil comprimidos de captopril recebia 1 mil e aí antes do fim do mês tinha que fazer pedido extra, mas não vinha, pois a demanda era muito grande na farmácia central (Entrevistado 5).

[...] o único avanço é o fato de sempre ter medicamento disponível, a impressão que eu tinha logo que eu entrei aqui é que sempre ia faltar remédio e isso aqui é muito difícil de acontecer. Eu acho que isso depende muito da administração da unidade, ficar sempre atenta pra que isso não aconteça [...] (Entrevistado 18).

No grupo dos usuários, os entrevistados 19 e 26 convergem com os trabalhadores (entrevistados 5 e 18) ao revelarem a disponibilidade de medicamentos no PSF.

Melhoraram um pouco, acho que sim [...] só não tem quando é um remédio que é de comprar mesmo, mas aqui, os que a gente precisa, sempre tem (Entrevistado 19).

Porque quando a gente chega tem o remédio né? E antes demorava mais (Entrevistado 26).

Entretanto, os entrevistados 20, 22 e 24 divergem dos entrevistados 19 e 26, também usuários, ao revelarem o desabastecimento nas farmácias da USF.

Já parei. [...] às vezes eu venho pegar no posto e não tem, eu fico aguardando chegar porque primeiro dá o mês todo e não chega né? Então, eu aguardo aí 15 dias, mês de setembro mesmo aconteceu isso, setembro não tinha, não chegou aí, então eu levei uns 15 dias sem comprar, depois eu comprei, comecei a tomar, a pressão estagnou um pouquinho, mas foi o remédio que veio muito forte. [...] Não, né caro não. Um é

14 reais e outro é 18 reais, né caro não, mas tem vezes que eu me relaxo um pouco e fico esperando chegar (Entrevistado 20).

Sempre em farmácia de posto falta remédio. Teve uma época que faltou remédio e eu tive que comprar, sempre falta remédio. Foi um anticoncepcional [...] injetável porque eu tenho enjôo ao usar o comprimido (Entrevistado 22).

[...] falta constante de remédio. [...] agora com esse negócio de ano novo pra natal, passa dois, três meses sem remédio [...] (Entrevistado 24).

Dessa forma, para superar a dificuldade do desabastecimento de medicamentos no PSF, o entrevistado 24, usuário, mesmo sem o saber técnico-gerencial, sugere aos trabalhadores o método de programação pela oferta de serviço, conforme a fala a seguir.

É, fazer o posto pedir, no caso, o que os paciente precisa, porque todos é tratado aqui no posto com a médica daqui, eles pede o diagnóstico de todo mundo, aí pra ficha que os paciente precisa. De um medicamento de sangue, de não sei de quê, de anemia, duma nutricionista, uma coisa assim, pra pessoa né? (Entrevistado 24).

O método de programação pela oferta de serviço consiste basicamente na verificação da rede de serviços instaladas para tratamento de uma ou outra enfermidade e a partir dela estimam-se as necessidades da população atendida (MARIN et al., 2003). Para o entrevistado 24 parece simples, mas observamos que não há disponibilidade de pessoal para realizar este tipo de programação, além de que os períodos de desabastecimento, as variações na quantidade de usuários dos serviços e a ausência do farmacêutico no PSF dificultam ainda mais este processo.

Ao discutirmos sobre a disponibilidade de medicamentos essenciais no PSF é relevante considerar que a Portaria nº 4.217/2010 que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2010b) traz dificuldades em sua execução pelos municípios, pois o financiamento dos medicamentos é de responsabilidade das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos: I - União: R\$ 5,10 por habitante/ano; II - Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ano; e III - Municípios: R\$ 1,86 por habitante/ano.

Neste sentido, o entrevistado 1 relata que

[...] a assistência farmacêutica na verdade é, na parte de financiamento, as 3 esferas tem muitas falhas tem. Na prática a gente vê isso, é notório. **Na teoria você vê lá na Portaria [nº 4.217/2010], mas, na prática, tem algumas falhas.** Por ser uma das 3 esferas, o recurso eu acho que, **o recurso é escasso** [...], porém você tem uma política, vamos dizer assim, um planejamento estratégico de você, do que comprar, quando comprar e pra quem dispensar, você consegue atender a demanda, salvo quando as questões judiciais não vem onerar o teu orçamento [...] (Entrevistado 1).

Logo, de acordo com esta fala, a falta de recursos acaba sendo uma justificativa para o desabastecimento de medicamentos, que ainda é agravado por algumas questões como: as

demandas judiciais, a distribuição de medicamentos para usuários de outros municípios e da rede privada, os possíveis desvios e as perdas de medicamentos.

Em relação às demandas judiciais o entrevistado 1 relata, mesmo sem indicadores estatísticos que

[...] diminuiu muito a questão da judicialização de medicamentos no SUS aqui [...]. Tem? Tem, e nunca vai deixar de existir [...]. Nós fizemos um trabalho bem assim de formiguinha. Primeiro a gente criou a comissão, a gente viu quais são os principais medicamentos, tem medicamento da moda, da onda que a gente chama [...]. A gente foi em cada Ministério, em cada ente Federal, Estadual, Defensoria. Apresentou o que é a assistência farmacêutica, as responsabilidades [...], o recurso que chega e o recurso que seria destinado só pra compra daquele medicamento. [...] Foi um trabalho de sensibilização porque assim, o juiz não sabe, eu não tiro a razão dele não, chega lá uma ação judicial, ou você fornece o medicamento ou o paciente morre. Então fornece! [...] Conversamos com os juízes também, sensibilizamos se é o Estado, se é o Município, se é a União [...] tanto é que eles ligam pra gente agora [...]. Aí estabelecemos protocolos, que é pra médicos de Salvador, de vários, de vários, até de São Paulo que prescrevia o medicamento e chegava aqui o paciente entrava na justiça... Aí a nova 'Resolução' [Decreto nº 7.508/2011] que regulamenta a 8.080, fala da questão da dispensação de medicamentos, prescrição do SUS. [...] Então esse corpo a corpo existe e ficou mais forte depois que foi criada a Comissão de Farmácia e Terapêutica Jurídica [...] com advogado e tudo, etc. e apresenta também quando tem a questão da, da, como é que chama? Que tem a audiência? Que tem o juiz da parte do Estado e da parte do Município, que antes só ia o advogado, agora vai o advogado e o farmacêutico (Entrevistado 1).

A judicialização da assistência farmacêutica tem interferido nas rotinas das instituições de saúde e provocado implicações no processo de trabalho dos sujeitos. Além disso, gera dificuldades financeiras para os cofres públicos. Esta relevante experiência do município poderá ser melhor analisada em outro trabalho acadêmico que possa ter como objetivo comparar, através de indicadores, a situação da judicialização da assistência farmacêutica antes e depois do trabalho da referida comissão.

A despeito do esforço apontado pelo entrevistado 1, a fala seguinte revela a dificuldade de um usuário para ter acesso ao medicamento Ritalina® para seu filho, sendo que o mesmo não faz parte da Remume.

[...] ele estuda na APAE e estuda a tarde na escola regular e foi difícil na escola regular. Tem escola que expulsou ele duas vezes porque ele não ficava atento. Ele fez acompanhamento com fono, com otorrino, eu andei muito [...]. Procurei lá na Secretaria de Saúde na parte de farmácia aí ela disse que não podia me ajudar. [...] Ele faltava a aula e eu fui falar que ele faltava porque ele tava sem a medicação e a medicação dele era cara. Aí a professora dele falou: 'oh, vai no Ministério Público do Estado'. Aí eu fui né? [...]. Esse processo ficou rolando, passou muito tempo no Ministério Público do Estado aí eles me passaram pro Ministério Público do... é...do Estado. Não, federal, primeiro foi no federal, aí me passaram pro do Estado e no Estado foi que eu consegui a medicação [...] (Entrevistado 21).

A partir dessa fala podemos perceber que esta usuária peregrinou no sistema municipal de saúde e também nos órgãos da justiça, no intuito de conseguir o medicamento

para o tratamento de seu filho. Revela, portanto, que as práticas de saúde da USF e do Setor de Assistência Farmacêutica são desarticuladas, prejudicando o fluxo do atendimento e a resolubilidade.

Pesquisas revelam um grande percentual de pareceres favoráveis aos autores dos processos, demonstrando uma prática em que há distorções desse direito, na medida em que o poder judiciário não se fundamenta nos elementos das políticas de medicamentos, sobrepondo às necessidades individuais às necessidades coletivas. Comprometendo, assim, o financiamento da saúde, a equidade no acesso e o uso racional de medicamentos (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA, 2008).

Outra dificuldade para a programação de medicamentos é a dispensação para usuários de outros municípios como revela a fala do informante-chave, a seguir.

[...] a gente arca com a liberação de medicamento pra outro município porque chega conhecido de não sei de quem são..., chega de tal lugar, de tal lugar pra pegar medicamento que o município dele deveria disponibilizar essa medicação. Então acaba desviando um pouco as medicações e a população [daqui] correndo o risco de ficar sem o medicamento. Então todo o controle que a gente faz em cima de liberação de medicamento é tendo uma visualização de tudo porque a preocupação em faltar é grande (Entrevistado 2).

Desse modo, a fala desse entrevistado é convergente com o entrevistado 8, trabalhador de saúde, a seguir.

[...] se faltou medicamento [...], aqui [...] são três unidades de saúde da família então, eu mesmo despacho medicação. **Temos o nosso território, mas eu não nego medicação a ninguém. Tá com receita na mão a gente despacha de qualquer localidade, de qualquer município, tando com a receita, tanto faz do SUS como do particular, porque o SUS é universal**, é para todos (Entrevistado 8).

No grupo dos usuários, o entrevistado 24 também relata que nos períodos de desabastecimento da farmácia da unidade, é orientada a buscar seus medicamentos em outra USF, mesmo não sendo acolhida, por pertencer a outro território.

[...] falta constante de remédio. [...] agora com esse negócio de ano novo pra natal, passa dois, três meses sem remédio, **manda nois ir buscar medicação lá no outro posto, a moça dá, mas ela diz que tem obrigação de dar ao povo daqui não, é o de lá. Ela cansa de brigar com nós** (Entrevistado 24).

As falas dos entrevistados 2, 8 e 24 corroboram com a nossa observação, onde visualizamos usuários de outras USF e de outros municípios, alguns com receitas oriundas da rede privada, adquirirem seus medicamentos, dificultando assim a programação do quantitativo adequado de medicamentos de cada USF. Assim, a situação relatada nos

possibilitou perceber que o município ainda não aplica as determinações do Decreto nº 7.508/2011 que estabelece as regras para o acesso à assistência farmacêutica.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente: I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS; II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; III - estar a prescrição em conformidade com a Rename e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (BRASIL, 2011e).

Desse modo, a fala do entrevistado 8 aponta que possivelmente tais questões ainda não foram discutidas no âmbito da assistência farmacêutica e que as normas não são aplicadas, efetivamente, por motivos diversos que incluem desde o desconhecimento até a discordância das mesmas pelos gestores e profissionais.

Neste sentido, além da dificuldade de se estimar a demanda de cada unidade devido ao aparecimento de uma demanda externa não previsível, a programação da assistência farmacêutica apresenta mais um problema para a sua execução, os possíveis desvios de medicamentos nas unidades.

Pela nossa experiência tanto no serviço público como no privado, sabemos que os desvios de medicamentos são comuns em farmácias, unidades de saúde, hospitais e Centrais de Abastecimento Farmacêutico, mas é possível efetivar mecanismos para minimizá-los. De acordo com Marin e outros (2003), um dos objetivos do armazenamento é assegurar os produtos e os valores patrimoniais inerentes, protegendo-os contra desvios e perdas.

Assim, um efetivo controle de estoque e uma equipe comprometida com as regras e com o trabalho, como a equipe descrita a seguir, por um dos trabalhadores entrevistados, pode ser um mecanismo capaz de evitar desvios.

**Só sai com receita impreterivelmente**, independentemente do tipo de medicamento. Eu falo sempre que farmácia não é supermercado que você olha gosta e leva. Tem um critério, **tem um controle [...]. O ideal seria um armário de controlados com chave**, mas não temos aqui. Em outra unidade que eu trabalhava era preocupante, né ... porque assim, muita gente tinha acesso. Mas aqui eu não eu não vejo problema, pois se tivesse um armário com chave, eu até poderia responsabilizar uma pessoa, mas às vezes a pessoa vai lá, abre e se tiver o deslizezinho deixa o armário aberto, se tiver no banheiro, por exemplo, quem quiser desviar, desvia.... Quem quer fazer o errado sempre arranja uma maneira de burlar, entendeu? Então, assim, eu tô numa equipe que confio, confio muito, então o armário não me faz falta. Eu ficaria preocupada se tivesse acesso do paciente, mas até paciente quando passa, a gente fala: não, aguarde lá fora que a gente vai pra lá e te dá o remédio. Apesar de que nossa farmácia também é copa, o acesso não é livre, o pessoal fica lá, quando tem estudante e quando faz o mapa a gente vê, se estão de acordo com o que geralmente sai, se tem alguma coisa exagerada, absurda (Entrevistado 5).

De forma divergente do entrevistado 5 (trabalhador de saúde), o entrevistado 2 (informante-chave) relata a seguir sobre a dificuldade de se efetivar o cumprimento das regras criadas para que possam evitar os desvios de medicamentos na CAF.

[...] aqui na CAF é que eu sempre tô de olho, sempre tô de olho. Quando eu vejo alguma coisa eu chamo, ‘e aí como é isso?’ ‘não, bora, não pode não’. Às vezes a amiga, não sei o que tá entrando aí, eu não, [...] ‘é proibido, só funcionário’. Porque na realidade tem gente que nem fala comigo, tem gente que, como é o nome? Tem motorista que nem fala comigo porque eu proibi a entrada deles porque eles queriam transitar do jeito que quisessem aí, e aí acha que eu sou isso, eu sou aquilo, não é. Eu entro em qualquer unidade de saúde. Peço licença, ‘posso entrar?’[...] (Entrevistado 2).

Em seguida, em relação às Unidades de Saúde, o entrevistado 2 continua sua fala que converge com o entrevistado 16, trabalhador de saúde, em relação aos possíveis desvios de medicamentos.

[...] porque na realidade o que acontece muito muito, muito na unidade de saúde é, infelizmente, é o que? É pedir o medicamento porque minha mãe toma tal medicamento, porque a vizinha toma tal medicamento, porque o cachorro, o papagaio toma tal medicamento. Então, na realidade acaba tendo um pouco de desvio dos medicamentos, então isso acaba aumentando os estoques, e o que é que acontece com isso? A população fica sem medicamento. Então a gente também faz um maior controle por isso, pra que não fique solto, não fique sendo liberado de qualquer maneira, não só os controlados, principalmente os controlados [...] (Entrevistado 2).

[...] não sei, talvez quem faça o controle da medicação, é, o que saiu, o que não saiu. Eu não tenho controle. Não sou só eu a prescritora daqui, né? [...] Quem tem acesso à farmácia? [...] Porque assim, a gente sabe que remédio é uma coisa que todo mundo quer [...] E às vezes eu acho que tem muita gente que... [gesticulou com mão indicando desvios por mais de uma vez durante a entrevista], entendeu? Eu quando eu pego medicação [...] ibuprofeno, paracetamol, tô com dor de cabeça, eu faço a receita e eu entrego a receita a ela, ‘oh, doutora, não precisa’. - Não. - Precisa sim. [...] Na época das bombinhas mesmo, todo mundo tinha rinite, todo mundo queria sair usando remédio nasal [...] (Entrevistado 16).

Percebemos que existe uma dificuldade da equipe da CAF e do PSF em entender que as regras precisam ser cumpridas, que o acesso deve ser apenas para funcionário do setor e que para o medicamento sair da USF precisa de receita médica, odontológica ou de enfermagem que justifiquem o uso, tendo como critério uma necessidade de saúde e uma racionalidade clínica para a escolha do agente terapêutico mais adequado para cada usuário.

Nossas observações, a seguir, corroboram com as falas anteriores relacionadas ao não cumprimento das regras e possíveis desvios de medicamentos.

Às 15h uma das técnicas se preparava para ir embora da USF e antes sair entregou um frasco de medicamento sem receita e sem lançar no livro a uma conhecida. Parece que era dexclorfeniramina, anti-alérgico utilizado, muitas vezes, de forma equivocada para tosse produtiva, talvez pelo fato de ser xarope. Ela tentou disfarçar, mas vi claramente que não tinha receita e nem ela lançou a saída (Observação).

Visualizei uma agente comunitária de saúde entrar na farmácia e colocar em uma sacola muitos medicamentos para um usuário de sua área, quase não coube na sacola e ela ainda disse: ‘é muito medicamento que ele toma’. Também não foram registradas as saídas dos medicamentos. O acesso à farmácia é livre e qualquer pessoa da USF pode entrar e dispensar medicamentos, pois é uma função que para eles qualquer um pode fazer (Observação).

Próximo ao meio dia, todos já se mobilizavam para ir embora e aqueles que almoçam na unidade já se dirigiam à copa. Fui para a farmácia e presenciei uma funcionária colocando uma cartela de medicamentos na bolsa antes de sair e uma agente comunitária de saúde olhava para as caixas de medicamento e tentava lembrar o nome do medicamento que ela achava que a sua amiga estava precisando. ‘Era um medicamento para estômago’, disse ela em voz alta. Eu perguntei se era o omeprazol e ela disse que sim, mas não teve coragem de levar o medicamento, provavelmente, devido a minha presença. Dessa forma, percebi que o acesso à farmácia é livre para qualquer pessoa e que saída de medicamentos é feita sem controle de estoque (Observação).

Na farmácia da Unidade procurei saber das técnicas se a sinvastatina que estava em falta já havia chegado e de forma automática perguntaram ‘você quer? Fiquei desconcertado e expliquei que não, que era só a título de informação mesmo (Observação).

Meu estômago estava doendo, talvez devido ao almoço rápido demais ou a algum alimento indigesto, comentei isso na farmácia e rapidamente me ofereceram omeprazol, aproveitei e expliquei que não se usa omeprazol de estômago ‘cheio’ e que não precisaria do mesmo (Observação).

Neste sentido, o entendimento sobre medicamento como um objeto de consumo, a apropriação do bem público e a naturalidade com as quais estas práticas ocorrem trazem implicações na programação de medicamentos nas unidades de saúde. Para evitar esta situação e até mesmo educar continuamente os trabalhadores, as atividades de supervisão precisam ser mais freqüentes, além das necessárias adequações estruturais nas farmácias.

Sobre esta supervisão, os informantes-chave revelam que são realizadas, mesmo tendo como dificuldades o número reduzido de farmacêuticos e de transporte.

[...] A gente tenta ao máximo dar o suporte. A gente visita as unidades, as meninas ligam pra gente, a gente vai até às unidades. O farmacêutico passa o tempo que for necessário na unidade. Agora mesmo o CAPS entrou em contato com a gente, a gente disponibilizou um farmacêutico pra ir, pra dar toda orientação [...]. Mas, há déficit de carro, então o Setor de Assistência Farmacêutica deveria ter hoje no mínimo três carros. Um carro apropriado pra transporte de medicamentos, climatizado com tudo direitinho e 2 carros pra que a gente possa ir até as unidades, não dependendo de carros de outros setores que não fizeram a atividade por algum motivo a gente pegar e, aí foge todo um cronograma que a gente faz de vistoria nas unidades (Entrevistado 1).

[...] fazemos [as supervisões] regular não, fazemos pontualmente. Regular é complicado fazer. Por isso [...] eu falei da necessidade de ter um farmacêutico na unidade de saúde [...] Ocorreria um *feedback* maior [...]. Sempre que posso eu ando nas unidades de saúde pra tá observando como é que tá se estocando os medicamentos, como é que o pessoal tá passando as informações pra os pacientes [...] (Entrevistado 2).

Entretanto, os entrevistados do grupo dos trabalhadores divergem desses entrevistados ao revelarem que as supervisões não são realizadas.

[...] parece que uma vez teve [farmacêutico na USF] [pausa]. Não sei se um treinamento, fez a supervisão, tem muitos anos, eu não estava nem aqui parece. [...] No meu tempo [6 anos nesta USF], uma duas vezes, pode vir assim, teve farmácia aqui, mas eu tava de folga, férias, assim [confusa na resposta], entendeu? Comigo acho que só umas duas vezes (Entrevistado 6).

Nunca vieram aqui, o contato que eu tenho é quando eu vou lá na Assistência Farmacêutica, que agora até os blocos das medicações de receituário azul não podemos mais pedir, temos que ir lá buscar. Pronto, é este o contato que tenho a Assistência Farmacêutica (Entrevistado 7).

[...] até o tempo que eu tô aqui nunca veio não, o primeiro [farmacêutico] é você, nunca tive nenhuma participação assim com ninguém relacionado à farmácia (Entrevistado 10).

[...] eu tenho pouquíssimo contato com o pessoal da Assistência Farmacêutica [...] Nenhum [farmacêutico] da Secretaria veio falar nada comigo até hoje (Entrevistado 13).

Essas falas convergem com as observações realizadas em campo sobre a ausência da supervisão dos farmacêuticos nas USFs. Até mesmo a supervisão pelos enfermeiros das atividades da farmácia não são frequentes, certamente devido ao número de atividades gerenciais e assistenciais pelas quais os mesmos são responsáveis concomitantemente no PSF. Este fato foi observado durante a coleta de dados onde visualizamos apenas os técnicos de enfermagem realizando as atividades nas farmácias.

As falas a seguir corroboram com a situação observada sobre a supervisão das atividades da farmácia pelos enfermeiros.

[...] a gente tenta chegar mais perto um pouquinho [...] eu sempre chamei [a atenção para a validade dos medicamentos], porque repare, eu não posso fazer o serviço de todo mundo, eu tenho meu serviço também, [...] eu tento ver as coisa assim, [...] a gente vai 'olhano', mas não tem um tempo determinado só pra isso [...] (Entrevistado 6).

Uma vez por mês eu dou uma passada lá na contagem de medicação pra poder ver a validade [...]. As que [...] vão vencer em dezembro, por exemplo, eu trago elas pra frente pra serem despachadas logo e deixo as que vão vencer em janeiro, fevereiro mais pra trás [...] pra que a gente não tenha tanto desperdício [...]. E observo as segundas vias das receitas pra saber o que é que está saindo e o que não está saindo da nossa farmácia (Entrevistado 7).

[...] sempre quando dá eu tô lá, observando a dispensação, tô orientando (Entrevistado 9).

Percebemos então que as supervisões de enfermagem não ocorrem com frequência regular, situação semelhante acontece ao tratarmos das atividades de capacitação sobre assistência farmacêutica no PSF.

As falas a seguir apontam convergências entre os informantes-chave sobre as atividades de capacitação.

[...] por mais que a gente capacite, aí como a gente não pode ir até eles, a gente manda eles vim até nós. Então a gente convoca todos, a gente capacita, a gente dá aulas, a gente treina, a gente tudo. [...] toda dinâmica que é alterada dentro da assistência farmacêutica a gente informa, a gente mostra, a gente pede opinião também (Entrevistado 1).

[...] planejamentos [...] pra formar e manter os grupos, feiras de saúde, ações de impacto também e cada um, é, focando na sua área, mas eu também trabalho muito sozinho fazendo capacitação (Entrevistado 3).

a gente faz capacitação também com agente de saúde e técnico de enfermagem, são as duas classes que a gente mais trabalha [...] sobre vacina, sobre exames laboratoriais, todo o sistema em geral de farmácia, de capacitação. Para os técnicos de enfermagem que ficam nas farmácias capacitação sobre cuidados no armazenamento, temperatura de determinado medicamento, cuidados também na dispensação, esse tipo de orientação (Entrevistado 4).

Entretanto, os trabalhadores do PSF divergem dos informantes-chave ao afirmarem que estas capacitações nunca foram realizadas. Quando os trabalhadores se dirigem à SMS para entregar as estatísticas da PSF e pegar os blocos de receitas, eles aproveitam para esclarecer alguma dúvida relacionada com a assistência farmacêutica, conforme as falas a seguir.

Então, a Assistência Farmacêutica deveria chegar mais junto da equipe do PSF, a gente vê um distanciamento, então pra mim a Assistência Farmacêutica é só entregar o mapa da farmácia, eles não marcam uma reunião, não marcam um treinamento, chega medicamento novo eles não procuram fazer uma orientação, aí aqui na unidade a gente tem que correr atrás de uma bula, vê na internet pra que serve, o que é, pois ninguém sabe tudo. Então assim, a Assistência Farmacêutica deveria promover palestra pra gente enfermeiro, médico, sobre os medicamentos novos [...] (Entrevistado 5).

[...] eu tive [...] na Assistência Farmacêutica pedindo essa orientação que a gente não recebe [...] eu não ando em farmácia, não trabalho em farmácia, não tenho intimidade com farmácia, então só vem assim, quando a gente vê dispensa aqui [...] eu até pedi pra Assistência Farmacêutica pra dar mais apoio à gente, que de vez em quando viesse aqui pra orientar o pessoal, pra nos orientar alguma coisa que esteja pendente, a gente tem até assistência farmacêutica [farmacêutico] no NASF, já até conversei isso com a menina também [...] (Entrevistado 6).

[...] Nunca fizeram capacitação, nem o farmacêutico do NASF que eu nem sei quem é, pra te dizer melhor, que deveria ter um contato maior com a gente já que há essa deficiência na assistência farmacêutica. Já que há o profissional farmacêutico no NASF, deveria dar esse a gente, mas isso não é feito. Quando há capacitação é a enfermeira mesmo que faz [...]. Precisa ter um apoio maior da Assistência Farmacêutica, que fosse uma capacitação local porque quando é uma capacitação que chama todas as equipes não há uma troca de informações, muitas pessoas não conseguem expressar suas dúvidas. Eu acho que o treinamento, a capacitação deveria ser local, in loco mesmo (Entrevistado 7).

[...] Porque às vezes também tem gente que entrega remédio e fica sem saber como realmente vai ‘explicar’ o paciente como é que vai orientar ali. [...] essa orientação

quanto a medicamento não, nenhuma, nenhuma orientação, nenhum treinamento que seria até bom (Entrevistado 10).

Dessa forma, visualizamos uma desarticulação entre as falas dos informantes-chave e dos trabalhadores e evidenciamos que a frequência ou a forma como ocorrem as capacitações realizadas pelo Setor de Assistência Farmacêutica e NASF não satisfazem aos trabalhadores de saúde, trazendo implicações para o processo de trabalho da equipe de saúde da família que podem resultar em erros no armazenamento, na programação, e na dispensação, expondo o usuário a riscos evitáveis.

Durante a coleta de dados quando falávamos do nosso objeto de pesquisa os trabalhadores das USF demonstravam a necessidade de compreendê-lo e nos convidavam para capacitar a equipe ou realizar palestras em feiras de saúde como na fala a seguir.

[...] Aqui dentro da unidade, não sei. Às vezes eu acho que seria interessante uma capacitação. **Você podia fazer isso**, Bruno, pela gente [...]. É, você podia fazer isso pela gente, **capacitar o pessoal que entrega medicação**, essas orientações assim, sabe? Essas coisas básicas, quem sabe. Às vezes assim, é, eu sinto, teve algumas pessoas já que eu colocava 'de oito em oito horas' [na receita] e que dava problema até nisso. Então, eu tinha que colocar os horários específicos sabe, coisas básicas mesmo, porque às vezes é um entrave, **às vezes, o paciente tomava a medicação errada** [...] (Entrevistado 13).

Assim, os trabalhadores de saúde sentem a necessidade de capacitação, pois reconhecem que já aconteceram erros de dispensação nas USFs. Além da falta de treinamento, a seleção de profissionais e a qualificação dos técnicos de enfermagem responsáveis pela farmácia foi uma das dificuldades apontadas pelos informantes-chave (entrevistado 1) e trabalhadores (entrevistados 13 e 16).

[...] **Carência de profissionais e profissionais qualificados pra tá principalmente na ponta acompanhando esse processo de dispensação de medicamentos e de solicitação também, entendeu?** Porque geralmente, geralmente não, a maioria das vezes quem solicita os medicamentos pra gente é um técnico de enfermagem ou o próprio administrativo da unidade e quem dispensa também, entendeu? Então, acredito eu que tem muito erro de dispensação ou a quantidade excessiva demais, entendeu? É, na ponta, mas que foi notificado, que chegou até a coordenação eu não tenho conhecimento nenhum, mas com certeza, com certeza não, provavelmente possa ter acontecido alguma, principalmente medicamentos parecidos e esses não tem, por mais que a gente capacite-o, aí como a gente não pode ir até eles, a gente manda eles vim até nós [...] (Entrevistado 1).

[...] Infelizmente o que eu vejo é que, é ... **a participação dos farmacêuticos diretamente na unidade básica eu acho muito pouca**. Sei da dificuldade de contratação, que eles acabam alegando isso, mas assim, o principal que me chateia é que, **por não haver uma seleção adequada de pessoal para trabalhar na farmácia, acaba acontecendo inúmeros erros, é, e isso acaba dificultando meu trabalho**. Então assim, já é minha função, mas eu acabo reiterando mais ainda as orientações farmacêuticas de tudo aqui dentro do meu consultório por não contar, por exemplo, com a colaboração de vocês [farmacêuticos] aqui. [...] a gente tem uma rotatividade gigantesca de profissionais [...]. **Aqui já teve técnicos de enfermagem**

**altamente desqualificados e outras pessoas que não são técnicas que passaram a se meter no meio da farmácia para também despachar medicação, o que acaba colocando em risco a população né?** (Entrevistado 13).

[...] **só que eu sinto falta de eu ter gente bem ‘treinadinha’** [...] pra quando sair da minha sala eu saber que quando ela pegar, outra pessoa vai chegar ‘olha, aqui tá a insulina, aqui tá a seringa, você pode fazer isso, fazer aquilo’. Aqui uma vez a gente fez até uma capacitação sobre aplicação de insulina, porque às vezes muito resultado mau que a gente pode ter é o uso da medicação [...] (Entrevistado 16).

Dessa forma, a população está sujeita a utilizar os medicamentos de forma errada, já que as orientações não são dadas no momento da entrega do medicamento ao usuário ou quando isto acontece, é de forma precária, pois não foram capacitados e nem são legalmente habilitados para assumir esta função que é privativa do farmacêutico.

Portanto, o número limitado de farmacêuticos no município, a sua ausência no PSF e a carência de profissionais qualificados trazem implicações na execução das atividades gerenciais de assistência farmacêutica, dificultam o trabalho da equipe e põem em risco os usuários dos serviços.

Além disso, o descarte de medicamentos vencidos foi também identificado pelos trabalhadores de saúde do PSF como uma dificuldade nas atividades gerenciais da unidade.

Os produtos farmacêuticos constituem uma classe emergente de contaminantes orgânicos que passaram a ter importância ambiental com a expansão do desenvolvimento e comercialização de medicamentos a partir do século XX. Quando lançados no ambiente admite-se que os fármacos sejam degradáveis, contudo significativa fração é eliminada de forma íntegra do organismo humano, sendo esta parcela potencialmente sujeita a maior exposição ambiental (MAGALHÃES; MOL, 2013).

Para esses autores, a otimização da gestão de estoque é ação prioritária a ser adotada, especialmente, pelos órgãos públicos, pois a perda de medicamentos por validade expirada representa prejuízos em função do valor investido nos mesmos acrescidos os custos para o tratamento dos resíduos gerados. As causas para o acúmulo de resíduos no meio ambiente podem ser a aquisição de medicamentos sem programação adequada, as sobras oriundas de tratamentos provenientes do uso inadequado pela população ou da não adequação das indústrias, farmácias e órgão de fiscalização sanitária à Resolução nº 80/2006 sobre as normas para o fracionamento de medicamentos (BRASIL, 2006h). Esta resolução determina que essa atividade seja de responsabilidade de farmacêuticos e que os usuários tenham acesso apenas à quantidade prescrita de medicamentos fracionados identificados com o número de lote e validade.

Nesta perspectiva, as atividades gerenciais relacionadas ao descarte de medicamentos representou uma das maiores dificuldades para os trabalhadores de saúde que revelaram existir uma perda constante de medicamento, que pode ser reflexo das falhas na execução da programação de medicamentos na própria USF ou no Setor de Assistência Farmacêutica.

[...] é complicado contar todos estes medicamentos. Toda vez que a gente faz o mapa a gente verifica a validade. Olhar a validade de todos é complicado. A orientação que a gente tem da Secretaria é de separar para devolver à SMS os medicamentos com 3 meses antes do vencimento, que eu não concordo. Acho que **acaba perdendo muita coisa, pois às vezes a gente recebe remédio com a validade daqui a 4 meses e com a orientação para a gente se livrar destes medicamentos que muitas vezes a gente não tem demanda e aí como a gente vai se desfazer destes medicamentos**, entendeu? (Entrevistado 5).

A Assistência Farmacêutica não recebe [...], eu não tenho o apoio dessa Assistência pra dar o fim das medicações que estão com o prazo de validade, que estão vencidas (Entrevistado 7).

[...] eu tenho muito medicamento que tá pra vencer aí, por exemplo, daqui a um mês, vamos dizer, se eu quiser devolver pra Assistência Farmacêutica eles não recebem. A gente tem que devolver 3 meses antes. [...] **às vezes eles ficam empurrando medicamento que vai vencer, segura, segura na distribuição e depois quando vai vencer daqui a 3 meses eles distribuem tudo de vez pra você se virar nos 30 pra livrar o pepino deles e jogar pras unidades [...]**. (Entrevistado 8).

As falas dos entrevistados são convergentes em relação às perdas de medicamentos e ao fato de as unidades serem responsáveis pelo descarte final, sem qualquer tipo de condições para isso. Aponta ainda que os entrevistados confundem o setor administrativo da Assistência Farmacêutica Municipal que funciona na SMS e a CAF que está instalada em outro local, não havendo clareza para eles das responsabilidades e atribuições dos mesmos.

Diante destas circunstâncias, os trabalhadores do PSF referiram como realizam o descarte nas USFs, ainda que seja reconhecida por eles como uma prática inadequada, já que não é segura para os mesmos e causa impactos no meio ambiente.

[...] **antes tinha uma empresa que recolhia tudo** em um carro próprio, tinha engenheiro ambiental que ficava no pé, ele era muito comprometido com a questão do risco ambiental, eles incineram, davam um destino correto, incineravam com segurança no meio ambiente. Hoje, sem prévia manipulação, a gente deve descartar na **rede de esgoto**, sem preparação nenhuma ou pode colocar na **caixa de perfuro cortante**, conforme orientações das supervisoras. **Do jeito que tiver o antibiótico a gente descarta na rede de esgoto** (Entrevistado 5).

Nós temos que desprezar na própria unidade [...]. Então, é, **tocar fogo**, mas assim, já vi **jogarem na pia**, né, **vaso sanitário**. Então é um pouco complicado [...]. Por isso, que eu procuro fazer o pedido com base nos meus pacientes [...] (Entrevistado 7).

O procedimento, **a gente tem que colocar na autoclave e incinerar e, depois dissolve em água [...]** (Entrevistado 8).

A Secretaria de primeiro pegava, agora **eles manda que a gente dê um fim aqui na unidade mesmo** [...]. Aqui é muito difícil [...] mas, acontece [...]. É... as meninas aqui, que eu nunca fiz assim pra desprezar, mas o pouco que eu vi aqui outro dia foi botar no balde com água e depois jogar no **vaso sanitário**. Que eu nem sei se isso aí é o correto, fazer esse tipo de [...]. Eu achava que deveria ter um meio, alguma coisa assim de... esses imunobiológicos porque vai pro solo de qualquer jeito né? Vai contaminar, então **eu achava assim que a Secretaria devia ter um órgão, alguma coisa que pegasse, pra poder ter uma maneira de desprezar que num prejudicasse nada** (Entrevistado 10).

Os trabalhadores apontaram formas inadequadas de descarte de medicamentos nas USFs, tais como o descarte na rede de esgoto, na caixa de perfurocortante e a incineração incompleta no autoclave, tornando o risco ainda maior ao meio ambiente, e, conseqüentemente, ao ser humano. Atitudes incoerentes ao disposto nas legislações que orientam sobre este processo.

Em relação à incineração nem sempre este método é a melhor opção, pois além do alto custo envolvido, está associada à eliminação de contaminantes altamente persistentes, tóxicos e inflamáveis, principalmente se realizada em temperaturas inadequadas como nas práticas referidas pelos trabalhadores (MAGALHÃES; MOL, 2013).

Os entrevistados 7 e 8 reforçam as falas anteriores ao explicitarem sobre a inexistência de normas de orientação sobre o descarte de medicamentos.

[...] não tem como dar o fim devido a esses, então nós não somos respaldados por meio de ofício, nada, é, foi imposto [...] (Entrevistado 7).

[...] Não tem empresa recolhendo. Não tem [...]. Depois dar o nosso jeito porque não tem protocolo, deveria ter uma empresa pra fazer esse serviço, a gente encaminharia através de alguma empresa aquele medicamento vencido, tal e tal (Entrevistado 8).

Quanto à existência de orientações próprias da SMS, identificamos que no documento do Setor de Assistência Farmacêutica intitulado *Cronograma de reposição dos medicamentos nas Unidades nos meses de agosto de 2012 a fevereiro de 2013* (doc. 2), constam no verso do mesmo os procedimentos em caso de medicamentos vencidos.

- Favor não enviar medicamento vencido para a Central de Abastecimento Farmacêutico e Assistência Farmacêutica;
- Com os medicamentos vencidos a Unidade deverá proceder conforme preconizado no Plano de Gerenciamento de Resíduos.

Contudo, não encontramos, nas USF estudadas, o PGRSS indicado no referido documento. Nem mesmo foi citado por algum trabalhador do PSF. Além disso, existe divergência entre as orientações do documento e a fala do entrevistado 2, informante-chave, que destacou inclusive a informalidade no trato com esta questão.

[...] o que acontece é o seguinte, este medicamento que vence na Unidade de Saúde, eles mandam de volta pra gente. É tanto que eu recebi foi uma ‘carreata’ aí de medicamento [...] teve uma conversa do coordenador da Assistência Farmacêutica com a coordenadora das Unidades de Saúde e aí foi acordado que serão enviados todas as medicações ‘praqui’ [CAF], das unidades de saúde (Entrevistado 2).

Esta realidade aponta para um panorama de grandes perdas de medicamentos no município que podem ser resultantes de falhas de programação e aquisição de medicamentos. Entretanto, o entrevistado 2, que falou anteriormente que recebeu “uma carreata” de medicamentos vencidos das USFs, referiu de forma convergente aos entrevistados 6 e 8 (trabalhadores de saúde) que um dos avanços da assistência farmacêutica foi a diminuição das perdas de medicamentos.

[...] a questão do controle de estoque, até medicamento vencido também a gente, hoje tá se perdendo o mínimo do mínimo e quando perde eu não gosto. Por quê? Porque a medicação, ela foi comprada pra ser utilizada pela população na necessidade de cada um, então não pode vencer (Entrevistado 2).

[...] a gente antigamente perdia mais medicamento [...] isso melhorou (Entrevistado 6).

[...] **melhorou bastante a questão da, o controle na validade dos medicamentos, controle na dispensação, controle na falta de medicamentos**, dispensar aquele medicamento primeiro que vai vencer e, conseqüentemente, o controle do gasto público. Eu controlo bastante isso porque é o nosso dinheiro que está indo, através dos impostos que pagamos, [...] pro lixo [...] (Entrevistado 8).

Quanto à responsabilidade pela destinação final dos resíduos, o entrevistado 2, informante-chave, esclarece que

[...] o município tem a responsabilidade de tá solicitando que seja incinerado, tem que ser incinerada a medicação. [...] Os que vencem é mandado pra prefeitura e eles tem que fazer a incineração. [...] Normalmente, quem fica com medicamento vencido é a Vigilância. A Vigilância que fica responsável por mandar incinerar essa medicação. [...] eu não sei qual é empresa não [...] (Entrevistado 2).

Mais uma vez, identificamos uma desarticulação entre o Setor de Assistência Farmacêutica e o PSF na medida em que os trabalhadores não conhecem as orientações da gestão de Assistência Farmacêutica, além de não existirem protocolos definidos.

Nossa observação comunga com Rocha (2012) em seu estudo sobre o descarte de medicamentos no PSF, no qual evidenciou uma desarticulação entre o PSF, o Setor de Assistência Farmacêutica e a Vigilância Sanitária municipais com relação ao descarte de medicamentos que acontece de forma imprópria nas USFs.

Ressaltamos que, de acordo com Magalhães e Mol (2013) os métodos de descarte devem ser pensados considerando as características de cada medicamento, sua biodegradabilidade, seus efeitos tóxicos e seu impacto sobre a biota. Os autores reiteram ainda

que podem ser incinerados, descartados em corpos d'água, tratados e acondicionados em aterros sanitários licenciados, desde que atendam a RDC Anvisa nº 306/2004, à Resolução Conama nº 430/2011 e a Lei nº 12.305/2010. Esta última institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos que estabelece o comprometimento, participação e responsabilização de todos os envolvidos, incluindo os usuários. Portanto, o descarte de medicamentos vencidos e avariados tanto nas farmácias e CAF, como nos domicílios pelos usuários, devem ser considerados por todos os municípios, dado o risco que as práticas inadequadas trazem para o meio ambiente, para os trabalhadores e para a população.

A adequação da estrutura física das USF e das farmácias também se constitui atividade gerencial (GOMES et al., 2010). Neste sentido, destacamos que as estruturas precárias das farmácias das USFs podem dificultar o processo de trabalho dos profissionais. Isso porque, vimos, na maioria das vezes, que a estrutura das casas alugadas para servirem de USFs não é adequada para comportar todos os serviços oferecidos. Até mesmo quando a unidade é própria, a localização, a área e os mobiliários não atendem às especificidades requeridas para o funcionamento da mesma.

Além disso, os farmacêuticos não opinam na definição da adequação do espaço destinado para as farmácias nas USFs. Tais espaços, geralmente, ficam restritos a um cômodo pequeno, um vão nos fundos, no corredor ou até mesmo na recepção, sem ventilação e com temperaturas inadequadas para manutenção da estabilidade dos medicamentos e ainda, sem condições de fornecimento de um atendimento mais adequado e confortável para o usuário e para o trabalhador.

[...] se você começa errado, a tendência é o erro ir passando [...]. Porque primeiro você não tem uma farmácia na unidade, você tem um local que o pessoal armazena/estoca [...] o medicamento. Alguns têm armário, outras não. Existe uma padronização ali? Não existe, por quê? Porque não tem recursos? Por falta de iniciativa? Não. Pela própria vontade das pessoas da Assistência Farmacêutica? Não. Porque a gente vai botar lá bem bonitinho como é que se faz, por isso que a gente vai pegar um projeto piloto mesmo e vai fazer mesmo, nem que a gente crie um anexo numa [unidade], porque geralmente são casas [...] aí já separa logo as principais áreas, como eu te falei, médico, enfermeiro, vacinas, etc, etc, etc e deixa a farmácia sempre por último, a gente quer mudar essa realidade [...]. Você tem área hoje de alto risco, é, pessoas que são viciadas, bairros que tem uma criminalidade alta [...] que a unidade tem um arsenal de entorpecentes entendeu? [...] mas a tendência assim é a gente padronizar mesmo. Isso vai levar tempo? Vai. Vai custar? Vai [...] (Entrevistado 1).

[...] E as farmácias e as unidades onde eu trabalho né, local correto nenhuma delas tem né [...] uma sala separada pra armazenar os medicamentos. Só que nada que seja igual ao que o Ministério da Saúde, por exemplo, é, bota como perfeito a organização de medicamento. Ar-condicionado, né? Prateleiras, tudo novinha, aquelas coisas todas, não existe. Não existe (Entrevistado 3).

[...] a falta de estruturas das unidades, a gente não tem um lugar pra ficar nas unidades, não temos uma sala específica, as unidades são normalmente casas alugadas que não tem estrutura pra um PSF [...] só tem a sala do médico e da enfermeira, aí você chega você fica sem um apoio pra trabalhar. Essa é uma grande dificuldade: a falta de estrutura (Entrevistado 4).

As falas desses informantes-chave são convergentes em relação à falta de estrutura adequada nas unidades de saúde e farmácias, implicando no processo de trabalho dos mesmos. Destacamos a do entrevistado 1 que aponta para a possibilidade de um projeto piloto de farmácia mais adequado às recomendações do Ministério da Saúde referidas pelo entrevistado 3, ou seja, diferente da realidade encontrada.

Todavia, é notório que o principal local de trabalho do farmacêutico são as farmácias e para que o farmacêutico possa assumir as farmácias do SUS precisam nelas trabalhar, mesmo com a estrutura inadequada, para a partir daí e junto com os demais trabalhadores, gestores e usuários reivindicarem as mudanças necessárias. Portanto, esperar que aconteçam as adequações estruturais para que se efetive o trabalho, só dificulta a inserção do farmacêutico nas equipes de saúde, seja do PSF, CAPS, NASF ou outros programas de governo.

Durante a observação nas USFs vimos que não há uma padronização na organização das farmácias nas USFs. Mas, encontramos diversas formas de organização: utilização de prateleiras ou armários para dispor os medicamentos pelo nome de marca ou do princípio ativo; medicamentos organizados em ordem alfabética ou simplesmente por programas, como Hiperdia, Saúde da Mulher, Farmácia Básica; armários diferentes para cada forma farmacêutica de medicamentos, onde comprimidos e cápsulas ocupam um armário e soluções, suspensões e cremes outro; vasilhas plásticas ou classificadores são utilizados para acondicionamento dos medicamentos; os psicotrópicos são armazenados na sala do enfermeiro ou na própria farmácia, em armário sem chaves ou prateleira; algumas possuem mural próprio, mesa e cadeira apenas para o trabalhador, outras apenas os armários. Mesmo com estas diferenças, cada USF se adapta da forma mais conveniente para os seus trabalhadores desenvolverem as atividades gerenciais e assistenciais da assistência farmacêutica.

O entrevistado 1, informante-chave, admite tais problemas estruturais e a falta de padronização das farmácias das USFs, mas aponta como perspectiva o início de um projeto-piloto no município, destacado na fala a seguir.

[...] Eu gostaria muito que [...] todas as farmácias das unidades fossem padronizadas [...]. Então assim, que os medicamentos tivessem um local próprio pra serem

armazenados, controle de temperatura do ambiente. Enfim, tudo como manda o Manual do Ministério da Saúde de padronização, inclusive **no ano que vem a gente vai começar um projeto piloto a partir de uma unidade, pra daí a gente vê se estende o projeto permanente** (Entrevistado 1).

Os entrevistados 10 e 11, técnicos de enfermagem que trabalham diretamente nas farmácias, trazem falas convergentes no sentido de considerar a forma de organização dos medicamentos como uma facilidade para o processo de trabalho, mesmo com as dificuldades estruturais referidas por outrem.

**[...] a gente já deixa tudo nas suas vasilhas, tudo certinha com nome, tudo direitinho** ali e aí quando chega também, a gente tem o cuidado de checar a data, [...], **então pra mim isso é uma facilidade de achar tudo na ordem**, tudo direitinho ali. Na ordem alfabética (Entrevistado 10).

**[...] A organização da farmácia facilita o trabalho, geralmente a gente arruma em ordem alfabética. A organização facilita muito** e o conhecimento das medicações que são fornecidas pela rede básica. Quando chega medicação com o nome diferente a gente tem um pouco de dificuldade, aí tem que olhar na lista duas vezes pra ver se realmente fornece ou não [...] (Entrevistado 11).

Outros entrevistados, também do grupo dos trabalhadores de saúde, consideram a organização das farmácias das USFs, como avanços na assistência farmacêutica do PSF, mesmo que as orientações não tivessem partido do Setor de Assistência Farmacêutica Municipal.

O armazenamento das medicações era feito em vasilhas, uma atrás da outra. Hoje elas ficam em pé, divididas e é melhor de manusear, de pegar as medicações, a visualização é muito ampla. Antes, a gente tinha que afastar cada vasilhinha pra poder ver qual era a medicação. Hoje, por ser armazenado com classificador ficou muito melhor a visualização (Entrevistado 7).

Na organização da assistência farmacêutica, na dispensação. A organização funcional, visualmente era feio, isso acabava implicando na falta de estímulo do profissional, é a organização da unidade, do armário, a disposição dos medicamentos isso influencia muito [...] (Entrevistado 9).

[...] a disposição das medicações, elas ficavam meio desorganizado e às vezes eu chegava lá e não conseguia visualizar quais os remédios que a gente tava tendo [...], eu acho que a organização dentro do armário melhorou, a organização do espaço da farmácia [...] (Entrevistado 13).

O entrevistado 7 aponta a dificuldade em trabalhar com a estrutura inadequada da farmácia da USF e que a mesma favorece o acesso a qualquer pessoa. Além disso, de forma convergente ao entrevistado 12, indica como dificuldade, a dependência de estagiários para a provisão de materiais para organização da farmácia, conforme as falas a seguir.

[...] **dificuldade estrutural tem porque a porta deveria ficar fechada e pegar por uma janelinha só que a gente não tem essa facilidade.** Era feito assim, só que como a gente não tem segurança aqui na unidade então o portão da lateral antigamente ficava aberto, o paciente vinha pelo fundo e pegava na janela a medicação com uma pessoa que já ficava fixo na sala de farmácia. Só que aí tava entrando marginais e aí a gente optou por fechar essa entrada [...] E eu acho que deveria vir padronizado as caixas pra guardar essas medicações porque **a gente depende dos estudantes, quando vem de faculdade pra tá doando essas coisas pra gente [...].** (Entrevistado 7).

[...] **as meninas do estágio que inventaram uma nova tática que bota tudo no classificador,** a gente botava tudo no copinho de refrigerante que as meninas da outra equipe cortavam, aí a gente colocava o nome, a dosagem da medicação e agora a gente botou tudo em pastas, ficou até melhor pra gente trabalhar, a gente organiza por nome a medicação e a dosagem (Entrevistado 12).

De acordo com as nossas observações, o fato de não possuir um funcionário exclusivo para a farmácia, faz com que o atendimento aos usuários dependa da disponibilidade de algum trabalhador no momento da dispensação. Para o entrevistado 7, ainda prevalece como ideal o modelo de farmácia com grades onde os usuários fazem fila para adquirir os seus medicamentos. Observamos também que em algumas USFs ainda existem as grades na janela e que os usuários fazem filas ao relento para adquirir os seus medicamentos, o que favorece um atendimento desumanizado e conflituoso, conforme os manuscritos dos nossos registros e fotografias (FIGURAS 3 e 4).

A dispensação dos medicamentos acontece por uma janela, através de uma grade de ferro que se localiza no corredor externo da casa que dá passagem para os fundos. Existe um cartaz indicativo com o nome 'Farmácia' com uma seta indicativa. O usuário fica de pé na janela e muitas vezes tem que esperar a técnica terminar uma vacina ou triagem para ser atendido. A área externa não é coberta e como estava chovendo, alguns usuários se molhavam. A chuva se intensificou e os medicamentos passaram a ser entregues pela porta da sala, onde está escrito que a entrada só é permitida aos funcionários. Isso deixou alguns usuários confusos e muitos, mesmo depois que chuva cessou queriam pegar os medicamentos pela porta mesmo, pois não precisava sair da casa (Observação).

Presenciei uma usuária bastante revoltada com o atendimento. Ela ficou muito tempo na grade da farmácia e não foi vista pela técnica que no momento estava vacinando uma criança e nem por uma das enfermeiras que naquele momento estava na triagem. Houve uma discussão que tumultuou o atendimento. A técnica não aceitou as reclamações da usuária, pois segundo ela não estava de 'batepapo' ou 'com as pernas para cima' [fala da técnica]. A recepcionista intermediou a discussão e pediu que enfermeira da triagem viesse 'despachar a mulher' que veio buscar comprimidos de amitriptilina, um antidepressivo que estava em uso já no terceiro mês (Observação).

**FIGURA 3** Cartaz indicativo de Farmácia

Fonte: autor.

**FIGURA 4** Farmácia de USF

Fonte: autor.

Dessa forma, essas situações indicam a falta de acolhimento aos usuários do PSF. Nesse sentido, coadunamos com Santos (2010) ao apontar que acolher de forma humanizada significa muito mais do que tratar bem os usuários, implica em atitude de respeito, interesse e responsabilização pelos seus problemas e/ou necessidades de saúde, atitudes estas ainda incipientes nesta USF. Para a mesma autora, o acolhimento deve imprimir no processo de trabalho uma forma humanizada capaz de transformar a relação fria e impessoal tão comum no cotidiano das USFs, que distancia os sujeitos e cria barreiras para a construção de uma verdadeira ‘horizontalidade’ nas relações.

Dessa forma, percebemos que o atendimento através de grades representa mais uma dificuldade para a efetivação de relações de vínculo entre trabalhadores e usuários, divergindo inclusive da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004d) ao explicitar que a ambiência corresponde a uma das diretrizes capazes de proporcionar a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. Assim, a discussão do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o processo de trabalho em saúde, portanto deve ser feita em conjunto pelos gestores, trabalhadores e usuários.

A *Carta dos direitos dos Usuários da Saúde* (BRASIL, 2011g), aprovada pela Portaria nº 1.820/2009 e editada na forma de um manual com algumas imagens (Figuras 5 e 6), reconhece o direito do usuário de receber os medicamentos prescritos conforme os protocolos e normas do Ministério da Saúde, porém, ainda expressa a farmácia com uma

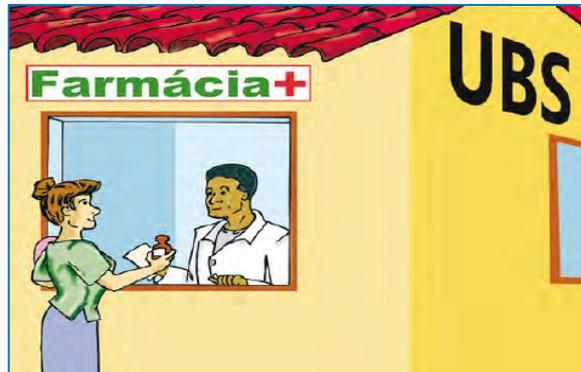
estrutura que não possibilita a efetivação das recomendações da Política Nacional de Humanização, sendo muito semelhante ao que nós observamos no campo de estudo.

**FIGURA 5** Interior de Farmácia de USF



Fonte: BRASIL (2011).

**FIGURA 6** Parte externa de Farmácia de USF



Fonte: BRASIL (2011).

A estrutura da farmácia apresentada de forma ilustrativa na referida produção técnica do Ministério da Saúde nos mostra o não acolhimento a uma senhora com criança de colo sendo, atendida de pé, ao sol. Os medicamentos são entregues sem embalagem por meio de uma janela, como na farmácia da USF representada nas figuras 3 e 4, onde além da grade e do não acolhimento, a farmácia divide o mesmo cômodo com a sala de vacina e as refeições dos trabalhadores são realizadas na mesma.

Logo, as farmácias das USFs precisam acompanhar o processo de melhoria no atendimento ao usuário do SUS, objetivo da Política Nacional de Humanização, já havendo inclusive outros dispositivos legais que orientam este processo de adequação estrutural.

Em relação à Portaria nº 648/2006, revogada pela Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, houve uma evolução, pois na primeira não se previa nem “sala de armazenagem” e muito menos farmácia, constava apenas como item necessário à realização das ações de atenção básica a “existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente” (BRASIL, 2006a, p.9).

De acordo com a Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011a), a USF deve possuir “área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos, quando há dispensação na mesma”. O termo farmácia nem é mencionado na referida portaria, diferindo do documento *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*, também do Ministério da Saúde, que apresenta a descrição de duas propostas estruturais de farmácia, a primeira para farmácia Distrital, Regional ou Central, em edificações exclusivas e a segunda para farmácia na Unidade de Saúde (BRASIL, 2009a).

Este último tem como objetivo orientar os gestores, os farmacêuticos e os profissionais de saúde do sistema público de saúde na estruturação dos serviços farmacêuticos, no que tange ao planejamento e à elaboração de projetos para reforma, ampliação ou construção de farmácias do SUS. No documento estão descritas as áreas físicas, os ambientes, equipamentos e mobiliários considerados mínimos necessários para as duas propostas, considerando as possibilidades de alterações de acordo com as especificidades de cada localidade (BRASIL, 2009a).

Também há diferenças entre a referida portaria e o *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*, cuja primeira edição foi publicada em 2006 (BRASIL, 2006i). Neste, “a sala de dispensação de medicamentos/farmácia” é prevista apenas para Unidades de Saúde que possuam três equipes de saúde da família e apenas nos municípios que não possuam farmácias regionalizadas. A mudança observada na nova Política de Atenção Básica, em relação ao Manual de 2006, é pelo fato de que não haver correlação quanto à existência de “sala de armazenagem de medicamentos, quando há dispensação na UBS)”, e o número de equipes de saúde da família na unidade, favorecendo assim o acesso do usuário ao medicamento em qualquer unidade de saúde.

Já na segunda edição do *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*, publicada em 2008, houve um avanço coerente ao desenvolvimento e visibilidade da assistência farmacêutica como política de saúde, pois já traz que a farmácia deve possuir estrutura física adequada para os serviços farmacêuticos (BRASIL, 2008). Assim, esta deve ser um espaço dentro da Unidade destinado à dispensação e orientação quanto ao uso correto de medicamentos; de execução das ações de atenção farmacêutica e de seguimento farmacoterapêutico; de recepção e guarda dos medicamentos; e de planejamento e gestão da assistência farmacêutica local. Além disso, recomenda que a Farmácia da UBS possua equipamentos e trabalhadores suficientes, uma área para estocagem de acordo com as Boas Práticas de Armazenamento e uma área de dispensação que atenda as Boas Práticas de Dispensação. Recomenda também que a farmácia, “**quando possível**, deve contar com a presença do profissional farmacêutico” (BRASIL, 2008, p. 36, grifo nosso).

Esta breve análise sobre esses documentos já nos possibilita uma série de reflexões e questionamentos sobre a forma como eles são elaborados, quem são os sujeitos que participam do processo, os objetivos, os interesses que norteiam cada decisão e, além disso, aponta para a falta de articulação e linearidade nas ideias contidas nos diferentes documentos.

Como assim “quando possível”? Como conceber farmácia sem farmacêutico? Assistência farmacêutica integral não está prevista na Lei Orgânica do SUS? O que será

preciso para que os farmacêuticos assumam as suas atividades nas farmácias das unidades de saúde? Quem ou o quê está impedindo este processo? Existem farmacêuticos capacitados e em número suficiente para assumir o trabalho nas Unidades de Saúde de forma integrada à Equipe de Saúde da Família (ESF)? Por que o farmacêutico não foi inserido na equipe mínima do PSF na reformulada Política Nacional de Atenção Básica, já que a dispensação e a responsabilidade técnica pela farmácia compete exclusivamente a este profissional? Como se dá a comunicação e a padronização dos documentos e diretrizes entre as várias secretarias e departamentos do Ministério da Saúde?

Esses são alguns questionamentos que fazemos diante da situação paradoxal que está posta entre os documentos legais e a prática da assistência farmacêutica no PSF. Entendemos que é preciso que os formuladores de políticas sejam mais coerentes com as necessidades e avanços que vem acontecendo na assistência farmacêutica do SUS, de modo que a incorporação do farmacêutico como membro obrigatório das equipes de saúde da família esteja explícita.

Estes aspectos podem nos auxiliar na compreensão sobre as contradições visualizadas no serviço, como explicitados na fala do entrevistado 1.

[...] Como não existe, na própria Portaria da Atenção Básica, não existe farmacêutico lá. A própria Portaria do CAPS não tem, é aí que eu falo o próprio o Ministério se contradiz [...]. Como é que a [Portaria] 344 exige que o farmacêutico esteja lá e o CAPS só trabalha com entorpecente e não tem lá o profissional farmacêutico? Tem a relação de todos os profissionais, só não tem o farmacêutico. Não é pra ser dispensado medicamento no CAPS? (Entrevistado 1).

A fala remete ao que nós também observamos, o descumprimento da Portaria nº 344/1998, que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e designa o farmacêutico como profissional responsável pelos medicamentos, o armazenamento, distribuição, dispensação, controle de estoque, escrituração e prestação de contas à Vigilância Sanitária (BRASIL, 1998b). Dessa forma, existe um paradoxo entre a teoria e a prática que inclusive, expõe a sociedade aos riscos do uso irracional de medicamentos, como a dependência, as reações adversas, efeitos colaterais, intoxicações e o uso dos mesmos como um bem de consumo (ALENCAR; CAVALCANTE; ALENCAR, 2012).

Nesta perspectiva, o entrevistado 13 comenta sobre a incipiente participação de farmacêuticos no PSF.

[...] Infelizmente o que eu vejo é que, é ... a participação dos farmacêuticos diretamente na unidade básica eu acho muito pouca. Sei da dificuldade de

contratação, que eles acabam alegando isso, mas assim, o principal que me chateia é que, por não haver uma seleção adequada de pessoal para trabalhar na farmácia, acaba acontecendo inúmeros erros, é, e isso acaba dificultando meu trabalho. Então assim, já é minha função, mas eu acabo reiterando mais ainda as orientações farmacêuticas de tudo aqui dentro do meu consultório por não contar, por exemplo, com a colaboração de vocês [farmacêuticos] aqui (Entrevistado 13).

Este entrevistado considera que a participação do farmacêutico nas USFs contribuiria para o uso racional de medicamentos. No que diz respeito a essa contribuição, comungamos com Saturnino e outros (2012, p.14) ao expressarem que

os serviços farmacêuticos não são considerados prioritários na disputa por recursos nos orçamentos da saúde pública. A sua importância ainda não está clara para a maioria dos gestores públicos e tampouco para os líderes do setor privado das farmácias comunitárias. Isso pode ser lido indiretamente no reduzido número de vagas dentro do SUS, e na realidade sobejamente conhecida pela população brasileira da ausência do profissional dentro das farmácias.

Neste sentido, o entrevistado 1 acrescenta a dificuldade em encontrar profissionais qualificados e que tenham o compromisso em mudar esta realidade, transformar a concepção limitada da assistência farmacêutica, enquanto ação que objetiva apenas a compra e a distribuição de medicamento, em uma concepção mais ampliada que contemple todos os serviços farmacêuticos.

[...] acho que a própria profissão, eu acho que chegou a hora assim da gente acordar um pouquinho, sabe? A gente deixar de botar o dedo, ah o culpado é o governo, o culpado é fulano. Acho que é arregaçar as mangas e fazer. A gente tem muita coisa pra fazer, [...] mas infelizmente não tem profissionais ainda e nem profissionais ainda capacitados pra... qualificados pra isso, acredito eu que essa realidade vai mudar, tá mudando, entendeu? Tá mudando, mas, pelo menos medicamento não tá faltando não (Entrevistado 1).

Quanto à necessidade de farmacêuticos capacitados como expressou o entrevistado 1, estamos diante de um cenário conturbado e pouco otimista, ainda que diante do advento da farmácia clínica, da atenção farmacêutica e das reformas curriculares que orientam para a mudança de objeto do processo de trabalho do farmacêutico, do medicamento para o usuário e as suas necessidades. Nessa perspectiva, comungamos com Lorandi, ao destacar que estamos

diante de um possível e perigoso círculo vicioso onde professores e preceptores tecnicistas formam alunos tecnicistas dificultando e/ou impedindo a atuação do farmacêutico com ênfase no SUS, aprofundando o já evidente conflito entre universidade e serviços de saúde (LORANDI, 2000 apud SATURNINO et al., 2012, p. 14).

Assim, entendemos que a incorporação do farmacêutico nas ESFs exige esta mudança de paradigma profissional para se concretizar. A implementação do SUS, a nova concepção de saúde inserida em sua proposta e todo o aparato técnico e legislativo que

engloba as Políticas de Saúde, dentre elas a Política de Medicamentos, a Política de Assistência Farmacêutica, têm exigido constantemente uma mudança do perfil do profissional farmacêutico com conseqüente retomada de sua responsabilidade e habilidade como profissional da saúde coletiva (SATURNINO et al., 2012). Exigência esta que vem sendo atendida a passos lentos, aquém do que se faz necessário para atender às reais demandas e necessidades que emergem no cotidiano dos serviços de saúde.

O acesso à assistência farmacêutica integral é direito do usuário do SUS e para que esse se conforme como tal, apenas a compra e distribuição de medicamentos não são suficientes para o uso racional dos mesmos, por isso as **atividades assistenciais** como o acompanhamento farmacoterapêutico, a dispensação como ato de saúde, ações educativas, dentre outras se fazem necessárias. O acesso à assistência farmacêutica não deve ser considerado apenas pela disponibilidade, pois ela não garante que os mesmos sejam utilizados racionalmente. Nesta perspectiva, pensamos que para uma assistência farmacêutica integral, além da disponibilidade de medicamentos, as dimensões geográfica, econômica, funcional e comunicacional devem ser consideradas (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

No conjunto de ações assistenciais podem estar envolvidas mais intensamente as tecnologias leves e leve-duras que devem estar contextualizadas e articuladas com as demais atividades da equipe multiprofissional. Entre as ações assistenciais da assistência farmacêutica elencadas por Gomes e outros (2010) temos o cuidado com os usuários de medicamentos quanto à adesão ao tratamento, a gestão de casos, a conciliação de medicamentos, a dispensação especializada, o atendimento farmacêutico à demanda espontânea, grupos operativo-educativos e as ações da atenção farmacêutica.

Nesse sentido, os entrevistados 3 e 4, informantes-chave, realizam mais rotineiramente atividades educativas relacionadas ao medicamento, conforme as falas a seguir.

[...] **a gente trabalha [...] voltado realmente pro uso racional, orientações em relação ao uso correto de medicamento**, a posologia, a receita médico né? Armazenamento de medicamentos nas suas casas também, que é muito importante e é... como, como, é, é, é ...os horários de tomar, toda posologia né? Acompanhando a receita médica e com **orientações voltadas ao medicamento de forma geral** (Entrevistado 3).

[...] O meu trabalho [...] é com **ações educativas, preventivas, é... de promoção de saúde, palestra sobre URM**, palestras com grupos de gestantes, com hipertensos e diabéticos sobre o uso, sobre plantas medicinais, uso de medicamentos anti-hipertensivos e diabéticos sobre uso correto de medicamentos, adesão, tudo dependendo de cada grupo que a gente trabalha na unidade, é ... tem a **sala de espera** que a gente faz ação geral, né? Pra toda a comunidade no meu caso, sobre medicação, dúvidas gerais, faço **visitas domiciliares**, tirar dúvidas sobre pessoas

que fazem uso de polimedicação, [...], principalmente idosos, diabético, hipertensos, e... **consultas raramente**, né? [...] (Entrevistado 4).

Entre as atividades assistenciais, observamos que as mais realizadas pelos entrevistados 3 e 4, e que estão registradas nos livros de atividades do NASF são as palestras e salas de espera.

[...] salas de espera é uma coisa mais aberta, mais tranquila, a gente pode até ver algum público [...], desenvolver um tema que você acha que vai caber ali naquela situação. [...] eu tento fazer na forma de uma conversa, né, pro pessoal não ficar muito, tipo uma aula, né o pessoal já tá na sala de espera e não tá muito a fim de esperar, já tá a aquela confusão e aí eu tento fazer mais na forma de conversa, e tirar dúvidas [...]. Se tá tomando qual medicamento, se tem algum problema, inclusive os anti-hipertensivos e antidiabéticos. Vejo mais estas questões e palestra é uma coisa tipo aula, tem um público específico, é convidado um público específico e a gente é solicitado pra falar de um certo assunto [...] mas de toda forma deixando em aberto pra tirar as dúvidas e orientações (Entrevistado 3).

A Sala de espera é mais rápida, palestra é mais aprofundada. Sala de espera você usa aquele público que está esperando o médico ou a enfermeira, até mesmo os desatentos, aí você aproveita que eles estão ali sentados para informar alguma coisa e palestra é uma coisa mais, você procura um espaço mais adequado, para falar de determinado tema e por mais tempo. O agendamento das palestras a gente marca com a enfermeira e sala de espera não. A gente chega e faz com o público que está esperando. A palestra vai depender da demanda do dia ali, tipo, tem pré-natal, aí já vou com a palestra para gestante, uma coisa mais específica (Entrevistado 4).

Dessa forma, parece-nos que as salas de espera são realizadas sem o planejamento que se utiliza na realização de palestras. Contudo, observamos que ambas não são regulares, além de possuírem um público pequeno. Contraditoriamente, as falas destes entrevistados reforçam as observações ao revelarem que há dificuldades de participação do usuário nessas atividades, talvez um reflexo do modelo de atenção médico-hegemônico predominante no município.

[...] a maior dificuldade que a gente encontra é **a falta de adesão dos usuários à unidade de saúde da família porque ainda tem o pensamento de só vim quando tá doente, só procurar o médico, só querer receita, só querer solicitação de exame** [...]. E como é que a gente vai educar se ele já chega doente né, só pra assistência médica? (Entrevistado 3).

[...] **a gente trabalha muito no PSF com a prevenção, mas o paciente só quer medicamento**, só quer medicamento. Se você vier orientar fazer uma atividade educativa, explicar, eles participam, mas é mesmo que nada porque sai e quer a medicação. Só vai melhorar com a medicação (Entrevistado 4).

As falas expressam ações voltadas para a prevenção e não para a promoção da saúde. Ou seja, as atividades são desenvolvidas sobre o risco de danos, e não na perspectiva da educação em saúde, da autonomia dos sujeitos. Portanto, não podemos desse modo, esperar

que os usuários assumam comportamentos diferentes quando revelam os serviços que buscam no PSF.

Geralmente **fazer consulta** [...] eu venho, passo pra médica, a médica passa os exames (Entrevistado 19).

Venho **marcar consulta, pegar pressão, pegar remédio, assistir palestra** sempre que tem. Eu sempre venho, sempre tô vindo aqui desde que abriu o posto (Entrevistado 20).

Quando eu venho no posto eu venho **marcar consulta** com a médica e me consultar com a médica, **fazer exames**, perguntar as coisas e fazer. [...] **Pegar remédio quando tem** (Entrevistado 24).

**Receitar.** [...] **Com o médico.** [...] **Pegar remédio...** esqueci. [...] caminhada. [...] palestra. Tudo eu já participei. [...] **Se eu sentir alguma coisa eu venho.** Venho mais assim pra tirar pressão, pegar remédio (Entrevistado 26).

Nestas falas, apenas os entrevistados 20 e 26 citam as atividades educativas da USF como um dos serviços buscados, predominando a busca por consultas médicas, pela marcação das mesmas, os exames e a busca por medicamentos.

A interconsulta, uma atividade assistencial, foi relatada apenas pelo entrevistado 3 que a define como atividade clínica realizada por dois profissionais de saúde de formações distintas, geralmente realizada por ele, farmacêutico, em parceria com enfermeiros ou médicos.

[...] **eu procuro me envolver muito nestas interconsultas [...] é de acordo com a solicitação de médico e enfermeiro.** No meu caso né, polifarmácia, interações medicamentosas, enfermeiro tem toda disponibilidade pra nos convidarmos pra estar junto com ele e fazer esta intervenção com ele na consulta. Como eu sou bioquímico também, exames laboratoriais, muitos enfermeiros me convidam, me chamam pra estar junto, porque tem dúvidas de alguns exames e gente conversa [...]. Nem todos os enfermeiros de minhas unidades chamam, fazem ou se sentem à vontade [...] e onde isso acontece [...] realmente dá muito fruto (Entrevistado 3).

Observamos, no entanto que a interconsulta é esporádica, assim como a maioria das atividades realizadas pelo NASF, conforme observação dos Livros de atividades na USF (doc.6).

Nesta unidade a equipe do NASF atua com mais intensidade que nas demais. No livro de registro do NASF (aberto em 19/05/2009), tinham dois registros de atividades em 2009; sete em 2010; 77 em 2011; e 49 em 2012, até aquele momento. Desde o dia de abertura do livro registrou-se 12 interconsultas; 12 reuniões; 15 salas de espera; 10 palestras; 11 Orientação/capacitação da ESF; 3 discussões de caso; 33 Orientações/consultas individuais; 12 não realizada por falta de demanda; 19 visitas domiciliares; 11 planejamento/escala do NASF; 9 trabalho com grupos (idoso, hiperdia, criança); 2 ações de impacto (ação fora da USF, a exemplo de feira de saúde); entre outras. Os temas tratados nas atividades nas quais o farmacêutico participou foram: anemias carenciais, saúde do trabalhador, interconsulta com foco no uso de anticoncepcionais, elenco de medicamentos da AB [atenção básica], horários de medicação anti-hipertensiva, avaliação compartilhada de problema afetivo, acolhimento, ética, postura sexual, exames laboratoriais, adesão no

tratamento de dores, infecções do trato urinário, farmacoterapia para diabetes, saúde do homem, atendimento individual sobre microproteinúria.

Assim, o quantitativo de atividades do NASF nesta USF pode ser reflexo de uma maior articulação entre a Equipe de Saúde da Família e equipe do NASF, localização geográfica mais adequada da unidade, já que não há transporte da SMS para os trabalhadores do NASF se deslocarem entre as unidades e maior envolvimento do enfermeiro com a proposta de atividades educativas que o NASF procura enfatizar nas USFs. As atividades relacionadas com a assistência farmacêutica são coerentes, mas ainda insuficientes para alcançar impactos positivos no PSF.

Em relação à promoção da adesão à terapêutica os entrevistados 3 e 4 convergem ao considerarem a não adesão como um dos principais problemas a serem enfrentados.

[...] com as orientações eu tento realmente buscar a adesão, saber o porquê não está tomando, o porquê parou de tomar no meio do tratamento e tentar buscar nesses problemas aí, explicar e mostrar o porquê ele parou pra tentar ele voltar a aderir o medicamento [...]. Em relação ao pessoal que não tem orientação, que é analfabeto, a gente tenta fazer algumas estrategiazinhas, né, de anotar no papel, de colar um pedaço do comprimido do lado do medicamento pra ele olhar e saber qual é o remédio com o horário de almoço, né, café da manhã, janta, antes da janta, depois do almoço, antes do café. A gente tenta fazer isso e explicar na hora e mostrar com imagens que esse é esse, caso a pessoa não saiba ler. E a pessoa até então sai de certa forma bem orientado e dizendo que entendeu [...] (Entrevistado 3).

[...] É comum a não adesão, aí a gente vai atrás e falar riscos mesmo, tipo não colocar medo, mas falar 'Olha fulano, se você não tomar pode ter um derrame, um infarto', tipo assim, tá sempre relacionando os riscos das doenças não controladas [...] (Entrevistado 4).

Ressaltamos que as estratégias relatadas pelos entrevistados 3 e 4 são esporádicas e não constituem projetos terapêuticos a serem executados por toda equipe de saúde do PSF, usuários e familiares, dificultando assim a adesão à terapêutica, tanto medicamentosa, como não medicamentosa e conseqüentemente comprometendo a eficácia da terapia proposta.

A inadequada adesão ao tratamento das doenças crônicas é um problema mundial de grande magnitude, sendo que nos países desenvolvidos a adesão média é de 50% e nos países em desenvolvimento, este percentual é ainda menor (WHO, 2003). Ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o impacto da adesão insuficiente cresce com o aumento da carga das doenças crônicas em todo o mundo. As doenças não transmissíveis, doenças mentais, HIV/AIDS, tuberculose, juntas representaram 54% da carga de todas as doenças no mundo em 2001 e irão superar 65% em 2020.

Conforme explicam Leite e Vasconcelos (2003) e Alencar, B. e outros (2011) muitos fatores podem ser predisponentes da não adesão devendo ser analisados e enfrentados pelos

usuários, familiares, instituições e profissionais de saúde. Dentre os vários fatores destacamos: os relacionados à doença e ao tratamento, como ausência de sintomas e efeitos colaterais; dificuldades no acesso aos medicamentos e serviços; características sócio-demográficas, como analfabetismo e baixo nível de conhecimentos sobre saúde; fatores relacionados a incapacidades funcionais como déficits cognitivos, visuais e auditivos; perfil psicológico do indivíduo e lócus de controle; fatores relacionados à crença, hábitos de vida e cultura; fatores relacionais como insuficiente apoio social, familiar e institucional; e relação profissional de saúde-paciente precária.

Para promover a adesão à terapêutica, de acordo com Alencar, B. e outros (2011) é necessário investimento nos serviços de saúde vislumbrando maior acesso, qualificação e integração da equipe e modificações das práticas cotidianas de relacionamento com os usuários, fundamentadas nos aspectos técnicos dos saberes profissionais considerando os fatores biopsicossociais e subjetivos das relações humanas.

Em relação à realização de visitas domiciliares (VD), uma tecnologia do cuidado em saúde, as falas dos informantes-chave revelam que são esporádicas, não sendo comum a participação dos farmacêuticos nesta atividade.

**Faço [VD], não com muita frequência né? Porque visita, a gente precisa ser, visita, o NASF pra fazer visita precisa de uma hierarquia né? Precisa passar pelo médico, enfermeiro.** Primeiro o agente comunitário né? Passa o problema pro médico, enfermeiro. E o médico, enfermeiro, vê a necessidade de algum profissional do NASF né? Visita com fisioterapeuta, com o assistente social é muito comum, com o farmacêutico não é tanto. Eles poderiam me solicitar mais, eu acredito (Entrevistado 3).

[...] **Tem agente comunitário mesmo que me procura ‘oh, vamos lá na casa de fulano, que fulano não quer usar algum medicamento’.** Elas tão sempre de olho, principalmente idosos que faz uso de mais medicamentos. ‘Oh fulano não tá usando tal medicamento, tá com a pressão alta demais, tá se alimentando de forma totalmente errada’. Aí, **a gente sempre vai, faz assim formas de dar orientação aos cuidadores, é faz tabelinha, faz desenhinhos no medicamento,** tudo pra ele, **pra facilitar e eles não esquecerem as doses e até mesmo deixarem de tomar** (Entrevistado 4).

Todavia, durante o período da nossa observação nas USFs, não tivemos oportunidade de acompanhar estas orientações quanto ao uso de medicamentos, de promoção da adesão e as visitas domiciliares. Parece-nos que elas acontecem esporadicamente, sem impacto para a equipe de saúde da família e usuários, pois não apresentam frequência satisfatória, conforme exposto a seguir pelos trabalhadores de saúde do PSF.

[...] **São 11 unidades que o NASF tem que dar conta, né! Então fazer atividade frequente é muito complicado,** mas a gente consegue umas duas vezes por mês pra ela vir aqui, não mais que isso, né! (Entrevistado 5).

[...] **eu sempre cobro do farmacêutico a presença dele nos grupos, nos eventos e nos cursos**, quando some eu falo na reunião ‘fulano, fulano, tô sentindo sua falta’, aí eu sempre solicito mesmo, por isso que funciona tudo [...] (Entrevistado 8).

Devido à quantidade de USFs que os dois farmacêuticos do NASF devem assistir, tivemos contato apenas três vezes com um deles (o primeiro contato em um dia que não teve demanda na USF, o segundo durante a entrevista e o terceiro em Feira de Saúde em que nós fomos convidados para palestrar sobre uso racional de medicamentos). Com o outro farmacêutico, apenas uma vez, na qual fizemos a entrevista em uma Feira de Saúde em que ele estava presente, mas não realizou nenhuma atividade na mesma.

Dessa forma, os farmacêuticos do NASF frequentam cada USF apenas em dois ou três turnos por mês, e quando a agenda permite, pois apoiam de 11 a 13 ESFs. Isso implica na não realização de ações gerenciais que poderiam auxiliar a Gestão da Assistência farmacêutica. Por outro lado, o envolvimento nestas podem dificultar ainda mais a execução das atividades assistenciais. Portanto, entendemos que as USFs precisam ter farmacêuticos nas Equipes de Saúde da Família e que o NASF realize conjuntamente com os mesmos e demais membros da equipe as suas atividades de apoio. Pensamos que há, portanto, necessidade de revisão das Diretrizes do NASF que responsabiliza os farmacêuticos pelas ações gerenciais e assistenciais nas farmácias das USFs.

Neste sentido, verificamos nos livros de registro (doc.6) de diferentes USFs as atividades relacionadas à assistência farmacêutica.

Em Livro aberto no dia 29 de fevereiro de 2012, foram 33 registros, sendo 43% deles não realizados por falta de demanda; 4 reuniões; 1 palestra; 1 sala de espera; 2 visitas domiciliares entre outras atividades. Não houve registro de nenhuma atividade relacionada com a assistência farmacêutica ou articulada com outras áreas.

O livro das atividades do NASF foi aberto no dia 11 de novembro de 2011. Neste constavam 104 registros até aquela data, distribuídos da seguinte forma: em 31 registros constava que não houve público; 17 reuniões; 3 atividades com o Grupo de Memória; 23 atividade física/alongamento; cinco (5) Sala de espera; cinco (5) Palestras; uma (1) Feira de Saúde; cinco (5) Visitas Domiciliares; seis (6) Consultas; sete (7) avisos de escala; uma (1) Vivência sobre acolhimento. Dentre as atividades diretamente relacionadas à assistência farmacêutica foram registradas apenas seis (6), distribuídas em palestras, salas de espera e participação em uma feira de saúde. Os temas geralmente foram sobre uso racional de medicamentos, medicamentos na gestação e amamentação, memória e medicamentos, prevenção de acidentes domésticos. O maior público para as atividades do NASF foi de 32 pessoas na feira de saúde, das outras participaram apenas duas (2) a cinco (5) pessoas.

É importante esclarecermos que o registro não deixa claro o que se pretendia desenvolver na USF no dia e quais membros da ESF estariam envolvidos, para até mesmo convidar, atrair e garantir o público para a USF no dia e horários planejado previamente.

Diante desta realidade, emergiram algumas reflexões sobre o planejamento das atividades, a comunicação entre a equipe do NASF e do PSF, as estratégias que poderiam ser utilizadas para estimular a participação da comunidade evitando os esvaziamentos nas atividades e a existência de avaliação do serviço, no intuito de aprimorá-lo.

Quando observávamos os livros de registro das atividades do NASF nas USFs, nos inquietamos com a situação encontrada e isso nos possibilitou uma série de questionamentos: Como se dá o planejamento das atividades? Há comunicação entre a ESF e NASF? A coordenação do NASF conhece esta realidade? Não tem demanda por quê? Quais estratégias podem ser utilizadas? As atividades do NASF tem que ser ‘dentro’ da USF? Onde estão a intersectorialidade, os Projetos Terapêuticos Singulares e os resultados de impacto do NASF?

A fala de um dos entrevistados, trabalhador de saúde, corrobora com as nossas reflexões no que se refere à comunicação do farmacêutico do NASF com a Equipe de Saúde da Família (ESF), como uma estratégia para garantir mais público para as atividades educativas.

[...] a gente poderia ter divulgado mais, pegado mais gente. Apesar de que a gente faz mais coisa, na demanda mesmo livre, que esta coisa seja mais constante, que aí pegaria mais gente (Entrevistado 6).

Questionamos ao mesmo entrevistado sobre como se dá a comunicação com a equipe do NASF.

Ah, isso daí eu posso mandar recado pela supervisora, ou pelo outro colega (do NASF), ‘Fulano, diga a Ciclano que eu tô precisando que Beltrano venha aqui fazer mais palestra’. Aí vai depender do agendamento [...]. Este mês eu não tive com eles ainda, mas Beltrano não deixou nada pra mim, significa que não tem agenda pra mim este mês, não sei quando vai ter. Então, neste caso, eu vou ter que entrar em contato com ele. Entendeu? Mas a gente também faz isso, a gente pega os alunos e pede pra falar desta parte de automedicação, de efeitos colaterais... (Entrevistado 6).

Percebemos então, que não há comunicação efetiva entre as ESF e equipes do NASF e, além disso, existem USFs em que as atividades do NASF relacionadas à assistência farmacêutica nunca ocorreram, conforme a fala do entrevistado 7, trabalhador de saúde.

[...] **o NASF, como eu costumo dizer é o ‘nada faz na saúde’ e eu nem sei ainda por que foi implantado** isso porque se você me perguntar quem do NASF de fato trabalha, eu te digo a fisioterapeuta e a assistente social [...] O educador físico [...] vem e comparece nos eventos que a gente faz, caminhada, [...] **eu nem sei quem é o farmacêutico do NASF** [...]. Já, já tentei, mas eles nunca têm horário ou senão eles marcam pra estar aqui, por exemplo, a pouco tempo teve um supervisor do NASF aqui procurando [...]: fulano não tá aqui não? –Não. Ele não fez sala de espera tal dia não? – Não. Ele nem vem aqui, mas tem lá registrado dizendo que ele fez sala de espera, que tava programado pra tá aqui hoje e não vem (Entrevistado 7).

As falas indicam que o trabalho dos profissionais do NASF é fragmentado e cada profissional desenvolve suas atividades de forma individualizada, divergindo das diretrizes do programa (BRASIL, 2009d) e descaracterizando o trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001), ou seja, é muito incipiente o “apoio” a que se propõe os farmacêuticos do NASF à ESF.

O entrevistado 4, informante-chave, comunga com nossa reflexão ao expor motivos que podem ter implicado no trabalho do NASF e sua articulação com o PSF.

[...] piorou, porque no início era outra gestão que eu acho que ela dava mais atenção. Houve várias mudanças também de coordenação da atenção básica e consequentemente **houve um descaso assim com os problemas do NASF... e aí deixou muito a desejar esta parte de apoio mesmo às equipes** (Entrevistado 4).

Observamos que existe ainda um desconhecimento dos trabalhadores do PSF e usuários sobre o trabalho do NASF, sendo que há uma rejeição por parte dos trabalhadores do PSF para com os membros do NASF, conforme refere o entrevistado 4 ao relatar que “[...] facilidade é o apoio dos colegas do NASF e não da ESF”.

Em relação à prescrição ou transcrição realizada pelos enfermeiros, existe um protocolo do Ministério da Saúde que orienta quais os programas o enfermeiro pode prescrever medicamentos ou simplesmente transcrever a receita fornecida inicialmente por um médico. Entretanto, no município estudado não existe protocolo próprio, mas as prescrições acontecem de acordo com as normas dos programas ministeriais.

Eu **prescrevo os medicamentos de rotinas dos programas**, por exemplo, pré-natal, a gente tem suplementação de ferro e ácido fólico, nos programas de hipertensão e diabetes, todas aquelas medicações. De acordo com o programa, a gente libera, colocando transcrição e a mesma coisa, três meses válidas, pronto e também pode ser crianças que a gente tem o programa de suplementação do Ministério, suplementação de ferro [...] (Entrevistado 6).

Na verdade, **o enfermeiro prescreve poucos medicamentos, ele transcreve mais os programas e a prescrição mesmo só dos programas** Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Gestante, no caso ácido fólico e sulfato ferroso [...] (Entrevistado 8).

[...] **eu só prescrevo ou transcrevo os medicamentos padronizados pelos programas**, eu não sou legalmente nem pra passar paracetamol de 500mg, mesmo sabendo quantidade, pra que serve, dosagem, não sou legalmente autorizada [...]. E de minha rotina institucional que se **não tem o protocolo padronizado no município eu tenho que seguir o protocolo federal** [...], dos programas de hipertensos e diabéticos, do da do planejamento familiar, do pré-natal, em relação aos suplementos alimentares no acompanhamento e desenvolvimento da criança. Somente estes programas [...] (Entrevistado 9).

Nesse sentido, destacamos a Resolução nº 138/2003 (BRASIL, 2003b) que traz a relação de medicamentos isentos de prescrição médica. Estes podem ser indicados pelos profissionais de saúde que tenham capacidade técnica para tal, que conheçam as indicações,

contraindicações, posologia, efeitos colaterais, reações adversas, interações medicamentosas, entre outras informações. O paracetamol, citado pelo entrevistado 9, é um destes medicamentos, entre outros analgésicos, anti-inflamatórios, antifúngicos tópicos, antiácidos, antissépticos, laxantes, anti-histamínicos e expectorantes que constam na Resolução.

Contudo, esta Resolução é pouco conhecida entre os profissionais, inclusive farmacêuticos, não havendo, portanto, condições de executá-la nos serviços públicos, pois requereria, dentre outras coisas, uma mudança no modelo assistencial que deixasse de ter o foco no médico e valorizasse os demais profissionais. O que não seria uma tarefa simples, mas que poderia contribuir na resolubilidade e cuidado ao usuário.

No Brasil, os aspectos legais da prescrição estão contidos na Lei nº 5.991/73 (BRASIL, 1973) que estabelece como prescritores apenas os médicos, dentistas e médicos veterinários. Contudo, seguindo a tendência mundial de autorizar o ato da prescrição a outros profissionais competentes tecnicamente para isso, a Portaria nº 1.625/2007 (BRASIL, 2007b) do Ministério da Saúde autoriza entre outras atribuições a prescrição do enfermeiro conforme protocolos clínicos publicados nos manuais técnicos ou outras normativas estabelecidas pelos gestores. Dessa forma, é pertinente considerar a Resolução Anvisa nº 138/2003 para elaboração destes protocolos.

No PSF, os médicos e os cirurgiões dentistas citaram a prescrição com uma atividade que se relaciona com as atividades da farmácia.

**Eu tenho uma preocupação de prescrever o nome da substância**, tanto que se você me perguntar eu quase que não sei o nome comercial de produto porque é... Acaba que ajuda, né, o paciente na hora da compra, quando ele não encontra aqui e também como eu oriento eles a quando não encontrar na unidade, procurar na Farmácia Popular [...] (Entrevistado 13).

Eu prescrevo o que eu acho necessário pro paciente, se na farmácia daqui tiver, tudo bem, se não tiver, ele vai ter que comprar [...] (Entrevistado 15).

Eu **escrevo, faço a prescrição, explico, pergunto se tem alguma dúvida**, enfatizo a necessidade de tomar nos horários corretos a dose correta, não tomar por mais tempo além do prescrito. Então, é uma orientação oral, além da escrita (Entrevistado 18).

As falas dos entrevistados 13 e 18 são convergentes ao demonstrarem um cuidado maior com usuário dos serviços. O entrevistado 13 tem o cuidado de prescrever pelo nome genérico, pois facilita que o usuário encontre o produto na própria USF ou em outras farmácias, como a Farmácia Popular do Brasil. Ratificamos que esta prática está de acordo com a Resolução nº 10/2001 (BRASIL, 2001) que preconiza que no SUS, as prescrições devem adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou na falta, a

Denominação Comum Internacional (DCI). E, o entrevistado 18 destaca o fornecimento de orientações escrita e oral no momento da prescrição.

O entrevistado 15, por sua vez, indica uma postura divergente dos entrevistados 13 e 18, na medida em que no momento da prescrição, não segue exclusivamente a Remume, acarretando em possíveis despesas com medicamentos para os usuários e não enfatiza as orientações relacionadas ao tratamento. Dessa forma, as diferentes formas de prescrever, a nomenclatura utilizada, a legibilidade do documento, a adesão à Remume implicam diretamente no sucesso da terapêutica do usuário dos serviços.

Observamos nas USFs que os médicos também transcrevem os medicamentos psicotrópicos e entorpecentes de usuários que são acompanhados por psiquiatras do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou de outros serviços particulares.

A primeira usuária que entrou na USF estava com uma receita azul de clonazepam que estava em falta há muitos dias. Antes de retirar a receita do bolso [vencida] ela disse que não queria ser dependente não, mas era. Então, precisava comprar o medicamento e para isso necessitava de uma receita médica. Prontamente a recepcionista levantou-se, pegou o prontuário e pediu que a usuária passasse amanhã pela manhã que a receita já estaria pronta, antes dela ir para rua comprar o seu medicamento. Esta ação representou uma atividade rotineira que eu já havia observado em outros momentos nesta USF e também nas outras (Observação).

Dessa forma, medicamentos psicotrópicos são prescritos nesta USF sem que haja qualquer avaliação clínica ou orientação médica. Para que serve aquela tarja preta mesmo? Como a Vigilância Sanitária Municipal, Estadual e Nacional permitem que Programas de Saúde como o PSF e CAPS operem com tamanho descumprimento às legislações sanitárias nacionais? Como fazem para controlar o estoque dos medicamentos psicotrópicos e entorpecentes e registrar sua movimentação para a Vigilância Sanitária Municipal, sem farmacêuticos para isso? Será que fazem? Não, não fazem.

As falas a seguir complementam as nossas observações de que o descumprimento da Portaria nº 344/1998 (BRASIL, 1998b), o uso irracional de psicotrópicos e o grande número de usuários dependentes de ansiolíticos estão presentes em todas as USFs observadas. Além disso, na maioria das vezes, os usuários conseguem a receita com os próprios médicos, sem haver uma consulta clínica, o que implica na questão da ética profissional, inclusive demonstra a falta de cuidado na execução deste ato profissional, que deve ser voltado para a recuperação ou manutenção da saúde do indivíduo.

[...] eu particularmente não gosto de ficar transcrevendo porque, muitas vezes, o paciente ele fala que toma aquela medicação, mas o uso foi durante um período e eles gostam e depois eles querem ficar tomando sempre. **É... eu não gosto de fazer isso, só faço realmente pros meus pacientes que eu sei que já fazem uso há**

**muito tempo** e mesmo assim tem alguns pacientes que eles acham ‘ah, mas eu tomo o remédio há dez anos, não preciso mais vim aqui, só deixo o papelzinho, o bilheteinho pro médico pra fazer a receita’. Eu também não faço isso porque existem os efeitos né, colaterais da medicação, interação com outras coisas. Então assim, eu sempre quero pelo menos que ele venha, sente na minha frente e diga ‘não, doutora, tá tudo bem, tô ótimo’, mas eu não gosto, particularmente eu não gosto (Entrevistado 13).

**Eu prescrevo pouco os controlados, acontece mais é pacientes que são acompanhados pelo CAPS que vem pra cá pra trocar a receita prescrita por um psiquiatra. Prescrever mesmo eu não prescrevo, a não ser ansiolítico, medicação pra insônia, mas a maioria dos pacientes já vem com a receita prescrita por um psiquiatra ou tá fazendo acompanhamento pra depressão, pra ansiedade e aí eu só renovo a receita.** A cada seis (6) meses ele tem que retornar com o acompanhamento no psiquiátrico (Entrevistado 15).

Em relação à dispensação de medicamentos no PSF, observamos que esta atividade é realizada pelos técnicos de enfermagem ou por “qualquer” outra pessoa que estiver disponível no momento e que “queira ajudar”, realidade incompatível à Política Nacional de Medicamentos ao explicitar que a dispensação

**é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente**, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. **Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.** São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (BRASIL, 1998a, p.26, doc.3).

As falas a seguir expressam uma prática distante da que prevê a Política Nacional de Medicamentos:

[...] como nesses últimos meses a gente tá perdendo muitos funcionários, então, eu acabo dando uma ajuda, mas, não que esse seja o meu serviço rotineiro. **Mas se eu vejo que minhas técnicas estão muito ocupadas, fazendo curativos, aplicando uma vacina e eu tô sem atendimento, não custa nada eu ir lá e despachar essas medicações** [...]. E aí eu pego a receita do paciente, vou pela receita, vejo a miligramas e despacho [...], carimbo e mesmo assim na hora de entregar eu costumo dizer, ‘oh, esse é tal remédio’, esse é tal. Porque muitas vezes eles confundem porque é muito parecido as medicações. ‘Mas mês passado veio vermelho, esse mês veio branco’. Eles acham que as medicações são diferentes, e **quando eu tenho tempo de sobra eu coloco um esparadrapo com o nome da medicação grudado, principalmente quando o paciente é idoso e que faz uso dessas medicações sem a supervisão da família, então eu costumo colocar** [...] (Entrevistado 7).

**Dispensar quando tá um movimento muito grande e as técnicas estão ocupadas** [...]. Se eu tiver num momento disponível eu ajudo, se estiver cheio atendo. Eu mesmo levanto, pego na farmácia, distribuo e o paciente já sai da minha sala com a medicação [...] (Entrevistado 8).

A gente recebe a receita em duas vias, uma fica com o paciente e a outra fica com o posto. Se tiver um remédio como captopril, hidroclorotiazida, sinvastatina que são remédios de 3 meses, aí a doutora bota pra 3 meses, aí a gente vai e pega a primeira via, entrega a ela [usuário] e a **xerox fica com a gente pra gente ter o controle** [...]

no final desses 3 meses ele marca uma nova consulta pra pegar nova receita [...] (Entrevistado 12).

As falas dos entrevistados 7 e 8, enfermeiros, são convergentes ao revelarem que só dispensam os medicamentos quando as técnicas estão muito ocupadas. A dispensação se configura em ato mecânico de entrega de medicamentos sem qualquer orientação ao usuário, desvalorizando essa ação enquanto um momento importante da produção do cuidado em saúde.

Apesar do entrevistado 7, de forma diferente do entrevistado 8 e 12 ter revelado que identifica os medicamentos com esparadrapos para evitar a confusão que os usuários fazem, não observamos nas USFs estratégias efetivas para educação e orientação dos usuários quanto a identificação correta dos medicamentos.

Já o entrevistado 12, técnico de enfermagem, de forma diferente dos entrevistados 7 e 8 enfatiza que para que aconteça a dispensação, o usuário deve apresentar uma receita que também serve para comprovação de saída de medicamentos do estoque da farmácia. Entretanto, observamos que as segundas-vias são armazenadas sem organização na USF e não servem como parâmetro para o controle de estoque. A mesma situação se repete nas demais USFs.

Sobre a participação do farmacêutico na dispensação de medicamentos, o entrevistado 3 (informante-chave) e o entrevistado 8 (trabalhador de saúde) divergem, conforme expõem as falas a seguir.

**[...] as equipes de NASF que tem farmacêutico pode, de certa forma, no momento que tiver na unidade com disponibilidade, se não tiver algo específico do NASF, é, dispensar um medicamento, né? Na hora de dispensação orientar o paciente. Isso eu faço com muita frequência, inclusive quando eu tô lá e vejo um paciente e vejo com as receitas na mão, mas, de certa forma, a dispensação fica é é é ... para um técnico de enfermagem, um técnico de enfermagem geralmente é o que faz a dispensação do medicamento e por isso que eu faço as capacitações com eles pra 'o que é dispensação?', 'qual as orientações?', tentar ver a receita pra ver como é que vai orientar na hora da dispensação do medicamento, tudo isso [...]** (Entrevistado 3).

**Ele [farmacêutico do NASF] se envolve muito pouco no trabalho da farmácia. Às vezes, ele entra pra ver se tá faltando alguma medicação, às vezes traz alguma informação, se chegou ou não chegou na Assistência Farmacêutica as medicações, mas essa questão da organização é tudo minha, [...] dos saquinhos, da etiqueta vermelha pros medicamentos que estão mais próximos do vencimento [...]** (Entrevistado 8).

Não observamos nenhum ato de dispensação realizado por farmacêuticos ou até mesmo de participação desses em atividades gerenciais da assistência farmacêutica no PSF. Reiteramos que, de acordo com as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009d), o farmacêutico

deve interagir com o nível central de gestão da Assistência Farmacêutica e com a coordenação das Unidades de Saúde, propondo a normatização dos procedimentos relacionados como a seleção de medicamentos, divulgação das relações de medicamentos essenciais (nacional, estadual, municipal), programação, organização e armazenamento, dispensação, orientações sobre os componentes básico, estratégico e especializado, a fim de obter melhores resultados no acesso, na racionalização dos recursos e no uso dos medicamentos, incluindo os fitoterápicos e homeopáticos.

A necessidade de farmacêutico para as atividades de dispensação e demais ações assistenciais foi destacada pelos informantes-chave.

[...] você contratar esses farmacêuticos e colocar em locais estratégicos [...] a gente tem um impacto muito grande a respeito disso, principalmente a questão de você visitar as unidades, tá no contato, no dia a dia com esses profissionais, só o fato de você ter um exemplo de profissional lá na unidade e os usuários te verem, não ver só o médico, o enfermeiro, o odontólogo. E agora sim, acredito que o farmacêutico já vai ser uma grande diferença [...] Isso é uma questão cultural muito forte. Então assim, eu acho que o caminho é esse, a gente montar uma estratégia, planos... [...] Quem contrata é o gestor. Ele sabe, na verdade é uma demanda [...] Antes eram pouquíssimas unidades, de uma hora pra outra dá aquele buumm sabe? Aí você tem mais usuários, aumenta o acesso, aumenta a quantidade de medicamento, aumenta o serviço, aí tem que aumentar também o farmacêutico, entendeu? A quantidade de farmacêutico, tem que aumentar o salário do farmacêutico, tem que aumentar as condições, tem que melhorar as condições de trabalho do farmacêutico [...] (Entrevistado 1).

Já solicitou à Secretaria da necessidade de profissional farmacêutico, e aí é tanto que agora, a gente [CAF] tá necessitando agora, nas unidades de saúde também. Normalmente a gente queria pelo menos mais uns 10 farmacêuticos, no mínimo, pra tá tendo um controle maior, tá tendo uma rotatividade maior nas unidades de saúde, a necessidade é pra unidade de saúde (Entrevistado 2).

[...] tem um projeto que tão pensando até em fazer isso né, botar 8,6, 8 [unidades por farmacêutico]. A gente vai poder ficar mais na farmácia, vigiar de certa forma mais receitas, livros de controlados, né, a dispensação de medicamentos [...]. Diminuindo a quantidade de equipes, vai ver o quanto é importante o nosso trabalho. O quanto vai ser importante [...] se a gente estivesse trabalhando pra assistência farmacêutica juntamente com essa seleção, desperdiçando menos medicamentos né? [...] O quanto é importante e a pessoa que tiver que coloque, como vai aumentar o número de equipes do NASF, que aumente o número de farmacêuticos pela importância e pela necessidade mesmo (Entrevistado 3).

Entretanto, esta não parece ter sido preocupação dos gestores de saúde, haja vista que, no último Edital de Concurso da Prefeitura, não foram ofertadas vagas para farmacêuticos. Além disso, a necessidade de aumento no número de farmacêuticos do município, apesar de ter sido relatado pelos informantes-chave (entrevistados 1, 2 e 3), não está previsto no Plano Municipal de Saúde (2010-2013, doc.1).

Tais fatos podem apontar várias inquietações, desde a construção das pautas da agenda gestora da saúde, os diferentes interesses e finalidades que permeiam os trabalhadores

em seus processos de trabalho, até o impacto e visibilidade das atuais práticas da assistência farmacêutica. Tal reflexão emerge da fala do entrevistado 1, ao questionarmos se houve solicitação de vagas para farmacêutico no referido edital, o mesmo relatou não saber informar. Revelou ainda que

[...] é uma utopia colocar um farmacêutico em cada Unidade, mas a gente criar estratégias tipo um farmacêutico ser responsável por tantas Unidades, deveria se fazer um estudo pra isso, é, principalmente um farmacêutico no CAPS [...] (Entrevistado 1).

A utopia referida pelo entrevistado 1 existe. Não sabemos ao certo se é possível alcançá-la aqui, neste município, onde os atores sociais não se interessam por pautar na agenda as necessidades inerentes à efetivação da Política Nacional de Medicamentos, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e da Política Estadual de Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia.

Contudo, os impactos positivos apontados por Mendes (2011) mostram que há evidências sobre os resultados positivos da introdução da farmácia clínica nos sistemas de atenção à saúde. Dessa forma, esta utopia somente será alcançada na medida em que os farmacêuticos se mostrarem necessários aos serviços e aproveitarem as oportunidades de trabalho para trazer melhorias ao sistema de saúde. Se não mostram resultados, nunca serão lembrados nem considerados como necessários ao sistema de saúde.

Para implementar o serviço de dispensação de medicamentos, o investimento e os custos não são elevados frente as contribuições que os usuários recebem relacionadas aos cuidados e orientações adequadas para o uso racional de medicamentos, proporcionando assim melhorias na resolubilidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a satisfação de seus usuários (MARIN et al., 2003).

Outrossim, Johnson e Bootman (1997) apontam que se os farmacêuticos estivessem disponíveis apenas para a função de dispensação, quase 60% dos pacientes não apresentariam problemas relacionados a medicamentos. Além disso, se todas as farmácias comunitárias proporcionassem o cuidado farmacêutico, 84% dos pacientes conseguiriam alcançar ótimos resultados terapêuticos com o tratamento farmacológico.

Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-RJ publicou a *Carteira de serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*, na qual consta a relação e as regras dos serviços oferecidos, entre eles a assistência farmacêutica (RIO DE JANEIRO, 2011).

Dentre as orientações desse documento destacamos que todas as unidades de atenção básica à saúde devem apresentar um Plano de uso racional de medicamentos e a dispensação deve ser realizada por farmacêutico ou por profissional capacitado. Além disso, é proibida a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos e de outros profissionais, a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos, bem como a distribuição de amostras-grátis. A prescrição de medicamentos controlados não é vedada ao médico de atenção básica, mas deve sempre seguir os princípios do uso racional de medicamentos. Toda unidade de saúde deve ter condições para a dispensação de medicamentos controlados, respeitando as normativas vigentes e com um farmacêutico responsável.

No nosso entendimento, estas regras, apesar de não estabelecerem o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico aos usuários e às demais atividades da atenção farmacêutica, além da dispensação de medicamentos, são um importante avanço para as farmácias públicas. Contudo, além disso, sentimos falta da seguinte complementação referente à dispensação: a dispensação deve ser realizada por farmacêutico ou outro profissional com treinamento para tal, mas sob supervisão do farmacêutico.

Nesta perspectiva, no *Guia Servicios Farmacéuticos en la atención primaria de salud* (OPAS/OMS, 2011) os serviços farmacêuticos foram definidos como um conjunto de ações no sistema de saúde que buscam uma atenção integral e contínua das necessidades tanto individuais como coletivas, tendo o medicamento como um dos insumos essenciais. Estas ações devem ser desenvolvidas por farmacêuticos ou sob sua supervisão, sendo este profissional membro de uma equipe de saúde. Seguindo as orientações desse documento a contribuição do farmacêutico na atenção básica se relaciona a quatro funções essenciais:

- funções vinculadas a políticas públicas, organização, gestão e serviços farmacêuticos;
- funções vinculadas ao medicamento;
- funções intra e extra-muros diretamente relacionadas ao paciente, famílias e comunidade, com o objetivo de se obter resultados concretos em saúde e melhoria da qualidade de vida da população e;
- funções relacionadas a pesquisas e gestão do conhecimento.

Neste sentido, o entrevistado 1 apresenta como perspectiva a criação de um centro de dispensação dos medicamentos das demandas judiciais e outros, cujos custos e a necessidade de um maior controle de estoque, justifiquem uma centralização do serviço.

[...] provavelmente no ano que vem [2013] a gente vai criar um centro de dispensação pra esses medicamentos que a gente não deu o nome ainda, é, e pra

alguns outros fármacos [...] vai agregar ao elenco [...]. Aí vai ter a área de assistência farmacêutica, vai ter um próprio CAF dentro dessa, desse centro, mas não só medicamentos da atenção básica, os principais [...]. Só são alguns medicamentos que o Estado repassou pros municípios conforme a resolução da CIB, e outros medicamentos de alto custo que a gente dispensa através de processos e outros que nós padronizamos de acordo com o perfil epidemiológico da nossa cidade, que [...] existe a necessidade de dispensação de farmacêutico pra usuário [...] (Entrevistado 1).

Dessa forma, segundo o entrevistado, para alguns medicamentos, existe a necessidade de maior controle de estoque e ainda que a dispensação seja realizada pelo farmacêutico. Entretanto, as regulamentações sanitárias e profissionais, tais como a Lei nº 5.991/1973, o Decreto Presidencial nº 85.878/1981, a RDC nº 44/2009 entre outras, estabelecem que todos os serviços executados nas farmácias são de responsabilidade técnica de farmacêuticos, portanto não há restrições de medicamentos e/ou serviços. De acordo com a OMS (1993) todos os medicamentos devem estar sob a responsabilidade deste profissional, que deve ter como objeto de trabalho o usuário dos serviços e as suas necessidades.

Os medicamentos devem ser considerados apenas como uma das tecnologias para produção do cuidado em saúde, e somente quando utilizadas racionalmente poderão trazer benefícios para a saúde da população. Contudo, Mendes (2011) aponta que a falta de critérios no uso dos mesmos aumentam os custos sociais e econômicos, elevam as estatísticas das reações adversas, iatrogenias medicamentosas e mortalidade relacionadas ao uso de medicamentos.

Dentre outras evidências dos impactos positivos aos sistemas de saúde quando são incorporadas ações de atenção farmacêutica, idealizada para satisfazer a necessidade social de redução da morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos, destacamos o estudo de Furtado (2008) que revela o processo de implementação do Serviço de Atenção Farmacêutica em um centro de saúde.

Na perspectiva do cuidado integral à saúde das pessoas, a fala dos integrantes da equipe de Saúde da Família revelou a necessidade da inserção de um profissional com profundos conhecimentos sobre medicamentos na unidade de saúde. A entrada do farmacêutico trouxe contribuições significativas para os pacientes atendidos. Isso foi evidenciado pela narrativa dos profissionais de saúde que perceberam que o 'olhar diferente' do farmacêutico resolvia problemas até então não resolvidos pela equipe (FURTADO, 2008, p.88).

Neste sentido, coadunamos com Oliveira (2011) ao revelar que, ou o farmacêutico assume a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia dos usuários dos serviços, ou estará fadado a continuar sendo considerado um coadjuvante sem muito valor para o sistema de atenção à saúde.

E, para alcançarmos este valor para o sistema de saúde, Furtado (2008) aponta que

o papel do farmacêutico, enquanto provedor da Atenção Farmacêutica, ultrapassa a orientação e busca identificar e resolver as necessidades farmacoterapêuticas do paciente. Ele é um profissional que exerce uma prática clínica independente, que tem limites de competência flexíveis e que interagem com os limites de competência dos demais profissionais. A relação estabelecida entre esses profissionais buscou ser dialógica, pautada pelo respeito mútuo e humildade. Isso resultou em maior efetividade das ações da equipe de saúde, contribuindo para construção de um trabalho interdisciplinar iluminado pelo saber-fazer-comum e pela responsabilidade coletiva. A Atenção Farmacêutica é uma prática congruente com as diretrizes e filosofia da Estratégia Saúde da Família (FURTADO, 2008, p.88).

Assim, lamentamos pelo fato que as ações assistenciais como o acompanhamento farmacoterapêutico, a gestão de casos, a dispensação especializada, a conciliação de medicamentos, o atendimento farmacêutico à demanda espontânea, dentre outras ações clínicas, delimitadas por Gomes e outros (2010) não sejam executadas no município. Contudo, mesmo diante de uma realidade tão avessa às normas e às orientações legais que, se cumpridas, poderiam impactar positivamente na saúde dos usuários do SUS, é possível o firmamento de uma prática que defenda o direito à saúde, mediada pela participação do farmacêutico, por meio da interação com o usuário do medicamento possibilitando o oferecimento de ações significativas para os sujeitos da saúde.

Coadunamos com Vieira (2010) ao apontar que é fundamental a alocação de recursos para a qualificação da gestão da assistência farmacêutica, pois se os serviços assistenciais não funcionam de forma satisfatória, alocar mais recursos para a aquisição e distribuição de medicamentos implica em aumentar as perdas e os riscos associados ao uso irracional de medicamentos. Para a autora, faz-se necessário contratar farmacêuticos e pessoal auxiliar, profissionalizar os trabalhadores por meio da educação permanente e investir na estruturação dos serviços, oferecendo instalações adequadas e equipamentos, além de sistemas informatizados apropriados para as atividades gerenciais e assistenciais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão de uma análise qualitativa deve apresentar um texto capaz de transmitir informações concisas, coerentes e, o mais possível, fidedignas. Pois, o relato final da pesquisa configura uma síntese na qual o objeto de estudo reveste, impregna e entranha todo o texto. [...] A compreensão e a interpretação em seu formato final, também assinalam um momento na práxis do pesquisador. Por isso, nunca será uma obra acabada e suas conclusões devem se abrir para novas indagações (MINAYO, 2012, p. 625).

Este estudo analisou o processo de trabalho desenvolvido no Programa Saúde da Família com enfoque nas atividades gerenciais e assistenciais da assistência farmacêutica, em um município do estado da Bahia, Brasil. Para tanto, buscamos compreender os sentidos e significados atribuídos pelos trabalhadores à assistência farmacêutica e analisar como se processam essas práticas a partir da teoria do processo de trabalho em saúde de Mendes-Gonçalves (1992, 1994), desenvolvida a partir das concepções sobre o trabalho produtivo de Karl Marx, para quem o trabalho é um processo no qual o homem atua sobre a natureza para transformá-la e transformar-se. Articulamos também elementos teóricos trazidos por Merhy (1997, 2002), Franco, Bueno e Merhy (1999), Franco e Merhy (2003) sobre a produção do cuidado.

É chegado, portanto, o momento de sintetizar aqui as nossas reflexões diante do que foi produzido neste estudo que nos oportunizou e também aos sujeitos, refletir sobre as interfaces existentes no processo de trabalho dos trabalhadores de saúde com a assistência farmacêutica, e percebê-lo como possibilitador do cuidado. Estas reflexões baseiam-se também no fato de que a assistência farmacêutica, concebida como política de saúde, é composta por um conjunto variado de sujeitos e de ações capazes de produzir o cuidado em saúde, seja a partir do uso racional de medicamento ou das orientações sobre os determinantes sociais da saúde.

Quanto aos sentidos e significados atribuídos à assistência farmacêutica os informantes-chave a compreendem como uma política de saúde, formada por um conjunto abrangente de atividades que integra ações gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) e assistenciais (prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos) articuladas entre si. Já, para os trabalhadores de saúde não farmacêuticos, a assistência farmacêutica é um programa de governo, compreendido como solicitação e distribuição de medicamentos, concepção elaborada a partir das atividades que os mesmos desempenham e que refletem no fato de o medicamento ser uma das tecnologias de saúde mais buscadas pelos usuários. Alguns reconhecem a assistência farmacêutica como atividade do farmacêutico.

Em relação ao processo de trabalho no PSF, no que concerne às atividades relacionadas à assistência farmacêutica, o trabalho é desenvolvido por diferentes agentes, mas sem articulação entre si. Neste sentido, os farmacêuticos do Setor de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde e da Central de Abastecimento Farmacêutico são responsáveis pela disponibilização de medicamentos ao PSF e para outros serviços do

município. Os técnicos de enfermagem são responsáveis pela programação de medicamentos nas USFs, organização da farmácia, controle de estoque e dispensação de medicamentos aos usuários. Os enfermeiros supervisionam os técnicos e prescrevem ou transcrevem os medicamentos, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Os cirurgiões-dentistas e médicos prescrevem medicamentos, sendo que os médicos transcrevem medicamentos psicotrópicos e entorpecentes para os usuários do Centro de Atenção Psicossocial. Os farmacêuticos do NASF desenvolvem atividades educativas sobre o uso racional de medicamentos nas unidades, tanto para equipe de saúde da família como para usuários.

Identificamos, contudo que, muitos agentes não conseguem entender a relevância de seu próprio trabalho, assim como desconhecem o trabalho dos outros. Apesar de revelarem “bons” relacionamentos interpessoais e as práticas envolverem trabalhos de diferentes setores, o trabalho não se processa de modo articulado, não existem dinamicidade e comunicação adequada e não há formulação de um projeto assistencial comum, divergindo da proposta de trabalho em equipe que tal atividade necessita.

Neste sentido, concordamos com Franco e Merhy (2006) ao expressarem que o confinamento de cada agente do processo de trabalho em seu núcleo específico de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando o trabalho morto dependente. Ao contrário, o trabalho vivo só tem êxito, quando o campo de competência ou campo do cuidado, além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado, modificando os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma tecnologias leves dependentes, mesmo que para a produção do cuidado sejam necessários o uso das outras tecnologias.

O medicamento, os usuários e a equipe de saúde da família, as necessidades dos usuários e a doença foram identificados como objetos do processo de trabalho, refletindo assim, o predomínio do modelo médico-hegemônico de atenção à saúde. Neste sentido, observamos a procura dos usuários por medicamentos, exames e consultas com especialistas, ações curativas e individuais em detrimento das preventivas e coletivas, bem como a ausência das atividades de promoção da saúde.

A supremacia deste modelo de atenção à saúde também foi evidenciado a partir da análise das tecnologias do processo de trabalho, sendo que as tecnologias duras e leve-duras foram predominantes, revelando uma composição técnica de trabalho favorável ao trabalho morto. As tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a responsabilização quando utilizadas não garantem a resolubilidade nas ações de saúde, pois há

falhas na garantia da integralidade, como o acesso a exames clínicos, consultas especializadas, medicamentos e visitas domiciliares. Além disso, as prescrições de itens não inclusos na Remume geram despesas aos usuários ou a não utilização dos medicamentos, expondo os mesmos aos riscos relacionados ao possível agravamento das doenças.

As finalidades do processo de trabalho revelaram-se coerentes às atividades desenvolvidas pelos agentes, como a gestão da assistência farmacêutica, distribuição de medicamentos, educação da equipe e usuários e cuidado dos mesmos. Contudo, os trabalhadores operam, em sua maioria, direcionados à disponibilidade do medicamento e ao tratamento da doença que acomete os usuários, práticas condicionadas ainda pelo cumprimento de metas e indicadores do PSF.

As atividades gerenciais (seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento) predominam sobre as assistenciais (dispensação e demais atividades de atenção farmacêutica), sendo ambas realizadas sem o rigor técnico necessário, sem avaliação e controle dos próprios trabalhadores do PSF, do Setor de Assistência Farmacêutica e outros setores da Secretaria Municipal de Saúde.

Ao depararmos com essa realidade, comungamos da análise feita por Mendes (2011), que lamenta que o componente da farmácia clínica, por nós denominado de ações assistenciais, tem sido relegado a um segundo plano no SUS, o que determina resultados econômicos e sanitários inadequados com relação ao uso dos medicamentos. Para o autor, uma explicação para essa subvalorização pode estar no tecnicismo da prática, na formação insuficiente dos farmacêuticos nos aspectos da clínica e na consideração dos medicamentos como um bem de consumo e não como um insumo essencial para saúde.

Portanto, evidenciamos que as atividades cotidianas dos trabalhadores são realizadas mecanicamente, conforme normas e orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde e SMS e não de acordo com as potencialidades e necessidades dos agentes do processo de trabalho. Assim, observamos um trabalho alienado e sem reflexão que também foi visualizado ao questionarmos os agentes sobre os elementos de seus processos de trabalho.

Muitas dificuldades no processo de trabalho no PSF foram relatadas: recursos financeiros insuficientes para a assistência farmacêutica municipal; número insuficiente de farmacêuticos no município; ausência do farmacêutico na equipe mínima do PSF; apoio incipiente dos farmacêuticos no NASF e do Setor de Assistência Farmacêutica nas unidades de saúde; ausência de supervisão das farmácias pelos farmacêuticos e incipiente supervisão pelos enfermeiros; desabastecimento de medicamentos na unidade; desvios e perdas de medicamentos; descarte inadequado de medicamentos vencidos e avariados nas USFs;

ausência de protocolos e de padronização nos procedimentos da assistência farmacêutica no PSF; falta de capacitação dos trabalhadores sobre assistência farmacêutica; desvio de função dos técnicos de enfermagem responsáveis pela programação e dispensação de medicamentos, atribuições legais e técnicas do farmacêutico; precarização de vínculos e alta rotatividade de profissionais no PSF; desinteresse dos usuários pelas atividades educativas realizadas no PSF; estrutura física inadequada das USFs e das farmácias das mesmas; falta de transporte adequado para medicamentos e para supervisão das USFs pelos farmacêuticos.

No que concerne aos limites, identificamos o número reduzido de farmacêuticos frente à complexidade do serviço de saúde municipal e a sobrecarga de atividades dos trabalhadores do PSF, agravada pela ausência do farmacêutico na equipe de saúde da família. As facilidades referidas foram poucas, entre estas as relações interpessoais favoráveis e a adequada organização dos medicamentos nas farmácias.

Os sujeitos também destacaram alguns avanços como a reestruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico; as inclusões de medicamentos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; a diminuição do período de desabastecimento e aumento da oferta de medicamentos; o cumprimento da programação dos medicamentos pela Central de Abastecimento Farmacêutico e; a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica Jurídica.

Destacamos as perspectivas dos informantes-chave, como a criação de um centro de dispensação especializado, para medicamentos de demandas judiciais e outros cujos custos justifiquem a centralização; a implementação de projeto piloto de farmácia modelo em unidade de saúde, com farmacêutico e conforme as diretrizes do Ministério da Saúde; aumento do número de farmacêuticos no NASF e diminuição do número de equipes de saúde da família por NASF, para que o trabalho seja mais frequente e traga mais impacto aos serviços de saúde. Contudo, não há descrição destas perspectivas no Plano Municipal de Saúde (doc.1), o que nos parece mais um desejo pessoal dos farmacêuticos do que um plano de governo.

Dessa forma, coadunando com os pressupostos teóricos, o processo de trabalho caracteriza-se por muitas dificuldades em sua execução, práticas fragmentadas, mecânicas e pouco comunicativas, revelando uma desarticulação entre os agentes e refletindo em desestruturação da assistência farmacêutica municipal no Programa Saúde da Família, descumprimento de determinações sanitárias e profissionais e dificuldades para produzir o cuidado em saúde.

Diante das evidências trazidas pelos dados empíricos, compreendemos que a assistência farmacêutica municipal precisa ser discutida coletivamente no intuito de

reconstruir as práticas que implicam diretamente na integralidade da assistência à saúde. Neste sentido, elencamos algumas propostas que, de forma processual e mediante articulações políticas que possibilitem a introdução destas nas pautas de discussão, possam favorecer o surgimento de uma nova realidade na assistência farmacêutica do PSF:

- Aumento no número de farmacêuticos na SMS, via concurso público;
- Preparação dos farmacêuticos para o desenvolvimento de ações gerenciais e principalmente ações assistenciais dirigidas às necessidades dos usuários;
- Integração do farmacêutico às equipes de saúde da família, no intuito de possibilitar o desenvolvimento de ações assistenciais e o aprimoramento das gerenciais, buscando melhores resultados sanitários e econômicos ao sistema de saúde;
- Reorganização do processo de trabalho e dos serviços de modo que as necessidades de saúde dos usuários, das famílias e da comunidade sejam o objeto do trabalho, com favorecimento do uso das tecnologias leves, mas com garantias de acesso às tecnologias duras e leve-duras;
- Articulação dos farmacêuticos do NASF com o Setor de Assistência Farmacêutica da SMS, a partir de um projeto conjunto de atuação no município;
- Atualização da Remume, a partir do trabalho da CFT em articulação com os demais trabalhadores de saúde;
- Elaboração e implementação do Manual de Boas Práticas Farmacêuticas do município;
- Elaboração do Formulário Terapêutico Municipal e disponibilização aos trabalhadores de saúde;
- Elaboração e implementação do Plano Municipal para o uso racional de medicamentos;
- Elaboração e implementação de um Plano de Gerenciamento de Resíduos que considere os riscos do descarte inadequado de medicamentos no meio ambiente;
- Estruturação das USFs e das farmácias, de acordo com o *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família* (BRASIL, 2008) e *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS* (BRASIL, 2009a), para garantir um espaço de trabalho adequado aos agentes do processo de trabalho e usuários dos serviços;
- Fortalecimento da rede de serviços de saúde com garantia da complementaridade entre os níveis secundários e terciários de atenção à saúde;
- Incentivo e promoção de cursos de capacitação na área de assistência farmacêutica para todos os profissionais de saúde da SMS;

- Definição de uma Política de Recursos Humanos para o SUS municipal que valorize todos os trabalhadores de saúde, suas necessidades e complexidades e possibilite a sua efetivação a partir de concurso público;

- Ampliação da relação entre universidades, gestores e trabalhadores da SMS para que as ações de assistência farmacêutica sejam planejadas de forma democrática e participativa, de modo que seja possível maior êxito para os serviços, as famílias e comunidades.

Estas propostas comungam com o disposto na oitava diretriz do Plano Nacional de Saúde do Brasil 2012-2015, ao expor algumas ações que viabilizam a garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS, tais como:

- A identificação e implementação de mecanismos que permitam a atuação do profissional farmacêutico em tempo integral nas farmácias municipais;
- A garantia do cumprimento das normas sanitárias – inclusive as boas práticas farmacêuticas – em todas as fases da assistência farmacêutica pública e privada, desde a pesquisa, até a dispensação e uso;
- A estruturação da rede de assistência farmacêutica como parte integrante das redes de atenção à saúde, com o fortalecimento do sistema nacional de gestão desta assistência, bem como dos sistemas nacionais de informação;
- A implementação de medidas voltadas à promoção do uso racional de medicamentos, incluindo plantas medicinais e fitoterápicos;
- A ampliação do elenco de medicamentos básicos disponibilizados no âmbito da AB [Atenção Básica] (BRASIL, 2011f, p. 85).

Sabemos que as propostas pensadas por nós e as contidas no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 não são ações de fácil execução, diante dos conflitos de interesse que permeiam o trabalho e as decisões em saúde. Entendemos que se faz necessária a retomada e discussão cotidiana dessas propostas, para que as mesmas se operacionalizem na prática, de modo que o PSF possa constituir-se, de fato, em uma estratégia capaz de reorganizar o sistema de saúde e fortalecer a atenção básica. Para isso, o estímulo às ações de participação, controle social e cidadania, a articulação das práticas e saberes a fim de alcançar a resolubilidade das ações são imprescindíveis.

Enfim, desejamos que este estudo tenha sentido e significado para a academia e para os serviços de saúde municipal de modo que possa contribuir para a reflexão e o aprimoramento das práticas de assistência farmacêutica em consonância aos avanços alcançados nos cenários estadual e nacional. Assim, que a assistência farmacêutica no PSF seja conduzida por farmacêuticos, reconhecida e operacionalizada como um sistema de apoio transversal às demais políticas e programas de saúde na rede de serviços, em sua amplitude de ações gerenciais e assistenciais que tem como objeto o usuário e as suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: ACURCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

ACURCIO, Francisco de Assis; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso. Acesso a medicamentos no Brasil. In: ACURCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

ALENCAR, Bruno Rodrigues; ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; VILELA, Alba Benemérita Alves; OLIVEIRA, Margarida Maria de Vasconcelos; FREITAS, Inalva Valadares. A não-adesão de idosos à terapêutica anti-hipertensiva: um desafio a ser enfrentado pela equipe multiprofissional. **Revista Saúde.com**, v. 7, p. 74-8, 2011.

ALENCAR, Bruno Rodrigues; BRITO, Maria da Graças Carvalho; SILVA, José Augusto Gomes; ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva. Hipertensão arterial: a experiência do trabalho farmacêutico na Farmácia Básica do Município de Jacobina-Ba. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, XVIII. 2010, Goiânia, **Anais**. Goiânia: Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010a.

ALENCAR, Bruno Rodrigues; BRITO, Maria da Graças Carvalho; SILVA, José Augusto Gomes; ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva. Avaliação do conhecimento sobre hipertensão arterial: um instrumento para intervenção. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, XVIII. 2010, Goiânia, **Anais**. Goiânia: Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010b.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; ALENCAR, Bruno Rodrigues. **Assistência Farmacêutica no SUS**: articulando sujeitos, saberes e práticas. Feira de Santana: Editora UEFS, 2011.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.9, p. 3939-3949, set. 2011.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; BASTOS, Vanessa Pimentel; ALENCAR, Bruno Rodrigues; FREITAS, Inalva Valadares. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v.32, n.1, p.89-94, 2011.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; ALENCAR, Bruno Rodrigues. Hermenêutica Dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.25, n.2, p.243-250, abr./jun., 2012.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; CAVALCANTE, Elaine Alane Batista; ALENCAR, Bruno Rodrigues. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v.33, n.4, p.489-495, 2012.

ALVES, Domingos Sálvio; AGULJOR, Ana Paula. O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/ Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p.783-836.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; FREITAS, Osvaldo de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Rev. Bras. Ciênc. Farm**, v.42, n.1, p.137-146, jan./mar. 2006.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; PEREIRA, Leonardo Régis Leira; UETA, Julieta Mieko; FREITAS, Osvaldo de. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, supl., p. 611-617, abr. 2008.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, p.127-143, 2010.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; ASSIS, Augusto Araújo; CERQUEIRA, Erenilde Marques de. Atenção primária e o direito à saúde: algumas reflexões. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.32, n.2, p. 297-303, maio-ago, 2008.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; CERQUEIRA, Erenilde Marques de.; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; SANTOS, Adriano Maia; ABREU-DE JESUS, Washington Luiz. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. **Revista de APS.**, n. 10, p. 189-199, jul./dez. 2007.

ASSOCIAÇÃO DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS OFICIAIS DO BRASIL. **Laboratórios oficiais do Brasil**, 2013. Disponível em: <<http://www.alfob.com.br>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface comunic, Saúde, Educa**. Botucatu. v.8, n.14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004.

BAHIA. Decreto nº 11.935, de 19 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a Política Estadual de Assistência Farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, BA, 20 jan. 2010.

BAHIA. Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde. Diretoria de Assistência Farmacêutica. **Relação Estadual de Medicamentos Essenciais do Estado da Bahia – Resme-BA**. Salvador: SESAB, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARRETO, Joslene Lacerda; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n.6, p.1207-1220, jun. 2010.

BARROS, Delba Machado; SÁ, Marilene de Castilho. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p. 2473-2482, ago. 2010.

BARROS, José Augusto Cabral de (Org.). **Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios**. Brasília: ANVISA, 2008.

BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda. **Indústria Farmacêutica, Estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1995.

BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda. **Remédio: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1992.

BERNARDI, Carmen L. B. de; BIEBERBACH, Emily Wagner; THOMÉ, Henrique Inácio. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.1, p.73-83, jan./abr. 2006.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOING, Alexandra Crispim et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.4, p. 691-701, abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Ofício Circular Conjunto nº 03/2013 DAF/SCTIE/MS e DAS/SAFTEC/Sesab. Utilização do Hórus para Gestão da Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <<https://www.facebook.com/qualifarsus>>. Acesso em: 15 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medicamentos Estratégicos. Componente Estratégico**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29009](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29009)>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medicamentos Estratégicos. Componente Especializado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34025&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34025&janela=1)>. Acesso em: 20 fev 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **O novo conceito da farmacovigilância**. Brasília-DF: ANVISA, 2013e. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos+-+Comercializacao+-+Pos+-+Uso/>>

Farmacovigilancia/Assunto+de+Interesse/Apresentacao/4+O+novo+conceito+da+farmacovigilancia >. Acesso em: 20 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012**. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 533, de 28 de março de 2012**. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 2012c. Disponível em:< [http:// www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br) >. Acesso em: 10 dez. 2012.

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 a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 30 out. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília-DF: CONASS, 2011b. 186 p.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília-DF: Presidência da República, 2011c. Disponível em: <[http:// www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br) >. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 2011d. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br> >. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 2011e. Disponível em: < [http:// www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br) >. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011f. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3.ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011g. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010**. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2010a. 1135p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010**. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa>>. Acesso em: 15 de jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2010c. 262p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas-PCDT.v.1**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010d.

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**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009a. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009**. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Brasília-DF: ANVISA, 2009c. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009d. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na

forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.625, de 10 de julho de 2007**. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007c. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, 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 e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006b. 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso**: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília-DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 2006c. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS**. Orientações Básicas. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2006d. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006e. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos**. 2.ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006f. 72 p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto de 13 de março de 2006**. Institui no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília-DF: Presidência da República, 2006g. Disponível em: < <http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 80, de 11 de maio de 2006**. Brasília-DF: ANVISA, 2006h. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006i. 72p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005.** Regulamenta o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília-DF: Conselho Nacional de Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004b. 140 p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004.** Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 2004c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004d. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.** Relatório final preliminar. Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência farmacêutica com controle social. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2003a. 67p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 138, de 29 de maio de 2003.** Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. Brasília-DF: ANVISA, 2003b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>> Acesso em: 22 fev 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 10, de 02 de janeiro de 2001.** Aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos. Brasília-DF: ANVISA, 2001. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da

República, 1999. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/e-legis>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1998a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília-DF: ANVISA, 1998b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.visalegis.org.br>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília-DF: Congresso Nacional, 1993. Disponível em: <<http://www.visalegis.org.br>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização, o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <<http://www.visalegis.org.br>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <<http://www.visalegis.org.br>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200. Da Saúde. Brasília-DF: Senado Federal, 1988a. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos. **I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1988b.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 85.878, de 07 de abril de 1981**. Estabelece normas para execução de Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 1981. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 1973. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960.** Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. Brasília-DF: Presidência da República, 1973. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L3820.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3820.htm)>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília-DF: Presidência da República, 1943. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)>. Acesso em: 30 jan. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. **O caso da saúde.** In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECCIM, Ricardo Burg. **Linha do Cuidado.** Texto elaborado para fins didáticos para a Unidade de Produção Pedagógica (UPP) Linha do Cuidado, Integrante do Curso de Especialização e Residência Integrada em Saúde Coletiva, do Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS), da Secretaria Municipal de Saúde de Aracajú. Aula dos dias 11 e 12/11/2005. Aracajú, SE. P 1-12, 2005. (Digitado).

CECCIM, Ricardo Burg. A difusão da dimensão cuidadora da saúde, a invenção de mundos e a comunicação do conhecimento como superfícies de contágio. **Interface- Comunic., saúde, Edu. Botucatu**, v.12, n.24, p.5, jan./mar. 2008.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.8, p. 1839-1849, ago. 2009.

CIPOLLE, Robert J.; STRAND, Linda M.; MORLEY, Peter C. **O Exercício do Cuidado Farmacêutico.** Tradução Denise Borges Bittar. Revisão técnica Arnaldo Zubioli. Brasília-DF: Conselho Federal de Farmácia, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 505, de 23 de junho de 2009.** Revoga os artigos 2º e 34 e dá nova redação aos artigos 1º, 10, 11, parágrafo único, bem como ao Capítulo III e aos Anexos I e II da Resolução nº 499/08 do Conselho Federal de Farmácia. Brasília-DF: Conselho Federal de Farmácia, 2009. Disponível em: <<http://www.cff.org.br>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 499, de 17 de dezembro de 2008.** Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências. Brasília-DF: Conselho Federal de Farmácia, 2008. Disponível em: <<http://www.cff.org.br>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 417, de 29 de setembro de 2004.** Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Brasília-DF: Conselho Federal de Farmácia, 2004. Disponível em: <<http://www.cff.org.br>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001.**

Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Brasília-DF: Conselho Federal de Farmácia, 2001. Disponível em: <<http://www.cff.org.br>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 308, de 2 de maio de 1997.** Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias. Brasília-DF: Conselho Federal de Farmácia, 1997. Disponível em: <<http://www.cff.org.br>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP nº 010/2012.** Dispensação de medicamentos em farmácia. Função privativa do farmacêutico. Disponível em: <[http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer\\_010\\_2012\\_Dispensacao\\_de\\_medicamentos\\_em\\_farmacia.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer_010_2012_Dispensacao_de_medicamentos_em_farmacia.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA. Em 2013, Bahiafarma volta a produzir medicamentos. **CRF-BA em Revista**. Ano V, n.20, p. 04-08, dez. 2012.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias et al. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p.171-182, jan./mar. 2000.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: um diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs.). **Caminhos do pensamento - epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.195-226, 2002.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.979-1010.

ESTADÃO. **Empresas devem explicar falta de medicamentos à ANVISA:** fabricação e distribuição de remédios teriam sido afetadas pela paralisação dos servidores, em greve desde 16 de julho. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,empresas-devem-explicar-falta-de-medicamentos-a-ANVISA,922744,0.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

FACHIN, Odília. **Fundamentos da metodologia**. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FARIA, Horácio Pereira de; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; SANTOS, Max André dos; TEIXEIRA, Paulo Fleury. **Processo de trabalho em saúde**. 3.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 71p.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos; LUCHESI, Bruna Moretti; SAIDEL, Maria Giovana Borges; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro; MELO, Débora Gusmã. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.389-394, fev. 2011.

FRANCO, Camila Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do cuidado integral:** uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/linha-cuidado-integral>>. Acesso em: 03 set. 2011.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p.345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programas de Saúde da Família: condições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FURTADO, Bárbara Taciana. **O farmacêutico na Atenção Básica: a experiência da equipe de PSF frente à atenção farmacêutica**. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

GUERRA JÚNIOR; ACURCIO. Política de medicamentos e assistência farmacêutica. In: ACURCIO, Francisco de Assis. **Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia**. Belo Horizonte: COOPMED, 2013, p.13- 73.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Carlos Alberto Pereira et al. (Org.). **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte: FUNED, 2010.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.

HUNT, Paulo; KHOSLA, Rajat. Acesso a medicamentos como um direito humano. **Sur, Rev. int. Direitos humanos**. v.5, n.8, p.100-121, jun. 2008.

IVAMA, Adriana Mitsue et al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

JOHNSON J. A.; BOOTMAN, J. L. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. **Am J Health Syst Pharm**. v. 45, p.554-558, 1997.

LEFÉVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez; 1991.

LEITE, Silvana Nair et al. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. **Rev. Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p.13-28, jul./out. 2009.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 3, p.775-782, 2003.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. As novas formas de cuidado integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni;

MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

MAGALHÃES, S rgia Maria Starling; MOL, Marcos Paulo Gomes. Medicamentos como problema ambiental. In: ACÚRCIO, Francisco de Assis. **Medicamentos**: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 293-319.

MARIN, Nelly et al. (Org). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organiza o Pan-Americana de Saúde/Organiza o Mundial de Saúde, 2003.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social   assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n.1, p. 101-107, fev. 2007.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Tradu o Reginaldo Sant'Anna. 12.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. Livro 1, v.1. (Livro primeiro: O processo de produ o do capital).

MATTOS, Ruben de Araújo. Princípios do Sistema  nico de Saúde (SUS) e a humaniza o das práticas de saúde. **Interface- Comunic., saúde, Edu.**, v.13, supl.1. p.771-780, 2009.

MENDES, Eug nio Vilaça. **As redes de aten o   saúde**. Brasília: Organiza o Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organiza o social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Forma o dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de aten o. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, p.15-36, 2006.

MERHY, Emerson Elias. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educa o na Saúde. Departamento de Gestão da Educa o na Saúde. **Rev. SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEHRY, Emerson Elias. Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, p.117-160, 1994.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, ano XXVII, v.27, n.64, set./dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n.3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.

NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. **As práticas populares de cura no povoado da Matinha dos Pretos – BA**: eliminar, reduzir ou convalidar? 1997. 351p. Tese (Doutorado em enfermagem). Programa de Pós-graduação Interunidades da USP. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1997.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p.223-230, apr. 2005.

OLIVEIRA, Djenane Ramalho de. **Atenção farmacêutica**: uma filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN Editora, 2011.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, supl.3, p. 3561-3567, nov. 2010.

OLIVEIRA, Luciene Cristina Feltrin de. **Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no SUS municipal**. 2007. 132p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA, 2007.

OLIVEIRA, Silvânia Sales de. **Produção do cuidado das Equipes de Saúde da Família em busca da resolubilidade da atenção à saúde**. 2009. 219p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Proposições para as ações de farmacêuticos nos Programas Saúde da Família e/ou Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 20 abr. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BRASIL. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2005. 260p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Conferencia de Expertos Sobre Uso Racional de los Medicamentos**. 1985, Nairobi, Kenia: OMS, 1985. 304p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el sistema atención de la salud**: Declaración de Tokio. Ginebra: OMS, 1993. 37p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Guia Servicios Farmacéuticos en la atención primaria de salud**. Washington: OPAS/OMS, jun. 2011. 84p.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Saúde no Brasil, maio 2011.

PAIM, Jairnilson. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.547-573.

PAIM, Jairnilson. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 1994.80p.

PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.1, n.1, p.75- 91, mar. 2003.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001.

PEPE, Vera Lúcia Edais et al., 2010. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p. 2405-241, ago. 2010

PERINI, Edson. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Francisco de Assis Acurcio. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2003.

RENAULT, Emmanuel; DUMÉNIL, Gérard; LÖWY, Michael. **Ler Marx**. Tradução Mariana Echalar. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços**: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p

ROCHA, Carla Silva. **Descarte de Medicamentos no Programa Saúde da Família:** (des)articulação entre teoria e prática. 2012. 54f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, Feira de Santana.

SANTANA, Judith Sena da Silva. Percurso metodológico. In: SANTANA, Judith Sena da Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana- BA: UEFS Editora, 2010, p.87-119.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial.** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010, 169p.

SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana; PERINI, Edson; LUZ, Zélia Profeta; MODENA, Celina Maria. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Rev. Bras. Farm.** v.93, n.1, p.10-16, 2012.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Histórias de médicos: vida de trabalho entre a prática liberal e a medicina tecnológica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v.4, n.2, p. 345-363, jun./out. 1997.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. **Interface comunic, Saúde, Educa.**, v.2, n.2, p. 215-216, 1998.

SILVA, Tatiane de Oliveira. **Acesso do usuário à assistência farmacêutica no município de Santo Antônio de Jesus-BA.** 2008. 198f. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2008.

SILVA, Jair Magalhães da. **Planejamento em saúde no Programa Saúde da Família em Jequié-BA:** a dialética entre a teoria e a prática. 2006. 225p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA, 2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção a saúde: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.257-277, set./dez. 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão - CONSEPE. Resolução Nº 151/2010. Aprova o Programa de promoção do uso racional de medicamentos na Atenção Básica no município de Feira de Santana-BA (**Diário Oficial do Estado da Bahia**, 17 de agosto de 2010).

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n.2, p.149–56, fev. 2010.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.4, p. 674-681, jun. 2009.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p.365-369, fev. 2008.

VIEIRA, Fabiola Supino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 1, p.213-220, jan./mar. 2007.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p.214-222, abr. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Model List of Essential Medicines**. 17th list. March, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies**: evidence for action. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The importance of Pharmacovigilance - Safety Monitoring of Medicinal Products**. Geneva. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Selection of Essential Drugs**: first report of the WHO expert committee. Geneva: WHO, 1977.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

**Pesquisa:** PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: um enfoque na Assistência Farmacêutica

Atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica na USF:

- ✓ Programação: procedimentos, responsáveis
- ✓ Armazenamento de medicamentos: recebimento, organização, procedimentos
- ✓ Controle de estoque: manual/informatizado, responsáveis, procedimentos
- ✓ Prescrição: procedimentos, responsáveis, atendimento aos protocolos clínicos
- ✓ Dispensação de medicamentos: procedimentos, responsáveis, tempo médio da dispensação, medicamentos prescritos dispensados e não dispensados, conhecimento do usuário sobre informações sobre o uso correto do medicamento

Fluxo de atividades gerais da unidade de saúde da família

- ✓ Recepção, atendimentos clínicos (médicos, enfermeiro e dentista), da farmácia e demais serviços, saída do usuário da unidade de saúde;
- ✓ Visita domiciliar: procedimentos, sujeitos envolvidos, acondicionamento e uso dos medicamentos prescritos e não prescritos;

Composição Técnica do Trabalho:

- ✓ Tecnologias leves: respeito, acolhimento, vínculo, humanização, responsabilização, autonomização, resolubilidade.
- ✓ Leve-duras: procedimentos técnicos, conhecimentos estruturados, protocolos clínicos, normas de conduta.
- ✓ Duras: equipamentos, estrutura física, instrumentos, medicamentos.

Observações gerais:

- ✓ Disponibilidade de cópia da lista de medicamentos essenciais (Resumo, Resme, Renome);
- ✓ Disponibilidade de cópia do Formulário Terapêutico Nacional ou outro;
- ✓ Disponibilidade de medicamentos essenciais.

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS INFORMANTES-CHAVE

**Pesquisa:** PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: um enfoque na Assistência Farmacêutica

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevista nº: \_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

#### **1 Caracterização do (a) entrevistado (a)**

Sexo: ( ) M ( ) F

Idade: \_\_\_\_\_

Vínculo profissional: \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Qualificação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço: \_\_\_\_\_

Função que exerce: \_\_\_\_\_

#### **2 Questões norteadoras**

Processo de trabalho: agente, objeto, instrumentos, atividades, finalidades

Compreensão sobre assistência farmacêutica: definição, responsabilidade, organograma no conjunto das ações de saúde, finalidade

Relações intersetoriais

Composição Técnica do Trabalho:

- ✓ Tecnologias leves: respeito, acolhimento, vínculo, humanização, responsabilização, autonomização, resolubilidade.
- ✓ Leve-duras: procedimentos técnicos, conhecimentos estruturados, protocolos clínicos, normas de conduta.
- ✓ Duras: equipamentos, estrutura física, instrumentos, medicamentos.

Compreensão sobre a produção do cuidado, dificuldades e facilidades

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS TRABALHADORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisa:** PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: um enfoque na Assistência Farmacêutica

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevista nº: \_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

#### 1 Caracterização do (a) entrevistado (a)

Sexo: ( ) M ( ) F

Idade: \_\_\_\_\_

Vínculo profissional: \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Qualificação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço: \_\_\_\_\_

Função que exerce na USF: \_\_\_\_\_

Tempo que atua na equipe: \_\_\_\_\_

#### 2 Questões norteadoras

Compreensão sobre assistência farmacêutica: definição, responsabilidade, finalidade

Processo de trabalho na ESF: agente, objeto, instrumentos, atividades, finalidades

Composição Técnica do Trabalho:

- ✓ Tecnologias leves: respeito, acolhimento, vínculo, humanização, responsabilização, autonomização, resolubilidade.
- ✓ Leve-duras: procedimentos técnicos, conhecimentos estruturados, protocolos clínicos, normas de conduta.
- ✓ Duras: equipamentos, estrutura física, instrumentos, medicamentos.

Compreensão sobre a produção do cuidado, limites/dificuldades, facilidades/avanços, desafios/perspectivas

**APÊNDICE D****ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Pesquisa:** PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: um enfoque na Assistência Farmacêutica

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevista nº: \_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**1 Caracterização do (a) entrevistado (a)**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( )

Período que é acompanhado na unidade: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Atividade que exerce: \_\_\_\_\_

Local onde mora: \_\_\_\_\_

Serviços que busca na Unidade Saúde da Família:

Participa de atividades educativas na unidade: ( ) não ( )sim \_\_\_\_\_

**2 Questões norteadoras**

Processo de trabalho no PSF: agente, objeto, instrumentos, atividades, finalidades

Produção do cuidado desenvolvido na unidade de saúde: acolhimento, acesso, vínculo com a equipe de saúde, responsabilização, resolubilidade.

- ✓ Atendimentos clínicos
- ✓ Atendimento da farmácia
- ✓ Visita domiciliar

**APÊNDICE E****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos Vossa Senhoria para participar da pesquisa intitulada *Processo de trabalho na assistência farmacêutica: um enfoque na produção do cuidado no Programa Saúde da Família* desenvolvida pela professora Dra. Maria Angela Alves do Nascimento (pesquisadora orientadora) e pelo estudante do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) Bruno Rodrigues Alencar (pesquisador responsável). A pesquisa tem o objetivo de analisar a produção do cuidado na assistência farmacêutica do Programa Saúde da Família de um município do estado da Bahia. Dessa forma, os resultados obtidos poderão contribuir para valorização da assistência farmacêutica no cuidado em saúde e provocar reflexões no sentido de transformar a realidade em uma assistência integral. Caso tenha interesse em participar desta pesquisa, não terá quaisquer gastos financeiros, nem receberá pagamento algum, também será garantida a não identificação da sua pessoa. Ao participar deste estudo conversaremos com você (entrevista) e também observaremos o espaço e o seu fazer no trabalho, assim como consultaremos alguns documentos que falam sobre a assistência farmacêutica da sua instituição. A entrevista poderá ser realizada, de acordo com o seu consentimento, em local e horário que julgar mais apropriados, livre de escuta ou observação de demais pessoas, preservando o sigilo e confidencialidade da conversa. Caso permita, a entrevista poderá ser gravada e, posteriormente ouvida por você para verificação ou correção das falas. Contudo, você poderá interromper em qualquer momento e até mesmo desistir de participar sem qualquer prejuízo para você ou para a pesquisa. Também será respeitada a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Caso haja desconforto psicológico que necessite de acompanhamento profissional serão utilizados recursos da rede de serviços públicos local. Afirmamos que os possíveis riscos desta pesquisa poderão ser relacionados a constrangimentos proporcionados por alguma pergunta, timidez, vergonha, medo ou dificuldades de relacionamento entre você e os pesquisadores. Os resultados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados para fins científicos e divulgados em congressos, simpósios, revistas científicas e livros. Informamos que as entrevistas gravadas serão arquivadas durante cinco anos, mantido sob a responsabilidade do pesquisador colaborador no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva da UEFS (NUPISC), devendo ser destruídas após este prazo. Em qualquer momento você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa devendo comunicar com os pesquisadores que poderão ser encontrados de segunda às sextas-feiras no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva da UEFS (NUPISC), Módulo VI, Av. Transnordestina, Campus Universitário em Feira de Santana, cujo telefone é (75) 3161-8162. Após ter sido informado sobre a pesquisa, caso concorde em participar, deverá assinar este termo em duas vias, por livre vontade, ficando com uma cópia e a outra, com os pesquisadores.

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Assinatura do entrevistado(a)

---

Profª. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento (Pesquisadora orientadora)

---

Bruno Rodrigues Alencar (Pesquisador responsável)

ANEXO

## ANEXO A: OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Universitária, S/N - Módulo I - 44.031-460 - Feira de Santana-BA  
Fone: (75) 3161-8067 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 20 de julho de 2012  
Of. CEP-UEFS nº 165/2012

Senhor (a) Pesquisador (a): Prof. Bruno Rodrigues Alencar

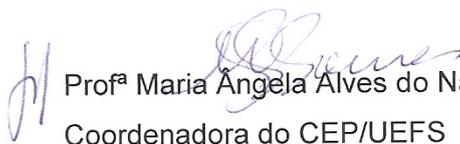
Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado “**PROCESSO DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UM ENFOQUE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**”, registrado neste CEP sob **protocolo nº 59/2012**, foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a* – *Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(24/07/2013)** este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

  
Profª Maria Ângela Alves do Nascimento  
Coordenadora do CEP/UEFS