

Chizuru Minami Yokaichiya

Em busca da atenção farmacêutica: um estudo sobre os
fatores gratificantes e estressantes do trabalho das
equipes de farmácia dos serviços municipais de
DST/Aids de São Paulo

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Infecções e Saúde Pública da
Coordenação dos Institutos de
Pesquisa da Secretaria de Estado
da Saúde de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins

SÃO PAULO

2004

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Ao Vitor,
à Carolina e
ao Guilherme.

Agradecimentos

À Professora Dra. Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins, pela acolhida na pós-graduação que se desenvolveu sob orientação permanente sempre envolta de carinho e dedicação, cuja lembrança perdurará por toda minha vida científica agora iniciada.

À Profa. Dra. Elvira Maria Ventura Filipe, Profa. Dra. Cláudia Maria Bógus e Profa. Dra. Tânia Beninga de Moraes, por terem aceito participar da banca de qualificação e pelas contribuições.

Aos Prof. Dr. Ivan França Junior, Profa. Dra. Vera Paiva, Profa. Dra Lilia Blima Schraiber, Profa. Dra. Regina Melchior e Dr. Wagner dos Santos Figueiredo, pela oportunidade de participação no Curso de Metodologia de Pesquisa em Aids do Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS-USP), atividade que me estimulou a ingressar na pós-graduação.

À Vera Lúcia Mercucci, pelo incentivo.

À equipe da Área Temática de Assistência Farmacêutica da Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, pela colaboração.

Aos farmacêuticos, técnicos e auxiliares dos serviços assistenciais de DST e aids do município de São Paulo, por aceitarem participar deste estudo e tornar possível esta pesquisa.

Às pessoas vivendo com HIV e aids, que me sensibilizam, fazendo-me buscar sempre novos ensinamentos.

Este trabalho teve o apoio financeiro do Ministério da Saúde e da
Fogarty Foundation International AIDS Training Program.

Resumo

Introdução: O acesso a medicamentos essenciais com farmacoterapia racional é uma das prioridades da OMS. A Atenção Farmacêutica é a interação direta do farmacêutico com o usuário, respeitando as especificidades, reduzindo as desigualdades sociais, visando o acesso e o uso racional de medicamentos para obtenção de resultados mensuráveis e melhoria da qualidade de vida. A dispensação de ARV é um encontro de sujeitos - farmacêutico e usuário - com características próprias. Está direcionada às pessoas com necessidades específicas e exige conhecimento aprofundado e humanização nas atividades. Este estudo aborda os aspectos subjetivos inerentes à atividade do farmacêutico.

Objetivos: Conhecer as percepções das equipes de farmácia que atuam na dispensação de medicamentos às pessoas vivendo com HIV e aids, tanto no que diz respeito às atividades do seu cotidiano como aos aspectos gratificantes e estressantes dessa atividade. Obter subsídios para propostas de organização de serviços de saúde e para educação continuada.

Método: Estudo qualitativo - grupo focal e observação participante - com equipes de farmácia dos serviços municipais de DST/Aids de São Paulo. Participaram 29 profissionais - farmacêuticos, técnicos e auxiliares de farmácia - com experiência superior a 6 meses na dispensação de medicamentos ARV. As discussões dos grupos focais foram gravadas em fitas de áudio, transcritas e analisadas pela análise temática, tendo sido complementadas pelos dados obtidos na observação participante.

Resultados: Os profissionais perceberam como gratificantes a recuperação das pessoas vivendo com HIV e aids, o êxito da profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV, o fato de poder ajudar as pessoas, a possibilidade de aprender com os pacientes, o desafio profissional na dimensão técnica, o reconhecimento do seu trabalho pelos usuários e a construção do vínculo com eles. Como fatores estressantes, perceberam a falta de espaço para a garantia da privacidade do usuário, a falta de medicamentos, a falta de recursos humanos e materiais, os problemas de segurança, as receitas falsificadas e o fato de lidar com grupos específicos de usuários.

Conclusão: O estudo aponta a necessidade de se criar espaços para reflexão sobre as práticas do profissional de farmácia; inserir esse profissional nas equipes multidisciplinares; humanizar os serviços; reorganizar o processo de trabalho; implantar a Atenção Farmacêutica e promover educação continuada em direitos humanos com assistência integral e equidade na luta contra a aids.

Descritores: uso de medicamentos, anti-retroviral, síndrome de imunodeficiência adquirida, farmacêuticos, assistência farmacêutica, estafa profissional.

Abstract

Introduction: The access to essential medicines using rational pharmacotherapy is one of WHO priorities. Pharmaceutical Care is the direct interaction between the pharmacist and the patient, with respect for the differences, reducing social inequality, aiming at providing accessibility and rational use of medicine to obtain measurable results and quality of life improvement. The dispensing of ARV is a unique meeting of subjects: the pharmacist and the patient. It's directed at people with particular needs and it demands profound knowledge and humanization. This study discusses the subjective aspects which are inherent to the pharmacist activity. **Objectives:** To learn about the perceptions of the pharmaceutical teams while dispensing medicines to the people living with HIV and AIDS, not only regarding their daily work routine, but also the rewarding and stressing aspects of those activities. To provide data to support proposals for health organization services and continued education. **Methods:** Qualitative research was conducted using focus groups and participant observation with 29 professionals – pharmacists, technicians and assistants - with more than 6 months' experience in the dispensing of ARV selected from pharmaceutical teams in the DST/Aids services in the city of São Paulo. The discussions were audio-recorded, transcribed and analyzed through theme analysis and later complemented with the data gathered in the participant observation. **Results:** The professionals perceived as rewarding the recovery of the people living with HIV and AIDS; the successful prophylaxis of Mother-to-Child transmission MTCT; their being able to help the people; their learning with the patients; the professional challenge, specifically in the technical dimension; the recognition of their work by the users; and the bond established with patients. As stressing factors, they perceived the lack of physical space to guarantee the privacy of the patients; the lack of pharmaceutical products; the lack of human resources and materials; security problems; false prescriptions; and the fact that they were dealing with specific groups of patients. **Conclusion:** The study suggests that there should be more reflection on the practice of the pharmaceutical professional; insertion of this professional in multidisciplinary teams; humanization of services; reorganization of the work process; implantation of Pharmaceutical Care and promotion of continued education in human rights and integral assistance with equity in the fight against AIDS.

Descriptors: drug utilization, antiretroviral agents, acquired immunodeficiency syndrome, pharmacists, pharmaceutical services, burnout professional.

Lista de Abreviaturas

| | |
|---------|---|
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ARV | anti-retroviral |
| COGest | Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada |
| CPA | Centro de Prevenção e Assistência |
| CR | Centro de Referência |
| CTA | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| DCB | Denominação Comum Brasileira |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| MS | Ministério da Saúde |
| NEPAIDS | Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PMSP | Prefeitura do Município de São Paulo |
| SAE | Serviço de Assistência Especializada |
| SICLOM | Sistema de Controle Logístico de Medicamentos |
| SMS-SP | Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UDI | Usuário de Drogas Injetáveis |
| WHO | World Health Organization |

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura1. Distribuição geográfica das coordenadorias de saúde das subprefeituras do município de São Paulo | 14 |
| Figura 2. Distribuição dos serviços de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo | 15 |

Índice

| | |
|---|-----------|
| Apresentação | |
| 1. Introdução | 10 |
| 1.1. Os dados sobre a aids no Brasil | 10 |
| 1.2. Os serviços de DST/Aids no Município de São Paulo | 12 |
| 1.3. As estratégias farmacêuticas da Organização Mundial da Saúde | 16 |
| 1.4. A Adesão à terapia anti-retroviral | 17 |
| 1.5. A Política Nacional de Medicamentos e a Assistência Farmacêutica | 20 |
| 1.6. O trabalho do farmacêutico | 25 |
| 1.7. O estresse psicológico e o profissional de saúde | 29 |
| 2. Objetivos | 36 |
| 3. Material e Métodos | 37 |
| 3.1. Observação participante | 37 |
| 3.2. Grupo Focal | 38 |
| 3.3. Análise | 42 |
| 3.4. Procedimentos éticos | 43 |
| 4. Resultados e Discussão | 44 |
| 4.1. Caracterização das farmácias observadas | 44 |
| 4.2. Grupos focais | 55 |
| 4.2.1. Fatores gratificantes | 57 |
| 4.2.2. Fatores estressantes | 66 |
| 5. Considerações Finais | 77 |
| Referências bibliográficas | 85 |
| Anexos | |

| | |
|---------|--|
| Anexo A | Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP |
| Anexo B | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| Anexo C | Roteiro da Observação Participante |
| Anexo D | Roteiro do Grupo Focal |
| Anexo E | Orientações para condução dos grupos focais |
| Anexo F | Carta convite |

Apresentação

No período de 1996 a 2001, em minha experiência profissional no Centro de Referência DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) para organização dos serviços de farmácia, percebi o desafio das equipes de farmácia na dispensação dos medicamentos anti-retrovirais (ARV) com orientação adequada e na promoção da adesão à terapia.

Naquele serviço de saúde, várias ações destinadas aos usuários foram desenvolvidas: orientações farmacêuticas, grupos de informação sobre medicamentos - antes de iniciar a terapia e durante o tratamento - grupos de discussão de casos na equipe multidisciplinar, palestras educativas e consultas de enfermagem. Os grupos de informação sobre a doença e sobre os medicamentos, além das informações técnicas, tiveram como principal função despertar na equipe o respeito pela decisão do usuário sobre a terapêutica instituída, como forma de melhorar o processo da adesão ao tratamento. Os grupos de discussão de casos compartilhavam as responsabilidades entre profissionais de diversas áreas.

Essa experiência e, posteriormente, a da Assistência Farmacêutica da Área Temática DST/Aids da Coordenação de Desenvolvimento da Gestão (COGest) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-São Paulo), inspiraram o projeto “A contribuição da Atenção Farmacêutica na adesão à terapia ARV: a visão dos profissionais de farmácia dos serviços municipais de aids de São Paulo”, estudo elaborado inicialmente no Curso de Metodologia de Pesquisa em Aids/Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS) e realizado entre 2001 e 2004, com financiamento do Ministério da Saúde e Fogarty Foundation International AIDS Training Program. Essa oportunidade profissional possibilitou-me participar ativamente de um grupo de pesquisa, com elaboração de um projeto desde o desenho inicial, desenvolvimento de instrumentos, análise de dados e resultados, que estiveram diretamente sob minha responsabilidade, com a orientação dos mentores do curso¹.

¹ Os mentores do Curso foram: Profª Drª Lilia B. Schraiber e Dr. Wagner S. Figueiredo.

O desenho inicial do projeto abordava “A contribuição da atenção farmacêutica à terapia ARV em pessoas vivendo com HIV e aids que são usuárias de drogas injetáveis (UDI)”. Foi utilizada a técnica do grupo focal, em dezembro de 2002, com os temas: acolhimento da equipe de farmácia, adesão ao tratamento, limites de trabalho, educação em saúde, troca de seringas e fatores gratificantes e estressantes na atividade das equipes de farmácia. Também foi realizada observação participante na farmácia em dois serviços assistenciais. Alguns resultados deste projeto estão no artigo “Adesão à terapia anti-retroviral (ARV) dos usuários de drogas injetáveis (UDI): as percepções de equipes de farmácia“, elaborado ao final do Curso de Metodologia de Pesquisa em Aids, por Yokaichiya, et al.(2004).

O presente estudo deu continuidade ao trabalho anteriormente citado, pois os dados coletados são muito abrangentes e, ao analisar o material obtido dos grupos focais, verifiquei que, além das informações sobre o tema em foco na ocasião, havia também muita informação sobre a atividade dos profissionais: seus anseios, suas queixas, seu prazer em trabalhar bem, o que, a meu ver, apontava a necessidade de abordar novamente o material, agora sob uma perspectiva diferente.

Assim, em comum acordo com a orientadora de Mestrado e com os mentores do referido curso, resolvi explorar esse material, direcionando meu foco de atenção para os fatores gratificantes e estressantes da atividade das equipes de farmácia.

Elaborei, então, esta dissertação de mestrado com o objetivo geral de dar voz aos profissionais da farmácia no que se refere ao seu trabalho: os sentimentos, vivências, percepções e idéias, com realce para os fatores gratificantes e estressantes de sua atividade.

1. Introdução

Para contextualizar o presente estudo, foram abordados os seguintes temas:

- Os dados sobre a aids² no Brasil;
- Os serviços municipais de DST/Aids de São Paulo;
- As estratégias farmacêuticas da Organização Mundial da Saúde -OMS;
- A adesão à terapia anti-retroviral;
- A Política Nacional de Medicamentos e a Assistência Farmacêutica;
- O trabalho do farmacêutico;
- O estresse psicológico e o profissional de saúde.

1.1. Os dados sobre a aids no Brasil

Os dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) mostram que no Brasil, de 1980 a dezembro de 2003, foram diagnosticados 310.310 casos de aids, sendo 220.783 casos em homens de todas as faixas etárias, ou seja, 71,1% do total de casos registrados no país. Mostram também que de 1983 a dezembro de 2003, foram notificados 89.527 casos em mulheres, ou seja, 28,8% do total de casos de aids no país, sendo a razão de sexo, de 2,5 casos masculinos para cada caso feminino (Brasil, 2004a).

Quanto à transmissão, entre os casos notificados, a categoria exposição sexual corresponde a 63,8%, a sanguínea a 20,3% e a perinatal a 2,9%. No que diz respeito aos homens (13 anos ou mais de idade), a exposição sexual corresponde a 57,8% dos casos e a exposição sanguínea corresponde a 24%, com destaque para usuário de drogas injetáveis (UDI) com 22,8%. Entre as mulheres (13 anos e mais de idade), a forma de transmissão predominante é a via sexual, com 86,9%, e a exposição sanguínea, com 12,8% (Brasil, 2004a).

² aids: substantivo feminino. Uso no Brasil vem prevalecendo aids como feminino (doença) com grafia minúscula. (Houaiss, 2001).

Os dados do Ministério da Saúde apontam para uma redução de 26% de casos notificados: 30 mil novos casos em 1988 e 22 mil em 2003.

A taxa de mortalidade por aids no Brasil vem mostrando uma tendência de estabilização desde 1999, sendo que, nos últimos 3 anos, se manteve com média de 6,3 óbitos por 100.000 habitantes. Essa tendência coincide com a introdução do uso da terapia anti-retroviral de alta eficácia (HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy) a partir de 1996, no Sistema Único de Saúde. Observa-se também a redução de 6 vezes na média de internação por paciente (1,65 em 1996 e 0,28 em 2001), o aumento da sobrevida de 5 meses para 58 meses e a redução de 54% no custo do tratamento. (Brasil, 2002; 2003c).

Nas regiões Sudeste e Sul, concentram-se 84,8% dos casos, sendo que na cidade de São Paulo, há 59.773 casos de aids notificados no SINAN, até Dezembro de 2003, correspondendo a 19,3% dos casos do país (Brasil, 2004a).

Segundo o Boletim Epidemiológico de Aids do Município de São Paulo, foram 54.030 casos notificados em adultos e 1.742 em crianças até Setembro de 2003, sendo a razão entre sexos de 1,8 homens para cada mulher (São Paulo, 2004a; São Paulo, 2004d).

A partir de 1996, o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais (ARV) é assegurado pela Lei nº 9313, de 13 de novembro de 1996 (Brasil, 1996), que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de aids. Todos os serviços assistenciais no âmbito nacional atuam de acordo com as diretrizes da Coordenação Nacional DST/AIDS, para o combate ao HIV e à aids. Esta coordenação define as políticas, diretrizes e estratégias para as ações de promoção à saúde e de prevenção e assistência, incluindo a logística dos medicamentos ARV.

O Ministério da Saúde e o Programa Nacional de DST e Aids divulgou e atualizou o Consenso de Terapia Anti-retroviral em Adultos e Crianças, elaborou o sistema informatizado de cadastro de usuários para terapia ARV denominado Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e

estabeleceu a homogeneização de Conceitos e Recomendações Básicas para melhorar a Adesão ao Tratamento ARV (Brasil, 2004b;Vitória, 1998).

Em 1996, no município de São Paulo, foram criados 15 serviços de DST e aids, com distribuição gratuita de medicamentos ARV. Desde 2001, o Programa Municipal de DST e Aids passou a ser denominado Área Temática DST/Aids da COGest da SMS-São Paulo. A COGest desenvolve várias ações programáticas como saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto, do idoso, entre outros, inclusive a assistência farmacêutica.

Os farmacêuticos passaram a integrar as equipes nos serviços dispensadores de medicamentos ARV em 1998, com a inclusão dos ARV, na Portaria 344/98 (Brasil,1998), que normatiza procedimentos para medicamentos sob controle especial e torna obrigatória a presença do farmacêutico para atender essa exigência legal (Melchior, 2002).

Em abril de 2004, a média do primeiro trimestre de 2004 foi de 7.588 pessoas sob tratamento ARV nos serviços assistenciais do município de São Paulo (São Paulo, 2004b).

1.2 Os serviços de DST/Aids no município de São Paulo

Os serviços DST e Aids do município são integrados ao SUS; estão distribuídos regionalmente na cidade de São Paulo e disponíveis de segunda a sexta feira, das 7:00 às 19:00 horas para testes sorológicos para HIV, consultas, orientações de prevenção e tratamento à DST, HIV/aids e hepatites. Todos os serviços oferecem gratuitamente preservativos masculinos e femininos, agulhas e seringas para usuários de drogas injetáveis (com o objetivo de reduzir danos) e materiais educativos para prevenção à DST/Aids.

Os serviços municipais de DST e aids compõem-se de:

- ✓ 5 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), especializados em prevenção e em detecção de doenças sexualmente transmissíveis –

DST. Oferecem orientação, aconselhamento e realização de testes sorológicos. O atendimento pode ser anônimo, se desejado.

- ✓ 5 Centros de Prevenção e Assistência (CPA), que realizam atividades de prevenção, testes sorológicos para HIV, aconselhamento e tratamento de usuários com DST, HIV e aids. Possui um pequeno laboratório de análises clínicas e equipe multidisciplinar.
- ✓ 9 Serviços de Assistência Especializada (SAE), que realizam testes sorológicos para HIV, atividades de prevenção, diagnóstico e aconselhamento. Oferecem tratamento em DST, HIV e aids. Possuem um pequeno laboratório de análises clínicas e uma equipe multidisciplinar que inclui médicos em mais de uma especialidade (clínico-geral, infectologista), farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros.
- ✓ 3 Centros de Referência em DST/AIDS (CR), que realizam testes sorológicos para HIV, oferecem serviços de prevenção, assistência e exames diagnósticos. Suas instalações estão equipadas com laboratório de análises clínicas de maior porte e complexidade para realização de exames de urgência e sorologias.
- ✓ 2 Ambulatórios de Especialidades (AE), que atendem diversas especialidades, inclusive DST, HIV e aids (São Paulo, 2004c).

Os serviços dispensadores de medicamentos ARV são 15, sendo 3 CR, 9 SAE, 2 AE e 5 CPA; contam, no mínimo, com um farmacêutico e com equipes de farmácia compostas por técnicos e auxiliares. As farmácias funcionam no mesmo horário dos serviços de saúde, ou seja, das 7:00 horas às 19:00 horas.

**UNIDADES DE DST/AIDS SEGUNDO DISTRITO ADMINISTRATIVO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

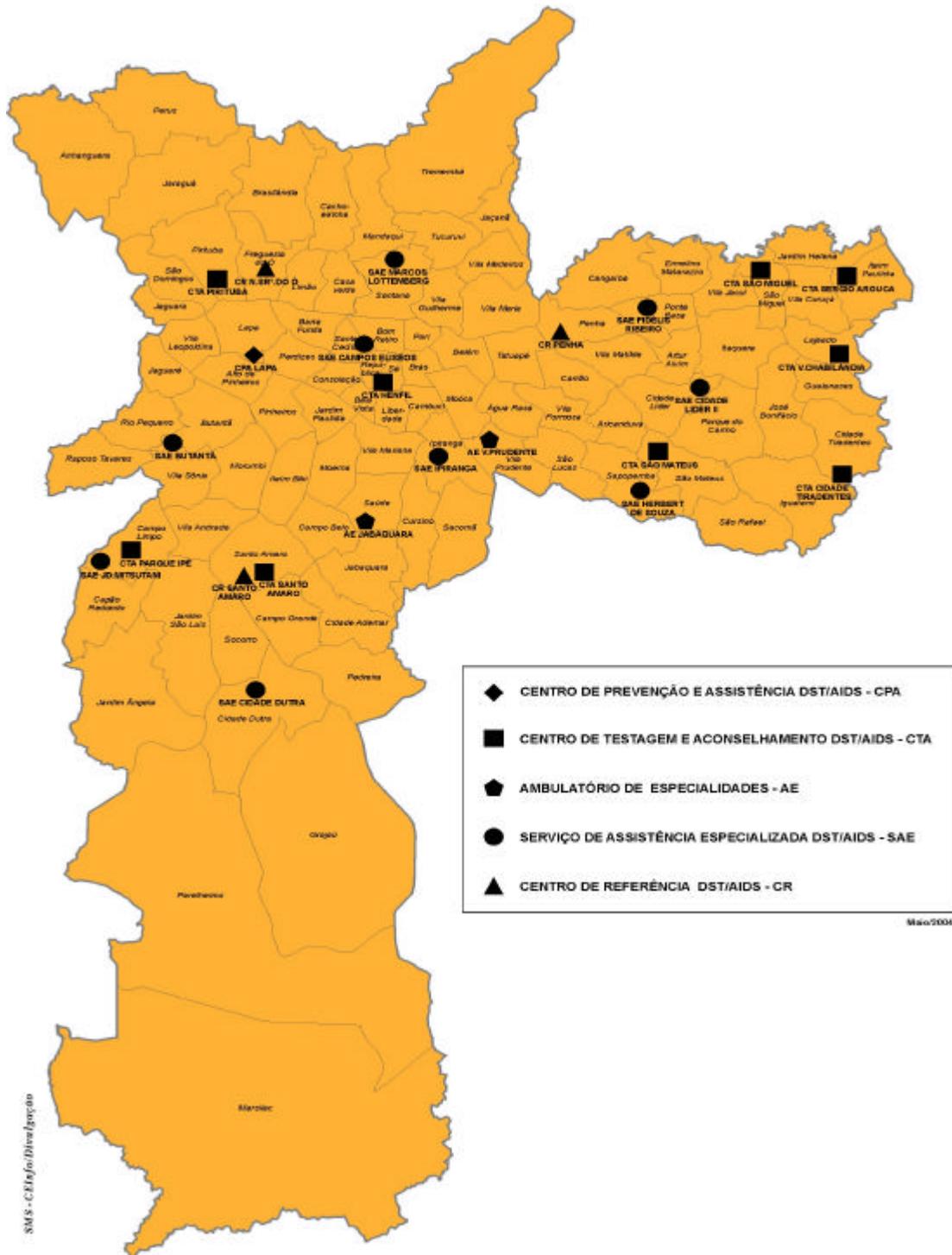


Figura 2. Distribuição geográfica dos serviços municipais de DST /Aids da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Fonte: CEInfo-SMS-Prefeitura do Município de São Paulo. 2004

1.3. As estratégias farmacêuticas da Organização Mundial da Saúde

A OMS tem como meta a ampliação do acesso a medicamentos essenciais, em especial contra HIV/Aids, tuberculose e malária, saúde da criança e saúde reprodutiva. A maioria das intervenções em doenças necessita de medicamentos essenciais; no entanto, um terço da população mundial não tem acesso regular a medicamentos essenciais. A proposta prioritária da OMS para 2004-2007 é de que todas as pessoas tenham acesso a medicamentos essenciais para tratar as doenças que mais freqüentemente atinge as pessoas, considerando a equidade a esse acesso um direito humano (WHO, 2004).

As suas estratégias farmacêuticas para o período citado baseia-se em quatro objetivos fundamentais (WHO, 2004):

- ✓ melhorar o acesso a medicamentos essenciais ³;
- ✓ fortalecer a Política Nacional de Medicamentos;
- ✓ promover a qualidade e segurança dos medicamentos;
- ✓ promover o uso racional ⁴ de medicamentos.

Nos países em desenvolvimento, apenas 300 mil pessoas, dos 5 a 6 milhões de pessoas que atualmente necessitam de tratamento, têm acesso a ARV. O acesso a ARV foi declarado pela OMS como emergência sanitária mundial. Sua meta até 2005 é assegurar ARV a três milhões de pessoas vivendo com HIV e aids em países em desenvolvimento, o que representa 50 % do total (WHO, 2004).

Outra meta é melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos disponibilizados e promover o seu uso racional. O uso irracional de

³Medicamentos Essenciais: “Medicamentos essenciais são aqueles que servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e a segurança e estudos comparativos de custo efetividade. Devem estar disponíveis em todo momento, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar”. (WHO, 2004).

⁴Uso Racional: A OMS em 1985 (Nairobi, Quênia) formulou o conceito de uso racional de medicamentos: “que os pacientes recebam os medicamentos apropriados para uma situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo possível para ele e para sua comunidade.” (SOBRAVIME, 2001).

medicamentos constitui num problema mundial. Estima-se que a metade dos medicamentos são prescritos, vendidos ou dispensados de forma inadequada e que a metade dos usuários não faz uso correto dos medicamentos (WHO,2004).

Nesse contexto mundial, o Brasil, desde 1996, vem provendo o acesso universal aos medicamentos ARV, incorporando o referencial de Direitos Humanos. Reconheceu os direitos das pessoas vivendo com aids: a não discriminação, a equidade (no trabalho, na escola, nos serviços de saúde), a liberdade, o não sofrimento de tratamento desumano e degradante, a não punição. Assegurou os direitos da mulher: sexualidade, autonomia e a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e outros (WHO, 2000; Brasil, 2002; Unaid, 2004).

1.4. A adesão à terapia anti-retroviral

A adesão, segundo um estudo de revisão da World Health Organization em doenças crônicas (WHO, 2003), é definida “como a medida na qual o comportamento pessoal - tomando um medicamento, seguindo uma dieta ou executando uma alteração no modo de vida - corresponde às recomendações dos profissionais de saúde”. Nesta revisão, a média da adesão nos países desenvolvidos para doenças crônicas, está em torno de 50%. A magnitude e impacto da baixa adesão nos países em desenvolvimento são atribuídos a escassos recursos e iniquidade no acesso aos cuidados à saúde. A adesão a medicamentos anti-retrovirais está entre 37 a 83% dependendo do esquema terapêutico e das características da população. Nos serviços públicos de saúde do Estado de São Paulo, segundo Nemes et al (2000), a adesão à terapia ARV está em torno de 69%. A boa adesão é um fator decisivo no êxito do tratamento e a relação entre profissional e paciente foi identificada como fator determinante para a adesão.

Nas revisões abordadas pela WHO (2003), foram identificados e reforçados vários aspectos no que diz respeito à adesão. O primeiro deles é

a necessidade de apoio aos usuários (e não de reprimendas). Outro ponto se refere às conseqüências da baixa adesão aos tratamentos de longo prazo devidos à baixa eficiência dos serviços, gerando aumento nos custos em cuidados à saúde. Outro aspecto, ainda, é sobre o aumento da adesão aumentando a segurança ao usuário, pois, em conseqüência da interrupção do tratamento, podem ocorrer efeitos indesejáveis como o efeito rebote, rápido aumento da carga viral e resistência viral nos casos de HIV/aids; na tuberculose, a falha do tratamento causa desenvolvimento de resistência do microorganismo aos fármacos. As revisões da WHO (2003) alertam para o fato de que a adesão é um importante fator modificador da eficiência do sistema de saúde uma vez que a não adesão resulta em aumento da morbidade e mortalidade. Os índices de adesão podem ser utilizados para planejamento e projetos de avaliação dos serviços de saúde.

Portanto, conforme a WHO, melhorar a adesão pode ser o melhor investimento do cuidado com os portadores de doenças crônicas. As intervenções para remover as barreiras à adesão devem se tornar um componente central do esforço para melhorar a saúde da população, com promoção do uso racional de medicamentos, que significa boa prescrição e completa adesão a ela. Com a falta de um sistema informatizado direcionado aos determinantes da adesão, o potencial dos avanços da tecnologia poderá tornar-se ineficiente para reduzir a carga do custo das doenças crônicas. Acesso a medicamentos é necessário, mas insuficiente, por si só, para resolver o problema (WHO, 2003).

Os sistemas de saúde devem se mobilizar para novas práticas e estratégias para promover a adesão. Há necessidade de estabelecer sistemas de financiamento para ações de adesão como reembolso pelo aconselhamento e de ações educativa focando a adesão. A determinação da continuidade da atenção ao cuidado (usuários respondem melhor quando recebem cuidados sempre do mesmo “local”); as informações de médicos e farmacêuticos compartilhadas com o usuário (objetivando a prescrição e aumento do potencial da adesão) bem como a comunicação com usuários (como telefonemas) são estratégias simples e de baixo custo para melhorar

a adesão. Há necessidade de formar equipes multidisciplinares, pois os problemas têm sido abordados de forma fragmentada, requerendo a participação de vários profissionais.

Ainda segundo a WHO (2003), a adesão é um fenômeno multidimensional, determinado pela inter-relação de cinco fatores na dimensão da adesão à terapia ARV:

- 1 Fatores sócio-econômicos: pobreza, analfabetismo, baixa escolaridade, desemprego e condições habitacionais. Além das condições sócio-econômicas existem os fatores raciais (imigrantes), crenças culturais, etários (adolescente⁵, crianças e idosos), a iniquidade, a discriminação, e o fator gênero⁶;
- 2 A capacitação inadequada dos profissionais das equipes de saúde dificulta a boa relação com médicos, enfermeiros e farmacêuticos que contribuiria para o aumento da adesão;
- 3 As condições individuais da doença: pessoas assintomáticas⁷ têm baixa adesão, as pessoas sintomáticas⁸ entendem melhor a relação da adesão com carga viral⁹;
- 4 Alguns fatores relacionados à terapia: tratamento complexo, exigências de mudanças no modo de vida, reações adversas dos medicamentos, baixa clareza nas orientações do uso correto influenciam

⁵Os adolescentes apresentaram adesão mais baixa do que as crianças, que dependem de outras pessoas e de supervisão (WHO, 2002).

⁶Explicitando a questão de gênero: as mulheres são citadas por baixa adesão pelo cuidado que dispensam à criança e relataram perda de doses. Segundo o estudo brasileiro de Lopes (2003), as manifestações da desigualdade no tratamento às mulheres negras as colocam em situações de desvantagem, vulnerabilidade. Elas relataram menos facilidade em entender as orientações recebidas, em tirar dúvidas ou conversar com os médicos sobre sua vida sexual; mais dificuldade para receberem outros medicamentos que não são os ARV e serem atendidas por outros profissionais que não o infectologista ou ginecologista.

⁷ Pessoas assintomáticas: pessoas que não apresentam sintomas da aids, mas podem transmitir HIV.

⁸ Pessoas sintomáticas: pessoas infectadas pelo HIV e que apresentam sintomas.

⁹Carga viral - Exame realizado no sangue para medir a quantidade de RNA do HIV. É um marcador clínico importante, o número de partículas virais (RNA do HIV) é elevado durante a infecção primária e mais baixo na fase crônica assintomática. Existe uma relação direta entre a quantidade de HIV detectada e a rapidez com que a infecção progride. Níveis elevados de replicação do vírus e o aumento da carga viral estão associados a deterioração acelerada do sistema imune. Portanto, a carga viral é muito útil para avaliar a progressão da doença, indicar o início de terapia e para determinar a eficácia dos anti-retrovirais (Brasil,1999).

negativamente na adesão. Alguns fatores como ingestão de poucos comprimidos, tomadas reduzidas e a crença na eficácia do medicamento favorecem a adesão.

5 Fatores individuais: esquecimento, depressão, personalidade, crenças negativas de que o uso de álcool e outras drogas interferem com os medicamentos.

No Brasil, em estudo realizado no estado de São Paulo por Nemes et al. (2000a), verificou-se que um importante fator que prejudica a adesão é a falta à consulta médica e a baixa qualidade dos serviços de saúde, seguidos de pobreza e baixa escolaridade. As questões sócio-econômicas e culturais podem gerar uma sensação de impotência levando à imobilidade; entretanto, melhorar a comunicação serviço-usuário e ouvir o usuário é um desafio possível de ser superado (Melchior, 2000); também é possível melhorar a qualidade dos serviços prestados, tornando-os acolhedores.

A adesão é um desafio ao usuário e aos serviços de saúde, pois requer a superação das dificuldades, do estigma, das crenças negativas, da adaptação, do estilo de vida (Nemes et al., 2000b); depende da aceitação da doença, e do bom relacionamento com os profissionais de saúde (Tunala et al., 2000) para atingir a coincidência com a prescrição médica. A não adesão à terapia ARV compromete, no plano individual, a efetividade do tratamento; no plano coletivo, a disseminação do vírus resistente.

1.5. A Política Nacional de Medicamentos e a Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica integra as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e é considerada como uma das atividades prioritárias na assistência à saúde, sendo o medicamento um insumo estratégico para a assistência em saúde.

“A Assistência Farmacêutica é um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas 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 a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”. (Brasil, 1998a:14).

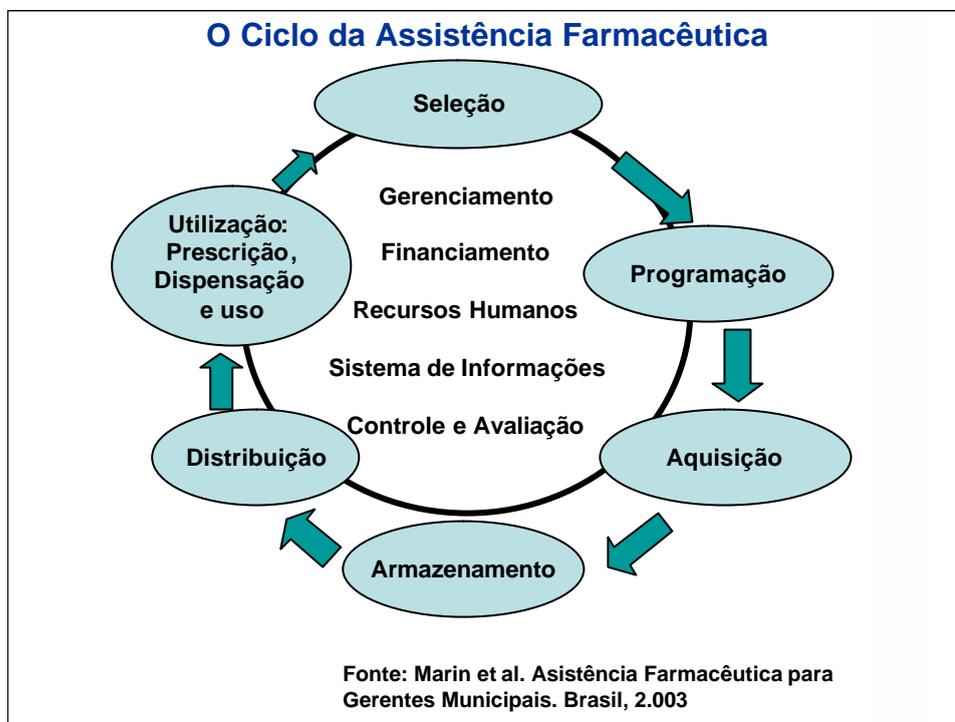
A Política Nacional de Medicamentos, conforme a Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998, aponta para a necessidade do estabelecimento de uma relação de medicamentos essenciais, da regulamentação sanitária dos medicamentos, da reorientação da assistência farmacêutica, da promoção do uso racional de medicamentos, da promoção de produção de medicamentos com segurança, eficácia e qualidade e do desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (Brasil,1998a). Um ano antes, Bonfim e Mercucci (1997) já destacavam a importância e as razões para uma política de medicamentos.

A Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, em 1978, com a participação da United Nations Children’s Fund-UNICEF formula o conceito de “Saúde para todos” e considera o abastecimento de medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária em saúde (OMS, 1979).

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988 e instituído pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1998 (Brasil,1990a), contempla a necessidade de assistência integral à saúde, inclusive farmacêutica. Ao mesmo tempo, no cenário internacional, a OMS em 1993 define o papel do farmacêutico no Sistema de Atenção de Saúde (OMS, 1993) e a Declaração de Tóquio estabelece as “Boas Práticas de Farmácia: Normas de Qualidade de Serviços Farmacêuticos” (OMS, 1993).

A Assistência Farmacêutica tem como preceitos a educação permanente dos profissionais de saúde, do usuário e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos, além de garantir à toda população o acesso a medicamentos essenciais, garantir medicamentos seguros e eficazes,

acompanhar e avaliar a utilização e promover o desenvolvimento científico-tecnológico de medicamentos.



Marin et al. (2003, p: 130).

Os farmacêuticos são elementos-chave no desenvolvimento da assistência, orientando e fornecendo informações aos usuários, monitorando os tratamentos e identificando os problemas relacionados a medicamentos em cooperação com outros profissionais de saúde e usuários (Pepe e Osório-Castro, 2000; Berg, 2001; Cantwell-Macnelis e James, 2002; Romano-Lieber et al., 2002). Farmacêuticos estão estrategicamente bem posicionados para promover o aumento da adesão em doenças crônicas, porque são os mais acessíveis e detêm o conhecimento técnico, podendo prestar a Atenção Farmacêutica (WHO,2003).

A intervenção dos farmacêuticos num programa de Atenção Farmacêutica tem sido eficaz no aumento da adesão em usuários renais crônicos, tendo a adesão aos imunossupressores, em usuários transplantados renais, aumentado em 100% no período superior a 12 meses (WHO, 2003). Resultados similares foram observados em usuários com

asma (WHO, 2003) e o estudo de Bultman e Svarstad (2002), demonstrou a importância dos farmacêuticos no monitoramento do tratamento com antidepressivos.

A atenção farmacêutica, segundo Cipolle et al. (2000), é uma afirmação de uma necessidade social, contínua, com enfoque no usuário, respeitando suas necessidades, suas preferências e seus desejos. Visa promover a participação do usuário no processo terapêutico com medicamentos seguros e eficazes. (Cipolle et al., 2000).

Além disso, a Atenção Farmacêutica propicia a redução da morbidade e mortalidade devidas às reações adversas a medicamentos¹⁰ e estabelece relação direta com farmacovigilância¹¹ nos sistemas de saúde.

Hepler e Strand (1990) conceituam a Atenção Farmacêutica como um elemento necessário à saúde pública, que deve estar integrada a outros elementos. É voltada para o benefício direto ao usuário, com objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos usuários:

“...atenção farmacêutica é a provisão responsável de tratamento farmacológico, com o propósito de alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente; implica em um processo através do qual um farmacêutico coopera com um paciente e com outros profissionais, mediante o desenho, execução e monitorização de um plano terapêutico que produzirá resultados terapêuticos específicos para o paciente; é um elemento necessário na assistência sanitária e deve estar integrada com os outros elementos. Sem dúvida, a atenção farmacêutica é proporcionada para o benefício direto do paciente; o farmacêutico é o responsável direto, frente ao paciente, da qualidade dessa assistência. A relação fundamental na atenção farmacêutica é um intercâmbio mútuo benéfico, no qual o paciente outorga autoridade ao provedor e o provedor oferece competência e compromisso (aceita a

¹⁰ Reação adversa a medicamentos: Uma resposta nociva e não intencional ao uso do medicamento que ocorre em doses normalmente utilizada em seres humanos para a profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças ou modificação de função fisiológica (WHO, 2002).

¹¹ Farmacovigilância: Ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos (WHO, 2002).

responsabilidade) ao paciente...” (Hepler e Strand,1990: 43)¹²

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1993, reconheceu o papel do farmacêutico na promoção da saúde e prevenção de morbidade e mortalidade; a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2002, propôs o conceito da Atenção Farmacêutica como:

“A atenção farmacêutica é estabelecida como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação de 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 de seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”. (OPAS/OMS, 2002:15).

Os componentes da prática da atenção farmacêutica, segundo APhA (1995), Cipolle et al. (2000), Rodrigálvarez (2001), OPAS/OMS (2002), Rovers et al. (2003), podem ser reunidos da seguinte forma:

1. Estabelecimento e manutenção do relacionamento entre o profissional e o usuário;
2. Entrevista farmacêutica como coleta de informações específicas do usuário relacionados ao uso de medicamentos, com sigilo, organização, registro e manutenção dos mesmos;
3. Desenvolvimento e avaliação do plano de atenção farmacêutica com a participação do usuário;

¹² Texto em castelhano, traduzido pela autora.

4. Domínio das informações e conhecimentos técnicos necessários para conduzir a farmacoterapia e implementação do plano de atenção farmacêutica;

5. Acompanhamento e avaliação contínua da terapia farmacológica, para detecção, prevenção e solução dos problemas relacionados ao medicamento;

6. Interface com a farmacovigilância, educação em saúde e outros fatores que conduzam à promoção do uso racional de medicamentos;

7. Registro sistemático das atividades e da evolução real do usuário, mensuração e avaliação dos objetivos, alcançados ou não.

A orientação farmacêutica adequada, voltada exclusiva e diretamente ao usuário permite que ele se conscientize de seu papel como agente em seu próprio benefício (Castro, 2000). O farmacêutico e o usuário devem agir conjuntamente com o objetivo comum de promover a saúde e prevenir doenças (OMS, 1993; Marin et al., 2003).

A Resolução nº 388 de 6 de maio de 2004 (Brasil 2004), considerando as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (Brasil, 2003), realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003 e a 12ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2003a), realizada no período de 7 a 11 de dezembro de 2003, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica com base nos princípios da Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica já definidos neste trabalho.

1.6. O trabalho do farmacêutico em serviços DST/Aids

A equipe de farmácia deve estar preparada para fornecer as informações necessárias visando o mais alto nível de qualidade de vida possível dos usuários (APhA, 1993), direcionando os seus esforços para o bem estar do usuário. É tarefa de todos participar, entendendo a demanda (que é dinâmica e complexa) dessa população específica perante a farmacoterapia,

para alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do usuário (OMS,1993).

O estudo realizado por Yokaichiya et al. (2004) relata que a farmácia tem importante papel na adesão: dispensação de ARV com orientação de uso adequado ao modo de vida, esclarecimento de dúvidas, elaboração de mapas de usuários faltosos para fins de convocação, e construção de relação de confiança. Os profissionais da farmácia não conseguem identificar de imediato quais pacientes são usuários de drogas injetáveis-UDI. A farmácia, apontada no estudo como espaço favorável para escuta e construção de vínculos, pode ser um momento da assistência propício para minimizar o estigma às pessoas vivendo com HIV/Aids e UDI e oferecer um serviço especializado aos pacientes considerados “difíceis” e “invisíveis”¹³. São considerados “pacientes difíceis” aqueles que ocultam a doença, não aceitam a condição de HIV/Aids, confusos, têm limites de compreensão e não aderem ao tratamento.

Para alguns usuários, o uso de medicamentos ARV é a segunda confirmação do diagnóstico do HIV:

“Há dois momentos: primeiro quando recebe o resultado, o segundo, na introdução dos remédios“. (Paiva et al., 2000:31)

O momento da dispensação de medicamentos ARV, no “balcão” da farmácia, quando o paciente recebe “uma sacola” de medicamentos, é, portanto, uma situação significativa; do ponto de vista da Atenção Farmacêutica, a humanização da relação profissional-usuário, o respeito aos direitos, o aconselhamento, são, nesse momento, palavras-chave para a construção de uma aliança terapêutica, fundamental para a adesão ao tratamento. É importante a atenção às necessidades psicossociais do usuário, o que contribui para promover sua participação no processo terapêutico (Cipolle et al, 2000).

¹³Segundo Schraiber (2001) e (2003), “casos difíceis”, via de regra, reconhecidos pelos profissionais como “casos indesejáveis”, são tidos como “pessoas problemáticas” ou “pacientes indisciplinados” que causam distúrbio no contexto assistencial. Tais situações fazem com que não haja motivação por parte dos profissionais de revelá-los, conhecê-los ou dar visibilidade a eles na assistência. A invisibilidade afeta a relação profissional-usuário, criando impasses comunicacionais como a ausência de canais de expressão e escuta.

A Atenção Farmacêutica, no desafio da adesão à terapia ARV, pode estar na qualidade dos serviços que presta, no momento da dispensação de medicamentos oferecendo:

- ✓ orientações quanto à doença;
- ✓ orientações farmacêuticas: informações sobre posologia, modo de administrar, interações medicamentosas e alimentares, efeitos colaterais;
- ✓ acompanhamento da farmacoterapia.

Segundo Mitchell (1993), a grande vantagem da equipe de farmácia está no acesso direto ao usuário. Os usuários confiam e procuram discutir sobre medicamentos e receber orientações com horários de medicações. Segundo o autor, os farmacêuticos focam sua atenção no usuário e gastam de 1 a 2 horas com orientações, têm uma relação mais próxima com os usuários, tecendo uma rede de confiança e esperança. Os usuários confidenciam seus problemas, como por exemplo, se não aderem ao tratamento por causa dos efeitos colaterais; podem não contar ao médico e relatar ao farmacêutico. Quando o farmacêutico tem a confiança do paciente, os dois trabalham juntos para solucionar os problemas.

É essencial considerar que a equipe de farmácia tem, potencialmente, uma oportunidade preciosa de trabalho com o paciente, podendo tornar-se co-responsável pela qualidade de vida deste, conhecendo sua realidade e, assim, contribuindo para a aceitação e a compreensão da doença. Urge assim, a necessidade de integrar-se nas ações multidisciplinares (OMS, 1993; Noorh Mohamed e Ferguson, 1993; Lurie et al., 1998).

As atividades dos farmacêuticos são amplas e complexas, abrangendo:

- ✓ Gerenciamento da farmácia;
- ✓ Planejamento e programação de medicamentos, insumos e correlatos;
- ✓ Recebimento de medicamentos, insumos e correlatos;
- ✓ Armazenamento adequado com garantia da qualidade;
- ✓ Dispensação com orientação farmacêutica;
- ✓ Promoção do uso racional de medicamentos;
- ✓ Controle de estoque;

- ✓ Sistema de informação;
- ✓ Participação na adesão à terapia ARV;
- ✓ Participação na educação continuada da equipe de farmácia.

Na dinâmica do trabalho, algumas ações são priorizadas em relação às outras, o que foi registrado por Castanheira et al. (2000), Melchior (2002) e Melchior (2003). Seus estudos indicam que a equipe da farmácia se ocupa basicamente do controle dos registros e estoque de medicamentos. No entanto, deveria ser mais valorizado o trabalho de “balcão” da farmácia, o momento da escuta dos pacientes. Essa atividade deveria ser realizada com receptividade, afetividade, respeito aos direitos do cidadão, que são fatores de vital importância na qualidade de vida dos pacientes.

“O foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente” (Levy et al., 2004:12).

O Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde (Scientific Group on Research in Health Education), também da OMS, expandiu esta declaração ao afirmar que "os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertencem e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva" (WHO, 1969).

Marin et al., (2003) e Cippole et al., (2000) indicam que a entrevista com o paciente é um dos atos mais importantes para a adequada educação em saúde. Nesses conceitos, inclui-se a promoção do uso racional de medicamentos.

O relacionamento profissional-paciente é entendido como uma relação humana; a interação pessoal se dá nas atividades assistenciais,

concomitantemente ao aspecto técnico. A aliança terapêutica, a participação mútua e a reciprocidade são fundamentais, especialmente em enfermidades crônicas, em que o paciente pode cuidar de si e assumir o tratamento (Nogueira-Martins, 2004).

1.7. O estresse psicológico e o profissional de saúde

Define-se estresse como o estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agressão, como a da dor, frio, fome, estados tóxicos ou infecciosos ou qualquer outro "agente estressor" incluindo, por extensão, as influências psicológicas. Dos elementos estressógenos de natureza psicológica mais estudados, destacam-se (Mello Filho, 1978):

- ✓ as tarefas de responsabilidade;
- ✓ as reações a eventos inesperados;
- ✓ as situações de expectativa e de contato com o novo.

O vocábulo estresse advém da Física e se refere ao grau de deformidade que uma estrutura sofre quando submetida a um esforço. O termo foi introduzido em Medicina para nomear o conjunto de modificações que um organismo vivo sofre quando submetido a agentes nocivos à sua integridade. Este conceito ganhou especificidade ao se definir estresse como o conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige um esforço adaptativo (Nogueira-Martins L, 1991).

A avaliação de uma situação como mais estressante ou menos estressante varia de acordo com:

- ✓ a personalidade do indivíduo;
 - ✓ a magnitude, intensidade, frequência, duração e previsibilidade da situação estressante;
 - ✓ a experiência anterior do indivíduo com situações semelhantes.
- (Nogueira-Martins L, 1991).

A tarefa do profissional em saúde, como qualquer outra atividade ocupacional, apresenta características estressantes e gratificantes. O resultado final depende da interação que se dá entre o trabalhador (o

indivíduo) e as características específicas do trabalho desenvolvido (natureza, local, condições físicas, remuneração). Estudos mostram que há, como regra geral, no trabalho assistencial em saúde, a exposição a situações que geram estresse psicológico nos trabalhadores devido, entre outros fatores, ao contato íntimo com pessoas doentes. No sistema público de atenção à saúde, a somatória de um crescente volume de pacientes com precárias condições de trabalho tem gerado situações de insatisfação e desgaste tanto nos profissionais como nos usuários, levando por vezes a situações de franca hostilidade por parte dos pacientes e familiares (Nogueira-Martins L, 2002).

Algumas peculiaridades inerentes à tarefa em saúde caracterizam um ambiente profissional psicologicamente insalubre. São elas: o contato íntimo e freqüente com a dor e o sofrimento; o contato íntimo com pacientes terminais (conversar com pacientes que vão morrer); lidar com pacientes difíceis (queixosos, querelantes, hostis, reivindicadores, rebeldes, não aderentes ao tratamento, autodestrutivos, cronicamente deprimidos, alcoolizados ou sob o efeito de drogas); lidar com dilemas éticos; lidar com as expressões psicológicas de medo, desespero, pânico, agressividade e outras tantas associadas ao fenômeno do adoecer; conviver com as incertezas e limitações do conhecimento científico e do sistema assistencial, que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares, que desejam certezas e garantias (Nogueira-Martins L, 2002).

Apesar de haver diferenças qualitativas e quantitativas em relação ao estresse nas diversas áreas da saúde, o fato é que, como profissão, o exercício profissional assistencial em saúde, de uma maneira geral, apresenta uma elevada toxicidade psicológica, que pode ser muito danosa ao profissional e, conseqüentemente, às pessoas que ele atende.

Algumas situações da assistência em saúde são altamente estressantes e provocadoras de intensas reações emocionais nos profissionais diretamente envolvidos na assistência aos pacientes e familiares. Trata-se dos dilemas éticos. Alguns exemplos típicos ilustram este contexto carregado de conflitos:

- ✓ o paciente que oferece resistência a uma intervenção cirúrgica, mutiladora, necessária e impostergável;
- ✓ o paciente que se recusa a continuar a quimioterapia ou a hemodiálise;
- ✓ o paciente que, por razões religiosas, não aceita a transfusão de sangue;
- ✓ a família do paciente que, a despeito da gravidade do caso, insiste em retirá-lo do hospital e ameaça a equipe médica acusando-a de negligência ou omissão;
- ✓ a família do paciente que pede ao médico que não informe ao paciente o diagnóstico de câncer;
- ✓ o temor de contrair doenças contagiosas em procedimentos médicos;
- ✓ a decisão sobre a continuidade ou interrupção do tratamento em casos graves (Nogueira-Martins L e De Marco, 2003).

Pitta (1991), estudando a relação entre características do processo de trabalho e sofrimento psíquico dos trabalhadores de um hospital geral de médio porte (400 leitos) da cidade de São Paulo, encontrou associações significativas entre sofrimento psíquico e trabalhadores que lidam diretamente com pacientes.

Estudos sobre o estresse profissional têm sido realizados junto a várias categorias profissionais da área da saúde.

Na área de enfermagem, vale sempre citar o clássico estudo de Menzies (1970) que, em um estudo realizado em um hospital de Londres acerca da natureza das ansiedades no trabalho de enfermeiras e estudantes de enfermagem, faz acurado retrato psicodinâmico da tarefa assistencial hospitalar:

"...a situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios na enfermeira: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes; inveja do cuidado oferecido ao paciente.

...os pacientes e seus parentes demonstram apreço, gratidão, afeição, respeito; uma comovente crença de que o hospital funciona; solidariedade e preocupação com as enfermeiras em seu difícil trabalho.

...mas os pacientes freqüentemente se ressentem de sua dependência; aceitam de má vontade a disciplina imposta pelo tratamento e pela rotina hospitalar; invejam as enfermeiras pela sua saúde e competência; são exigentes, possessivos e ciumentos." (Menzies, 1970:07)

Ainda com relação à área de enfermagem, diversas pesquisas sobre as relações entre o estresse ocupacional, as ambigüidades da profissão, o sofrimento psíquico e a saúde mental dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem têm sido desenvolvidas recentemente em nosso meio (Bianchi, 1992; Aquino, 1993; Silva, 1996; Campiglia, 1998; Pedrosa e Vietta, 1999; Bianchini, 1999); esses estudos revelam que os profissionais de enfermagem, por serem os profissionais que, habitualmente, estão em maior contato com os doentes, apresentam exposição intensa a vários fatores estressantes provenientes da situação dos usuários, de seus familiares e das condições de trabalho a que estão submetidos, entre elas a falta de reconhecimento de seu trabalho por parte de outros profissionais, a difícil relação médico-enfermeiro, o número de horas de trabalho, a infra-estrutura muitas vezes precárias para o desenvolvimento de sua atividade.

Um estudo com enfermeiras de unidades de internação e de emergência de um hospital de ensino mostrou que, dentre vários fatores, o serviço de farmácia foi considerado o maior índice de estresse na área de relacionamento. A falta de medicamentos e a necessidade de estabelecer cotas de medicamentos por setores do hospital geravam situações de estresse para a equipe multidisciplinar (Anabuki, 2001).

Os estudos sobre a categoria médica ressaltam como fatores estressantes as péssimas condições de trabalho, o difícil relacionamento com os convênios médicos, a quantidade de trabalho a ser realizada. Conforme Nogueira-Martins L e Nogueira-Martins M (1998), frente a essas contingências, é freqüente a existência de um conjunto de problemas e distorções, que se manifestam em sua relação com os usuários:

- ✓ Humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse são sintomas psicológicos típicos de uma vida

profissional tensa e atribulada. Fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, evitar os pacientes e o contato visual, são alguns exemplos ilustrativos de comportamentos de um profissional que está desgastado. Nessas situações, o paciente sente o médico desinteressado e tende a não colaborar.

- ✓ A construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, que se expressa por um embotamento emocional traduzido por uma aparente "frieza" no contato com os pacientes e com as pessoas de um modo geral é, também, um sinal de desgaste.
- ✓ À medida que as dificuldades do médico aumentam, pode haver, como defesa, a minimização dos problemas inerentes à profissão, ou seja, das dificuldades, incertezas, limitações e complexidades da tarefa médica na atualidade. A evitação de se aproximar e refletir sobre as limitações do exercício profissional pode levar o médico a alimentar expectativas irrealísticas a respeito de si mesmo. O comportamento de negação das limitações pode tornar-se cada vez mais rígido e estereotipado, com o desenvolvimento de atitudes arrogantes e aparentemente insensíveis.
- ✓ A ironia e o humor negro que os médicos desenvolvem, em especial durante os anos de treinamento, é outra expressão de uma inadequada adaptação aos rigores e às crescentes dificuldades da profissão. O desenvolvimento crescente do humor negro através de uma linguagem irônica, amarga e do uso de um jargão onde predominam rótulos depreciativos revela, em realidade, uma incapacidade de lidar com as frustrações, tristezas e vicissitudes da tarefa profissional.
- ✓ Uma forma de evitação com relação aos pacientes é o pedido exagerado de exames e o encaminhamento a vários especialistas, numa "diluição" da relação, transformando-a numa relação anônima. O paciente pode então se sentir solto, desamparado e sem referências.

Covolán (1996) realizou pesquisa com psicólogos clínicos da região de Campinas e encontrou, como fontes de estresse para esses profissionais: comportamentos negativos do cliente quanto à terapia (não seguir orientações, manifestar desinteresse, cancelar sessões, abandonar a

terapia); tentativa de suicídio do cliente; atendimento de clientes com risco de suicídio; fracasso terapêutico; falta de reconhecimento por outros profissionais; sobrecarga de trabalho (ter vários empregos); problemas econômico-financeiros. Como estratégias para lidar com o estresse, os profissionais utilizavam os seguintes recursos: procurar apoio de terceiros; recorrer a medicamentos e substâncias químicas; recorrer a entretenimento; procurar racionalizar a atividade; praticar atividades físicas; tentar controlar o estresse e outras.

Com fonoaudiólogos, um estudo sobre o atendimento na área de audiologia educacional (atendimento de crianças com deficiência auditiva e orientação aos familiares) realizado por estudantes de fonoaudiologia, os fatores estressantes relatados foram: a dificuldade de manejo de alguns comportamentos da família do paciente (não seguir orientações, não trazer a criança para as sessões de tratamento, não utilizar o aparelho auditivo em casa); dificuldades na orientação quanto à super-proteção da família com relação à criança; presença de outros comprometimentos além da deficiência auditiva e manejo de alguns comportamentos das crianças (Nogueira-Martins, 2004). Por outro lado, os fatores gratificantes estiveram ligados à possibilidade de ajudar, de obter progressos com as crianças, de amparar e orientar os familiares e de ter reconhecimento tanto por parte das famílias como por parte dos supervisores.

O surgimento da aids e a assistência a pessoas vivendo com HIV e aids nos hospitais gerais são exemplos dramáticos da conjugação de elementos estressantes onde a sexualidade, os problemas psicológicos e a morte se interpenetram e despertam profundas angústias nos profissionais encarregados do atendimento destes pacientes. Vale salientar que este panorama modificou-se bastante com o surgimento de novos tratamentos que mudaram o curso evolutivo da doença que caminhava, até poucos anos atrás, inexoravelmente para o sofrimento e a morte.

Atuar em aids exige um preparo técnico e emocional dos profissionais, pois o profissional lida com revolta, estigma, sofrimento, falta de perspectiva dos pacientes; gera tensão, angústia, ansiedade e sofrimento aos

trabalhadores da saúde (ONUSIDA, 2001). A importância dos fatores subjetivos do profissional da farmácia ao ter contato direto com os pacientes no ato da dispensação de medicamentos ARV é grande, pois trata-se de um encontro de sujeitos, o que pode despertar tanto ansiedades e temores como satisfação e prazer. Justamente por se tratar de um encontro entre sujeitos, merecem atenção os dois pólos desse encontro, isto é, o paciente e o profissional.

Valorizando o encontro profissional-paciente na atividade assistencial em saúde, propostas recentes de Humanização em Saúde (Brasil, 2003b) têm levado em conta tanto os aspectos que dizem respeito aos cuidados com os pacientes (atenção ao ser humano integral, às necessidades específicas de cada pessoa, às demandas dos familiares e acompanhantes) como os que dizem respeito aos profissionais (condições de trabalho, relacionamento no ambiente profissional, estresse profissional).

2. Objetivos do estudo

2.1. Objetivo geral:

Conhecer as percepções das equipes de farmácia que atuam na dispensação de medicamentos ARV às pessoas vivendo com HIV e aids, a respeito de sua atividade.

2.2. Objetivos específicos:

- ✓ Conhecer os fatores gratificantes e estressantes do trabalho das equipes de farmácia dos serviços de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo;
- ✓ Obter subsídios para propostas de organizações dos serviços de saúde no que se refere às atividades das farmácias;
- ✓ Obter subsídios para ações de educação continuada aos profissionais da farmácia.

3. Material e Método

A abordagem qualitativa é recomendada quando o estudo se refere a significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias (Turato, 2003).

Os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado (mais que na frequência) do fenômeno. O foco é centralizado no específico, no peculiar, almejando sempre a compreensão do fenômeno estudado, geralmente ligado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada. As técnicas qualitativas podem proporcionar uma oportunidade para as pessoas revelarem seus sentimentos (ou a complexidade e intensidade dos mesmos); o modo como falam sobre suas vidas é importante; a linguagem usada e as conexões realizadas revelam o mundo como é percebido por elas (Spencer, 1993).

Para a realização deste estudo, foi adotada a metodologia qualitativa de pesquisa, já que o interesse eram as percepções, sentimentos e valores da população a ser estudada. Foram utilizadas duas técnicas qualitativas: observação participante e grupo focal.

3.1. Observação participante

A observação participante foi utilizada com a finalidade de conhecer a realidade das unidades de farmácia. A coleta de dados foi realizada através da participação do observador no cotidiano do grupo ou organização em estudo, conforme proposto por Becker (1994). Normalmente utiliza-se este método quando há interesse em compreender uma organização específica (Becker, 1994) ou para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos (Neto, 1996).

A observação da rotina de trabalho teve o objetivo de proporcionar o melhor conhecimento das dinâmicas de trabalho, regras, organização, maneiras de agir e interagir com seus pares e com usuários, ambiente e linguagem utilizada Haguette (1995) e Malinowski (1997). Teve a finalidade de caracterizar os serviços, além de subsidiar o moderador e o relator para a condução dos grupos focais, já que estes não eram familiarizados com essa realidade.

As observações foram realizadas por duas profissionais, treinadas especialmente para esse fim e não pertencentes aos serviços.

Dois serviços foram escolhidos: por estarem entre serviços de maior número de cadastros de pessoas vivendo com HIV e aids e possuírem sistema informatizado; por possuir algumas características específicas quanto às atividades realizadas no serviço aos usuários; por não apresentarem dificuldades de funcionamento por escassez de recursos humanos.

O tempo de permanência foi em dois dias de funcionamento típicos em cada serviço; foi utilizado um roteiro para a observação participante (Anexo C) e as observações foram registradas em cadernos de campo.

3.2. Grupo Focal

Os grupos focais tiveram como finalidade conhecer as percepções das equipes de farmácia (farmacêuticos, técnicos e auxiliares) dos serviços assistenciais de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo a respeito da prática, das atividades e do relacionamento com os usuários.

A escolha de grupo focal foi norteadada pela busca da riqueza das percepções, crenças e valores sobre um tema, propiciando reflexões, em um ambiente de grupo com características semelhantes, porém, com diferentes percepções (AIDSCAP, 1994; Carlini-Cotrim, 1996; Westphal et al., 1996 e Debus M, 1997).

Segundo Víctora et al. (2000), são importantes, no planejamento dos grupos focais, os momentos de: convite aos participantes, preparação do

encontro, o encontro propriamente dito, mapeamento dos participantes, transcrição da fitas (observando a interferência do moderador) e análise.

Segundo Carlini-Cotrim (1996), no planejamento e montagem dos grupos focais, são importantes os itens: recrutamento, definição das características dos participantes, definição do número de participantes e do número de grupos focais, definição dos papéis do moderador e do relator, preparo do local; quanto à condução, referem à importância de expor os objetivos, as regras gerais, e de apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a organização do grupo focal, foi seguido um **roteiro**, que funcionou como um guia para o moderador, para estimular a colocação dos temas. Foi também elaborado um guia de Orientações para Condução dos Grupos Focais destinado ao moderador e relator de grupo focal (Anexo E).

O Roteiro de Grupo Focal foi testado individualmente com um farmacêutico com experiência na área DST/Aids e com dois farmacêuticos da área de educação em saúde.

Foi realizado um grupo focal pré-teste, composto por 6 farmacêuticos convidados para esta finalidade, sendo 3 com experiência anterior em dispensação de medicamentos ARV e 3 com experiência em educação continuada.

O pré-teste confirmou o Roteiro de Grupo Focal (Anexo D) e contribuiu na dinâmica utilizada durante a realização dos grupos focais.

Em síntese, o roteiro abordou os seguintes tópicos:

- ✓ Acolhimento da equipe de farmácia, em especial para usuários de drogas injetáveis, álcool ou outras drogas e seus limites de trabalho;
- ✓ Percepção da equipe de farmácia na responsabilidade da adesão e seus limites de trabalho;
- ✓ Percepção da equipe de farmácia em relação ao papel que desempenham na educação ao usuário e seus limites de trabalho;
- ✓ Fatores estressantes e gratificantes no trabalho da farmácia.

Foram convidados para participar deste estudo todos os farmacêuticos, técnicos e auxiliares de farmácia dos quinze serviços municipais DST/Aids dispensadores de medicamentos ARV. Utilizou-se **carta-convite** (Anexo F) acompanhada de envelope para carta-resposta de participação ou de recusa.

O **critério** adotado para seleção dos participantes foi o tempo de trabalho, superior a 6 meses, na dispensação de medicamentos anti-retrovirais.

O convite incluiu formulários a respeito de quais os melhores dias e horários para a realização dos grupos focais (Anexo F), a fim de viabilizar a formação dos grupos e minimizar a abstenção.

A pesquisadora convidou os farmacêuticos por telefone nos dias 11 e 12 de setembro de 2002, esclarecendo a finalidade do projeto e colocando-se à disposição para esclarecimentos.

Das quinze equipes de farmácia convidadas, doze equipes confirmaram a participação, com farmacêuticos ou com técnicos ou auxiliares de farmácia. Três equipes completas não participaram sendo que uma equipe não respondeu ao convite e as outras duas recusaram formalmente a participação, com preenchimento do formulário de recusa.

Os motivos de recusa apresentados pelas equipes foram: falta de tempo, falta de recursos humanos, funcionários em férias, questões salariais, motivos pessoais não relacionados aos temas da pesquisa.

Os grupos focais foram realizados em dezembro de 2002, nos dias indicados pelos participantes, excluindo-se os dias de abastecimento de medicamentos ou dias de relatórios mensais, para não prejudicar o andamento da farmácia.

Os grupos focais foram realizados em **local** de fácil acesso e conhecido. A **duração** de cada grupo foi de aproximadamente 2 horas e 30 minutos. Cada participante foi ressarcido das despesas com transporte e lanche.

O estudo contou com 29 participantes de doze serviços. Foram formados **três grupos focais**: um com 12 farmacêuticos, apresentando os doze serviços assistenciais de DST/Aids da SMS - São Paulo e dois grupos com

8 e 9 técnicos/auxiliares de farmácia. Os participantes não foram identificados quanto à origem dos serviços, para assegurar o anonimato.

Os grupos mantiveram a característica de 4 a 12 participantes.

O grupo de farmacêuticos e os grupos de técnicos/auxiliares foram realizados separadamente, para proporcionar maior liberdade de expressão, evitar a polarização entre níveis hierárquicos, manter a homogeneidade dos grupos e por entender-se que os trabalhadores de nível médio da saúde têm uma atribuição complementar nas atividades da farmácia.

Conforme as informações obtidas em dezembro de 2002, a **faixa etária** da maioria dos participantes de um dos grupos foi de 46 a 50 anos, seguido da faixa de 36 a 40 anos. A experiência de trabalho na farmácia de dispensação de medicamentos ARV foi de 4 a 6 anos na sua maioria. A faixa etária da maioria dos participantes do outro grupo foi de 46 a 50 anos e de 4 a 6 anos o tempo de experiência de trabalho na farmácia dispensadora de medicamentos ARV. O terceiro grupo, apresentou a faixa etária da maioria dos participantes de 41 a 45 anos, e tempo de experiência de 4 a 6 anos. A maioria dos profissionais trabalha na farmácia do serviço assistencial em DST/Aids desde a sua implantação no município de São Paulo, em 1996.

Os grupos foram conduzidos por uma moderadora e uma relatora especialmente treinadas para a tarefa. A autora do estudo participou diretamente apenas do grupo focal de pré-teste. Nos grupos focais com a população alvo, não participou diretamente para não constranger ou inibir e para assegurar a livre expressão dos participantes, já que trabalhou na coordenação de Assistência Farmacêutica da Área Temática de DST/Aids e ainda participa da educação continuada aos profissionais da SMS-São Paulo, atuando na Área Temática de Assistência Farmacêutica da COGest .

Como instrumentos para registro das discussões de grupos focais, foram utilizados dois **gravadores** de áudio e um caderno de campo. No caderno de campo, registraram-se algumas falas, comunicação não verbal dos participantes e as percepções, sentimentos dos condutores do grupo.

3.3. Análise

Para a análise do material obtido nos grupos focais, foi utilizada a técnica da análise temática (Minayo, 2000), que consiste em descobrir a presença de temas significativos relacionados ao objeto de estudo. O material obtido foi analisado em três etapas, ainda conforme Minayo (2000):

- ✓ Na pré-análise, foram feitas leituras e releituras das comunicações dos grupos focais, para impregnação da pesquisadora pelo material. Fez-se então a leitura mais progressiva no sentido de buscar os temas que contemplassem os objetivos iniciais.
- ✓ Na exploração do material, de acordo com os objetivos deste trabalho, foram criadas categorias e subcategorias temáticas, que serão descritas no item Resultados e Discussão, em conjunto com os resultados da observação participante.
- ✓ No tratamento de resultados obtidos e interpretação, o material foi discutido e correlacionado com a literatura, o que está apresentado no item Resultados e Discussão, em conjunto com a análise do material proveniente da observação participante.

Na abordagem qualitativa de pesquisa, a triangulação¹⁴ é uma das estratégias para se assegurar que os resultados de um estudo não são um artefato de um único olhar. É uma forma de acrescentar confiança na validade ou autenticidade dos dados e em sua interpretação.

¹⁴Triangulação: Há diferentes formas de se realizar a triangulação: triangulação de analistas (vários analistas revêem os mesmos dados); triangulação de métodos (checando a consistência de dados obtidos por meio de diferentes métodos de coleta); triangulação de fontes (conferindo a consistência de diferentes fontes de dados dentro do mesmo método). As técnicas de triangulação não eliminam (e nem pretendem eliminar) os fatores subjetivos que interferem no estudo. Elas simplesmente acrescentam maior credibilidade, permitem a discussão dos dados de uma forma mais ampla e abrangente, evitando que um único pesquisador distorça sua interpretação segundo suas crenças, valores e desejos (Nogueira-Martins, 2004).

3.4. Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-São Paulo: o projeto inicial, em 31 de julho de 2002; o adendo ao projeto sobre a observação participante em 2 serviços, em 17 de outubro de 2002; o projeto para dissertação de mestrado, em 1 de setembro de 2004 (Anexo A).

Os objetivos foram apresentados aos participantes, que foram orientados a utilizar codinomes para assegurar o anonimato e a livre expressão. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) com garantia do anonimato.

4. Resultados e Discussão

Será apresentado inicialmente o material obtido na observação participante de dois serviços assistenciais de DST/Aids da SMS-SP.

4.1. Caracterização das farmácias observadas

As farmácias observadas serão denominadas de Farmácia A e B.

4.1.1. Farmácia A

Na farmácia A, as observações foram realizadas nos dias 23 e 31 de outubro de 2002, das 13:00 às 17:00 horas (no dia 31, dois médicos estavam de férias).

Descrição física e organização

A farmácia está localizada distante da entrada do serviço. Ocupa um espaço de aproximadamente 20 metros quadrados, sem ventilação e com iluminação indireta. Observou-se que não há local apropriado para manipulação de medicamentos. A dispensação de medicamentos é feita através de um balcão sem vidro ou através da porta de acesso dos funcionários ao interior da farmácia.

O armazenamento de medicamentos é organizado em caixas de plástico fixas identificadas por adesivos com a Denominação Comum Brasileira- DCB dos medicamentos (Brasil, 2003d). Os medicamentos ARV são guardados separadamente dos demais em armários de ferro e em geladeira. No fundo da sala, há um computador, no qual registra-se a saída de medicamentos ARV.

Por iniciativa da equipe de farmácia, há um banco de dados, para o controle da dispensação de medicamentos ARV, acompanhamento da

evolução da carga viral e do esquema terapêutico. O SICLOM, opera para o cadastramento de usuários.

Os preservativos femininos e masculinos ficam em caixas próximas ao balcão. A saída de preservativos é registrada manualmente em fichas arquivadas. Cada ficha é identificada segundo o tipo de usuário: profissionais do sexo, michês, travestis, usuários comuns.

A dispensação de medicamentos e preservativos é realizada também por auxiliares.

Segundo o relato, o serviço de saúde não está cadastrado na Vigilância Sanitária, entretanto dispensa medicamentos de Controle Especial da Portaria nº 344/98 (Brasil, 1998).

Segundo o relato, a rotina de trabalho é sobrecarregada; dispensam, orientam, controlam estoques e elaboram inventários. O controle manual dificulta o fluxo do serviço.

Recursos humanos

A equipe da farmácia é composta por farmacêutico e dois auxiliares de farmácia com curso de capacitação, um auxiliar de cozinha e um auxiliar administrativo em desvio de função.

Muitas dificuldades são geradas pela falta de capacitação da equipe; apenas um auxiliar tem conhecimentos de informática, o que acarreta numa centralização gerencial e operacional na figura do profissional, que se sente sobrecarregado e estressado.

Relação dos profissionais da farmácia com usuários

A dispensação é feita através de um balcão ou através da porta de acesso dos funcionários. A privacidade do usuário é comprometida, devido à presença de outros usuários, que aguardam em fila no balcão. Muitas vezes, quando a dispensação é demorada, sobretudo se é um caso de primeira retirada de ARV, os usuários sentem-se inibidos para esclarecerem as

dúvidas sobre as orientações recebidas ou sobre o tratamento, pois outros usuários da fila aproximam-se do balcão.

Os usuários possuem alguma familiaridade, até uma proximidade com a equipe de farmácia, mas não há acolhimento instituído.

Profissionais do sexo masculino, michês e travestis são vistos como agressivos, violentos, na tentativa de burlar as regras para retirar maior cota de preservativos; o trabalhador da farmácia já foi insultado e ameaçado. Relata existir momentos de reflexão no serviço de saúde, a respeito da quantidade de preservativos a ser distribuída, visando melhoria do atendimento.

Dispensação de medicamentos ARV

A rotina de atendimento é composta de três etapas operacionais: baixa na ficha, arquivo e baixa no banco de dados. De modo geral, os profissionais do serviço mostraram-se dispostos a orientar os pacientes sobre o uso adequado do medicamento e seus efeitos colaterais. Nos atendimentos de pessoas vivendo com HIV e aids cadastrados, os profissionais indagavam sistematicamente sobre possíveis dúvidas no uso dos medicamentos e ofereciam preservativos mesmo quando não havia solicitação.

Em um momento, foi observado o atendimento de uma paciente nova à terapia ARV, assintomática, que estava acompanhada pelo marido. Chegou na farmácia e, em silêncio, entregou a receita ao profissional que, referindo-se à usuária por Senhora, preencheu o cadastro calmamente com nome, número da carteira de identidade e alertou-a que se familiarizaria com os medicamentos aos poucos, e que não precisaria se assustar com a quantidade e com os diferentes nomes. Explicou-lhe sobre Denominação Comum Brasileira -DCB- e que ela poderia memorizar os nomes. O profissional, em seguida, elaborou o quadro de horários, conforme o modo de vida da usuária, orientou-a sobre o uso de cada medicamento (tomar com líquido, tomar antes de dormir e outros) e os possíveis efeitos colaterais. Ao final da elaboração do quadro de horários, orientou-a a respeito do retorno

mensal para retirar mais medicamentos. Neste momento, fez algum tipo de comentário que ajudou a descontrair a paciente, que se mostrava assustada.

Percepções do papel da farmácia nas ações à saúde

Existe a preocupação sobre prevenção, adesão ao tratamento e acompanhamento dos usuários através de sistemas informatizados. A distribuição de preservativos é alta e foi apontada como causa de sobrecarga do serviço.

O farmacêutico através de seus registros, percebeu que algumas pessoas vivendo com HIV e aids freqüentam regularmente o serviço, são atendidas pela equipe multidisciplinar, mas não aderem à terapia ARV. Segundo informações, parte das pessoas vivendo com HIV e aids abandonaram o tratamento ARV, mas continuaram a freqüentar o serviço. Relatam a necessidade de comunicação entre a farmácia e os outros profissionais do serviço, pois, não há meios ou fluxos das comunicações estabelecidas entre a farmácia e equipes de saúde.

Percepções do papel educativo da farmácia

Há uma preocupação educativa por parte do serviço. Relatam que são realizados grupos educativos para profissionais do sexo, abordando a prevenção. A distribuição de preservativos é realizada na farmácia e sobrecarrega o trabalho.

Relatam que a equipe de farmácia afixou um cartaz sobre o uso adequado dos ARV na sala de enfermagem, para orientação após a consulta médica, mas percebem que é insuficiente para detectar erros de dispensação e de problemas de adesão.

A distribuição de kits do Projeto Redução de Danos¹⁵ não é feita na farmácia, mas sim por agentes redutores de danos¹⁶. Os profissionais da

¹⁵ Projeto Redução de Danos - PRD: "...conjunto de medidas de saúde pública para a prevenção das conseqüências adversas do uso de drogas injetáveis, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo..." (Brasil, 2001:11). "...Os principais componentes do PRD são: disponibilização de

farmácia não sabem quem são usuários de drogas, pois não há identificação sistemática na farmácia.

Uma parte do trabalho da farmácia refere-se à distribuição de preservativos. O número de usuários travestis, profissionais do sexo e michês é grande neste serviço de saúde. As categorias são identificadas por cores distintas nas fichas e a dispensação é feita com orientação de uso.

Comunicação com usuários ou profissionais

A comunicação com usuários que ocorre durante a dispensação de ARV é verbal e escrita, com orientações sobre o uso adequado e quadros de horários. Também ocorre mediante cartazes de informações sobre os horários de grupo de prevenção com profissionais do sexo feminino ou masculino. Há também um cartaz sobre os medicamentos com as Denominações Comuns Brasileiras (DCB) para auxiliar os trabalhadores na orientação. Entre trabalhadores da farmácia, há um caderno para troca de turnos. Nesta comunicação, são registrados os prazos das tarefas, dúvidas e mensagens de incentivo.

Participação na equipe multidisciplinar

O farmacêutico diz participar ativamente das reuniões, mas sente-se “isolado” e “sem retaguarda” pela gerência do serviço; relata o caso dos preservativos distribuídos pelo serviço e comercializados na região; acha que falta maior diálogo entre coordenação e execução.

equipamento estéril e descartável para injeção (os kits são compostos de seringas e agulhas descartáveis, lenços anti-sépticos, copo plástico, água estéril e preservativos e são disponibilizados pelo Ministério da Saúde); informação e educação; aconselhamento; imunização e vigilância epidemiológica...”. (Brasil, 2001:27).

¹⁶ Agentes .redutores de danos: “...O redutor de danos é responsável por ‘abrir campo’, fazer contato com as pessoas da rede de interação social dos UDI, apresentar a proposta de trabalho para a população-alvo e, a partir deste acesso, fazer a identificação dos UDI, buscar sua aceitação e executar as atividades programadas...” (Brasil, 2001:67).

No período da observação, o farmacêutico e um médico do serviço trabalharam na elaboração de planilhas e no desenvolvimento do estudo sobre adesão. O contato com outros profissionais foi informal. O farmacêutico diz participar ativamente das reuniões e propostas do setor.

Recursos materiais

O serviço de farmácia não está totalmente informatizado para gerenciamento do estoque de medicamentos e preservativos e para o acompanhamento terapêutico.

Os recursos financeiros são insuficientes para as necessidades pontuais de materiais de escritório para a farmácia. A organização e o funcionamento da farmácia parecem derivar do empenho da equipe, principalmente do farmacêutico.

4.1.2. Farmácia B

No Serviço B, a atividade foi realizada num dia típico, com um pouco de chuva e frio, nos dias 23 e 24 de Outubro de 2002 das 13:00 às 17:00 horas.

Descrição física e organização

A farmácia está em local de fácil acesso e visível pela entrada do serviço. A área física é aproximadamente 24 metros quadrados, bem iluminada (iluminação artificial) e ventilada por uma janela, pelos vãos do vidro do balcão e pela porta, que permanece aberta. O balcão onde é feita a dispensação está voltado para o corredor de entrada do serviço, oferecendo pouca privacidade ao usuário.

A organização dos medicamentos na sala é feita em caixas de plástico padronizadas, fixadas em estruturas metálicas que compõem uma estante de armazenamento. Cada caixa contém adesivos com nome do

medicamento pela DCB. Os medicamentos ARV são guardados separados dos demais, em armários de aço e em geladeira. Os preservativos femininos e masculinos estão disponíveis em caixas próximas ao balcão. No fundo da sala, havia um computador, para substituir o atual equipamento, quando for realizado treinamento para a implantação do SICLOM. Há também um outro computador instalado, no qual são feitas as fichas dos usuários.

O serviço atende pacientes da própria unidade e população em geral dos serviços adjacentes e, principalmente, de hospitais próximos da região. Os medicamentos dispensados aos usuários de outros serviços são incluídos na previsão de consumo e reposição de estoque da farmácia. Além disso, há solicitações de medicamentos que não são oferecidos pela SMS - São Paulo. Há também grande demanda por preservativos.

O farmacêutico considera seu trabalho pesado: “É muita coisa”.

Recursos humanos

A equipe é composta por farmacêuticos; num dos períodos da observação (à tarde), trabalharam um farmacêutico e dois auxiliares de enfermagem.

A dispensação de medicamentos é realizada pelo farmacêutico e por auxiliares.

Relação dos profissionais da farmácia com os usuários

O relacionamento entre os profissionais da farmácia e os usuários ocorre através de um balcão, protegido por um vidro. Depois da entrega da receita na farmácia, os usuários aguardam a dispensação dos medicamentos do lado de fora do balcão. A fila se forma atrás do usuário ou, muitas vezes, ao lado deste, no balcão, comprometendo sua privacidade, não garante que seja preservado o anonimato das pessoas vivendo com HIV e aids, e inibindo o esclarecimento de dúvidas sobre as orientações recebidas. De modo geral, o contato estabelecido entre os profissionais e os usuários

restringe-se à dispensação. Como os usuários comparecem ao serviço mensalmente, permite um contato maior com eles; cria-se um vínculo. Os profissionais sabem o nome de vários usuários.

Além disto, a farmácia atende as pessoas vivendo com HIV e aids e as pessoas com outras patologias, o que dificulta o acolhimento, pois não favorece a possibilidade de interação e saber se as pessoas estão tomando os medicamentos ou não. O farmacêutico justifica isto pela infra-estrutura física do serviço: "O balcão não é apropriado para isso. Precisaria de uma salinha separada".

No relato da equipe de farmácia a respeito do trabalho, parece haver uma ênfase na dimensão técnico-burocrática do atendimento. O papel da farmácia aparece referido à dispensação e pedido de medicamentos (padronizados e controlados), controle de estoques, atualização de dados. O farmacêutico diz que a maioria dos usuários apenas retira os medicamentos, porém alguns "exigem" mais. Há pacientes considerados "complicados", devido à própria situação de vida deles.

Dispensação de medicamentos ARV

Durante a observação participante, foram raras vezes em que os profissionais indagaram aos usuários sobre a adesão ao tratamento.

A equipe de farmácia apontou a impossibilidade de fazer farmacovigilância, orientação e acompanhamento, devido ao excesso de demanda, formada principalmente por usuários vindos de serviços próximos. Como atende pessoas vivendo com HIV e aids e pessoas com outras doenças, tem pouco tempo para conversar com as pessoas vivendo com HIV e aids, orientar, verificar se têm feito uso correto dos medicamentos. Essa atividade é realizada durante a pós-consulta, mas muitas vezes os profissionais da farmácia precisam reforçar as orientações para o uso adequado.

Durante a observação participante foi observada uma dispensação para familiar de uma pessoa vivendo com HIV e aids: os medicamentos foram

entregues com algumas orientações e com ênfase para não interromper o tratamento e os usuários foram encaminhados para sala de pós-consulta.

Os medicamentos anti-retrovirais foram entregues ao usuário. As perguntas realizadas pelo usuário especificamente sobre a terapia foram esclarecidos com informação pertinente.

A procura por medicamentos não relativos à terapia ARV é grande. Muitos dos medicamentos procurados estão em falta ou não são fornecidos pela SMS-São Paulo.

Percepções do papel da farmácia

A equipe de farmácia apontou a impossibilidade de fazer farmacovigilância, orientação e acompanhamento, pelos motivos já descritos.

Percepções do papel educativo da farmácia

Devido ao excesso de demanda, formada principalmente de usuários provenientes de serviços próximos, distribuição de preservativos e atendimento de pessoas vivendo com HIV e aids e de pessoas com outras doenças, não é possível orientar plenamente, verificar se tem feito uso correto dos medicamentos ou não. Para tal, o farmacêutico relata a necessidade de um espaço físico adequado.

O farmacêutico diz que trabalha mais como balconista mesmo, pois atende toda a sua região e não tem tempo para um atendimento mais prolongado. Diz haver muitas “perdas”. Às vezes, depois de algum tempo, descobrem que o paciente não está seguindo corretamente o tratamento. Acha que deveriam acolher os pacientes novos, explicar o compromisso que estão assumindo ao iniciar o tratamento ARV, mas isso também não está sendo possível.

O kit de redução de danos fica com as profissionais que realizam a pós-consulta. Na farmácia ficam apenas alguns. Apenas um foi entregue a um

usuário. Há dois pacientes que trabalham como agentes redutores do Projeto Redução de Danos e fazem distribuição nos locais apropriados.

Em relação aos UDI, afirmaram que freqüentam muito pouco a farmácia ou não se identificam. A equipe de farmácia justifica isto pela existência do Programa de Redução de Danos.

A equipe de farmácia relata que não depara com pacientes considerados difíceis, entretanto o pessoal do outro período relata que freqüentemente usuários chegam ao serviço após o uso de álcool ou drogas e que, quando não se comportam de maneira agressiva, não há problemas em lidar com eles.

Comunicação com usuários e profissionais

O farmacêutico relata conhecer os usuários e saber seus nomes. Constrói “amizade” com eles. Diz que a maioria dos usuários apenas retira os medicamentos, porém alguns “exigem” mais; há pacientes considerados “complicados”, devido à própria situação de vida deles.

Participação na equipe multidisciplinar

No horário da observação estava ocorrendo uma reunião da diretoria com um representante de cada setor do serviço, todavia nenhum representante da farmácia participou.

O farmacêutico acha que a farmácia não é suficientemente valorizada nas decisões do serviço.

Alguns profissionais foram à farmácia pedir medicamentos para entregarem aos pacientes em seus consultórios. O contato com outros profissionais se restringiu às conversas informais com auxiliares de enfermagem.

O ambiente de trabalho é bastante informal. A relação entre os funcionários parece ser próxima.

Recursos materiais

O sistema informatizado implantado apresenta problemas operacionais com freqüência. O apoio técnico não toma conhecimento das dificuldades. É necessário emitir recibos manuscritos dos medicamentos dispensados e realizar o controle do estoque posteriormente.

Síntese das observações participantes:

Os processos de trabalho das farmácias não são uniformes, não conseguem adotar integralmente a diretriz estabelecida nas recomendações da OMS, quanto ao papel do farmacêutico no Sistema de Atenção de Saúde e as Boas Práticas de Farmácia: Normas de Qualidade de Serviços Farmacêuticos (OMS, 1993). Entretanto, deve-se considerar as especificidades e necessidades de cada serviço e tentar adaptá-las.

O trabalho da farmácia aparenta ser pouco reconhecido pela direção do serviço e parece existir uma sobrecarga das tarefas devido à distribuição de preservativos e fornecimento de medicamentos não relativos à terapia ARV à população geral. Algumas iniciativas observadas para a melhoria do serviço estão ainda no âmbito pessoalizado, sem retaguarda institucional.

As observações apontam na direção de que, para efetivar a universalidade, o acesso a medicamentos e a equidade é necessário investir nas farmácias.

Os registros das observações da rotina de trabalho são compatíveis com os dados dos grupos focais quanto aos fatores geradores de estresse.

4.2. Grupos Focais

De modo geral, todos os membros do grupo participaram das discussões, relatando suas percepções.

Num dos grupos (G1), os participantes mostraram-se satisfeitos em participar do grupo e poderem conversar a respeito do cotidiano do trabalho na farmácia. Afirmaram não ter tempo e oportunidade para discussões sobre estes assuntos no trabalho.

“Se deixar, a gente não pára de falar hoje” (G1).

É importante ressaltar que embora todos os membros desse grupo tenham contribuído com suas idéias e opiniões, a discussão ficou centralizada em alguns participantes que se mostraram bastante envolvidos com as questões que estavam sendo tratadas. Expressaram suas idéias com bastante ênfase, chegando até a interromper a fala dos outros. Apesar do pedido da moderadora para que não falasse mais de uma pessoa por vez, as falas sobrepostas em alguns momentos impediram que algumas idéias pudessem ser mais perfeitamente desenvolvidas.

Nos outros dois grupos (G2 e G3), de modo geral, todos os membros do grupo participaram das discussões, relatando suas percepções sobre as questões levantadas. As falas foram pausadas, garantindo espaço para que todos pudessem expor suas idéias e fossem ouvidos.

Análise do material obtido nos grupos focais

As duas grandes categorias, a dos fatores gratificantes e a dos fatores estressantes das atividades das equipes de farmácia estavam pré-definidas, como temas abordados no roteiro do grupo focal. Porém, todo o material foi analisado e não somente as respostas a essas questões específicas.

A análise do material obtido dos grupos focais como um todo propiciou a criação de 6 subcategorias dos fatores gratificantes e de 6 subcategorias dos fatores estressantes.

4.2.1. Fatores Gratificantes

Os fatores gratificantes nas atividades das equipes de farmácia (farmacêuticos, técnicos e auxiliares) foram subcategorizados em:

- ✓ Observar a recuperação e o progresso do paciente;
- ✓ Oferecer um atendimento diferenciado;
- ✓ O trabalho com aids reeduca o farmacêutico;
- ✓ Relacionamento com o paciente;
- ✓ Contribuir e constatar a adesão ao tratamento;
- ✓ Papel educativo/reeducativo da farmácia.

4.2.2. Fatores Estressantes

Os fatores estressantes foram subcategorizados em:

- ✓ Falta de recursos materiais;
- ✓ Falta de recursos humanos e conseqüente acúmulo de funções;
- ✓ Falta de reconhecimento institucional do farmacêutico e sua equipe;
- ✓ Pacientes considerados difíceis;
- ✓ Os casos de não adesão;
- ✓ Falta de segurança, desvio e falsificação de prescrição.

O estudo indica que não houve diferenças nas percepções quanto a fatores gratificantes e estressantes entre grupos de escolaridade de nível universitário e de nível médio; o que pode significar que as equipes de farmácia apresentam uma certa coesão: o(s) farmacêutico(s) coordena(m) os serviços de farmácia e as informações técnicas são difundidas num ambiente de equipe.

4.2.1. Fatores gratificantes

Aliviar a dor, o sofrimento, observar a recuperação do paciente, ser reconhecido por seu trabalho, são algumas características psicológicas da atividade profissional da saúde que ainda tornam a profissão atraente e gratificante (Nogueira-Martins L, 2002).

Observar a recuperação e o progresso do paciente

Esse aspecto do trabalho é apontado como positivo pelos grupos pesquisados. A recuperação da saúde das pessoas vivendo com HIV e aids é apontada como um dos fatores gratificantes em todos os grupos.

“O mais gratificante é ver as pessoas melhorarem e ficarem felizes” (G1).

“Recuperação do paciente” (G2).

“Quando melhora carga viral, CD4” (G2).

“Crianças que são negativadas.[o êxito da profilaxia na transmissão materno-infantil do HIV] É uma maravilha!”(G2).

”Ver os pacientes engordarem, saírem da cadeira de rodas”(G3).

“A gente dá alegria para eles [pessoas vivendo com HIV e aids] e eles dão para a gente”(G3).

“A gente está fazendo o bem da humanidade”(G3).

“A gente se sente realizada”(G3).

Oferecer um atendimento diferenciado

A assistência à aids propicia oportunidades de oferecer serviços diferenciados. O Brasil é reconhecido internacionalmente na luta à epidemia; entre outras ações específicas de prevenção e terapêutica, o acesso gratuito

e universal, a diminuição de internações hospitalares, o aumento da sobrevivência, o respeito aos direitos humanos e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e aids (Brasil, 2002) tem sido motivo de satisfação para os que trabalham na área.

De modo geral, os grupos relataram sentimentos de dignidade pessoal e de auto imagem positiva, por trabalharem na assistência à aids.

“Participar e reconhecer que você faz parte de um grande sistema reconhecido mundialmente” (G1).

“Nem um paciente [de clínica] particular tem o atendimento que ele tem no postinho de aids. Não tem igual” (G2).

“Como na Prefeitura, não tem atendimento igual para pacientes de aids. É como uma família mesmo” (G2).

O trabalho com aids reeduca o farmacêutico

A aids tem desafiado os profissionais de saúde e os serviços pela busca incessante pelo tratamento mais eficaz e pelo repensar dos profissionais em relação à doença e aos direitos humanos, e pela assistência integral e equidade dos diferentes na luta contra a epidemia, desenvolvendo habilidades e educações continuadas.

Os participantes dos grupos percebem que o trabalho com aids é o exercício de ser um aprendiz permanente (OPAS/OMS, 2004), das questões humanas, do subjetivo a cada usuário, da luta contra a doença. Além da dispensação de medicamentos de ARV e outros de modo geral, é realizada a distribuição de preservativos que, apesar de os profissionais da farmácia apontarem como uma sobrecarga de trabalho, constitui-se importante trabalho na prevenção.

Os farmacêuticos demonstram consciência crítica no que se refere à formação do farmacêutico, quanto ao nível de informação e também de formação para as relações interpessoais que, inevitavelmente, se apresentam à sua prática profissional e têm grande importância para a

adesão ao tratamento. A APhA (1993) relata a necessidade de capacitação específica para o trabalho na aids.

“É impressionante como a aids muda a vida da pessoa. Não há regra para todo mundo. Cada paciente vive a doença de sua maneira”(G1).

“Um fator gratificante é o aprendizado de vida que a gente tem com este pessoal [refere-se às pessoas vivendo com HIV e aids]. A aids é uma luta com a morte. Ela estremece a estrutura humana. É um aprendizado incrível”(G1).

“Eu percebi que na faculdade de farmácia os estudantes não sabem o que é DST e aids. Eu acho que eles acham que trabalhar em farmácia é trabalhar com paciente terminal”(G1).

“Não sei como está a formação dos farmacêuticos, mas eu sinto que eles saem da faculdade com uma imagem errada do doente de aids”(G1).

Relacionamento com o paciente

Os grupos relatam que constroem vínculos e estabelecem relação de confiança com os usuários; que o relacionamento profissional-usuário é de familiaridade, com mais liberdade de comunicação do que com os médicos. A farmácia é um momento assistencial em que percebem se os usuários aderem ou não ao tratamento e conversam muito com eles. Segundo Peduzzi e Palma (2000), a escuta e a conversa com o usuário é um instrumento de trabalho na assistência. Os participantes afirmam que é usual terem conversas informais na farmácia com os usuários, em que favorecem os relatos pessoais e contam seus segredos.

“A farmácia é um confessionário”(G1).

“Na farmácia o paciente confessa que com tal medicamento está passando mal, coisas que ele não tem coragem de falar para o médico. Então cabe à gente preparar o paciente para ele falar com o médico. Na farmácia o paciente se abre mais do que com os médicos” (G1).

A segunda confirmação do diagnóstico ocorre na introdução de terapia (Tunala et al., 2000), o que muitas vezes é presenciado na farmácia.

“Na farmácia o paciente desaba. Eu tenho alguns casos de pacientes que chegam todos alegres com a receita e quando eu chego com os frascos na frente deles, eles começam a chorar” (G1).

Os grupos descrevem o relacionamento com usuário como um “familiar”; entretanto, não há um processo de acolhimento estabelecido para a farmácia.

“Eles se apegam à gente. A gente é uma “família” para eles” (G2).

“Não contam em casa e “desabafam” com a gente. Tem paciente que vai todo dia lá [na farmácia]”(G2).

“Eles [os pacientes] não gostam que mude o pessoal da farmácia; acostumam”(G2).

“Muitas vezes ele chega no médico e só ouve. Na farmácia ele quer falar. Então lá você ouve. Eles querem falar sobre a vida, a família”(G3).

Os relatos das discussões apontam uma certa relação de confiança entre profissional e usuário. Além disso, o profissional da farmácia pode ser um comunicador entre o serviço e o usuário.

“Estabelecer relação de confiança. Certa amizade. O paciente fala das dificuldades para nós e a gente conversa com os médicos para fazer um replanejamento do tratamento”(G3).

“O primeiro contato com o paciente é essencial. A gente tem o poder de ajudar na adesão,

estabelecendo uma relação de confiança com o paciente” (G1).

“É importante usar linguagem que eles entendam. A mais fácil possível”(G3).

O estabelecimento de relação de vínculo e confiança entre profissional e usuário é importante na interação pessoal e deve acompanhar (e se misturar) o procedimento técnico (Nogueira-Martins, 2004); essa relação é fundamental nos processos de adesão à terapia (WHO, 2003).

Contribuir e constatar a adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento, conforme as definições da WHO (2003), é um fenômeno multidimensional. Quando o paciente participa do seu tratamento, exercendo a cidadania, desde a opção de se tratar ou não até as formas de administrar sua terapia, se vê respeitado em seus direitos e torna-se co-responsável pelo tratamento, envolvendo-se em atividades construtivas, o que ocorre no processo da atenção farmacêutica (Hepler e Strand, 1990; Cipolle et al., 2000; OPAS/OMS, 2002b; Rovers et al., 2003), entretanto a adesão também pode depender da personalidade do paciente. A adesão à terapia é um dos desafios ao profissional e ao serviço e sua efetivação pode ser considerada um dos momentos gratificantes da atividade.

“A gente percebe que ele aderiu ao tratamento”(G2).

“É importante convencer o paciente da responsabilidade dele frente ao tratamento e da importância da adesão” (G1).

“Não há respeito entre a informação que é dada ao paciente sobre a doença e o início do tratamento. Este início não deveria ser tão rápido. O paciente precisa de um tempo para assimilar a doença depois do diagnóstico, para então iniciar o tratamento. Não é respeitado este tempo para o paciente entender... A hora do início do

tratamento é errada. Dá para esperar uma semana, pelo menos “ (G1).

“O ARV não é aquela coisa da emergência. É melhor aguardar um pouco a gente ir trabalhando com a aceitação da doença para então iniciar o tratamento ARV” (G1).

“Eu insisto nesta idéia de que o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento é muito curto. Tudo ocorre rápido demais. O paciente acaba de pegar o diagnóstico e já começa o tratamento” (G1).

“Eu discordo; no meu serviço demora quase um mês ou mais” (G1).

Os participantes de um grupo relatam que contribuem na adesão realizando planilha de pacientes faltosos e percebem a farmácia como local potencialmente favorável para o estabelecimento de vínculo. Atuam na dispensação de medicamentos, no planejamento do estoque dos ARV, elaboram quadros de horários de administração, mas não participam diretamente dos grupos educativos para a adesão à terapia ARV.

“Atenção, orientação. O papel da farmácia é muito sério, para o paciente e familiares do paciente”(G3).

“Farmácia tem ‘tudo a ver’ [com a adesão ao tratamento], com a explicação sobre o uso dos medicamentos” (G2).

“Mapa de horários: fazemos horários junto com o paciente”(G2).

“Também orientar pacientes a marcar antes de 30 dias para não ficar sem medicação. Tem que conversar com eles”(G2).

O outro grupo percebe a contribuição à adesão como a explicação sobre o uso dos medicamentos, elaboração de horários em concordância com o usuário; por falta de tempo na farmácia alguns pacientes são encaminhados à enfermagem.

No terceiro grupo, os participantes percebem o papel da farmácia na adesão, construindo confiança ou amizade entre profissional e paciente; auxiliam no contato e diálogo entre paciente e o médico, controlam a quantidade e o horário de uso dos medicamentos.

“A gente controla os medicamentos nas vindas dos pacientes, a quantidade, o horário de tomar. Eles têm a maior confiança, porque eles sabem que podem contar com a gente” (G3).

“A gente explica e desenha para que o paciente consiga aderir ao tratamento. Você desenha um sol, a lua [pictogramas para horários de administração]. Ai fica o melhor para ele” (G3).

“A gente tem a noção de que a participação da farmácia na dispensação pode ajudar na adesão do paciente ao tratamento, mas é importante que o almoxarifado esteja equipado” (G1).

“Eu acho que às vezes a equipe espera da farmácia a adesão ao tratamento. Na minha unidade tem núcleo de adesão, não tinha como eu participar dos grupos, mas eu fiz quadros sobre os medicamentos” (G1).

As equipes contribuem na adesão com diferentes estratégias, construindo relação de confiança ou amizade, auxiliando no diálogo entre usuário e médico ou construindo planilhas de adesão dos usuários. Alguns profissionais afirmam que não participam diretamente da adesão, mas auxiliam no que se refere a uso e problemas com medicamentos.

Papel educativo/ reeducativo da Farmácia

Os grupos vêem a dispensação de medicamentos como papel educativo na orientação para uso adequado dos medicamentos, no que se refere a: horários de administração, ingestão de líquidos e alimentação adequada, informação dos possíveis efeitos colaterais, esclarecimento das dúvidas

sobre informações transmitidas por outros profissionais; afirmam também que conversam sobre a importância da adesão ao tratamento.

“O papel educativo da farmácia é orientar o paciente quanto ao tipo de alimentação, tipo de vida. É importante falar dos efeitos colaterais” (G1).

“Orientação, estômago cheio ou vazio, horário, quantidade. Temos que falar sobre os medicamentos que precisam ser ingeridos com líquido”(G3).

“O paciente se sente bem porque sai bem orientado, com os medicamentos na mão. Lá [na farmácia] ele tira as dúvidas” (G3).

É da opinião geral que a farmácia tem papel educativo, voltado para a população, ao encorajar as pessoas a terem padrões de vida saudáveis, colocando os serviços de saúde à sua disposição e visando melhorar as condições de saúde tanto individuais como coletivas, conforme previsto pela WHO (1969). Mencionam a distribuição de preservativos e percebem a farmácia como o espaço de diálogo com o paciente.

“Deve sempre haver um tipo de diálogo entre o farmacêutico e o paciente. Só assim nós podemos ter um papel educativo. Nós precisamos ouvir o paciente” (G1).

“Falar da não interrupção do tratamento. Se ele não for bem orientado para o tratamento ele vai ter que repetir”(G3).

“Tem paciente que diz: ‘Eu vou morrer mesmo, eu não vou mais tomar os remédios’. Aí eu falo que ele precisa ser tratado, porque ele pode controlar a doença. Todo mundo vai morrer mesmo; se ele controlar a doença, ele pode morrer de outra coisa. Então eles sentem que a gente se preocupa com eles” (G3).

Embora relatem que a dispensação de medicamentos ARV é sempre acompanhada de orientação farmacêutica, esclarecimento de dúvidas remanescentes, conversas sobre escassez de opções de medicamentos ARV e sobre a importância da co-responsabilidade do usuário em seu tratamento, alguns participantes de um grupo afirmaram não terem tempo nem estrutura para exercerem papel educativo na farmácia, ocupando-se na maior parte do seu tempo, em atividades administrativas e burocráticas, já descritas por Melchior (2002).

O papel do farmacêutico e da sua equipe como educadores, na função de promoção à saúde e de prevenção das doenças (OMS, 1993), está presente nos relatos de alguns grupos.

“É importante falar dos efeitos de alucinação. Tem que avisar que não é a grande maioria que tem estes efeitos. Mas tudo isto que nós falamos não dá para nós falarmos em um dia só”(G1).

“No começo, no meu serviço, a gente entregava os medicamentos e não fazia orientação nenhuma a este respeito. Depois a gente foi vendo que as pessoas não estavam entendendo as orientações, daí percebemos a necessidade de explicar com mais cuidado e atenção”(G1).

“Uma coisa que eu enfatizo sempre é a quantidade de medicamento disponível. Ele tem que ter a noção que as opções são poucas. Não tem muita opção de medicamento ARV. Quanto melhor o paciente adaptar o medicamento à sua rotina, melhor para ele”(G1).

4.2.2. Fatores Estressantes

A literatura tem descrito que atuar na assistência em saúde apresenta fatores estressantes: o convívio com a morte, a dor e o sofrimento; as dificuldades de organização dos serviços; a falta de reconhecimento por parte de outros profissionais e por parte da instituição (Nogueira-Martins L, 2002). Neste estudo, ficaram ressaltados como fatores estressantes a falta de recursos materiais, de recursos humanos e de tempo, o que poderia explicar, em muitas situações, a falta de disponibilidade para o envolvimento direto com usuários.

Falta de recursos materiais

Em todos os grupos foi apontado que a falta de medicamentos gera estresse, o que vai ao encontro do estudo realizado por Anabuki (2001). A falta esporádica de medicamentos ARV ou às vezes abastecimento em quantidades cotizadas e a falta de abastecimento de medicamentos para doenças oportunistas prejudicam a cadeia do processo de trabalho da assistência tanto terapêutica como preventiva.

“Parte mais estressante é falar para o paciente que não há medicamento. A gente fica sem saber o que dizer para o paciente”(G2).

A procura por medicamentos para outras doenças por usuários de outros serviços que não de DST/Aids, é apontado por um dos grupos como sobrecarga no trabalho específico em DST e aids na farmácia.

“Receita de fora [de outros serviços] da unidade é uma coisa!”(G2).

“No caso das unidades, o limite é não ter uma atenção total para as pessoas vivendo com HIV e aids porque, antes eles tinham um tratamento específico deles. Agora é um ambulatório de

especialidades, eles não tem aquela atenção total”(G3).

“A gente deixa de atender o paciente para fazer a parte burocrática e administrativa: pedir medicamento, ligar para ele [profissional responsável pelo abastecimento], quando falta” (G1).

A localização e o espaço da farmácia é apontado como inapropriado para interações humanas, para assegurar a privacidade do usuário, principalmente para ações a grupos específicos. A OMS (1993), destaca a importância do espaço físico adequado. O espaço é insuficiente também para constituir-se em ambiente de trabalho adequado aos profissionais. Amsler et al. (2001), ao realizarem grupos focais com farmacêuticos para implantação da atenção farmacêutica, verificaram que os grandes obstáculos eram a falta de tempo e falta de espaço para garantir a privacidade aos usuários.

“Falta de privacidade. Muitas vezes não dá para atender alguns pacientes ali. Aí, a gente tem que ir para uma outra sala. E a fila do ambulatório fica ali, esperando. Pacientes novos não dá para atender no balcão. Às vezes eles não gostam que a gente frise que eles estão tomando medicamentos ARV. Eles ficam constrangidos” (G3).

“Eu acho que deve separar os pacientes que têm HIV e os que não têm. Eles ficam constrangidos de serem atendidos na frente de todo mundo” (G3).

“Atender os pacientes no balcão fica difícil. Nós atendemos profissionais do sexo também. Fica uma coisa bem constrangedora” (G1).

“A farmácia fica naquele espaço que sobra do serviço. Aquele lugar que ninguém quer, sem ventilação. É insalubre” (G1).

A falta de equipamentos para sistema de informação tanto para informações sobre medicamentos (efeitos adversos, interações medicamentosas, uso adequado) como para gerenciamento de estoque, controle de usuários e controle de adesão interferem nas atividades das equipes de farmácia (WHO, 2004), sobrecarregando-as com atividades burocráticas. Conforme Marin et al. (2003), há necessidade de reduzir o foco no trabalho administrativo e dar mais atenção ao usuário. Os autores relatam a precariedade na produção de informações das atividades farmácia, o que também foi apontado nos grupos deste estudo. Cipolle et al. (2000), reforça a importância dos registros das atividades e dos resultados obtidos ou não.

“Falta informatização. Hoje em dia a gente tem que fazer tudo na mão. Não tem assessoria” (G1).

“ Muita burocracia” (G2).

“A gente tem que dar baixa em muitos medicamentos, é muita coisa” (G3).

“A falta de recursos, de funcionários e de equipamentos são fatores estressantes”(G1).

Também a falta de insumos aparentemente insignificantes, como “sacolinhas” para transporte de medicamentos ou copos descartáveis para ingestão de medicamentos no serviço são fatores que afetam a qualidade do serviço.

“Faltam sacolinhas. A prefeitura não fornece. São os funcionários que trazem” (G1).

“Tem dia que não tem nem copo para paciente tomar medicamentos” (G2).

Falta de recursos humanos e conseqüente acúmulo de funções

Os recursos humanos são fatores importantes na produção de bens ou serviços, a falta desta força de trabalho sobrecarrega os profissionais existentes. Como visto anteriormente, as atividades da farmácia são amplas e complexas. Os dados deste estudo confirmam o estudo de Melchior (2000), no que se refere às equipes de farmácia que se ocupam mais com serviços administrativos e burocráticos e dedicam pouco tempo à atenção ao usuário.

Os grupos apontaram que a falta de recursos humanos capacitados e integrados prejudicam o atendimento. A equipe da farmácia é constituída por trabalhadores de outras funções.

“Sou [contratada como] cozinheira. Queria que minha situação como auxiliar de farmácia fosse regularizada. O trabalho é diferenciado e de certa responsabilidade” (G2).

“A Prefeitura deveria fazer um curso para a gente e registrar como auxiliar de farmácia” (G2).

A 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (Brasil, 2003) aprovou a política de recursos humanos, para os três níveis de governo, para os serviços do SUS. É necessário que os serviços usufruam plenamente da competência técnica do farmacêutico para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, visando promover o uso racional e maximizar os benefícios da terapêutica (OMS, 1990; OMS, 1993; WHO, 2002; WHO, 2004).

“Não há técnicos de farmácia. Eu estou treinando há um ano uma profissional, que não é nem da área, para fazer uma boa dispensação, o mínimo possível. A gente não tem pessoal capacitado. Além disto, tem que fazer toda a parte de pedido dos medicamentos. O “abacaxi” por traz do atendimento [refere-se ao trabalho administrativo da farmácia] leva à confiança do paciente. Você fala para o paciente que ele tem que vir e tomar

remédio; agora, se não houver remédio, como é que ele vai estabelecer relação de confiança?” (G1).

“O farmacêutico tem que ficar carregando caixa” (G1).

“A gente tinha uma equipe muito grande na farmácia, e dava tempo da gente atender bem os pacientes. Agora foi saindo um e outro e não dá mais tempo para identificar o paciente faltoso” (G1).

“A gente não está nem tendo tempo para ver se o paciente é aderente, imagina ver se ele está tomando os medicamentos. É muito trabalho na farmácia” (G1).

“A falta de pessoal é um grande limite. A gente não sabe para quem dar prioridade, se é para uma mãe e um bebê, se é para o idoso”(G3).

Além disso, os grupos apontam a falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho para oferecer um atendimento diferenciado aos usuários. No caso das farmácias estudadas, o argumento da falta de tempo parece ser real e estudos de outros países também apontam problemas provenientes da falta de tempo (Mott et al., 2004; Smith et al., 2004; Amsler et al., 2001).

“Atendemos gente não só da unidade mas de fora também, então fica difícil. Isto acaba com a gente. Não dá tempo para fazer um acolhimento” (G1).

“Às vezes, você gasta dez minutos com o pessoal de aids e os outros que estão atrás ficam reclamando. Você fica preocupada de estar atendendo rápido para poder atender a todos. Então você acha que prejudica a qualidade do serviço. Isso para uma pessoa sozinha trabalhando na farmácia fica complicado” (G3).

Falta de reconhecimento institucional do farmacêutico e equipe

As atividades dos farmacêuticos nas equipes de saúde têm sido descritas nas Boas Práticas de Farmácia (OMS, 1993); dispor de serviço creditado alavanca os sistemas de saúde.

Desenvolver ações educativas sobre medicamentos não são atividades exclusivas do farmacêutico; ao contrário, devem estar relacionadas às atividades da equipe de saúde (Marin et al., 2003) e para tal, o farmacêutico necessita estar inserido na equipe.

Enquanto a equipe da farmácia não for constituinte de uma equipe de saúde, seu reconhecimento torna-se distante. A farmácia será vista apenas como a responsável pelo local de armazenamento de medicamentos.

“O que eu acho que falta é o reconhecimento, por parte da unidade, da estrutura que está por trás do trabalho da farmácia. O médico não reconhece isto. A gente escuta dos médicos: ‘Na farmácia não é só lugar para dar remédio?’. Eles acabam com a gente”(G1)

Os grupos relataram a falta de reconhecimento do serviço de farmácia pela instituição. Participar das reuniões para discussões de casos (Cipolle et al., 2000), organizar serviços e acompanhar o cotidiano do trabalho de equipes multidisciplinares, tendem a valorizar a reflexão a respeito do próprio trabalho e das necessidades de saúde (Peduzzi e Palma, 2000).

“Não tem insalubridade maior do que os profissionais que trabalham dentro da farmácia. A gente que dispensa preservativo, a gente não para, então não dá para a gente fechar a farmácia e participar das reuniões do serviço”(G1).

“No SIA/SUS não tem nada que dê para ser reembolsado para o farmacêutico. O SUS não atende qualquer serviço do farmacêutico. Não é uma atividade reconhecida”(G1).

“Farmácia não fica sem atendimento no dia da reunião” (G2).

“Farmácia não participa de nada”(G2).

A Tabela de Atividade Profissional do SAI/SUS- Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde inclui o farmacêutico para algumas atividades. É necessário criar procedimentos específicos para atividades de Atenção Farmacêutica: dispensação, orientação farmacêutica, atividades educativas, promoção da adesão à terapia. É fundamental gerar informações ao Repasse do Custeio Ambulatorial com a produção da Atenção Farmacêutica aos usuários e trabalho em equipe multidisciplinar. Os farmacêuticos e suas equipes não estão inseridos nas equipes de saúde por falta de tempo, sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos, falta de organização no processo de trabalho, o que não favorece a inclusão. As iniciativas são pessoalizadas e não institucionalizadas.

“No meu serviço, não tem equipe de adesão. Eu que tenho que ir atrás. Não é todo mundo que quer trabalhar na farmácia, pois eles não querem entrar em contato com os pacientes. Os auxiliares de enfermagem têm algum conhecimento sobre remédios e nomes genéricos, já os profissionais administrativos não sabem nada e se sentem inseguros de trabalhar na farmácia” (G1).

Os contatos com outros profissionais são pontuais e pouca troca de experiências e reflexões é relatada.

“No meu serviço tem a equipe de adesão semanalmente coordenado pela assistente social, médicos sanitários e etc... A farmacêutica participa dos grupos quando tem que falar de medicamentos. Eu tenho proximidade com os médicos, também porque meu serviço é pequeno. Eu imagino que em serviço grande o contato com a equipe seja mais difícil” (G1).

“O contato é principalmente com a enfermagem” (G3).

“Temos contato com a assistente social para os pacientes que não têm documentos” (G3).

Segundo Cipolle et al (2000) deve existir uma sintonia com médicos para a condução do seguimento da farmacoterapia, bem como nos problemas relacionados a medicamentos. Apesar de terem consciência da importância do trabalho em equipe, os participantes dos grupos não integram efetivamente as equipes de saúde; os contatos são pontuais, relacionados a medicamentos, como por exemplo, denominações comuns brasileiras ou disponibilidade no estoque. O contato maior é com as enfermeiras e assistentes sociais para necessidades isoladas.

“Sinto dificuldade em entender a letra dos médicos” (G2).

“Os médicos não prescrevem o nome genérico [Denominação Comum Brasileira].” (G2).

“O médico quer saber da gente. Eles querem saber se tem tal medicação, se vai chegar. Então tem essa relação”(G3).

Mesmo que participem da equipe multidisciplinar, não estão verdadeiramente inseridos.

“Pacientes considerados difíceis”

Os participantes de todos os grupos apontaram que “pacientes considerados difíceis” são aqueles que têm dificuldade de assimilação e compreensão das orientações sobre o tratamento; não aceitam a doença; não revelam a doença para a família; são pessoas agressivas e deprimidas; não têm cultura ou são analfabetos. Segundo os participantes, nesta categoria “pacientes considerados difíceis” são incluídos, também os profissionais do sexo, os travestis, os UDI, os usuários de outras drogas.

Entretanto, de modo geral, o atendimento prossegue de “forma igualitária” e a “invisibilidade” das necessidades específicas pode levar a anular as oportunidades de ações específicas de saúde (Schraiber, 2001; 2003).

“Os dependentes químicos. Eles têm dificuldade de aderir ao tratamento pois não levam à sério. Eles não estão nem aí” (G3).

“Na minha concepção os mais resistentes são os analfabetos. Têm dificuldade de compreensão da medicação. Muitas vezes os frascos são parecidos e cores parecidas e aí fica difícil “ (G3).

“Quem dá mais trabalho mesmo é o dependente químico. Aqueles que não sabem ler e escrever, eles se empenham, eles se esforçam para entender. Eles só dão trabalho nos primeiros dias. O usuário de drogas, não. Ele dá mais trabalho” (G3).

Na farmácia, não identificam os usuários de drogas e dependentes de álcool de forma sistemática e institucionalizada. Os profissionais do sexo e travestis, em alguns serviços, são identificados nos prontuários para atendimentos de preservativos com cotas. Os relatos evidenciam a necessidade de reflexão sobre a política institucional de distribuição de preservativos.

“Muitos usuários de drogas abandonam o tratamento. Tem muitos usuários que eu só percebi que eram UDI quando eles abandonaram o tratamento e eu fui olhar no prontuário”(G1).

“Tivemos muitos problemas com profissionais do sexo em relação aos preservativos [pedem em número que consideram abusivo]”(G2).

“Quando querem arrumar confusão, são os piores [os travestis]” (G2).

Conhecer a subjetividade do usuário aumenta as oportunidades de melhor assistência e a farmácia precisa estar disposta e preparada

tecnicamente a esse novo olhar e superar as dificuldades em lidar com grupos específicos.

Os casos de não adesão

Os grupos apontam os casos de não adesão como geradores de sentimentos de frustração e de impotência, como relatou Covolan (1996). Há algumas situações em que os medicamentos são abandonados ou devolvidos pelos usuários. É necessário formar grupos de apoio para promover o uso racional, adesão ao tratamento e ter comunicação adequada nos sistemas de informações estabelecidos entre os profissionais.

“O que mais me frustra é ver que o paciente não está aderindo ao tratamento. Entrou por um ouvido e saiu pelo outro”(G1).

“A não adesão incomoda. A unidade não tem muita noção de que o paciente não está aderindo. Às vezes o paciente frequenta a unidade, passa por toda equipe multidisciplinar mas não adere ao tratamento” (G1).

“Alguns pegam [os medicamentos] e deixam [a sacola] no banheiro [do serviço]” (G2).

“Acontece de paciente devolver 6 meses de remédio” (G2).

Entretanto, a adesão não é uma responsabilidade somente das equipes de farmácia; tem dimensão multidisciplinar (WHO, 2003) e não é uma questão específica para uma ou outra categoria profissional.

“A adesão fica como problema nosso e não é só nosso. Os outros profissionais não se responsabilizam por isso” (G1).

“Isso é muito importante. Tem paciente que vai para a seita, tem uma melhora psicológica e interrompe o tratamento”(G3).

Falta de segurança, desvio e falsificação de prescrição

Os grupos, de modo geral, têm queixas sobre receitas falsificadas e dificuldades em lidar com ameaças e desrespeito. A agressividade e as ameaças de alguns usuários preocupam e assustam os profissionais que zelam pelo patrimônio da comunidade. Apenas um participante relatou ameaça física.

“O medicamento que dá alucinação está sendo “traficado” no Centro”(G1).

“Receitas falsificadas. Uma “gang” que procura sempre cremes vaginais” (G2).

“Tentamos fazer um controle, sobretudo da retirada de creme vaginal, porque as “gangs” revendem para casas de prostituição”(G1).

“Já tive até ameaça com faca” (G2).

5. Considerações finais

O estudo permitiu identificar os fatores gratificantes e estressantes percebidos pelas equipes de farmácia, o que aponta a necessidade de criar espaço para reflexão sobre processo de trabalho em saúde nas farmácias dos serviços de DST/Aids a fim de encontrar caminhos para atividades menos estressantes e mais gratificantes, na direção da obtenção de maior satisfação no trabalho e de humanização dos serviços.

Nas percepções relatadas, evidenciam-se os anseios de mudanças para melhores condições de trabalho. Existem tentativas de trabalhos diferenciados, por iniciativas pessoalizadas, ainda frágeis e não institucionalizadas. A reorganização dos serviços a ser feita em conjunto com as equipes de saúde, com elaboração de projetos locais, considerando as especificidades e necessidades locais e com respaldo institucional, poderá ser a nova prática farmacêutica: a “Atenção Farmacêutica”.

O respaldo institucional poderá se dar através da inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar, compartilhando as responsabilidades a respeito do usuário com outros profissionais da saúde. E gerar informações sobre a produção dos procedimentos específicos da atividade na Atenção Farmacêutica no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

A Atenção Farmacêutica poderá ser um instrumento para uma melhor organização dos serviços e proporcionar uma identidade aos profissionais. Considerando que o estudo aponta o espaço da farmácia como local onde ocorre o momento assistencial adequado para melhor interação com o usuário, a escuta e a construção de vínculos e de confiança, é necessário também que a instituição garanta a cidadania e privacidade ao usuário.

O respeito à privacidade, à não-discriminação, à equidade, ao direito de receber informações adequadas sobre os medicamentos – benefícios e efeitos adversos – e à liberdade de decisão, são fundamentais para boa adesão à terapia e êxito na assistência à saúde. A primeira dispensação de medicamentos ARV, podendo ser considerada como um momento favorável

à adesão, deve ser acolhedora e com orientação farmacêutica adequada, conforme proposta anexa.

Para tanto, é necessário que o espaço físico da farmácia esteja adequado e seja suficiente para as ações de acolhimento do usuário, de adesão à terapia instituída com garantia à privacidade ao usuário, bem como organização espacial do ambiente de trabalho com áreas físicas definidas para recepção, armazenamento e dispensação de medicamentos, com sistemas de informação para melhor gerenciamento das atividades da farmácia.

O respaldo institucional poderá se dar através da inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar, compartilhando as responsabilidades a respeito do usuário com outros profissionais da saúde.

O acesso a medicamentos essenciais é prioridade máxima ao reorganizar os serviços, mas não basta ter os medicamentos, é fundamental que estes sejam utilizados racionalmente e exerçam sua função na redução da morbidade e mortalidade, principalmente em doenças crônicas. Para assegurar a disponibilidade de medicamentos essenciais e orientação farmacêutica, são necessárias condições adequadas de trabalho. Sendo assim, é possível caminhar para a tarefa da implantação de Atenção Farmacêutica. São fundamentais: a melhor organização dos serviços, o registro dos problemas e das conseqüências das ações dos serviços de farmácia para análise do impacto das ações à saúde, considerando que aconselhar, educar, prevenir e receber reconhecimento, são fatores que podem contribuir para tornar as atividades profissionais menos estressantes e mais gratificantes e atrativas.

Para alcançar a melhoria da qualidade dos serviços prestados, também há de se ter recursos humanos em quantidade suficiente e capacitados, com certificação do profissional. Quanto à formação do farmacêutico, o estudo sugere a inclusão no currículo do farmacêutico e na educação continuada da equipe de farmácia dos conteúdos de:

- ✓ Humanização em Saúde - para o desenvolvimento da habilidade de interação entre sujeitos, com conhecimentos teórico-práticos sobre a

relação profissional-usuário e conhecimentos para desenvolvimento da prática de atenção farmacêutica;

- ✓ Direitos Humanos - para oferecer a assistência com integralidade e equidade.

Como novas pesquisas a serem realizadas, o estudo sugere conhecer a opinião dos usuários das farmácias a respeito de como a orientação farmacêutica pode contribuir na qualidade de vida dos usuários, pois o êxito das ações de saúde pode estar na medida do bem estar do paciente. Uma outra sugestão é a de realizar medidas de estresse e satisfação dos profissionais de farmácia. Também sugere a produção de informações sistematizadas das práticas farmacêuticas e dados do uso de medicamentos para estudos de epidemiologia do medicamento; o serviço sem registro torna-se invisível.

O estudo evidencia a necessidade de propostas para a humanização dos serviços, com uma Atenção Farmacêutica que venha ao encontro do acesso a medicamentos essenciais como direito humano fundamental e uso racional de medicamentos, na dimensão técnica e ética.

Proposta de orientações e de fluxo para as atividades de Atenção Farmacêutica às pessoas vivendo com HIV e aids

A Atenção Farmacêutica é a participação ativa do farmacêutico na dispensação e seguimento farmacoterapêutico, com atuação na equipe multidisciplinar, cooperando com o médico e outros profissionais de saúde, com objetivo de alcançar resultados para promover a qualidade de vida do usuário.

A instituição deverá promover educação continuada à equipe de farmácia para a implantação da Atenção Farmacêutica. E a proposta de roteiro deverá ser construída em conjunto com os profissionais da rede, considerando as especificidades locais.

Usuário com prescrição médica de ARV

|

Acolhimento

É um processo de trabalho que propõe uma recepção técnica com identificação de risco e vulnerabilidade. As orientações farmacêuticas devem ocorrer em espaço físico que propicie a interação humana, garantindo privacidade, respeito e igualdade.

|

1º momento – Dispensação de ARV: Orientação farmacêutica e Educação em saúde

|

2º momento –Seguimento Farmacoterapêutico Personalizado: Promoção do Uso Racional e Farmacovigilância

A Atenção Farmacêutica em HIV/Aids poderá ser dividida em 2 momentos. No primeiro momento - o contato inicial com a farmacoterapia anti-retroviral- os fatores que conduzem à boa adesão são: a assistência humanizada com respeito à autonomia de decisão, à privacidade, à equidade, o acesso a medicamentos como direito humano e respeitadas as necessidades específicas do usuário. A relação profissional-usuário deve ser entre iguais, ou seja simétrica, de ajuda e tranquilizadora.

Na segunda fase - o seguimento da farmacoterapia – que ocorre de forma contínua, sistematizada e documentada, se realiza com a detecção, prevenção e solução dos problemas relacionados com medicamentos, contribuindo para melhoria da adesão.

1º Momento:

Orientação Farmacêutica e educação à saúde na primeira dispensação de ARV:

A Atenção Farmacêutica visa promover vínculo com os usuários, sendo assim, as ações devem ser humanizadas em espaço físico adequado e a dispensação de medicamentos é uma ação que deve ir além da entrega de medicamentos.

Considerando que o usuário já passou por vários setores da unidade de saúde, a equipe de farmácia poderá ter acesso às informações gerais do paciente através do prontuário eletrônico pela rede interna de informação ou pelo material impresso, evitando assim repetir questionários aplicados ao usuário nos outros setores.

A farmácia deve ter os procedimentos de dispensação estabelecidos.

Roteiro para dispensação de ARV:

- 1- A dispensação de ARV deve ser realizada por um farmacêutico ou pela equipe de farmácia sob supervisão direta do farmacêutico.
- 2- Entregar os medicamentos ao usuário em condições adequadas e de acordo com a legislação vigente.
- 3- Dispensar os medicamentos de acordo com a prescrição.

- 4- Explicar as denominações genéricas de forma clara e precisa.
- 5- Orientar quanto à finalidade e ação farmacológica dos medicamentos ARV.
- 6- Orientar os usuários sobre o uso adequado dos medicamentos.
- 7- Dispensar os medicamentos com explicação da posologia conforme a prescrição médica.
- 8- Construir Mapa de horários, de acordo com o modo de vida e com a participação ativa do usuário. Utilizar pictogramas.
- 9- Informar os efeitos colaterais mais comuns e as possíveis interações medicamentosas e alimentares.
- 10- Durante a dispensação, a equipe de farmácia deverá promover educação à saúde: orientar quanto a hábitos a serem adotados para a promoção da qualidade de vida; orientar quanto ao retorno à consulta médica no prazo estipulado; quanto ao retorno regular ao serviço de farmácia; quanto à importância da realização de exames laboratoriais solicitados; quanto à promoção do uso racional de medicamentos.
- 11- Responder às expectativas dos usuários com agilidade, técnica e ética.
- 12- Oferecer o número do telefone para contato com a equipe de farmácia e disponibilizar o serviço em caso de dúvidas ou informações adicionais.
- 13- Avaliar o entendimento das orientações realizadas.
- 14- Registrar as atividades realizadas.

2º Momento

Seguimento Farmacoterapêutico:

O Seguimento Farmacoterapêutico tem como objetivo alcançar o benefício máximo da terapêutica instituída, minimizar os riscos associados ao uso de medicamentos e aumentar a segurança da

farmacoterapia. A humanização da assistência deve favorecer a construção do vínculo profissional-usuário para melhorar a qualidade de vida dos usuários.

A equipe de farmácia, ao constatar problemas com medicamentos, deve contatar profissionais de outras áreas, efetivando a atuação do farmacêutico na equipe intersetorial. Todas as ações de Atenção Farmacêutica devem ser registradas.

1- Ficha de Seguimento Farmacoterapêutico:

| Nome: | | | | |
|-------------|--------------|-----------------------|--------|--|
| Prontuário: | | | | |
| Data | Medicamentos | Quantidade dispensada | Médico | Problemas relacionados a medicamentos, inclusive adesão. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2- Entrevista: Deverá ser realizada somente após estabelecimento de vínculo e garantia da confidencialidade das informações.

| |
|---|
| Nome: |
| Autoriza receber telefonemas do serviço de saúde? |
| Autoriza receber visita domiciliar do serviço de saúde? |
| Medicamentos ou terapia alternativa que já utilizou ? |
| Além dos ARV, quais medicamentos ou terapia alternativa utiliza ? |
| É usuário de drogas de abuso? Qual? |
| Como cuida da sua saúde? |

3-Ficha de registros de comunicação com outros profissionais ou usuário:

| Data | Comunicação verbal | Comunicação escrita | Profissional de saúde | Usuário |
|------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

4- Ficha de Intervenção Farmacêutica. Registro de intervenções adotadas em comum acordo com o médico responsável e outros profissionais de saúde:

| Data | Interação medicamentosa | Adesão/ Outros | Notificação em Farmacovigilância | |
|------|-------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|
| | | | Reações Adversas | Queixa Técnica |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5- Registro de atividades desenvolvidas:

| Data | Tempo gasto na orientação | Por telefone | Pessoalmente na unidade | Visita domiciliar |
|------|---------------------------|--------------|-------------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6- Ficha para avaliação dos serviços, preenchida pelo usuário:

| |
|---|
| Data: |
| Você considera as orientações: () claras () confusas () cansativas |
| Trouxe novas informações?: () bastante () poucas () nenhuma |
| Gostaria de sugerir algo para melhorar? () sim () não. Por que? |
| Faça qualquer comentário: |

Ref. Rodrigálvarez, MVD 2001.

Referências Bibliográficas

AIDSCAP- FIH. Conducting effective focus group discussions. Module 2; 1994.

American Pharmacy Association – APhA. Editorial Board on pharmaceutical care for patients with HIV infection. HIV infection: a pharmacist's resource. American Pharmacy. 1993; 33: 67-79.

American Pharmacy Association – APhA. Pharmaceutical Care guidelines Advisory Committee, aprovado pelo APhA Board of Trustees, em agosto de 1995. [on line] [acesso em 25 set 2004]. Disponível em: <http://www.aphanet.org>

Amsler, MR, Murray MD, Tierney WM, Brewer N, Harris LE, Marrero GD et al. Pharmaceutical care in chain pharmacies: beliefs and attitudes of pharmacists and patients. J. Am. Pharm. Assoc. 2001; 41: 850-5.

Anabuki MH. Situações geradoras de estresse: a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino.[dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Aquino EM. Saúde e trabalho das mulheres profissionais de enfermagem em hospitais públicos de Salvador. Rev. Bras. Enf. 1993; 45:14.

Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. Problemas de inferência e prova na observação participante. In: Becker HS. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. p. 47-64.

Berg MJ. AIDS and the role of the pharmacist. Medscape Pharmacists. [periódico on line] 2001;(2). [acesso em 30 jun 2004] Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/415040>.

Bianchi ERF. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. Rev. Esc. Enf. USP. 1992; 26(1): 121-122.

Bianchini MC. Saúde Mental e o trabalho do enfermeiro. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.

Bimbela JL. El counselling: uma tecnologia para el bienestar del profesional. ANALES Sis San Navarra. Escuela Andaluza de Salud Pública. Espana. 2001; 24 (supl.2): 33-42.

Bonfim JRA, Mercucci VL, organizadores. A construção da política de Medicamentos. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos-SOBRAVIME. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

Brasil. Federal. Lei 8.080, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em arquivo eletrônico CD-ROM: Zubioli, A. Legislação referida em Ética Farmacêutica. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2004.

Brasil. Federal. Lei no. 9313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1996. [acesso em 20 jul 2002]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>

Brasil. Federal. Ministério da Saúde. Portaria GM no. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1998a. Disponível em arquivo eletrônico CD-ROM: Zubioli, A. Legislação referida em ética farmacêutica. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA . Resolução-RDC nº268 de 26 de setembro de 2003. Aprova as instruções para utilização da lista das Denominações Comuns Brasileiras e a lista das Denominações Comuns Brasileiras (DCB) para substâncias farmacêuticas. Brasília, 2003d. [acesso em 10 fev 2004]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde 12ª Conferência Nacional de Saúde - Conferência Sergio Arouca. Brasília, 2003a. [acesso em 9 de set 2004]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/12ª Conf Nacional/Relatório%20Preliminar](http://conselho.saude.gov.br/12ª_Conf_Nacional/Relatório%20Preliminar)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 1ª 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, 2003. [acesso em 8 set 2004]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/conferencia/docs>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 388 de 6 maio de 2004 . Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, de 20 maio 2004. Seção1, nº 96.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Contagem de células T CD4+ e testes de carga viral: principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento anti-retroviral.[on line] 1999.[acesso em 9 set 2004]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/boletim_contagem.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de redução de danos. Série Manuais.nº 42. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Divulga novos dados da aids e anuncia índices de resistência do HIV aos ARV. [on line] Brasília, 2003c. [acesso em 13 de maio 2003]. Disponível em : <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Política Brasileira de Aids: Principais resultados e avanços 1994-2002. Brasília. [on line]. 2002. [acesso em 31 ago 2004]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/politica_94-02.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Tratamento. Documentos e Publicação. Consensos de terapia. [on line] Brasília, 2004 b. [acesso em 9 maio 2004]. Disponível em : <http://www.aids.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2003b.[acesso em 21 jun. 2003]. Disponível em : <http://www.humaniza.org.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST e Aids. Dados e Pesquisas em DST e Aids. [on line] Brasília. 2004a.[acesso em 31 ago 2004]. Disponível em : <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. SVS. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. [on line] Brasília, 1998. [acesso em 8 de ago 2004]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>

Bultman DC ,Svarstad BL. Effects of pharmacist monitoring on patient satisfaction with antidepressant medication therapy. J. Am. Pharm. Assoc. [periódico on line]. 2002; 42 (1): 36-43. [acesso em 9 de agosto de 2002]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/436594>.

Campliglia MCD. A ambigüidade de uma profissão: o sofrimento psíquico na Enfermagem. [dissertação].São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

Cantwell-Mcnelis K, James CW. Role of clinical pharmacists in outpatient HIV clinics. *Am J Health-Syst Pharm.* 2002; 59 (5): 447-452. [acesso em 9 ago 2002]. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/429911>.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre o abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública.* 1996; 30(3): 285-93.

Castanheira ERL, Capozzolo AA, Nemes MIB. Características tecnológicas do processo de trabalho em serviços de saúde selecionados. In: Nemes MIB pesquisadora principal. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo. Brasília: MS; 2000. p. 133-171.

Castro CGSO coordenadora. Estudos da utilização de medicamentos: noções básicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. El ejercicio de la atención farmacêutica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de Espana, S.A.U; 2000.

Covolán MA. Stress ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo. In: Lipp M, organizador. Pesquisas sobre stress no Brasil. Campinas; Editora Papyrus; 1996.

Debus M. Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales. Communication for child survival health com. Washington DC: Academy for Educational Development; 1997.

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 4ª. Edição. Petrópolis: Editora Vozes; 1995.

Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la atención farmacêutica. *Pharm. Care Esp.* 1999; 1: 35-47. traduzido de *Am. J. Hosp. Pharm.* 1990; 47: 533-543.

Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário arquivo eletrônico Houaiss da língua portuguesa. CD-ROM. Versão 1. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2002.

Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Conselho Nacional da Saúde [on-line] 2004. Ministério da Saúde. Diretoria de programas de educação em saúde. [acesso em 9 set 2004]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educaçaoaude/htm>.

Lopes, F. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo: um estudo sobre as vulnerabilidades. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Lurie P, Jones ST, Foley J. A sterile syringe for every drug user injection: How many injections take place annually, and how might pharmacists contribute to syringe distribution? J. Acquired Deficiency Syndromes and Human Retrovirology. [on line]. 1998;18 (Supl.1):45-51. [acesso em 14 out 2001]. Disponível em : <http://www.lindesmith.org/library>

Malinowski B. Um diário no sentido estrito do termo. Rio de Janeiro: Record; 1997.

Marin N, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

Melchior R. Avaliação da aderência de usuários do sistema público de assistência ao tratamento da aids: uma análise qualitativa. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

Melchior R. Avaliação da organização da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil: análise de 322 serviços em 7 estados brasileiros (CE, MA, MS, PA, RJ, RS, SP). [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Melchior SC. A atuação do farmacêutico no Programa Nacional DST/Aids. [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2002.

Mello-Filho J. Concepção psicossomática: visão atual. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro; 1978.

Menzies I. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra as ansiedades. Tradução e adaptação de Arakcy Martins Rodrigues. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. Londres: Instituto Tavistock de Relações Humanas; 1970.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora Hucitec - ABRASCO; 2000.

Mitchell JL. Pharmaceutical care in an ambulatory care center. American Pharmacy. 1993; 33(12):31-35.

Mott DA, Doucette WR, Gaiter CA, Pedersen CA, Schommer JC. Pharmacist's attitudes toward worklife: results from a national survey of pharmacists. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2004; 44(3): 326 - 336.

Nemes MIB, Melchior R, Jordan MS, Okazaki E, Komatsu CI. Análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas com usuários. In: Nemes MIB, pesquisadora principal, Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo. Brasília: MS; 2000 b. p. 103-131.

Nemes MIB, Souza MFM, Kalichman AO, Grangeiro A, Souza RA e Lopes JF . Prevalência da aderência e fatores associados. In: Nemes MIB, pesquisadora principal, Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo. Brasília: MS; 2000a. p. 65-101.

Neto OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadora, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes; 1996.

Nogueira-Martins LA, De Marco M. Dilemas éticos. In: De Marco M organizador. A face humana da Medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

Nogueira-Martins LA, Nogueira-Martins MCF. O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente. *Rev. Bras. Clín. Terap.* 1998; 24(2): 59-64.

Nogueira-Martins LA. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev. Brás. Clín. Terap.* 1991; 20: 355-364.

Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: Botega NJ, organizador, Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002. p.130-144.

Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde. 3ª.edição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Noormohamed SE, Ferguson K. Pharmacists'role in prevention and treating HIV infection. *American Pharmacy.*1993; 33: 38-44.

Organização Mundial da Saúde/ United Nations Children's Fund OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. UNICEF/ Brasil; 1979. (Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde).

Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica. Proposta. Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Brasília. OPAS/OMS; 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Interface entre atenção farmacêutica e farmacovigilância 30 de julho de 2002. Brasília: OPAS/OMS; 2002a. (Termo de referência para a reunião de grupo de trabalho).

Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. Área Temática de Assistência Farmacêutica. O papel do farmacêutico no SUS. 14 de setembro de 2004. São Paulo; 2004. (Termo de referência para oficina de trabalho). [Documento não publicado].

Organización Mundial de la Salud -OMS. El papel del farmacéutico em el sistema de atención a la salud. Informe de la reunión de la OMS. Tokio, Japón, 31 agosto al 3 septiembre de 1993. Buenas prácticas de farmacia: normas de calidad de servicios farmacêuticos. La declaración de Tokio. Federación Internacional Farmacéutica. Washington: PAHO, OPS/HSS/HSE/95.01.

Organización Mundial de la Salud. Uso de medicamentos esenciales. Lista modelo de medicamentos esenciales (sexta lista). Quarto informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1990 p.12. Serie de Informes Técnicos nº 796. p. 103-132.

Paiva V, Leme B, Nigro R, Caraciolo J. Lidando com a adesão - A experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: Teixeira PR, Paiva V, e Shimma E. organizadores. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 27 – 78.

Pedrosa LA, Vietta EP. Saúde mental das enfermeiras: suas crenças e vivências. In: Labate RC, organizador, Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala; 1999.

Peduzzi M, Palma JLL. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores, Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 234-250.

Pepe VLE, Osório-Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e usuários: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Cad. Saúde Pública. 2000; 16: 815-822.

Pitta A. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: HUCITEC; 1991.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA. Apoyo a las personas que cuidan de otras :como controlar el estrés de los que cuidan a personas afectadas por el VIH el SIDA. Colección prácticas óptimas .Ginebra; 2001.

Rodrigálvarez MVD, coordenadora. Consenso sobre atención farmacêutica. Ars Pharmaceutica. 2001; 42: 3-4: 221-241.

Romano-Lieber NS, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GS. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por usuários idosos. Cad. Saúde Pública. 2002; 18:1499-1507.

Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, McDonough RP, Sobotka JI. A practice guide to pharmaceutical care. 2ª edição. Washington. D.C: American Pharmaceutical Association; 2003.

São Paulo. (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Áreas Temáticas. DST AIDS. Estatísticas. [on line]. São Paulo, 2004a. [acesso em 17 de maio 2004]. Disponível em : http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/novo_site/estatisticas/index.php

São Paulo. (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Áreas Temáticas. DST AIDS. Relatório total de pacientes com ARV 2004. São Paulo, 2004b. [documento não publicado]

São Paulo. (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Áreas temáticas. DST AIDS. Unidades. [on line]. São Paulo, 2004c. [acesso em 17 de maio 2004]. Disponível em: http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/novo_site/unidades/index.php

São Paulo. Município. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim Epidemiológico de Aids do Município de São Paulo. Ano VII- nº7 Dezembro 2003. São Paulo, 2004d.

Schraiber LB, d'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo WS, Couto M, Kiss L, Durand J et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2003; 6 : 41-54 .

Schraiber LB. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? Revista USP, São Paulo. 2001;15:104-113.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.

Smith SR, Goling CE, Reif S. Influence of time stress and other variables on counseling by pharmacists about antiretroviral medications. Am. J. Health-Syst Pharm.[periódico on line] . 2004; 61(11): 1120-1129. [acesso em 24 jun 004]. Disponível:<http://www.medscape.com/viewarticle/479512>.

Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos ,Acción Internacional para la Salud-América Latina y el Caribe. SOBRAVIME- AIS - LAC. O que é uso racional de medicamentos. São Paulo: Sobravime; 2001.

Spencer JC. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context and of change. Arch. of Physical Medicine and Rehabilitation.1993; 74:119-126.

Stacciarini JMR, Tróccoli BT. Estresse ocupacional, satisfação no trabalho e mal-estar físico e psicológico em enfermeiros. Nursing. 2000; Janeiro: 30-34.

The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS. HIV/Aids Human Rights &Laws. 2004. [acesso em 19 set 2004]. Disponível em http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights.asp

Tunala L, Paiva V, Ventura-Filipe E, Santos TLL, Santos N, Hearst N. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 79-114.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.

Velho G. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 2ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1981.

Víctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Vitória MAA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Ministério da Saúde. Programa nacional de DST e Aids. Tratamento. Documentos e publicação. [on line]. Brasília. 1998. [acesso em 24 de maio de 2004]. Disponível: <http://www.aids.gov.br>

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1996;120 (6): 472-482.

World Health Organization. WHO. Technical report series nº 432. Research in health education. Geneva: WHO; 1969.

World Health Organization. International Pharmaceutical Federation. WHO/FIP. The role of the pharmacist in the fight against the HIV/AIDS pandemic. [on line]. 1997. [acesso em 25 set 2004]. Disponível em : <http://www.exist.nl/pdf/aidseng.pdf>

World Health Organization. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: WHO; 2003.

World Health Organization. WHO. Human rights, women and HIV/AIDS. Fact sheet nº 247. [on line] 2000. [acesso em 30 ago 2004]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs247/en/print.html>.

World Health Organization. WHO. Medicines strategy 2004 – 2007: countries at the core. Geneva: WHO; [on line]. 2004 [acesso em 10 de set de 2004]. Disponível em: <http://www.who.int>

World Health Organization. WHO. The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products. [on line]. 2002. [acesso em 30 set 2004]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/library/qsm/ip_booklet.pdf

Yokaichiya CM, Figueiredo WS, Schraiber LB. Adesão à terapia anti-retroviral dos usuários de drogas injetáveis: as percepções de equipes de farmácia. Artigo de conclusão de curso de metodologia de pesquisa em aids. Julho; 2004 (mimeo).

Zubioli A. Legislação referida em ética farmacêutica. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. CD-ROM; 2004.

Obra consultada

Melo AV, Schiavon LN, Alves S. Manual de orientação para elaboração de dissertações e teses do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:PPG/CIP/SES-SP; 2003 (mimeo).

Anexo A

Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS - São Paulo

Vide em outro arquivo separado

Anexo B

Termo de Consentimento Livre Esclarecido para Grupo Focal

Chizuru Minami Yokaichiya, pesquisadora associada à Faculdade de Saúde Pública da USP quer estudar os serviços de farmácia dos Serviços de DST/Aids da Prefeitura Municipal de São Paulo frente aos usuários de álcool e drogas injetáveis (UDI) ou não. Este estudo tem como objetivo principal conhecer a sua opinião sobre os serviços de farmácia na adesão à terapia ARV. Como benefício, esta pesquisa poderá contribuir com subsídios para favorecer a interação da população com o serviço.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo. Caso você decida não participar, não será prejudicado na sua vida profissional. A sua participação é voluntária tendo a plena liberdade para interromper a sua participação e em qualquer momento, retirar seu consentimento. Poderá ouvir as gravações e solicitar que seja apagado o que foi falado por você. Você pode e deve fazer as perguntas necessárias antes de concordar em participar da entrevista, assim como em qualquer momento durante a discussão.

Se decidir participar, a sua identificação será mantida como confidencial e o anonimato das autorias das respostas garantido. Os resultados de estudo bem como as “falas” ou frases ditas serão publicados sem revelar dados que possam lhe identificar. Os registros estarão disponíveis para pesquisa, mantidos separadamente deste documento.

Os grupos serão conduzidos por um moderador e um assistente. A fim de facilitar a análise do material das discussões, será utilizado um gravador de vozes e suas frases poderão ser utilizadas nos estudos, na elaboração de textos, artigos e apresentações sem que você seja identificado. As discussões em grupo acontecerão em locais agradáveis, neutro, fora do ambiente de trabalho. Será oferecido, água, café e suco durante a discussão e haverá ressarcimento de gasto com transportes e lanche. Será fornecido a cada participante, a título de contra-partida, um Mini-Guia com os direitos

dos usuários, os serviços disponíveis e ONGs que dão apoio aos portadores de HIV.

A discussão em grupo pode durar em torno de 2 horas e 30 minutos. Você participará da discussão em grupo apenas uma vez.

Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Chizuru M. Yokaichiya, na Rua General Jardim 36 - 5º andar São Paulo. Telefone para contato: 5084-3428 (res.) ou 9729-5825 (celular)

Local:..... De acordo,

Data:...../...../..... Assinatura do participante

Eu, Chizuru M. Yokaichiya comprometo-me a cumprir todas as promessas feitas no Consentimento Livre e Esclarecido.

Local:

Data:

.....

Chizuru M. Yokaichiya – pesquisadora.

Termo de Consentimento Esclarecido para Observação Participante.

Chizuru Minami Yokaichiya, pesquisadora associada à Faculdade de Saúde Pública da USP quer estudar os serviços de farmácia dos Serviços de DST/Aids da Prefeitura Municipal de São Paulo frente aos usuários de álcool e drogas injetáveis (UDI) ou não. Este estudo tem como objetivo principal conhecer a sua opinião sobre os serviços de farmácia na adesão à terapia ARV. Como benefício, esta pesquisa poderá contribuir com subsídios para favorecer a interação da população com o serviço.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde –São Paulo. Caso você decida não participar, não será prejudicado na sua vida profissional. A sua participação é voluntária tendo a plena liberdade para interromper a sua participação e em qualquer momento, retirar seu consentimento, poderá ler os registros, solicitar que seja apagado o que foi escrito pelas moderadoras. Você pode e deve fazer as perguntas necessárias antes de concordar em participar da entrevista, assim como em qualquer momento durante a observação.

Se decidir participar, a sua identificação será mantida como confidencial e o anonimato das observações serão garantidos. Os resultados de estudo bem como os registros serão publicados sem revelar dados que possam lhe identificar. Os registros estarão disponíveis para pesquisa, mantidos separadamente deste documento.

As observações serão realizadas pelas moderadoras a fim de facilitar a análise do material das discussões do grupo focal e interar com os serviços de farmácia. Será utilizado um caderno e caneta, e os registros poderão ser utilizados nos estudos, na elaboração de textos, artigos e apresentações sem que você seja identificado.

A observação poderá durar em torno de 8 horas.

Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Chizuru M. Yokaichiya, na Rua General Jardim 36 - 5º andar São Paulo.
Telefone para contato: 5084-3428 (res.) ou 9729-5825 (celular)

Local:.....

De acordo,

Data:...../...../.....

Assinatura do participante

Eu, Chizuru M. Yokaichiya comprometo-me a cumprir todas as promessas feitas no Consentimento Livre e Esclarecido.

Local:

Data:

.....

Chizuru M. Yokaichiya – pesquisadora.

Anexo C

Roteiro da Observação Participante

A presença do observador para fins de investigação científica está na relação face a face com os observados e na participação com eles em seu ambiente de trabalho, a farmácia, para ver as coisas por dentro e compartilhar as atividades do grupo, dos interesses e afetos (sentimentos) que se desenrolam no cotidiano da farmácia.

Objetivos da Observação Participante:

- Conhecer a organização e funcionamento do serviço de farmácia;
- Subsidiar a etapa do Grupo Focal;
- Coletar dados do cotidiano do serviço para a pesquisa;
- Interação da moderadora e relatora do Grupo Focal com os serviços de farmácia;
- Ampliação dos contatos interpessoais.

Objetivos Específicos:

- Observar o acolhimento;
- Observar o atendimento na dispensação; as percepções do papel da farmácia nas ações de saúde;
- Percepções do papel educativo da equipe de farmácia;
- Observar a comunicação dos componentes da equipe com o usuário.

Anexo D

Roteiro do Grupo Focal

Cronograma:

Cronograma aproximado, depende do andamento e característica do grupo:

- I- Orientações gerais: 30 minutos;
- II- Roteiro do Grupo Focal: Duração de cada item aproximadamente 30 minutos.

Tempo total aproximado: 150 minutos.

Bloco 1- Acolhimento da equipe de farmácia (em especial para pacientes que usam drogas injetáveis, álcool ou outras drogas e pacientes deprimidos).

1- Na farmácia quem é considerado paciente-fácil e paciente-difícil?

O que caracteriza um paciente difícil? Quem é? Por que é considerado difícil?

2- O que é mais difícil para profissionais?

Explorar limites no trabalho.

3-Como acolhem um paciente considerado difícil? Avaliar qualitativamente o que faz.

Explorar se o estigma é utilizado para buscar o status dominante dentro das estruturas de desigualdade.

Explorar a **descrição do acolhimento** desses pacientes, em especiais usuários de drogas injetáveis, usuários de álcool, deprimidos, pela equipe de farmácia, levantar as dificuldades e limites no atendimento.

Se não atendem na farmácia, quem atende e como encaminham?

4- Existem diferenças no atendimento de pacientes fáceis e difíceis?

Se não contemplar no item anterior, considerar pacientes UDI,etc...

5- As pessoas discriminam pacientes considerados difíceis? Por que?

Bloco 2: Percepção da equipe de farmácia na responsabilidade da adesão e seus limites de trabalho.

1- Tem paciente que adere mais e outro menos?

2- O que a farmácia tem a ver com a adesão ao tratamento? É papel da farmácia? E seus limites de trabalho? Qual a criatividade dos profissionais para cumprir o seu papel?

3- Como poderia melhorar a adesão? (perguntar se não contemplar). Explorar a percepção dos profissionais da farmácia em relação ao papel que desempenham na adesão ao tratamento ARV.

4- A farmácia participa das equipes multidisciplinares? (perguntar de não contemplar).

Bloco 3: Percepção da equipe de farmácia em relação ao papel que desempenham na educação ao paciente.

1- Como vêm a troca de seringas? Qual a percepção sobre a troca de seringas. É um ato educativo? Deve ser feito por quem? Quando o familiar do paciente pergunta sobre seringas na farmácia o que se faz?

2- Na maioria das vezes a farmácia é o último local do paciente numa unidade de saúde. Como vêm a dispensação de medicamentos? É um ato educativo? Deve ser feito por quem? Utilizam recursos lúdicos?

3- O que é mais importante e menos importante de ser conversado a respeito da receita com o paciente?

4- E se o paciente for resistente à prescrição? O que pode ser feito? (especialmente pacientes UDI e etc....)

5- Como se processa o diálogo entre profissional da farmácia e paciente? Os pacientes contam assuntos particulares ou segredos, compartilham problemas ou dificuldades? O que fazem ao saber dos problemas e dificuldades dos pacientes? O estilo de vida é levado em consideração ao se transmitir informações? Sim ou não Por que? Como fazem?

6- No trabalho da farmácia caberia a educação ao paciente? Sim ou não e por que?

7-Quais os fatores estressantes e gratificantes ao trabalhar na farmácia? Qual o sentido do serviço de farmácia? Qual o papel do profissional?

Bloco 4: Fechamento

Ao final das discussões, resumir os temas mais relevantes que foram abordados. (Dar oportunidade aos participantes a clareza de seus entendimentos e interpretações).

Gostariam de acrescentar algo mais para a pesquisa?

Obrigado!

Anexo E

Orientações para condução do Grupo Focal:

O grupo focal é um método qualitativo de coleta de dados. E tem como uma de suas maiores riquezas basear-se nas opiniões e percepções de um grupo para gerar hipóteses ou avaliar serviços. Compõe-se por pessoas de formações ou experiências semelhantes para discutir sobre a prática dos serviços. É constituído por 4 a 12 participantes. A condução do grupo focal dar-se-á por uma moderadora e uma relatora, mediante um roteiro.

I- Papel do Moderador:

O moderador deverá ser sensível, caloroso, firme, seguro, diplomático e empático. Seu trabalho é ouvir, não ensinar ou apresentar pontos de vista ou corrigir participantes e deve ter interesse na pesquisa e seguir o roteiro de tópicos de perguntas, analisando e interpretando resultados desenhando conclusões e implicações para preparo do relatório escrito.

O moderador fará uma exposição dos objetivos da pesquisa e agradecimentos pela participação. Introduzirá a discussão e a manterá acesa, é um participante ativo na discussão e proporciona a todos os participantes a oportunidade de relatar suas opiniões, favorecendo a livre expressão dos participantes estimulando o uso da palavra de cada um. Os participantes não precisam dar sua opinião pessoal, podem ser discutidas com “nos outros...” e “em geral...”

Deverá evitar comentários de julgamento como: “...bom, excelente, certo...”

O moderador poderá relacionar as idéias, usando “...parece que a maioria acha... o que vocês acham?” “... Muitas pessoas acham que ... vocês discordam?”

Deverá buscar as deixas de continuidade na própria discussão e fala dos participantes.

Deverá construir relacionamentos com os participantes para aprofundar individualmente as respostas e comentários considerados relevantes, pelo grupo ou pelo pesquisador.

Deverá observar e ser sensível às comunicações não-verbais e ao ritmo próprio dos participantes, dentro do tempo previsto para a discussão. Ao identificar algum problema no andamento do grupo focal, deverá tentar corrigi-lo o mais cedo possível.

Usar uma lista de tópicos para abranger todos os elementos chave.

Quanto à pausa: Cinco segundos de pausa são normalmente utilizados após um comentário de um participante. Para o moderador não falar muito e evitar passar de um assunto para o outro rapidamente e deverá acompanhar com o olhar o próximo participante e sentir-se confortável em períodos de silêncio.

O moderador pode encerrar a discussão: "...Estamos chegando ao final do nosso grupo focal, vamos resumir os principais pontos da discussão..." Depois deverá perguntar ao grupo se tem a clareza dos temas abordados e dar oportunidade para esclarecer alguma dúvida.

Finalizar o grupo e estimular comentários para o fechamento.

Assegurar retorno da pesquisa.

II- Papel dos relatores:

Seu papel é ouvir e registrar. Não participa da discussão.

Desenhar a disposição das cadeiras e ocupantes.

Identificar as falas com nomes fictícios e registrar expressões faciais, corporais e as impressões.

Operar o gravador de áudio; serão utilizados dois gravadores.

Controlar o tempo para o moderador, contribuir com o moderador quando necessário.

Elaborar um relatório de consensos e dissensões dos grupos, falas, gestos não-verbais, clima do grupo, desenvolvimento do grupo, relatório de apreciação em conjunto com o moderador imediatamente após a sessão.

Recomenda-se realizar somente um grupo por dia, os mais experientes poderão realizar dois grupos por dia.

As anotações devem ser revisadas no mesmo dia da realização do grupo focal.

III-Orientações gerais:

- 1- Cada participante será recebido pela moderadora de maneira a proporcionar um ambiente agradável.
- 2- Enquanto aguardam a chegada de todos, servir água, suco e café.
- 3- Entregar o comprovante de presença.

| | |
|--|-----------------------|
| Declaramos para devidos fins que o(a) funcionário(a) | |
|RF..... | |
| compareceu na pesquisa em aids em/...../..... | |
| São Paulo,/...../..... | |
| | Chizuru M. Yokaichiya |
| | pesquisadora |

- 4- Preencher o Formulário de participação.

Formulário de participação:

| | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Grupo Focal no. | Data :/...../..... |
| Idade: () 25 a 30 anos | () 41 a 45 anos |
| () 31 a 35 anos | () 46 a 50 anos |
| () 36 a 40 anos | () acima de 51 anos |
| Há quanto tempo trabalha na farmácia? | |
| () 6 meses a 1 ano | () 4 a 6 anos |
| () 1 a 2 anos | () 2 a 4 anos |

5- Leitura e assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido.

6- Convidar para sentarem-se confortavelmente em círculo e iniciar com, apresentação da moderadora e da relatora. O moderador fará uma breve apresentação dos objetivos da pesquisa, da técnica do grupo focal e suas atribuições.

7- O moderador explicará a forma de funcionamento do grupo e regras gerais: a partir deste momento não será permitida a entrada de pessoas no grupo.

- ✓ Solicitar que desliguem os celulares por aproximadamente 2 horas;
- ✓ Informar que a sessão será gravada;
- ✓ Solicitar que fale uma pessoa por vez, para não prejudicar a gravação.
- ✓ Assegurar a garantia de sigilo e anonimato e que a qualquer momento poderá solicitar que seja apagado o que foi falado ou desistir da participação desta pesquisa;
- ✓ Informar que as falas serão utilizadas nas publicações de trabalhos científicos, sem revelar a identidade do participante;
- ✓ Enfatizar para o grupo que **não há respostas certas nem erradas**, mas que o objetivo é de **conhecer todas** as opiniões, e que a diversidade das opiniões serão bem-vindas.

8- Distribuir aos participantes discos de cartolina com alfinetes e canetas coloridas para confecção de crachás. Cada participante irá se identificar com nome de uma FLOR, ÁRVORE ou PÁSSARO (para garantir o anonimato nas anotações) e fará uma breve explicação da escolha.

Anexo F

Carta Convite

São Paulo, 28 de Agosto de 2002.

Prezado (a) Farmacêutico(a) e Trabalhador(a) da Farmácia

Você está convidado a participar da pesquisa em Aids da SMS e Faculdade de Saúde Pública da USP.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS e tem como objetivo conhecer os serviços de farmácia das Unidades DST/Aids da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Como benefício, esta pesquisa poderá contribuir com subsídios para favorecer a interação da população com o serviço.

A sua participação é voluntária e comporá um grupo de discussão formado por farmacêuticos, que terá a duração de aproximadamente 2 horas e meia. Você participará da discussão uma única vez e forneceremos comprovante de presença à instituição.

Local: *Será divulgado oportunamente. Será em local agradável, neutro, fora do ambiente de trabalho e próximo à estação de Metrô.*

Data: *Será na primeira quinzena de Outubro e divulgaremos após a carta- resposta com escolha dos dias da semana.*

Por favor, coloque a carta-resposta no envelope verde e coloque no Correio até 20 de Setembro.

Coloco-me à inteira disposição para esclarecimentos na Avenida Brigadeiro Luis Antonio 4805 1º. Andar Sala 104.

Telefone para contato: 9729-5825 (celular); 3051-8422 ou 5084-3428 (res.); e-mail: chizurumy@yahoo.com.br ou chizuru@prefeitura.sp.gov.br

Muito Obrigada!

Chizuru M. Yokaichiya – pesquisadora.

Carta- Resposta de Participação e Escolha do horário:

Por favor, coloque este impresso no envelope verde.

Eu, participarei da discussão em grupo sobre serviços de farmácia.

Local de Trabalho:.....

O horário de minha preferência para participação no grupo é:

no período da manhã às 9:00h

no período da tarde às 14:00h

Por favor, escolha os dias da semana que mais lhe adequar para participar do grupo (pelo menos três escolhas)

Segunda- feira

Terça- feira

Quarta- feira

Quinta- feira

Sexta-feira

Sábado

Carta-resposta de Recusa :

Por favor, coloque no envelope verde

Se você não quiser participar desta pesquisa, por favor preencha o Formulário de Recusa, **não é necessário se identificar.**

Eu recuso a participar desta pesquisa.

Motivo:.....
.....

Sexo: Feminino Masculino

Escolaridade: nível universitário

nível médio

nível operacional

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)