

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

VERA REGINA FRANKE

**O PROCESSO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA:
concepções de profissionais médicos e odontólogos de Blumenau-SC.**

**Itajaí
2008**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

VERA REGINA FRANKE

**O PROCESSO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA:
concepções de profissionais médicos e odontólogos de Blumenau-SC.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, Área de Concentração: Saúde da Família, na Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde.

Orientador: Prof(a). Dra. Silvana Nair Leite

**Itajaí
2008**

VERA REGINA FRANKE

**O PROCESSO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEPÇÕES DE
PROFISSIONAIS MÉDICOS E ODONTÓLOGOS DE BLUMENAU-SC**


Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

Área de Concentração: Saúde da Família

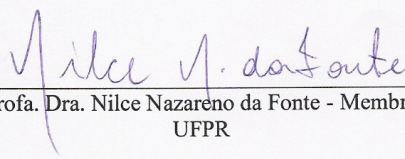
Itajaí, 26 de março de 2008.



Prof. Dra. Silvana Nair Leite – Orientadora/Presidente
UNIVALI



Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo - Membro
UNIVALI



Prof. Dra. Nilce Nazareno da Fonte - Membro
UFPR

À minha mãe Therezinha pelo seu amor, sua dedicação e pelo esforço para que este se tornasse possível. À Tânia pelo seu apoio e compreensão nos momentos mais difíceis desta longa jornada. E, especialmente, ao André pelo seu amor, pela confiança e estímulo nas horas em que tudo parecia impossível.

Agradecimentos

Agradeço

À Silvana, orientadora que me guiou durante a busca por entendimentos e respostas a tantas dúvidas, pela compreensão num momento particularmente difícil da minha vida no qual coincidiram tantos acontecimentos, pelos seus chamados a este trabalho causado pela dispersão resultante destes momentos e pelo seu apoio.

Aos membros da banca, Prof. Dr. Cutolo e Prof(a) Dra Nilce pelos sábios ensinamentos passados de forma tão natural e humana. Com eles este trabalho e a saúde em geral, mas especialmente a saúde pública tornaram-se mais atraentes e instigantes.

Aos demais professores do programa do mestrado que, fazendo com que este caminho fosse mais difícil contribuíram muito para a busca de conhecimento.

Aos funcionários do programa de mestrado, especialmente à Vânia e Rosélia, por estarem sempre presentes e dispostas, oferecendo apoio e ajuda sempre que solicitado.

Aos profissionais do PSF de Blumenau que aceitaram participar das entrevistas e que autorizaram o uso de suas falas e de seus modos de pensar e agir, o que resultou nesta discussão, ainda possível de ser largamente usada para estudos futuros. E aos seus coordenadores que viabilizaram a realização destes encontros.

À Letícia pelas horas de sono perdidas para a correção deste, sempre disposta e incansável.

À Ge, querida amiga, pelo seu empenho na transcrição de parte das entrevistas.

E, especialmente, a todos os pacientes que me estimularam desde o início do meu trabalho na medicina na busca por melhores formas de ajudá-los.

*Considero impossível
conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o
todo sem conhecer as partes.*

Pascal

**PROCESSO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA:
concepções de profissionais médicos e odontólogos de Blumenau-SC.**

VERA REGINA FRANKE

ÁREA DE CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

SUB-ÁREA DE CONHECIMENTO: Saúde Pública

RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e sua regularização através da Lei nº. 8.080, em 1990, respaldado pelo princípio da integralidade, assegura o provimento da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Instituída em 1998 através da Portaria nº 3.916, a Política Nacional de Medicamentos constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população, sendo responsável por garantir a segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população aos considerados medicamentos essenciais. Porém, uma mudança de visão de um modelo assistencial excludente e fragmentado para um novo modelo da atenção básica centrado no paciente necessita de uma abordagem diferenciada em relação ao processo de prescrição, tendo como premissa o uso racional de medicamentos vinculado a fatores determinantes sócio-culturais e à experiência do profissional. O objetivo desta pesquisa foi conhecer como os profissionais que atuam na atenção básica à saúde no município de Blumenau concebem o processo de prescrição na perspectiva da Saúde da Família. Para isto, foi utilizada metodologia exploratória, com abordagem qualitativa, procurando valorizar a experiência vivencial destes. A coleta de dados foi feita através de entrevistas em grupos focais pré-agendadas, utilizando-se um roteiro como guia. A análise dos dados se deu pelo seu tratamento através da construção de três categorias com objetivo de facilitar a interpretação e o estudo dos fatores abordados por estes profissionais durante o processo de prescrição de medicamentos nelas encontrados: medicalização e cultura; conhecimento; e processo de trabalho. Foi possível observar, também, que a maioria destes profissionais, durante o processo de prescrição terapêutica, faz uma abordagem integral do paciente, embora ainda tenham, predominantemente, uma visão centrada no biologicismo e na conduta tradicional para o ato de prescrição. As condições de trabalho e a valorização profissional são importantes questões relacionadas ao processo de prescrição de medicamentos neste âmbito. Faz-se necessário conduzir ações de qualificação e valorização dos profissionais de Saúde da Família sob o risco de não serem alcançados os objetivos da atenção básica e de incentivo à medicalização social.

Palavras-chave: Uso de medicamentos. Prescrição de medicamentos. Saúde da Família

THE PROCESS OF PRESCRIPTION OF MEDICINES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: conceptions of professional doctors and dentists from Blumenau-SC.

VERA REGINA FRANKE

KNOWLEDGE AREA: Health Sciences

SUB-AREA OF KNOWLEDGE: Public Health

ABSTRACT

The creation of the Unified Health System (SUS) through the Law number 8.080, in 1990, based on the principle of completeness, insures the provision of a complete assistance therapy, including the pharmaceuticals. Established in 1998, by Order number 3.916, the National Drug Policy is the key element for the effective implementation of activities of the promoting the improvement of the conditions of the population's health care, and it is responsible for ensuring safety, efficacy and quality of these products, promoting their rational use and access for the population to essential medicines. However, a change of vision from an exclusionary and fragmented care system model to a new model of care system focused on the patient's needs need to have a different approach in relation to the process of prescribing, with the premise of rational use of drugs related to the social and cultural determinants. The objective of this paper was to know how the professionals of health from Blumenau work in basic health care with the prescription of drugs in the perspective of family health care. For this, it was used an explanatory methodology, with a qualitative approach, seeking to enhance the vivencial experience. The data collection was done through interviews focus groups pre-scheduled. The data analysis was done by the construction of three categories in order to facilitate the interpretation and the study: medicalization and culture; knowledge; and work process. We noticed that the majority of these professionals make an integral analysis of the patient, but they still have a biological vision to conduct the prescription. The working conditions and professional recovery are important issues relating to the procedure prescribed drugs in this field. It is necessary to conduct actions of the professional qualification and recovery to the Family Health under the risk of not being achieved the objectives of the basic care and stimulation of social medicalization.

Key words: Drug utilization. Prescriptions, drug. Family Health

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS - Ácido acetil-salicílico
AB - Atenção Básica
ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
AF - Assistência Farmacêutica
AMA - Associação Médica Americana
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância à Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
Caps - Centro de Atenção Psico-social
CNE - Conselho Nacional de Educação
CNS - Conferência Nacional de Saúde
COMARE - Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename
Cremesp - Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DEF - Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FA - Fibrilação atrial
IAPAS - Instituto de Administração da Previdência Social
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IES - Instituições de Ensino Superior
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MBE - Medicina baseada em evidências
MFC - Medicina de Família e Comunidade
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPS - Organização Pan-americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIPG - Programa de Integração Pós-graduação-graduação
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PNM - Política Nacional de Medicamentos
Pró-saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIC - Segundo informações conseguidas
SN - Se necessário
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí
URM - Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	PEQUENA HISTÓRIA DA AUTORA	13
3	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo Geral.....	16
3.2	Objetivos Específicos.....	16
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
5	METODOLOGIA.....	35
5.1	Delineamento da Pesquisa.....	35
5.2	Sujeitos do Estudo.....	36
5.3	Entrevistas em grupos com os sujeitos.....	37
5.4	Análise e interpretação dos relatos.....	38
5.5	Considerações Éticas.....	40
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	41
6.1	Medicalização e cultura.....	43
6.2	Conhecimento.....	58
6.3	Processo de Trabalho no SUS.....	62
7	CONCLUSÃO.....	75
	REFERÊNCIAS.....	78
	ANEXO A.....	84
	ANEXO B.....	86
	ANEXO C.....	87
	APÊNDICE D.....	88
	APÊNDICE E.....	89

1 INTRODUÇÃO

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado através da Lei nº. 8.080 e tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência à saúde no Brasil. Seu artigo 6º assegura o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica (MARIN *et al.*, 2003). Em 1998, o Ministério da Saúde, sob a coordenação da Secretaria de Políticas da Saúde, instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM) com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2001).

Com este intuito, o Ministério da Saúde apresentou diretrizes a serem alcançadas, dentre as quais destacamos a promoção do uso racional de medicamentos (URM) que envolve receber, por parte do paciente, medicamentos com indicação, dose, administração e duração de tratamento apropriadas e ao menor custo possível, ausência de contra-indicações, probabilidade mínima de ocorrência de reações adversas, dispensação correta e observância do tratamento (BRASIL, 2001). Sabe-se que maus hábitos prescritivos levam a tratamentos ineficazes e pouco seguros, a exacerbações e ao prolongamento de doenças, causam incômodos e danos ao paciente e têm custo elevado (OMS, 1998). Além disso, a prescrição e o uso de medicamentos são influenciados pela indústria farmacêutica e suas propagandas, repercutindo no custo para o sistema de saúde. E este fato preocupa os países em desenvolvimento já que neles os produtos farmacêuticos ocupam o segundo lugar nos orçamentos de saúde (SOBRAVIME, 2005) e são considerados como a principal tecnologia médica moderna e a intervenção resultante da maior parte das consultas médicas nos serviços de saúde (SEVALHO, 2003). Para Marin Neto e Bocchi (2001) os recursos econômicos são limitados e, assim, as prioridades sociais devem ser estabelecidas.

Sabe-se, ainda, que os estudos sobre uso de medicamentos são realizados de maneiras diferentes em populações diversas, o que leva a considerar a possibilidade de que possam existir equívocos em relação à cientificidade e à maneira como esta é abordada.

O presente estudo suporta-se no pressuposto de que a proposta de um novo modelo de atenção à saúde, estabelecido no cuidado da saúde das famílias, no seu envolvimento social e na promoção da saúde, não pode ser efetivado apenas pela incorporação de novas formas de

acesso à população e por novas tecnologias. Necessita, ainda, ser alicerçada em bases sociais e posturas práticas pelos profissionais que a impulsionam e sustentam. Desenvolver a prática clínica a partir do paciente significa que sua história social assume importância porque condiciona sua biologia e determina certa probabilidade de que adoeça de um modo particular e responda de formas diferentes aos tratamentos empreendidos, questões dificilmente quantificáveis e que dependem da atenção cuidadosa do profissional para serem tratadas da forma mais adequada (LOPES, 2000).

No entanto, a literatura e a formação para a atuação na medicina não têm abordado, até o momento, a prescrição de medicamentos como processo de trabalho que necessita ser repensado e atualizado para este contexto. Recursos comunitários, crenças e costumes locais, especificidades da comunidade, medicamentos ou outros recursos disponíveis no domicílio e condições de uso dos produtos, informações que devem ou não ser transmitidas ao usuário, entre outras questões, não são evidenciados nas diretrizes para o processo de trabalho em atenção à saúde na perspectiva da Saúde da Família (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

A proposta deste estudo foi explorar as possibilidades de integração entre estratégia de Saúde da Família e processo de prescrição de medicamentos para o seu uso racional e para a efetivação do modelo de atenção proposto. Para tanto, utilizei experiências e vivências de médicos e odontólogos, profissionais prescritores, que atuam na rede de atenção básica à saúde, na estratégia de Saúde da Família no município de Blumenau. A partir desta pesquisa exploratória, com a identificação de estratégias de prescrição de medicamento entre os profissionais pesquisados, procurei construir indicativos para possíveis futuros modelos de prescrição para os profissionais que trabalham com a perspectiva da Saúde da Família, integrando esta perspectiva de atenção às bases do uso racional de medicamentos.

2 PEQUENA HISTÓRIA DA AUTORA

Concluí o curso de Medicina em 1992, munida de conhecimentos adquiridos principalmente em ambiente hospitalar, ou seja, no nível terciário de atenção à saúde e da certeza de que não estava totalmente preparada para exercer a prática médica encontrada no dia-a-dia. Carregava dúvidas a respeito de qual programa de residência médica seguiria, porém, percebia um desejo tímido de cursar Medicina Geral Comunitária. Embora esta especialidade existisse há vários anos, podia perceber desconhecimento e preconceito por parte tanto dos profissionais quanto dos pacientes em relação a ela. E eu não era exceção neste caso.

Iniciei verdadeiramente minha caminhada na atenção básica à saúde em 1996, depois de alguns anos de trabalho na medicina que me deram suporte para fazer esta escolha. E isto aconteceu ao mesmo tempo em que esta nova proposta de atenção à saúde hoje vigente estava sendo iniciada, ou seja, no mesmo momento em que o País procurava aprender a trabalhar em atenção básica. E foi de maneira construtiva e continuada que os conhecimentos foram sendo adquiridos, elaborados e re-elaborados.

Pude perceber que, quanto mais estudamos ou trabalhamos em Saúde da Família, mais surgem perguntas a serem respondidas e problemas a serem solucionados. Muitas vezes os interesses da população e dos gestores são diferentes daqueles considerados importantes para nós, trabalhadores da saúde. Também estamos acostumados a trabalhar sob a visão mecanicista e temos, em geral, uma tendência ao biologicismo, desconsiderando outros fatores e situações importantes. Outras vezes, a maneira como a estratégia de Saúde da Família é oferecida possibilita o entendimento equivocado e, de certa forma, enganosa para a população. Lembro-me de, certa vez, ter sido apresentada a uma comunidade como a médica que estaria 08 (oito) horas por dia atendendo no posto de saúde. Esta informação, dada desta maneira, sem esclarecimentos sobre os objetivos e funcionamento a respeito do programa que estava sendo implantado e sem o convite à comunidade à participação acarretou vários problemas em relação ao trabalho que se pretendia oferecer. Para muitos pacientes daquela localidade o atendimento médico deveria estar disponível a todo o momento, enquanto a unidade de saúde estivesse em funcionamento, impossibilitando a programação e realização de outras formas de atenção à saúde, exceto o atendimento à demanda espontânea. O controle de horários e do número de atendimentos médicos passou a ser a forma de participação daquela população.

O que presenciei nas unidades da Saúde da Família pelas quais passei ao longo destes 12 anos foi falta de preparo e de educação dos profissionais envolvidos e da população, de infraestrutura para uma atuação adequada, de trabalho em equipe e, principalmente, de valorização profissional. Isto me levou a uma busca continuada por melhores condições de trabalho através de mudanças de equipes de saúde e até de municípios. E sempre me pergunto: será possível, nas atuais condições de trabalho oferecidas, permanecer por longo tempo num mesmo local de trabalho, embora saiba que isto seja o ideal? Lutar para oferecer um atendimento adequado, por condições de trabalho adequadas, contra as muitas crenças enraizadas na população em detrimento do trabalho médico e contra gestores mais preocupados em satisfazer seus clientes que em oferecer atenção de qualidade são apenas algumas das atribuições que encontrei nestes anos de trabalho, além das tarefas médicas propriamente ditas. Como podemos permanecer engajados com uma mesma população se nos são oferecidos contratos de trabalhos temporários, sem direito ao descanso e às atividades educativas? Não podemos esquecer que o que nos mantém comprometidos e produtivos é o fato de estarmos satisfeitos com ele.

Devido a esta busca por respostas e por conhecimento e, acredito que, cansada da luta cotidiana incessante, é que voltei à universidade como docente do curso de medicina na Universidade do Vale do Itajaí (Univali), em Itajaí. Foi onde me senti novamente motivada para o trabalho em atenção básica. Desde o momento em que ingressei como docente já possuía objetivos definidos: contribuir para a humanização na medicina e procurar desenvolver melhorias para a prática médica neste nível de atenção. Motivada pelo constante contato com profissionais comprometidos com o desenvolvimento de uma atenção médica de qualidade, pela necessidade de adquirir novos conhecimentos e de realizar os meus objetivos, me tornei aluna do curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, nesta mesma universidade.

No início, tive dificuldades para determinar as questões possíveis de serem abordadas e que pudessem desencadear algum tipo de mudança na formação médica. Mesmo entre os docentes das escolas médicas encontra-se desinformação e despreparo em relação a estas questões. Mas encontrei espaço e apoio para estudar a respeito da prescrição de medicamentos, assunto de tanta importância na prática médica. A partir daqui passei a não almejar a realização de grandes mudanças ou estudos que pudessem desencadeá-las. Desejava, apenas, encontrar

algumas respostas que pudessem propor ou desencadear mudanças na minha maneira de atuar como médica em relação à prescrição de medicamentos ou de outras terapias.

Pensar em prescrição terapêutica adequada à atenção básica e acordada aos novos preceitos do SUS, à primeira vista era, para mim, pensar em prescrição de fármacos essenciais e diminuição de gastos, não diferentemente da maioria dos profissionais médicos. Durante toda a minha formação acadêmica, baseada no biologicismo e desenvolvida quase que exclusivamente em ambiente hospitalar, exceto por uma disciplina - Pediatria Social - poucas vezes entrei em contato com este tema. Nem mesmo durante os primeiros anos de prática médica na atenção básica, e que iniciou em 1994, pude ter a oportunidade de fazer reflexões sobre isto. Afinal, colocar em prática o início da construção de um novo modelo - e aqui me refiro evidentemente ao início do SUS e PSF e não às bases ideológicas e início da reforma sanitária, que há muito faziam parte deste processo - requer dedicação e empenho. E para isto, a demanda por atenção, a falta de conhecimento e de experiência numa área tão pouco visitada e ao mesmo tempo tão carente por mudanças, e as condições de trabalho definitivamente precárias, eram decisivas. Somente me introduzi neste assunto após o início do meu contato com a atividade docente, há quatro anos. A partir daí é que comecei a dar o devido valor e importância a este tema tão complexo. Mas, foi no mestrado que os questionamentos começaram a exigir maior reflexão. Na verdade, nem mesmo quando este tema foi colocado “sob observação” eu poderia entender os caminhos que percorreria para alcançar algumas respostas. Resolvi começar pela história.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar concepções e práticas de médicos e odontólogos do Programa de Saúde da Família (PSF) de Blumenau (SC) sobre o processo de prescrição terapêutica na perspectiva da estratégia de Saúde da Família.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar fatores que influenciam no processo de prescrição de medicamentos;
- b) Analisar a relação da proposta de trabalho preconizada pela estratégia de Saúde da Família com o processo de prescrição;
- c) Identificar estratégias utilizadas por estes profissionais para desenvolver o processo de prescrição na atenção básica à saúde.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Utilizando a obra de Sayd (1998) como referência, podemos remontar sucintamente a história da terapêutica.

Os primórdios da medicina ocidental encontram-se na Grécia do séc. V a.C. Foi juntamente com o florescimento da cultura grega que, pela primeira vez, a doença e a morte perderam, no ocidente, seu caráter de mal e castigo divino, e as práticas curativas se separaram da magia. (SAYD, 1998, p.19).

Através da observação da natureza os gregos adquiriram conhecimentos empíricos sobre o corpo humano e seus fenômenos, fundando uma nova medicina. Nesta época, porém, entendiam o remédio sob um olhar mitológico, como sendo uma força exterior ao homem e como um princípio curador inespecífico e infalível, com conteúdo de superstição. Com a hegemonia de Alexandria na cultura grega, associada às influências orientais trazidas por Alexandre, o Grande, houve um aumento do conhecimento e utilização de ervas. Galeno (130-201 d.C.) passou, então, a utilizar a polifarmácia, associada à prescrição de medidas de higiene, prevenção e hidroterapia. Defendia a teoria de se tomar remédios que contivessem a maior quantidade possível de substâncias, já que o organismo escolheria a mais conveniente para si. Esta constituiu-se na chamada terapêutica galênica que se instalou por 1.500 anos na Europa onde, ao mesmo tempo em que estas se difundiam, se desenvolviam e se aprofundavam, cada vez mais, as teorias alquímicas a partir dos princípios da religião cristã e da alquimia. Houve, então, uma transferência de pólo e a saúde, que estava no organismo do homem, passou a ser a salvação da alma (SAYD, 1998).

Durante a Alta Idade Média as práticas terapêuticas se constituíam de misturas de receitas celtas e germânicas associadas a um receituário baseado em ervas. Os livros médicos eram apenas listas de fórmulas e indicações. Ao redor do séc. X, com as cruzadas e as conquistas árabes, a medicina tomou um novo impulso. A cultura árabe reintroduziu alguns preceitos de dieta e higiene na cultura européia, porém suas propostas terapêuticas continuavam sendo inteiramente galênicas e nos preceitos da polifarmácia e da alquimia. Esta influência pretendia uma conciliação entre a tradição galênica, os grandes alquimistas do passado e a revelação cristã. As grandes verdades tinham o peso da tradição e dos dogmas religiosos (SAYD, 1998).

Ainda, segundo a mesma autora, a Renascença e a descoberta do Novo Mundo, com sua fauna e flora inteiramente novas para os europeus, abriu um novo período na terapêutica. Pela busca do novo houve um deslocamento do teocentrismo para o humanismo que, aliado à liberdade do homem para investigar e especular por conta própria sobre si mesmo, fez surgir uma acentuação do misticismo com uma onda de explicações mágicas e argumentos esotéricos. O homem renascentista separou-se da obediência do dogma religioso e firmou o seu próprio poder criativo, instalando-se no mundo mais como um herdeiro de Deus, portanto mais como senhor da natureza do que como seu partícipe. As bases da medicina eram a alquimia, a astrologia, Deus e a natureza.. Do final deste período em diante, os médicos se dividiam em diversas escolas terapêuticas. Cada uma misturava, a seu modo, teorias e práticas antigas com conhecimentos recentes. Mas, independente de cada escola, todas terminavam por utilizar as drogas de modo indiferenciado, por tentativas, utilizando o mesmo medicamento para as diversas doenças e levando os doentes a sofrer todas as terapêuticas possíveis. Chamou-se de caos terapêutico ao que aconteceu neste século: prescreviam-se amuletos, penitências, houve uma intensificação no uso de sangrias e das práticas purgativas, tão usadas desde Galeno. Porém, grandes avanços ocorreram na prática médica como a criação de novos medicamentos, a descrição de processos fisiológicos da circulação e o uso da mecânica para tentar entender o organismo como máquina.

No séc. XVII este panorama começou a mudar e, no séc. XVIII, a chegada do Iluminismo afastou as concepções mágicas ou esotéricas da natureza, passando a considerar que o real é racional (SAYD, 1998). Os fenômenos naturais passaram a ser lidos e descritos para, posteriormente serem entendidos e conhecidos através da ordenação. Criou-se uma medicina classificatória que trabalhava de forma semelhante à história natural, porém, sem clareza nos critérios para classificação. Houve, então, um retorno à natureza e ao emprego das forças naturais como fonte de cura e saúde, ou seja, a algumas concepções hipocráticas de saúde, doença e cura (SAYD, 1998). Teve início a chamada visão higienista do processo saúde-doença que ocorreu como resposta às transformações políticas e econômicas decorrentes da crise econômica da monarquia, do descontentamento da burguesia que não encontrava liberdade de comércio e de produção, e pelo surgimento das idéias iluministas, que refletiam os anseios da sociedade da época (CUTOLO, 2001). Neste período surgiu a preocupação de esclarecer a população sobre assuntos relacionados à higiene e à saúde (CUTOLO, 2001). No final do séc. XVIII, com a Revolução Industrial e a mecanização da agricultura que favorecia o movimento migratório para os centros urbanos, houve um crescimento desordenado das

idades e um rápido crescimento populacional urbano sob condições inadequadas de saúde. Com isto, já no séc. XIX, apareceram as epidemias, dentre elas a da cólera em 1831 e 1832, em Londres, na classe de trabalhadores. Foi o que levou à discussão sobre causas sociais de doenças, embora ainda não se falasse em mudança da estrutura econômica. Considera-se que, em 1848, houve o surgimento da medicina social. A responsabilidade pela saúde do povo foi atribuída à sociedade e ao Estado e as condições econômicas e sociais passaram a ter efeito importante sobre a saúde e a doença, devendo ser submetidas à investigação científica para que fossem tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença (CUTOLO, 2001).

Ainda no séc. XIX, com a derrota dos movimentos revolucionários e com a teoria do germe de Ehrlich, Kock e Pasteur, a medicina social sofreu um descenso (CUTOLO, 2001). Segundo McWhinney (1994), o método clínico virou-se bruscamente para o diagnóstico convencional. A escola francesa dos patologistas clínicos focou-se no exame físico do paciente. Foi criado o estetoscópio e surgiu uma classificação de doenças completamente nova baseada na anatomia patológica. No final do séc. XIX as escolas européias integraram rapidamente os avanços da medicina científica.

No início do séc. XX apareceram os primeiros manuais sobre diagnóstico clínico que valorizavam apenas os dados objetivos em relação aos pacientes. O médico era encorajado a ser objetivo e frio, fruto das idéias iluministas. Se, por um lado a subjetividade foi desconsiderada, por outro, foi o que levou ao grande avanço terapêutico deste século (McWHINNEY, 1994). Neste período foi escrito o livro *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, conhecido como Relatório Flexner (CUTOLO, 2001). Procurava-se uma legitimação ou validação da medicina científica, fruto de interesses das grandes indústrias aliada ao movimento corporativo da Associação Médica Americana (AMA) (CUTOLO, 2001). Este relatório baseava-se num modelo mecanicista para a compreensão da estrutura e do funcionamento do corpo humano e, conseqüentemente, do processo mórbido. O objeto de estudo passa a ser o indivíduo, ou melhor, os sistemas e órgãos isolados do corpo deste indivíduo, excluindo a visão da totalidade e a causalidade social (CUTOLO, 2001).

Enquanto este panorama fazia parte do continente europeu, no Brasil, no início do séc. XX, as epidemias de doenças infecto-contagiosas assolavam a classe trabalhadora. Isto exigia do

Estado uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Nesta época o modelo agroexportador dominava a economia, baseado na exportação de cana-de-açúcar e café (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001). Neste período iniciou-se a busca por conhecimento e ações na área da saúde pública como campanhas de vacinação, desinfecção, notificações de doenças infecto-contagiosas e isolamento de doentes. Com as ações de Osvaldo Cruz avançou-se no controle e combate de algumas doenças, possibilitando-se o conhecimento sobre elas. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes desta época (BAPTISTA, 2005). Pressionado por revoltas populares, o Estado regulamentou a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para algumas organizações trabalhistas mais atuantes política e financeiramente, ligados à produção exportadora. Era uma espécie de seguro social. O direito à assistência à saúde era restrita à condição de segurado (BAPTISTA, 2005).

Em 1929, a crise mundial afetou a economia da indústria cafeeira, provocando o êxodo da população rural para as cidades em busca de trabalho. Devido a um movimento civil-militar que afastou o poder dos fazendeiros de café - a Revolução de 1930 - houve o fim do sistema político da República Velha (1889-1930). Com o governo de Getúlio Vargas (1930-1945) o Estado passou a ter maior intervenção na sociedade e na economia. E com um projeto econômico baseado na industrialização, iniciou-se uma política de proteção ao trabalhador para garantir a mão-de-obra necessária. Foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel dos CAPs, constituindo o primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro. Estas incluíam todos os profissionais de uma mesma categoria, não mais somente as empresas, e contavam com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento. Mantinha, ainda, o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do serviço. Estavam excluídos, portanto, os trabalhadores rurais, os profissionais liberais e os trabalhadores que exerciam funções não reconhecidas pelo Estado. Grande parcela da população, principalmente a mais carente, estava excluída, sendo vítima de uma injustiça social (BAPTISTA, 2005). Foi o início da montagem de um sistema público de previdência social.

A partir da década de 1950, com o processo de industrialização acelerado, os grandes centros urbanos passaram a ser o pólo dinâmico da economia, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. A saúde era feita apenas por meio de alguns

poucos hospitais especializados. Esta ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Esta população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade. A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. O INPS foi o resultado da fusão dos IAPs de diferentes categorias profissionais organizadas e, posteriormente, foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BAPTISTA, 2005).

O INAMPS tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar e a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários. A assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes, ou seja, não tinha, ainda, um caráter universal. Os recursos eram aplicados nos estados, através de suas superintendências regionais, de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes. Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Desta forma, eram aplicados mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, mais ricos, e nestas e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte. Nesta época os brasileiros estavam divididos entre os que podiam pagar, os que tinham direito à assistência prestada por ele e os que não tinham direito algum. Os recursos eram utilizados para o custeio das suas unidades próprias (Postos de Assistência Médica e Hospitais) e, principalmente, para a compra de serviços da iniciativa privada. Com a crise de financiamento da Previdência, que começou a se manifestar a partir de meados da década de 1970, o INAMPS adotou várias providências para racionalizar suas despesas e começou, na década de 1980, a comprar serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu

caráter de universalidade da clientela. Também, nesta época, os trabalhadores rurais passaram a ter assistência, até então precariamente assistidos. Mesmo com a crise que já se abatia, esta medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso desta população aos serviços de saúde, particularmente na área hospitalar (SOUZA, 2002).

No final da década de 1980, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximou ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destacou o fim da exigência da Carteira de Segurado para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Este processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (SOUZA, 2002).

A crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e a conseqüente mobilização política dos trabalhadores da saúde, dos centros universitários e dos setores organizados da sociedade motivou o Movimento da Reforma Sanitária. Iniciou-se, assim, a construção de um sistema de saúde com tendência à cobertura universal (SOUZA, 2002).

Em 1986, o Ministério da Saúde convocou técnicos, gestores e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde, realizando, assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). Foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contou-se com a participação da comunidade e de técnicos na discussão de uma política setorial. O relatório nela produzido serviu como pressão política e como referência na discussão da Assembléia Nacional Constituinte em 1987 e 1988 (BAPTISTA, 2005).

E, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal que incorporou amplamente os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e sistematizados na VIII CNS. Assim, a partir da adoção de um conceito ampliado de saúde, entendida como expressão da qualidade de vida, a Constituição Federal estabeleceu que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Para isto, “determinou que as ações e serviços públicos de saúde integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada, criando o Sistema Único de Saúde (SUS)”, regulamentado pela Lei 8.080/90, chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS) (ACURCIO, 2003, p.31-32). Desde

então, o Ministério da Saúde buscou definir, em novas leis e em portarias, algumas regras para garantir o funcionamento do setor, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e a unificação do sistema (ACURCIO, 2003).

O Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1993 pelo Ministério da Saúde e implantado em 1994 surgiu como uma proposta de reestruturação dos serviços de saúde para a promoção de mudanças significativas na continuidade do modelo de descentralização da saúde. Baseia-se num modelo substitutivo da prática da saúde existente através da mudança do objeto de atuação, forma de organização e funcionamento dos serviços de saúde e busca estabelecer vínculos e criar laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A família passou a ser objeto de atenção, entendida a partir do ambiente em que vive, pois ali é o espaço de construção das relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1999b).

Através da Portaria nº 648/GM, publicada em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹ estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesta, considera a estratégia de Saúde da Família prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS, e elenca os fundamentos da atenção básica: acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, num território adscrito para que possa permitir o planejamento e a organização descentralizada e com equidade; integralidade e articulação nas ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento, reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe e de coordenação; vínculo e responsabilização entre equipe e população para garantir a continuidade e longitudinalidade do cuidado; valorização dos profissionais por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação; avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação; estimulação da participação popular e controle social (BRASIL, 2006).

¹ Atenção básica: é a definição adotada no país para o que internacionalmente se chama de atenção primária, com o intuito de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora que compreende a atenção primária como sendo a prestação de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população, apoiadas num padrão de assistência médica (primária) de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações.

A estratégia de Saúde da Família (ESF) procura o fortalecimento da atenção básica por meio da ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas de saúde, embasadas na promoção da saúde². Tem como princípios gerais: substituir a rede de atenção tradicional nos territórios em que as equipes Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2006).

Com o propósito de ampliar o número de profissionais vinculados às equipes Saúde da Família o Ministério da Saúde autorizou, em 2007, a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que têm por objetivo reunir profissionais de diversas áreas da saúde no atendimento à população e o atendimento em conjunto com as equipes do Saúde da Família para ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. Estes núcleos integram o Mais Saúde, plano estratégico de saúde que contém ações para a ampliação da assistência e qualificação do SUS (BRASIL, 2007).

Este investimento do SUS na rede básica e no PSF faz com que aumente o contingente de profissionais de saúde e o seu contato com a população, ampliando potencialmente o acesso e o contato destas com a atenção à saúde biomédica. Tal fato torna este tema contundente e urgente para a Saúde Coletiva, principalmente para a educação permanente dos profissionais de saúde e para as suas práticas, particularmente para as equipes de PSF.

Por outro lado, a expansão da biomedicina³ ou medicina científica gera o fenômeno da contraprodutividade no qual a utilização das ferramentas sociais e tecnológicas tem como

² Promoção da Saúde: é um processo pelo qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar e o da comunidade ou que a podem estar colocando em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

10

³ O termo biomedicina é adotado aqui, segundo Camargo Jr. (1993) que considera que esta denominação reflete mais adequadamente a vinculação desta racionalidade (médica) com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia.

resultados efeitos antagônicos aos seus objetivos: instituições de saúde que produzem doenças e medicina que produz iatrogenias. Além disso, está associado ao que Tesser (2006b) chamou iatrogenia cultural, ou seja, à perda do potencial cultural para manejar a maior parte das situações de dor, adoecimento e sofrimento. A consequência disto é a medicalização ou a “redefinição dos comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (TESSER, 2006b, p.62). A causa desta é a mercantilização da saúde que vem ocorrendo num processo histórico e que a transforma em uma necessidade jamais satisfeita, demandando, cada vez mais, o consumo como bem de saúde. E a ESF, por atuar através de profissionais cujas bases estão no modelo de educação biomédico e, ainda, por manter-se próximo ao usuário pode ser tanto uma chance para a reorientação desta medicalização e o início para a reconstrução da autonomia quanto constituir-se em uma nova força medicalizadora (TESSER, 2006a).

O medicamento alopático industrializado surgiu e se desenvolveu numa perspectiva biologicista, dominada pelo consumo de tecnologias continuamente renovadas, embebida no contexto dominante da ciência e “tornou-se, a partir do seu surgimento em meados do século XX, a principal tecnologia médica moderna” (SEVALHO, 2003, p.2-3). LeFèvre (1991) expressa o medicamento como mercadoria simbólica através do qual a saúde pode ser adquirida na forma de comprimidos e almejada como bem de consumo na sociedade capitalista. Hoje, mais que instrumento técnico de intervenção, o medicamento é um objeto plural, em cujo interior racionalidades diversas se apresentam (PERINI, 2003).

Retornando aos princípios do SUS e tendo como base o princípio da integralidade da assistência à saúde no Brasil, assegurado pela Lei 8.080/90, encontramos, no seu artigo 6º, disposição sobre a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 2001). No Brasil o termo assistência farmacêutica foi elaborado para conglomerar as atividades de atenção à saúde que envolvem o medicamento (MARIN, 1999).

Compreende 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, 2001, p.34).

Segundo Marin

[...] o termo assistência farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde (MARIN *et al.*, 2003, p.123)

Valendo-se destes novos princípios de reestruturação da atenção à saúde, tornou-se necessário repensar a assistência farmacêutica. Foi instituída, então, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria nº 3.916 de 31 de Outubro de 1998 que teve, dentre seus objetivos, formular as diretrizes de reorientação do modelo de assistência farmacêutica, com a definição do papel das três instâncias político-administrativas do SUS (MESSEDER; OSÓRIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005). Nela, as principais diretrizes estabelecidas foram: a adoção da relação de medicamentos essenciais, a regulamentação sanitária destes, a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do seu uso racional dos medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, eficácia e qualidade destes e o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001).

Destaco aqui, em primeiro lugar, a adoção da relação de medicamentos essenciais que são

[...] aqueles considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população [...] devem estar continuamente disponíveis [...] e compõem uma relação nacional de referência [...] para a produção, [...] para o desenvolvimento científico e tecnológico [...] e para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal [...] (BRASIL, 2001, p.12).

A adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) deve servir de base ao desenvolvimento tecnológico e científico, à produção de medicamentos no país e às novas listas construídas nos níveis estadual e municipal de atenção à saúde. É elaborada de acordo com o quadro nosológico do país e é o fundamento para a orientação da prescrição e do abastecimento da rede do SUS, com vistas ao aperfeiçoamento de questões administrativas e de redução de custos, instrumentalizando o processo de descentralização. Abrange um elenco de medicamentos necessários ao tratamento e controle de enfermidades prioritárias em saúde pública nos diversos níveis de atenção no país. A Rename serve, então, de base para a construção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) (BRASIL, 2001) e

é mantida atualizada desde 2005 pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename (Comare).

Em segundo lugar, enfatizo a promoção do uso racional de medicamentos, ou seja, a utilização de fármacos de modo a maximizar a eficácia e minimizar o risco de reações adversas a um custo razoável (MENDES, 1998). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) considera como prioridade para a promoção do URM a elaboração e ampla divulgação do Formulário Terapêutico Nacional, instrumento importante para a orientação da prescrição e dispensação de medicamentos por parte dos profissionais da saúde e para a racionalização do uso destes produtos. Deve conter informações terapêuticas e farmacológicas: descrição e características farmacológicas do medicamento, indicação, contra-indicação, precauções, posologia, via de administração, duração do tratamento, interações, efeitos adversos; e informações farmacêuticas: nome genérico, grupo terapêutico, forma farmacêutica, concentração, apresentação; recomendações gerais quanto à prescrição, dispensação e cuidados com os medicamentos. Está sendo elaborado hoje pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, por meio da Comare a partir da Rename 2006.

Sabe-se que o uso irracional de medicamentos é um grande problema de saúde pública no mundo inteiro, com graves conseqüências econômicas (MARIN *et al.*, 2003). Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005) encontraram, em estudo realizado no Rio de Janeiro, um grande aumento no número de ações impetradas pelos pacientes contra a gestão estadual, solicitando medicamentos para todos os tipos de indicações terapêuticas, inclusive de atenção básica, acarretando um aumento expressivo do custo da atenção, sem evidências de que represente melhora proporcional dos resultados dos serviços. Além disso, a maioria das ações impetradas é cumprida sem que haja uma correta avaliação da adequação do pleito que, do ponto de vista do poder judiciário, parece envolver apenas as garantias constitucionais do indivíduo sem considerar o ponto de vista clínico e as conseqüências sobre a saúde. Para os autores, em alguns casos, o cuidado à saúde não é resguardado.

Além disto, é importante destacar a influência das propagandas e o seu aspecto econômico. A produção crescente de tecnologias necessita de um mercado capaz de absorver a demanda de consumo que lhe é incessantemente imposta e que deve, para isto, ser permanentemente ajustado pelo poder da mídia e do instrumental simbólico da propaganda (SEVALHO, 2003).

Schenkel (2004) afirma que a propaganda de medicamentos de venda livre ou isentos de prescrição médica contribui para o uso indevido destes

[...] por favorecer a crença de que estes são sempre a melhor solução para determinados distúrbios ou doenças [...]; por favorecer o uso de medicamentos inapropriados, pois nem sempre o produto de maior divulgação é o que apresenta maior eficácia e menores riscos, ou é adequado para aquela pessoa naquele momento [...]; e por estimular constantemente o uso indiscriminado de medicamentos, exagerando as qualidades dos produtos, omitindo os seus riscos, chegando ao ponto de sugerir a criação de distúrbios (por exemplo, através de comer ou beber em excesso) [...] (SCHENKEL, 2004, p.28-29).

Preocupada com isto, em 1988 a OMS decidiu aprovar critérios para a publicidade, exigindo fidedignidade sobre as informações e a não veiculação de declarações que possam ter interpretação equivocada ou que não sejam passíveis de comprovação. Porém, no Brasil a regra tem sido a não observância destes critérios éticos estabelecidos (SCHENKEL, 2004) e que, no caso da prescrição médica, acaba por contribuir para o uso irracional de medicamentos onde a sua seleção, a dose e tempo de tratamento são inadequados. Mas, existem ainda outros fatores que parecem estar associados à prescrição não-razional de medicamentos como: a pressão exercida pelo paciente, a pressão do próprio sistema de saúde, o agressivo trabalho de marketing da indústria farmacêutica, a formação do prescritor, a qualidade da literatura utilizada mais correntemente, o grande número de especialidades farmacêuticas disponíveis no mercado, e a dificuldade de acesso e interpretação da literatura científica (ACURCIO, 2003). Para este autor, conhecimentos clínicos e farmacológicos, domínio da literatura médica e da capacidade crítica para avaliação das evidências são também importantes para a tomada de decisão do prescritor, principalmente em relação aos novos medicamentos. Quando se opta pelo uso de medicamentos novos, há aumento dos custos na saúde e, além disso, há estímulo ao uso de medicamentos para os quais a segurança não foi adequadamente avaliada (SCHENKEL, 2004). Além disso, a polifarmácia, a não utilização de fármacos prescritos e a automedicação colocam em risco o sucesso da terapia, podendo desencadear reações adversas, interações medicamentosas e falhas terapêuticas (ACURCIO, 2003). Sabe-se que os medicamentos ocupam hoje, no Brasil, a primeira posição entre os agentes que mais causam intoxicações, mesmo considerando a existência de subnotificações (NASCIMENTO, 2005).

Além do URM, a Medicina Baseada em Evidências pode contribuir para a melhor utilização de medicamentos já que “é a integração da experiência clínica com a capacidade de analisar

criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica” (LOPES, 2000, p.285). Porém, o mesmo autor chama à atenção, no entanto, de que

“não se pode esquecer que cada pessoa que procura cuidados médicos é um ser único, apesar de possuir características similares a diversos outros pacientes [...]. Evidências que vêm de estudos realizados com grupos de pacientes ajudam a tomar as decisões mais acertadas, mas não podem ser desvinculadas da experiência clínica [...] deve-se estabelecer limites para o uso destas.” (LOPES, 2000, p.287).

Deve-se, então, “questionar a idéia de uma razão universal e os seus critérios de construção, pretensamente únicos [...], distantes de qualidades e de propriedades sociais, e de aceitação tácita” (SEVALHO, 2003, p.5). Segundo Castiel e Vasconcellos-Silva (2005, p.505), os estudos sobre MBE “acabam por concluir pela necessidade de novas metanálises como compassos a traçar maiores e mais abrangentes circunferências. Tornam-se cada vez mais inconclusivas, embora inconclusivas em sua capacidade de alinhar informações, para delas extrair sínteses por intermédio da soma”.

Sabemos que o SUS tem como premissa a mudança do modelo de atenção à saúde, deslocando sua centralidade da doença para a saúde, ou seja, da visão excludente e fragmentada para a promoção da saúde e seus determinantes sociais. Segundo Storino (2003 *apud* CUTOLO; CESA, 2003), tal necessidade está baseada na evolução da história recente da atenção à saúde, marcada pelo emprego monumental de tecnologias e super-especialização profissional e pela evolução da indústria farmacêutica, associada a um embasamento da ciência médica em outras ciências básicas. A medicina baseada na evidência biológica-anatômica, dependente de alta tecnologia e de medicalização, dá aos órgãos do corpo maior valor objetivo que a própria pessoa. Sendo assim, a prática médica hegemônica caracteriza-se pelo uso excessivo de exames e meios tecnológicos de alto custo, desvalorização da subjetividade do paciente e do médico, consolidando a doença como núcleo principal da atividade médica, com a distorção do conceito de saúde. A mudança proposta para o modelo de atenção compreende, necessariamente, romper com este ciclo de medicalização e sobre-uso de tecnologias de alto custo e direcionar a prática médica para a atenção básica à saúde. (CAMARGO Jr., 1999; CUTOLO, 2001) já que a sociedade paga um alto preço pelo consumo exagerado de medicamentos, levando à ocorrência de efeitos adversos, dependência,

resistência microbiana e a doenças iatrogênicas, e, paradoxalmente, pelo não acesso aos medicamentos essenciais por parte da população, que resulta em complicações e óbitos evitáveis. E isto fere os princípios fundamentais do SUS e agrava o problema da insuficiência de recursos financeiros no setor saúde (LEITE; CORDEIRO, 2006). Além disso,

[...] boa parte dos equívocos da medicina ocidental prende-se precisamente ao fato de se ter deixado dominar pela miragem da técnica onipotente, pondo de lado tudo aquilo que, por ser subjetivo, mutável, complexo, infinitamente variável não é científico - precisamente os atributos que talvez melhor caracterizem nossa humanidade (CAMARGO Jr., 1995, p.17).

Pode-se, então, perceber que esta socialização forçada e acelerada do estilo de pensamento⁴ biomédico (centrado no controle, nas ações e interpretações heterônomas), numa população pouco modernizada, pluriétnica e multicultural, como a maioria da população brasileira, acabou levando à medicalização social que transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isto desemboca num consumo abusivo e contra-produtivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação (TESSER, 2006a).

Especialmente a partir de 1970 (NASCIMENTO, 2005), emergiram estudos sobre os efeitos nocivos da mercadização no campo da saúde e dos medicamentos, e sobre iatrogenia médica e farmacológica. Tais estudos fizeram surgir uma crítica à medicalização social, ou seja, ao fato de haver uma tendência a se considerar as dificuldades da vida como sendo problemas médicos ou instâncias de dominação política e controle de cidadãos. Foi, principalmente, a partir da década de 1970 que a medicina começou a ser redimensionada. Além de ser vista como fonte de lucro, passou a ser percebida como fonte de poder disciplinar na sociedade, seja pelo mascaramento dos conflitos sociais e sua redução a problemas médicos, seja pela normalização de corpos dóceis pelas práticas sanitárias (CAMARGO Jr, 1995).

É necessária uma reconsideração da base científica da medicina, buscando uma articulação dos conhecimentos biomédicos e sociais (CUTOLO; DELIZOICOV, 2003). Para estes autores (2003, p.24), “entender a sociedade e a inserção da medicina dentro deste contexto torna-se cada vez mais imperativo”. Cabe lembrar aqui novamente a PNM que dispõem que

¹⁴ Estilo de pensamento: uma constrição definitiva do pensamento. A totalidade da preparação ou disponibilidade intelectuais para uma forma particular de ver e agir ao invés de qualquer outra (CAMARGO Jr., 1993, p.115)

[...] atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico [...] e ao processo educativo dos usuários e consumidores acerca dos riscos da automedicação [...]. Promover-se-á a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001, p.16-17).

Para McWhinney (1994), a medicina modifica-se em resposta a muitas influências, algumas científicas e tecnológicas e outras sociais. E estas mudanças sociais, a especialização e o novo padrão de doença exigiram um novo médico e contribuíram para o crescimento de um outro ramo da medicina - a medicina familiar. Esta, no caso brasileiro, parece estar inscrita nas mesmas propostas de Medicina Comunitária, Cuidados Primários em Saúde e PSF (FRANCO; MERHY, 1999).

O Governo Federal reconhece que o distanciamento entre os mundos acadêmicos e o de prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde no País (BRASIL, 2006a). Para caminhar de forma consistente e qualificada para a consolidação da atenção básica à saúde no Brasil, o Conselho Nacional de Educação (CNE) instituiu as novas diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina. No seu Art. 3º está disposto que o curso de graduação em medicina deve formar médicos com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e cidadania. O Art. 4º II destaca que o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir condutas mais adequadas, baseadas em evidências clínicas. Ou seja, com base nestas competências a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país e a estrutura do curso de graduação em medicina deve vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2001). Esta integração docente-assistencial, necessária à construção de um modelo adequado às necessidades da população e ao SUS envolve tanto a atenção básica quanto os outros níveis de cuidados de saúde, aproveitando amplamente a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pela utilização dos Hospitais Universitários e/ou as Unidades Assistenciais Especializadas dependentes das IES, funcionando integralmente ao SUS. Isto

conduz a uma adequada construção do sistema de referência e contra-referência, essencial para a atenção à saúde com qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2006b).

A partir de 2003, impulsionado pela Lei nº. 8.080/90 que responsabiliza o SUS pela ordenação da formação de recursos humanos para a saúde, o Ministério da Saúde iniciou a construção de bases sólidas para a formulação de uma política de especialização nesta área. Em 2005, criou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) por meio da portaria interministerial nº 2.101 de 03/11/2005, entre o Ministério da Saúde e da Educação, para os cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia. A perspectiva é de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos: na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços. A situação desejada, apontada pelas Instituições de Ensino Superior (IES), é uma escola integrada ao serviço público da saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira, direcionada a construir o fortalecimento do SUS. Visa, com isto, uma aproximação entre a formação da graduação e as necessidades da atenção básica, que se traduzem pelo Programa de Saúde da Família. Ou seja, visa incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2006a).

Então, o SUS surgiu como uma proposta de mudança do modelo hegemônico da prática médica no Brasil, seguindo uma tendência mundial de implementação de uma concepção saúde-doença baseada no tripé formado pelas visões biológicas, higienista-preventivista e social, no qual estas três abordagens tenham valor equânime. Porém,

[...] para que as metas propostas sejam atingidas a educação médica e as práticas médicas atuais devem ser transformadas [...] e devem proporcionar a formação de médicos convictos da importância de aliar a excelência técnica a estes novos conceitos e preparados para o mercado de trabalho que vem se estruturando além da esfera acadêmica (CUTOLO; CESA, 2003, p.87).

Segundo Campos (2005), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), com o objetivo de contribuir para a implantação das diretrizes curriculares em todas as escolas médicas, iniciou um amplo processo de discussão sobre as estratégias para o ensino e aprendizagem na atenção básica. Considera fundamental que o estudante de medicina participe, desde o início do curso, de atividades junto à comunidade e em unidades básicas de

saúde e que tenha preocupação com a qualidade e a integralidade da atenção aos pacientes e às comunidades.

Mais uma vez, faz-se necessário repensar sobre as diferentes concepções do princípio da integralidade. Para Mattos (2005), significa considerar a pessoa como um todo, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho que o levam a adoecer e morrer (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001). Significa, ainda, a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (CUNHA; CUNHA, 1998), ou seja, da atenção primária, secundária e terciária, tanto das ações individuais quanto coletivas (BAPTISTA, 2005). Significa que pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma ação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, como habitação, meio ambiente e educação (MATTOS, 2005), articulando os diferentes níveis do governo: federal, estadual e municipal (BAPTISTA, 2005); E, por último, significa que o Estado compromete-se na garantia a todo e qualquer tipo de atenção, do mais simples ao mais complexo (da vacina ao transplante) (BAPTISTA, 2005). A partir da integralidade define-se, então, a saúde, como um campo do conhecimento que exige a interdisciplinaridade e como um campo de práticas que exige a intersetorialidade (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Para a abordagem de um paciente com integralidade é necessário entendê-lo inserido no seu ambiente. A antropologia médica nos dá estas ferramentas já que caracteriza-se por estudar como as crenças e práticas estão relacionadas com as mudanças biológicas e psicológicas no organismo humano, tanto na saúde quanto na doença. Ela trata do modo como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento em que acreditam e a quem devem recorrer quando ficam doentes (HELMAN, 1994).

É a partir deste conhecimento que podemos iniciar a resgatar a autonomia das pessoas no processo saúde-doença. Esta é uma das formas de se caminhar no sentido do reequilíbrio, estimulando o sinergismo entre as ações autônomas, realizadas pelo indivíduo e seus pares no seu meio social autóctone, e as ações heterônomas em saúde, realizadas e controladas por agentes profissionais institucionalizados, ou seja, especialistas (TESSER, 2006b).

Para isto, a educação do profissional de saúde deve ser entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o

estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil (BRASIL, 2006a). Tem sido um desafio para os educadores em saúde fazer com que a educação seja um dispositivo de construção do conhecimento para os trabalhadores da saúde, compondo assim, sua caixa de ferramentas para lidar com os problemas de saúde. E ainda, fazer com que, através dos processos educativos, se disparem movimentos de mudanças dos serviços de saúde para torná-los eficazes na produção do cuidado. Impactar o serviço de saúde no sentido aqui descrito significa intervir na micro-política de organização do processo de trabalho que tem como pressuposto uma reflexão sobre as vivências tidas neste lugar, supondo que é possível aprender a partir da atividade de trabalho, do fazer cotidiano (FRANCO; MERHY, 1999). Para estes autores, é possível formar e qualificar profissionais de saúde, dentro de uma idéia de aprender com o trabalho e a equipe, e ao mesmo tempo, analisar seu próprio fazer e daí tirar lições que possam resultar em um permanente ciclo onde se produz o cuidado e ao mesmo tempo o trabalhador é produzido como sujeito, isto é, o experimento das práticas de saúde impactam o modo como cada um percebe e se relaciona com o mundo e com os demais. E ao participar destas vivências, há um permanente processo de aprendizado e de subjetivação, isto é, o efeito além de cognitivo diz respeito também a forma como o profissional dá significado às suas relações no mundo da saúde: o usuário, os outros profissionais, os lugares em que trabalha, enfim, a tudo o que se refere ao seu ato cotidiano de cuidar. Porém, sabe-se que o Programa de Saúde da Família e as mudanças na atenção básica à saúde, por serem recentes, encontram-se em fase de desenvolvimento e necessitam incorporar muitas práticas para que se tornem realmente eficientes e efetivos.

Em Blumenau, a primeira equipe do PSF foi formada em 1995 quando iniciou seu trabalho. Hoje a Secretaria de Saúde conta com quarenta e três (43) equipes de PSF com uma cobertura de cinquenta e sete por cento (57%) da população. Conta também com sete ambulatórios gerais que oferecem consultas com as diferentes especialidades, uma Policlínica que atende pacientes referenciados das unidades básicas e de outros municípios do Vale do Itajaí e, ainda, três unidades do Caps (Centro de Atenção Psico-social) que prestam serviços de atendimento em saúde mental. E foi a partir da experiência de médicos e odontólogos destas equipes é que construí este trabalho.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento da pesquisa

A proposta metodológica construída para este estudo procura valorizar a experiência de atores sociais – médicos e odontólogos que atuam no Programa de Saúde da Família do município de Blumenau (SC), sujeitos e protagonistas do atendimento na rede básica de atenção à saúde aptos a realizar a prescrição terapêutica.

A abordagem qualitativa que fundamenta este preocupa-se mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social em estudo do que com a generalização dos conceitos teóricos testados (MINAYO, 1992). Para Richardson (1999), além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para se entender a natureza social de um problema. Esta forma de pesquisa tem por objetivo expressar o modo de produzir os serviços médicos e odontológicos nas condições do dia-a-dia, em que, o ato em si, uniforme e único como um modo genérico de atenção em medicina e odontologia, é reproduzido nas desiguais situações de trabalho concretamente existentes na sociedade; reprodução que, na particular situação de trabalho experimentada individualmente por estes profissionais, significa re-elaboração dos seus pressupostos e expectativas homogêneas como pensamento coletivo acerca do trabalho ideal (SCHAIBER, 1995).

A entrevista com grupo focal, técnica escolhida para este estudo, aborda indivíduos que têm características identitárias homogêneas (MINAYO *et al.*, 2005) e resgata a tradição de entrevista em grupo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Segundo Flick (2004), a marca distinta destes grupos é o uso explícito da interação do grupo para a produção de dados e *insights* que seriam menos acessíveis sem a interação encontrada em um grupo. Com isto busca-se chegar o mais próximo às compreensões que os participantes possuem do tópico de interesse, além de serem importantes para se conhecer as experiências e perspectivas dos participantes, não apenas “o que”, mas também, “por que” eles pensam do jeito que pensam. Para que se obtenha sucesso com esta técnica é necessário que exista um foco ou tópico a ser explorado. Assim, um grupo focal pode abordar um tema específico, a fim de captar as diferentes visões sobre um mesmo ou determinados temas, ou ambos, quando se pretende

entender em profundidade um comportamento dentro de determinado grupo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), como neste estudo. Considerando-se que nunca a homogeneidade é total entre os componentes do grupo, deve-se levar em conta que pode haver códigos de comunicação fechados aos não membros destes grupos, referências a situações vivenciadas que ficam subjacentes às falas, além da existência de segredos compartilhados o que requer atenção e sensibilidade enormes do pesquisador (MINAYO *et al.*, 2005). Daí a importância da presença de mais de um pesquisador para problematizar os aspectos conversados, bem como para checar as versões apresentadas pelo grupo e proceder ao registro das temáticas e interações (MINAYO *et al.*, 2005).

Por propiciar visibilidade das interações grupais, não se busca neste tipo de abordagem, uma fala única e consensual. O que se procura é a cartografia das opiniões, argumentos e pontos de vista, concordantes ou conflituosos, críticos ou resignados. O grupo permite ainda, o aprofundamento das influências recíprocas entre os falantes, ou seja, a reflexividade das opiniões. E, além do conteúdo que se debate, a dinâmica de grupo focal permite inferir o tipo de relações que existem entre seus participantes (MINAYO *et al.*, 2005).

5.2 Sujeitos do estudo

Considerando que o profissional que atua na rede básica deveria estar mais qualificado para uma abordagem interdisciplinar do processo saúde-doença e, considerando que este profissional tem maior experiência e embasamento para a construção de novas práticas profissionais, os sujeitos deste estudo foram médicos e odontólogos que atuam na estratégia de Saúde da Família no município de Blumenau (SC). Tais profissionais foram escolhidos pelo fato de estarem se reunindo periodicamente para discussões sobre atenção básica à saúde num processo de educação continuada, sendo que numa destas reuniões haveria uma discussão voltada a assistência farmacêutica e coordenada pela Prof(a). Dra. Silvana Nair Leite, orientadora deste estudo. Optou-se, então, por direcionar este encontro e dar início, a partir dele, ao presente trabalho.

Os médicos e odontólogos foram selecionados pela própria Secretaria Municipal de Saúde, procurando envolver todos os integrantes da rede básica de atenção à saúde. Observei que, na segunda entrevista, os achados que deveriam ser utilizados para o presente estudo começaram a ser repetidos. Segundo Minayo *et al.* (2005), o número de participantes deve ser suficiente

para permitir certa reincidência das informações, mas informações ímpares com potencial explicativo devem ser consideradas. Acredito que, para este estudo, o número de participantes nas duas entrevistas mostrou-se com potencial para a discussão proposta, assim como as questões por eles abordadas.

Esta técnica foi dividida em três fases. Na primeira, foram convidados todos os profissionais médicos e odontólogos que atuam nas equipes do PSF de Blumenau com marcação da data, hora, local e tempo de duração dos encontros. Ainda nesta, foram preparados estes encontros, com elaboração do roteiro, organização do material e preparação dos locais. Na segunda fase aconteceu o encontro propriamente dito e o mapeamento dos participantes. E na terceira e última fase as entrevistas foram transcritas, analisadas e categorizadas. Seguiu-se, então, à discussão dos resultados encontrados.

5.3 Entrevistas em grupos com os sujeitos

À Secretaria Municipal de Saúde foi solicitada a autorização para a execução dos estudos e as relações dos médicos e odontólogos que atuam na estratégia de Saúde da Família. Os profissionais, organizados em dois grupos, foram convidados a participar dos grupos focais em data e local estipulado pela Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, conforme programação já existente para a educação continuada. Foram realizados dois encontros, sendo um encontro para cada grupo: nos dias 14 de Setembro e 09 de Novembro de 2006. Participaram 12 médicos e 01 odontólogo no primeiro grupo e 07 médicos e 01 odontólogo no segundo. Suas identidades foram preservadas usando-se como códigos a letra “M” para profissionais do sexo feminino, seguida de um número de 1 a 12 determinado aleatoriamente, e a letra “H” para profissionais masculinos, seguido de um número de 1 a 10, também fornecido aleatoriamente.

Foi realizado, no início de cada grupo focal, uma breve abordagem sobre o assunto, apresentação dos integrantes dos estudos e exposição dos objetivos da avaliação, reafirmando que o que se busca conhecer é a opinião dos participantes e não o seu conhecimento. Após, o consentimento livre e esclarecido foi lido (ANEXO C), explicando-se aos participantes o seu significado ético. Finalmente solicitou-se que cada participante falasse brevemente sobre si e preenchesse uma ficha com dados gerais de identificação (APÊNDICE D), dando algumas

informações básicas como profissão, especialização e tempo de trabalho na atenção básica à saúde. A seguir foi iniciado o debate, utilizando-se um roteiro (APÊNDICE E) como condutor da entrevista, porém de forma flexível.

5.4 Análise e interpretação dos relatos

Após a transcrição das entrevistas foi feita a compilação dos dados, sempre observando a postura e a influência do facilitador nas respostas obtidas.

A análise dos relatos foi realizada por intermédio de uma interpretação dialética, que revela o conteúdo intrínseco, conflitivo e antagônico da realidade. Para a classificação das informações, foi realizada a leitura exaustiva e repetida de todo o material empírico, destacando estruturas de relevância para o objetivo do estudo como: mudanças das práticas de acordo com o novo modelo de atenção; a ciência na prática e no processo de prescrição; os fatores que influenciam as escolhas terapêuticas; o custo dos recursos terapêuticos para o SUS e o usuário; possíveis contribuições da medicina familiar para o uso racional de medicamentos na sociedade e a relação entre a perspectiva da medicina familiar e a prescrição de medicamentos, tendo como eixos temáticos alguns dos fundamentos da atenção básica à saúde (BRASIL, 2006) – trabalho em equipe e interdisciplinaridade, acolhimento e vínculo, vigilância da saúde, planejamento local, participação popular e ações integradas de saúde. Além destes temas pré-estabelecidos como relevantes para o estudo, a metodologia proposta prioriza a revelação de temas trazidos pelos informantes.

A análise qualitativa das entrevistas tem por objetivo buscar o que Cruz Neto (1998, p.57) define como “informes contidos na fala dos atores sociais”, através de dados objetivos e subjetivos, sendo estes últimos relacionados aos valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados. Nesta fase foram consideradas as questões elaboradas para a compreensão do material em uma análise qualitativa, que questionam o tom do texto, os descritores que são utilizados, o alvo ou propósito da história, os termos repetitivos, os elementos que se opõem no discurso e os temas que surgem (LEITE; VASCONCELLOS, 2005). Nos relatos, as formas distintas de tratamento das questões (do superficial ao pensamento crítico mais articulado) nos indicam a importância que cada conjunto de temas adquire para o entrevistado (SCHAIBER, 1995).

Os núcleos estruturadores foram determinados com base nos objetivos específicos colocados para o estudo, e a interlocução dos dados de campo e a literatura da área, para a discussão conjunta e elaboração da proposta de estrutura conceitual para a prescrição de medicamentos na perspectiva da atenção à Saúde da Família.

Uma primeira análise sobre as fichas preenchidas com os dados de identificação dos participantes nos mostra que vinte e dois (22) profissionais, sendo doze (12) mulheres e dez (10) homens, participaram das discussões. A maioria deles (13) formou-se a partir de 1994, ano de implantação do PSF, e os demais (9) se formaram entre 1978-93. Do total de profissionais, nove (9) possuem especialização em SF ou afim, oito (8) possuem especialização em outras áreas e cinco (5) não possuem especialização. Do total de participantes, quatorze (14) não possuem curso ou atualização em URM e oito (8) participaram de: capacitações (3), atualização em congressos (1), curso na UFSC (2), na UNISUL (1) e em São Paulo (1 profissional). O tempo médio de trabalho em atenção básica encontrado entre os profissionais abordados foi de 5 anos e 5 meses, sendo que variou de 1 mês à 20 anos.

Agrupando estes dados fornecidos por eles aos obtidos através da observação durante as entrevistas, pude perceber que os profissionais que estão formados há mais tempo demonstram maior descontentamento em relação ao trabalho desempenhado. Inclusive, em duas destas fichas de dados de identificação, preenchidas pelos profissionais que há mais tempo atuam, encontramos a palavra “ainda” ao lado da profissão (médico). Nenhum destes dois (2) profissionais possui especialização na área nem curso ou atualização sobre URM.

A análise das entrevistas, ou seja, dos discursos e sentidos que aparecem nas falas, mostra que, durante o processo prescritivo, médicos e odontólogos da estratégia de Saúde da Família de Blumenau (SC) fazem um passeio por três diferentes campos ou categorias: medicalização e cultura; conhecimento; e processo de trabalho.

Esta divisão faz-se necessária para fins de análise e discussão. Também não estão aqui colocadas em ordem de importância e prioridade. Cada uma destas categorias engloba vários fatores encontrados que influenciam os prescritores entrevistados nos seus processos

prescritivos. Porém, cabe lembrar que, na prática, nenhuma delas é acessada de maneira isolada por estes profissionais durante o processo que culmina com a prescrição de medicamentos ou de outras formas de terapia, conforme observado. Por este motivo, uma mesma fala poderá ser utilizada em diferentes momentos da discussão.

Durante a maior parte deste trabalho estarei me referindo à categoria médica por ser a que mais utiliza o recurso da prescrição entre as estudadas, por ter sido a com maior número de representantes nos dois grupos e a mais participativa nas discussões.

5.5 Considerações éticas

Foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde a autorização para a realização dos grupos focais e a relação dos profissionais médicos e odontólogos que atuam nas equipes de Saúde da Família. Os profissionais foram convidados a participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

O projeto de pesquisa que deu origem a este estudo foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), em Novembro de 2006 e encontra-se aprovado conforme o parecer em anexo (ANEXO A). O termo de aceite para pesquisa em seres humanos fornecido pela Secretaria de Saúde de Blumenau consta como ANEXO B.

Os dados coletados através das fichas de dados de identificação e das transcrições das entrevistas permanecem em sigilo.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Antes do início da análise e discussão dos dados encontrados nas entrevistas com os grupos focais referidos, faz-se necessário abordar alguns conceitos.

Modelo assistencial ou modelo de atenção

Teixeira (2002) definiu modelo de atenção como a combinação de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Neste sentido, um modelo de atenção não é, simplesmente, uma forma de organização dos serviços de saúde, nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde. Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais ou não materiais), utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Processo de Trabalho

O processo de trabalho representa o espaço onde são produzidos os atos de saúde no seu cotidiano. Por este motivo, é considerado o local privilegiado para a percepção e identificação da organização, da política, dos modos de gerenciar e de agir e para a análise das ações dos trabalhadores que acabam influenciando na construção de modelos de assistência. Na saúde, este processo de trabalho é singular e possui particularidades que não se repetem em nenhum outro processo produtivo. As intenções, os compromissos éticos e políticos dos governantes e os modelos de assistência são concretizados no seu cotidiano e decorrem das relações que se estabelecem entre os trabalhadores e usuários. É, então, tecido de encontros entre trabalhadores e usuários, cada um com sua história e humanidade. Cada encontro é único e possui peculiaridades, o que gera questões cujas respostas podem estar além do normatizado institucionalmente e do saber técnico do sujeito trabalhador. Caracterizam-se por permitir uma grande autonomia deste e, portanto, suas ações ou respostas aos problemas ou necessidades apresentadas dependem do seu compromisso ético perante a vida de cada usuário, e de sua capacidade inventiva diante destas singularidades (MERHY, 1997).

Processo de prescrição terapêutica

É o processo de escolha e indicação de uma terapêutica adequada para o paciente, conseqüência de um diagnóstico preciso e fundamentado na avaliação do seu estado geral e dos aspectos fisiopatológicos do paciente.

[...] é o elo chave da idéia de racionalização do consumo de medicamentos [...] legitima a farmacologia moderna, ligando o usuário à dimensão científica do medicamento, domínio do prescritor e do dispensador [...] tem como contraponto a realidade (também) mítica dos prescritores, dos pacientes, com suas próprias interpretações sobre saúde, doença e tratamento, as pressões do mercado, a construção científica reducionista do processo saúde/doença e as deficiências na formação profissional e na divulgação de informações idôneas” (ACURCIO), 2003, p.27-28).

Medicamento

É o produto de uma série de eventos e atores interligados numa “cadeia do medicamento” que se constitui num complexo sistema de políticas, pesquisa e desenvolvimentos científico e tecnológico inseridos num ambiente político, social, econômico e cultural (ACURCIO, 2003).

6.1 Medicalização e Cultura

No Brasil, o processo de medicalização social é intenso e importante, principalmente para a Saúde Coletiva. Recentemente, o aumento de profissionais no PSF ampliou potencialmente o acesso e o contato das populações à saúde biomédica o que pode fazer com que ocorra mais estímulo à medicalização e diminuição da autonomia em relação à população (TESSER, 2006a). Ela cria uma demanda espontânea infundável para avaliação médica através de epidemias de adoecimento que avassalam os serviços públicos como depressões, tendinites, viroses ou alergias.

H6: [...] quando ocorre alguma situação na vida da pessoa [...] ela perde o emprego [...].

H7: [...] Ou tá no emprego e o patrão é um saco, tá colado no pé dela o dia inteiro [...].

H6: [...] o familiar tá com problema ou mesmo um pequeno estresse [...] a pessoa vai tomar medicamento.

M3: [...] a Fluoxetina a gente não usa só pra depressão. Se usa pra problemas alimentares, pra crises agudas, situações repetitivas, um monte de coisas [...].

A medicalização é, talvez, um dos maiores entraves para os profissionais que atendem na ESF de Blumenau (SC). Ela populariza a utilização de medicamentos, favorece a automedicação e, principalmente, influencia no processo de prescrição. Um estudo realizado por Nascimento (2005) demonstrou uma tendência ao deslocamento do medicamento do campo da cura e saúde para o de controle de risco, sinalizando sua re-significação na terapêutica e na cultura.

H6: [...] Hoje, entre todos os dias do meu exercício, uma paciente sentou na minha frente e disse: _“Dr., eu já tô tomando Fluoxetina que minha amiga me deu e vim aqui pedir uma receita porque eu tô muito nervosa”. A gente sabe que [...] pra prescrever um antidepressivo, ou um tricíclico ou um inibidor seletivo, tem um critério. Tu vê! Temos um diagnóstico pra fazer e pra poder prescrever! Não é “Tô nervosa” e eu vou passar a medicação [...].

Porém, o medicamento é apresentado como resolução tecnológica da vida e a ele é conferida a imagem de solução para todos os problemas de saúde (CAMARGO Jr., 1995). E esta formulação de concepções populares acerca da saúde e da doença está sujeita ao impacto que os meios de comunicação de massa, principalmente a televisão, exercem sobre esta população.

Em 2001, a PNM (BRASIL, 2001) definiu automedicação como o uso de medicamento sem a prescrição, orientação e/ou o acompanhamento do médico ou dentista.

M2: [...] as pessoas tão, realmente, fazendo um uso muito grande até, de automedicação. E isto vai [...] das comunidades, a farmácia, a influência que o balconista ou farmacêutico tem sobre esta população [...] Então, populariza muito a medicação, né? [...] eu sofro muito com esta questão da farmácia de tá receitando antibióticos... Então, é muito complicado.

M8: [...] se criou outra cultura, como se criou a cultura da Fluoxetina [...] o Omeprazol, hoje, é de uso comum, é padronizado. A pessoa tem dor de estômago, comeu uma feijoada, tomou caipirinha, caipirosca, sei lá eu o quê; passou mal? Vai usar Omeprazol.

Pode também ser considerado como o uso de medicamentos decorrente da orientação de amigos, parentes e outras pessoas não qualificadas tecnicamente para isto (SHENCKEL; MENGUE; PETROVIK, 2004). E esta prática é comumente encontrada pelos profissionais entrevistados. Para eles, faz parte da cultura da população. Muitas vezes as pessoas estão dispostas a ajudar, principalmente àquelas mais próximas, e acabam sugerindo um uso inadequado de medicamentos. Isto é feito para estimular a melhora e é baseado em acontecimentos vivenciados pelos próprios pacientes. Ou seja, “se deu certo comigo pode dar certo com você” (SHENCKEL; MENGUE; PETROVIK, 2004, p.35).

M4: É cultura. “A medicação que eu tomei me faz, me fez bem. Aquilo que eu senti era a mesma coisa que a vizinha”. Meu Deus! Isto eu acho, assim, a coisa mais estapafúrdia! E toma! Se faz bem a gente tá ralado duas vezes porque aí o que tu deu não adiantou e aí aquele troço até deu certo [...].

Mas esta cultura de uso e abuso de medicamentos deve ser valorizada e, principalmente, a população deve ser reorientada. Para os profissionais que atendem na ESF de Blumenau ocorre, também, com muita frequência a situação descrita abaixo.

H8: [...] vem com uma receita [...] “Ah, Doutor! Dá pra fazer essa receita aqui pra minha irmã?”.

E isto pode estar associado à credibilidade depositada num determinado medicamento ou em outra forma terapêutica e que pode interferir na obtenção de resultados favoráveis.

H7: [...] para dor [...] nossos pacientes falam muito e fazem muita propaganda do Diclofenaco.

M9: É como tirar com a mão.

H6: [...] eles adoram muito a injeçãozinha aquela.

M9: A vermelha.

H6: Maravilha!

Segundo Pinheiros e Mattos (2005), ao tentar fazer aconselhamentos os médicos de família podem se deparar com algumas limitações, pois não estão inseridos no mesmo contexto sócio-cultural que os pacientes e, portanto, suas visões de mundo e suas verdades são diferentes daquelas dos pacientes. E, ainda, segundo estes autores, para que os médicos de família façam realmente promoção da saúde, sem dar lugar à medicalização, é necessário que compreendam o outro, percebendo as suas dimensões e apreendendo as diferenças entre médico e paciente.

M2: [...] estas coisas da cultura que a gente vê o país que a gente vive ainda, né? Como a carência das pessoas não é só de alimentos, é cultural, é educação formal também [...] eu duvido um médico aqui que não leve isto em conta na hora de fazer uma prescrição, tá? É diferente da gente saber a credibilidade depositada no medicamento por este tipo de população, né? População de uma renda um pouco maior [...]internet [...] vai buscar informação, ela vai minimizar a sua ansiedade em relação à conduta, à medicação. Esta população ainda tá, éh, presa e até mesmo vitimada pela questão cultural, né? Então, é Amoxicilina no final de semana, é o Norfloxacin que tá popularizado pra caramba.

Pode-se perceber que, na sociedade contemporânea, a possibilidade de esperar por alívio de uma dor, por exemplo, parece cada vez mais remota. A busca é pela saúde imediata, por um medicamento capaz de abreviar a duração de um problema, quando talvez outras formas de tratamento fossem mais adequadas.

M4: “Quando começou a tomar?” “Ontem.” “E eu já tomei e não melhorei?!” Então, se a pessoa tem idéia fantasticamente, magicamente que em 24 horas ela não pode ter mais nada [...].

M5: [...] e sobre os benzodiazepínicos [...] o paciente acha que vai morrer porque acabou o remédio.

Mas esquece-se que o autocuidado, reconhecimento pelo indivíduo da sua responsabilidade na manutenção da saúde e o cuidado em relação aos outros são importantes na recuperação da saúde. E, hoje, estas funções são delegadas às equipes de saúde.

M6: [...] na hora que eu cheguei na casa o neto que tava lá foi embora. “Cadê ele?” Já foi, né? O filho que mora umas quadras adiante tava vindo caminhando na estrada. “Ah! Que bom! Vou encontrar com ele”. Ele deu meia volta, né? Foi pra outro lugar, porque ele viu que a gente ia lá. Então, ninguém assume. São dois idosos. O marido que tem uma insuficiência cardíaca grave e ela que é hipertensa e, agora, com uma fibrilação atrial.

M4: “Mas aí Dra. [...] as meninas lá da frente me dão” [...] as gurias já sabem decor. “Não Dra. Ela toma isso, isso e isso” [...] O paciente não tem o mínimo de compromisso de guardar, nem que sejam as iniciais da medicação. Eu acho um descompromisso [...]. Passa pra menina do posto de saúde que entrega a medicação. Não sabe. Não precisa se preocupar com o que toma. Não interessa o nome. Nem do nome do médico que trata. Que ela vai lá todo mês e ela não sabe meu nome, nem da medicação que ela toma há anos a fio. Entende?

A partir destes relatos percebe-se que as pessoas não querem mais curar-se, querem ser curadas. E isto resulta da destruição de certas condições culturais e psicológicas que possibilitam a produção autônoma de valores (TESSER, 2006a).

Para Helman (1994), a cultura exerce influência em muitos aspectos da vida das pessoas, incluindo crenças, comportamentos, percepções, emoções, línguas, religiões, estrutura familiar, alimentação, vestuário, imagem corporal, conceitos de espaço e tempo, além das atitudes em relação à doença, dor e outras formas de infortúnios. E a medicalização faz parte da cultura.

M2: Então, a questão cultural eu acho que é o principal motivo pra gente tentar modificar; é muito forte. E eu sei que isso necessita de educação, educação em saúde, né? E educação formal de banco de escola. Assim, são coisas que a gente sabe que não é possível você modificar depois de anos de cultura, né? E até de estímulo a este tipo de cultura [...] do próprio mercado, da indústria farmacêutica.

A prescrição médica também pode ser analisada como um estímulo à automedicação. Na medida em que os tratamentos apresentam resultados, as pessoas vão aprendendo como as doenças são tratadas. Tais tratamentos podem, então, ser reproduzidos para si mesmos em outras situações, ou para outras pessoas em situação aparentemente semelhante, considerando que este medicamento foi indicado por um médico (SHENCKEL; MENGUE; PETROVIK, 2004). Ou mesmo, como ocorre usualmente, com o fornecimento de medicamentos

controlados devido à demanda, à pressão da comunidade e como forma de proteção médico-legal.

M1: [...] a medicação sintomática, ela vem de uso crônico, uso contínuo. E tem situações bem preocupantes [...] E ao mesmo tempo eu fico pensando, eu não falo na cultura, mas nesse aspecto. O que que a gente tá fazendo? A gente tá estimulando e fazendo permanecer essa cultura.

M7: Uma coisa que me chocou um pouco aqui em Blumenau [...] é a prescrição e o uso de Benzodiazepínicos. É assustador aqui [...] qualquer médico dá. [...] “Ah, o chequinho azul, a folhinha azul” que eles querem como se fosse [...] Tylenol, AAS.

Em estudo realizado num hospital universitário, avaliando prescrições médicas encontrou em 91% delas, pelo menos um medicamento prescrito com a denominação “se necessário” (SN). Segundo os autores, as prescrições sob esta denominação devem ser evitadas, já que a decisão do uso do medicamento fica respaldada na avaliação leiga. Educação continuada aos profissionais envolvidos deve ser oferecida, a fim de contribuir para o uso racional de medicamentos (CARLETTO; CRUCIOL-SOUZA, 2005).

A consulta médica, na maioria dos casos, necessita ser finalizada com a prescrição de algum medicamento. Para a OMS (1998), a exigência do paciente por medicamentos pode ter várias funções simbólicas. Pode ser a legitimação da queixa do paciente como doença, satisfação de uma necessidade ou simbolizar o cuidado do médico. É mais do que uma simples demanda por uma exigência química.

H6: [...] paciente tá com tosse produtiva persistente e não melhora com nada [...] eu receito Guaco em xarope [...] Maravilha! Não tem remédio melhor.

Porém, o relato abaixo mostra a pressão exercida pelo paciente associada à flexibilidade por parte do médico para o fornecimento da medicação desejada.

M4: [...] É viral! Eu não me importo de olhar de segunda à sexta-feira [...] pra não precisar dá [...] mas [...] eu costumo dizer pros pacientes quando eu vejo que entra pai e mãe [...] bom, querem antibiótico. “O negócio é o seguinte: se fosse meu filho eu não daria. Agora, o antibiótico eu vou dá pra vocês. Ele toma, mas é pra vocês, tá?” Tipo assim: satisfeitos os pais, tá? A criança não precisaria, mas os pais sem antibiótico eles não vão ficar satisfeitos, tá? Eu não vou poder, eu não vou atingir aquilo que eles querem [...] se eles saem daqui eles vão buscar. Pronto socorro, não tem. Raros colegas [...] saem de lá [...] com Paracetamolzinho com história: é um resfriado; aguarda; segunda feira retorna no posto; pede avaliação [...].

A automedicação pode ser, inclusive, estimulada pelos médicos na tentativa de aliviar os sintomas durante a espera por um exame ou por uma consulta especializada, ou a fim de diminuir a demanda. E, conforme a análise das entrevistas, estes são fatores contribuintes importantes para a prescrição medicamentosa, principalmente como forma de aliviar sintomas.

M5: [...] em relação a sintomas dispépticos [...] nos outros postos em que eu trabalhei, eu não pedia tanta endoscopia como neste eu peço [...] Então, o que que eu comecei a fazer? Omeprazol contínuo por 6 meses, ou seja, até fazer a endoscopia, pra não ficar sem medicação[...] 6 meses. [...] mas ele não vai usar todo dia realmente [...] um pouquinho.

Ou como forma de diminuir a demanda.

H4: [...] mas a minha experiência no dia-a-dia da vida tem me ajudado muito a receitar Amoxicilina pra criança com vias aéreas superiores. E eu confesso pra vocês que o retorno foi muito bom [...] porque um problema muito sério nisso aí é o retorno num posto de saúde. A pessoa toma remédio, à noite tá no pronto socorro. E geralmente vem: “Ah Doutor! A minha criancinha não melhorou. Fui no pronto socorro e estava com início de pontada”.

O prolongamento indefinido do tratamento sem o retorno para reavaliação também pode ser um exemplo de automedicação. Com a intenção de evitar que a doença retorne, os pacientes podem utilizar o que era tratamento como prevenção. É o que se chama sobre-vida da prescrição. Isto sugere insuficiência de informações prestadas pelo médico que faz a prescrição ao paciente ou falta de entendimento por parte do paciente a respeito das informações fornecidas (SHENCKEL; MENGUE; PETROVIK, 2004).

Outra forma de automedicação estimulada pela prescrição foi estudada com o acompanhamento de pacientes ambulatoriais num serviço de medicina interna, na maioria portadores de doenças crônicas, elevada parcela recebeu informações do tipo “indefinido”, “sempre”, “por toda a vida” ou “pelo menos até a próxima consulta” (SILVA; MENGUE; SCHENKEL, 2000). Segundo os autores este tipo de conduta deve ser evitada porque dá ao paciente o poder de decisão sobre o tratamento.

Existem ainda outros fatores que interferem no momento da prescrição como, por exemplo, a popularização dos medicamentos, o perfil da população em relação ao uso de determinados medicamentos e a resistência por ela adquirida, como ocorre com os antibióticos.

M3: Cada comunidade [...] tem um perfil também de antibiótico. [...] não sei se é a qualidade da medicação, se é o vício da população. [...] no Salto do Rocha e eu dava Amoxicilina e fazia efeito. No posto que eu tô agora, [...] se eu der Amoxicilina é água com açúcar.

M2: [...] a influência que o balconista ou farmacêutico tem sobre esta população, ela muda o perfil também em relação ao uso de medicamentos, né? Desde antibióticos, Amoxicilina pra tratar dor de garganta, seja até mesmo pra qualquer problema passageiro que não precisaria até de medicação, mas as pessoas as utilizam. Então, populariza muito a medicação, né?

Os estudos de prevalência e o planejamento deveriam ser sempre levados em consideração ao se prescrever determinada terapêutica. Ou seja, é necessária a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, organização e financiamento dos serviços de saúde, experimentação de novos modelos de intervenção, avaliação da incorporação de novas tecnologias e o desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção (BRASIL, 2006b). Para isto, faz-se necessário o uso de farmacoepidemiologia⁵ e da farmacovigilância⁶.

M8: [...] em relação à epidemiologia [...] pegando literatura de São Paulo e do Rio Grande do Sul é diferente. Um livro de pediatria da USP diz pra eu usar Bactrim. Se eu usar Bactrim aqui e vai pro pronto socorro eles dão risada da minha cara. Dizem que não se usa mais Bactrim. Tem a ver com a questão da epidemiologia também. Por quê? Tá no livro que eu não posso mais usar Bactrim?

M4: [...] Acho que o paciente também traz pra gente coisas que não... “Ah, não dá mais doutora. Não faz efeito”. Eles dizem. “Não adianta. Nem me dá mais porque não, nem me faz mais efeito [...]”.

M2: [...] Então, é Amoxicilina no final de semana, é o Norfloxacin que tá popularizado pra caramba. Parou o Bactrim, surgiu o Norfloxacin.

M4_ É pra acabar com ele. Esse é pra acabar. Agora o Norfloxacin deve estar com os dias contados.

M2: Hoje em dia, éh, até pra primeira escolha, principalmente pra pneumonia no idoso, Levofloxacin tá popular. Então eu fico pensando: onde é que eu vou parar, entende?

H7: [...] a Sulfa tem começado a funcionar que é uma maravilha. Por quê? O que aconteceu? Vai fazer uns 15 anos que ela tá em desuso [...] perdeu a resistência.

M9: [...] Todo mundo esqueceu dela.

1⁵ Farmacoepidemiologia: É aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos - benéficos e 2adversos - e do uso de medicamentos em populações humanas (BRASIL, 2001).

3

4⁶ Farmacovigilância: Identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos 5farmacológicos no conjunto da população, ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos 6(BRASIL, 2001).

7

8

Uma das prioridades da PNM é promover o uso racional de medicamentos através da farmacoepidemiologia, incentivando estudos sobre a utilização destes produtos, e da farmacovigilância, abordando seus efeitos adversos. Para tanto, “deverão ser desenvolvidos estudos, análises e avaliações decorrentes dessas ações, de modo a reorientar procedimentos relativos a registros, formas de comercialização, prescrição e dispensação dos produtos” (BRASIL, 2001, p.24).

Em vários momentos foi levantado o fato de que o entendimento por parte do paciente sobre como a medicação deve ser tomada, o tempo e o porquê do tratamento, o histórico do uso ou abandono, efeitos adversos e uso concomitante de medicamentos talvez sejam os fatores que mais frequentemente causem preocupação aos prescritores e interfiram na adesão ao tratamento proposto.

M1: [...] a garantia de que ele entendeu a nossa prescrição [...] o motivo pelo qual ele tá tomando aquilo [...]. Ele tem que entender [...] como é pra ser tomado. [...] É de 8 em 8 horas. Tudo bem! Qual é o horário que eu passei? “Ah! Às 8 da manhã e às 8 da noite. De 8 em 8 horas”, né? Então, aí a gente consegue perceber o grau de entendimento do paciente [...].

H2: [...] se há uma melhora dos sintomas, geralmente há uma parada da medicação [...]

H1: [...] pacientes que tem um baixo poder de entendimento [...] ou tem uma baixa adesão ou já tem um histórico que tu já conhece o paciente e sabe que o camarada não usa, não adere à medicação, né? Já teve abandono outras vezes [...].

Uma das razões pelas quais os medicamentos reconhecidamente eficazes sob condições controladas resultam inefetivos quando utilizados na prática clínica habitual é a não-adesão ao tratamento. 50 a 60% dos pacientes estudados em diversos países que receberam uma prescrição não cumpriram o tratamento estabelecido pelo médico e muitos o interromperam quando se sentiram melhores (SILVA; MENGUE; SCHENKEL, 2000). Pesquisa realizada no Brasil por Bakirtzief (1996), demonstrou que a adesão de pacientes em tratamento da hanseníase estava associada com a satisfação com o atendimento com o profissional médico. A não-adesão involuntária do paciente ao tratamento pode ser causada pela falta de informações a respeito da doença e do tratamento ou pela não compreensão das informações recebidas dos profissionais de saúde (SILVA; MENGUE; SCHENKEL, 2000).

H7: [...] se tu pega alguém que tu sabe que não vai tomar aquela medicação, não adianta nem medicar. Vai queimar uma etapa sem necessidade. Às vezes, o placebo vai fazer mais efeito do que a própria medicação.

Outro fator referido como importante na escolha terapêutica é o diagnóstico. Ele determina o quadro interpretativo que o saber clínico-epidemiológico propicia ao profissional de saúde (TESSER, 2006b).

H1: [...] sem diagnóstico você não pode prescrever nenhum medicamento.

H6: [...] Não tem critério diagnóstico, não tem indicação pra prescrever.

H6: [...] Há pouco tempo atrás eu achava que diagnosticava depressão demais [...] comecei a analisar e vi que existe o F45.2 que é o transtorno do ajustamento que, quando ocorre alguma situação na vida da pessoa [...] por exemplo, ela perde o emprego [...] diagnóstico de depressão [...] o mal diagnosticado continua acontecendo nos ambulatórios gerais e em todos os ambulatórios que tem atendimentos em apenas quinze minutos [...] e, na realidade, isso é um diagnóstico que vai aumentar cada vez mais [...].

M9: [...] muitas vezes, você acaba não medicando e, muitas vezes, aquilo acaba sendo medicado sem necessidade [...].

M2: [...] A própria questão do diagnóstico ou essa coisa da cultura mesmo [...] Às vezes, o médico fica sem paciência [...] Tem aquelas “tem alguma coisa!” [...] dão um jeito de lembrar que tem alguma coisa. “Ah! É mancha no pulmão”, ou coisa assim, né? [...] dar uma satisfação pro paciente.

Mas, segundo a análise das entrevistas, existe ainda a necessidade de fornecer e/ou receber um diagnóstico. Parece haver cobrança por parte dos pacientes sobre a definição do problema de saúde. Muitas vezes se faz diagnóstico quando o quadro clínico ainda é inespecífico. Isto exige uma tomada de posição e conduta do prescritor, fornecendo os medicamentos indicados para aquele diagnóstico estabelecido. É preciso aprender que existe um tempo de espera permitido, o que parece difícil frente à cultura da população (TESSER, 2006b).

M2: [...] uma senhora diabética com 82 anos [...] neuropatia [...] à noite esta paciente foi levada pela filha pro pronto socorro [...] saiu como Levofloxacina, nebulização com Berotec e Atrovent e o paciente tem arritmia, tá? E o diagnóstico foi dado pra ela: começo de pneumonia [...] a todo o momento a gente tá neste conflito, neste confronto, né? O que é feito em relação à orientação terapêutica nos nossos pacientes no sistema? [...] de um modo geral!?

Existem, também, fatores que estão mais voltados à atuação da assistência farmacêutica. Segundo a PNM (BRASIL, 2001) o modelo de assistência farmacêutica será reorientado de

modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. Em âmbito nacional, deverá ser fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e, ainda, no incentivo de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado. No SUS englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação - o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

M2: [...] a eficácia, o custo-efetividade, a comodidade posológica [...] então, pra mim conta bastante também é a prática que eu tenho com o uso daquela droga [...] com referência ao [...] efeito adverso, inclusive pra eu [...] poder informar antecipadamente o paciente, né? Tem casos bem documentados como diarreia, éh, problemas digestivos em relação à Amoxicilina. Inibidores da ECA causam também tosse que é bastante freqüente [...] eu acho que é bastante importante na não adesão ao tratamento. E, uma vez informado, eu vejo que este risco ele é limitado. Se a gente colocar pro paciente que o gosto metálico do Metronidazol é efeito da medicação e isso vai cessar após o tratamento, isto tudo faz com que ele tenha uma boa adesão [...] muitas vezes eu não vou trabalhar com a primeira escolha, mas trabalhar com a segunda ou a terceira que tem segurança em relação ao tempo de ação, interações medicamentosas [...].

O pouco valor atribuído ao fornecimento de informações sobre reações adversas, tanto por quem fornece quanto por quem recebe, pode ser a causa de falta de informações a este respeito (SILVA; MENGUE; SCHENKEL; 2000). Em estudo realizado com pacientes ambulatoriais num serviço de medicina interna os autores encontraram uma parcela pequena dos pacientes não apresentava conhecimento mínimo para a utilização segura do medicamento prescrito. Porém, isto é clinicamente relevante já que a relação risco-benefício do uso do medicamento é potencialmente desfavorável para estes pacientes.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001), cabe ao gestor municipal (Secretaria de Saúde ou organismo correspondente) a responsabilidade de coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito, treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política, implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade, assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda, entre outras. Porém, entre os entrevistados parece haver carência de informações a este respeito.

M4: [...] O que que é esse preenchimento que tu tá falando que eu não entendi?

M5: Tem um papel, não tem? Um formulário que tem de reação adversa à medicação [...].

M4: [...] mas esse papel eu nem conheço. Ele não me foi apresentado.

M5: Foi passado mas talvez...

M4: Mas ele tá dentro da unidade esse papel?

M5: Na unidade. Dentro da unidade. Se não tiver é só pedir [...].

M4: [...] Essa história do malote que volta... eu nem sei se o malote vai [...] Isso aí eu não sei nem o que é!

M5: Sempre chega (o malote).

Ainda, segundo os profissionais, as interações medicamentosas com outros medicamentos em uso, prescritos ou não pelo profissional da saúde devem ser observadas no momento do processo prescritivo.

M5: [...] saber as outras medicações que ele toma, né? [...].

M6: [...] Ela foi e voltou com um bilhete do colega: paciente tem indicação de usar [...] Eu vou dar [...] pra esta paciente que precisa de um controle, não só de uso correto do remédio, mas da alimentação, né? [...] se ela não toma nem o remédio pra controlar a hipertensão dela? Como é que eu vou fazer uma prescrição [...] É o risco que eu tô correndo dela [...] vir a ter outro tipo de complicação [...] São dois idosos [...].

Cabe lembrar que, em relação aos idosos devemos considerar os erros de administração dos medicamentos que podem aumentar de acordo com o número destes causados pelo esquecimento ou uso de maneira inapropriada (CARVALHO *et al.*, 2004).

Ter o medicamento disponível na rede básica é, segundo a análise das entrevistas, um dos fatores que é mais levado em consideração no momento do processo prescritivo.

H1: Normalmente nós temos, em Blumenau, uma carta, um menu, de remédios até bom, tá? [...] pra várias coisas. Não tem tudo, lógico que não. Mas a gente, com aquilo que tem no posto [...] consegue tratar uma grande parcela da população. A gente resolve um monte de coisas só com aquilo que tem na unidade de saúde, desde que tenha na unidade de saúde.

Em relação a esta fala podemos fazer algumas considerações: é importante destacar que o profissional, ao se referir à Remume com o termo *menu* demonstra o conhecimento da

existência de uma lista municipal de medicamentos, porém não nos deixa claro o conhecimento a respeito desta como sendo uma entidade; quando afirma que “não tem tudo”, demonstra não conhecer a origem da lista de medicamentos fornecida a partir da lista de medicamentos essenciais elaborada pelo Ministério da Saúde, com bases nosológicas, constituída por medicamentos necessários ao tratamento e controle das enfermidades prioritárias em saúde pública; e ainda, quando fala “é lógico que não” nos remete ao pensamento mais corrente entre eles e que surgia a todo momento, nas duas entrevistas: o descrédito no sistema de saúde.

Rozenfeld (2003) chamou de “cardápio” um número muito grande de produtos farmacêuticos autorizados para a comercialização pelos órgãos de regulamentação (no Brasil, a Vigilância Sanitária) insuficientemente testados, sem comprovação satisfatória de eficácia e de segurança, sem monitorização pós-comercialização e com efeitos similares aos de outros já registrados.

M4: [...] o paciente também traz pra gente [...] “Não adianta... nem me dá mais porque não, nem me faz mais efeito”. Ou já dobram a dose por conta. Às vezes eu até acho que eles têm razão. Vamos experimentar. A gente acaba fazendo isso também porque a gente sabe que a medicação não é de boa qualidade [...].

M3: [...] em [...] podia usar sulfá que fazia efeito. Amoxicilina não fazia. Porque não sei. Não sei se é a qualidade da medicação, se era o “vício” da população [...].

M5: Eu tive com Norfloxacin que não tava melhorando e o colega do posto do outro lado da cidade também tava tendo. E dava, na cultura, que era sensível [...] O paciente não melhorava sintomaticamente e a gente fazia Cefalosporina e melhorava [...] de repente um lote [...].

Nas falas acima aparece uma questão que, freqüentemente, surgia durante as entrevistas: a suspeita, para uns, ou a certeza, para outros, de que os medicamentos disponíveis na rede básica não podem ser considerados eficazes. Ter medicamentos disponíveis testados, com garantia e com custos diminuídos favorece à adesão, já que confere credibilidade tanto para quem prescreve quanto para o paciente e ainda, fornece ao prescritor garantias de que o tratamento proposto poderá ter sucesso, não levando em conta outros fatores associados a isto como a cultura, por exemplo.

Sabe-se que eficácia é a capacidade de o medicamento atingir o efeito terapêutico esperado (BRASIL, 2001). De acordo com grande parte dos profissionais que trabalham na ESF os medicamentos encontrados disponíveis na atenção básica têm eficácia duvidosa. Mas existe, segundo eles, um outro fator que influencia na eficácia:

H6: [...] a eficácia, na verdade, depende do paciente, da influência que você exerce sobre ele [...] se você fala: “Este remédio é bom... pode confiar” o remédio vai ser bom. Às vezes não funciona.

A popularização e a automedicação, na medida em que mudam o perfil de resistência da população a determinados medicamentos, criando a necessidade de novas escolhas terapêuticas, geram um aumento de custo para o sistema de saúde. Ela também banaliza determinado medicamento fazendo com que a escolha recaia sobre outro, em geral mais caro. E esta é uma preocupação explicitada pela maior parte dos profissionais. Também o custo que repercute para o usuário quando os adquire no setor privado é relatado. Este fator foi considerado por eles como um dos mais importantes na escolha medicamentosa.

M6: [...] Fluoxetina [...] Toma dois meses; aí não tem na policlínica; aí pára 30 dias; e aí quando vai começar a usar, começa do zero, né? Porque é efeito somatório esta medicação [...] é desperdício de dinheiro [...].

M4: Pronto socorro, não tem. [...] saem de lá com paracetamolzinho [...] voltou, tá bem, acabou a febre [...] porque tava no tempo de acabar [...] mas tomou um Clavulim. Vai pagar em três vezes aquele Clavulim [...].

Para Campos (2006), o pronto-socorro é, ainda, uma das principais formas de acesso à atenção individual-curativa no Brasil e, portanto, uma prioridade a ser considerada na reformulação do sistema. Estes serviços, segundo os entrevistados, trabalham de maneira extremamente biologicista o que faz com que entrem em conflito com as condutas eleitas e, até mesmo, com os profissionais que atuam na ESF.

H7: [...] comecei a fazer uma estratégia de dieta [...] pra gente tentar diminuir a quantidade de medicamentos. Vai faltar medicamentos? “Então, nós vamos diminuir a quantidade, mas vocês têm que fazer isso.”

Acurcio (2005), em estudo realizado com aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos, encontrou uma média de uso de 4,2 medicamentos por indivíduo. Destes, 37% eram medicamentos essenciais e 75%, medicamentos adquiridos no setor privado. Os gastos com medicamentos não-essenciais foram bem superiores aos gastos com medicamentos essenciais utilizados pelos idosos e adquiridos no setor privado. O uso de medicamentos essenciais pode garantir um tratamento eficaz e seguro a um menor custo, comparando-se ao uso de medicamentos não-essenciais.

M4: [...] quanto ao custo, às licitações [...] foi falado que a secretaria tava tentando [...] eliminar os similares, que nós somos obrigados a receitar genéricos, né? Determinação da secretaria. Só que a secretaria não nos fornece genéricos. Fornece o mais barato, que a gente sabe que não é o mais barato, né? [...] já pegamos medicação que veio com o rótulo ruído, que, aquilo pra mim, vários ratinhos tinham andado ali [...] suja[...] rótulo [...] de todos, amassado [...].

Os medicamentos genéricos são os que correspondem ao equivalente terapêutico ante um medicamento de referência e que possuem rigorosamente as mesmas características e efeitos sobre o organismo do paciente, sendo, portanto, intercambiável com os medicamentos de referência. Surgiram com a Lei 9.787/99 (MOLINARI; MOREIRA; CONTERNO, 2005). Já os medicamentos similares, com ou sem marca comercial, surgiram no Brasil em 1971 quando o país decidiu não reconhecer as patentes de medicamentos. Contém os mesmos princípios ativos, as mesmas concentrações, as mesmas formas farmacêuticas, a mesma via de administração, a mesma indicação terapêutica e a mesma posologia, podendo diferir somente em características de tamanho, forma, prazo de validade, rotulagem e excipientes. Porém, segundo o Cremesp (apud MOLINARI; MOREIRA; CONTERNO, 2005), nunca foi obrigado a comprovar equivalência farmacêutica com o inovador.

A quantidade de medicamento dispensada numa receita também influencia no processo prescritivo e é motivo de preocupação. Durante uma discussão sobre isto houve conflito entre os participantes. Pode-se perceber que alguns deles acabam fornecendo mais, tendo a segurança de que não existe contra-indicação, enquanto outros preferem fornecer um número reduzido de comprimidos. Porém, chama à atenção o seguinte relato:

M1: Eu vou falar sobre uma dificuldade que nós temos, tá? Pelo menos eu tenho. Eu falo por mim [...] que é em relação a medicação pra tratamento de sintomas [...] o Paracetamol é muito indicado, em muitos casos, tá? E até, eu acabo prescrevendo por mês, tá? Por mês, 40 comprimidos, tomar de tanto em tanto em caso de cefaléia, dor de cabeça, febre, tá? [...] Mas, a receita, ela tem uma validade de seis meses pra que, pra que o paciente tenha acesso. Então, durante seis meses ele pode ir, mês a mês, pegar esse analgésico, até mesmo um antiinflamatório [...] E aí, eu vejo [...] já tá na cultura da atenção primária [...] a medicação sintomática, ela vem de uso crônico, uso contínuo [...].

A acentuada globalização dos mercados, em especial o fortalecimento de grandes conglomerados farmacêuticos e o abuso do direito à propriedade industrial têm acarretado conseqüências nefastas para o acesso de populações menos favorecidas aos produtos, tecnologias e serviços de saúde pela facilidade em adquirir. Ainda assim, estima-se que um terço da população mundial não tenha acesso regular aos medicamentos essenciais e que, nas

partes mais pobres da África e Ásia, os medicamentos sejam inacessíveis para mais de 50% da população (ACURCIO, 2003). Em torno de 23% da população brasileira consome 60% da produção e 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não têm como comprar medicamentos no Brasil (ROZENFELD, 2003). Proporcionar o acesso ao medicamento é, sem dúvida, o fator mais importante para a adesão ou não ao tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2005).

H6: [...] E ainda trabalho com o paciente a possibilidade de vir a comprar o medicamento, mas é muito difícil de acontecer. Geralmente aqui [...] oferecem Azitromicina que tô passando pro paciente sem recurso.

M9: Azitromicina agora. Agora!

H7: Vocês estão sendo privilegiados porque [...].

M9: Nós não temos. Até achei que era remédio enganado.

Lembro aqui, diante deste relatos, a definição de equidade que é a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função das situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população (BRASIL, 1999).

E, por fim, algumas características físicas ou a falta de entendimento por parte dos pacientes também são fatores que interferem na escolha da medicação durante o processo prescritivo, como se observa abaixo:

M4: Tu tá falando na escolha. [...] a gente escolhe. [...] todo mundo passa [...] e eu vejo que não muda [...] Quantos de nós já enfrentou de ir numa casa onde só tem dois velhinhos e eles não enxergam, ou já não sabem ler, ou eles falam em alemão? [...] Aí eles trocam, como nunca me esqueci: uma tomava Furosemide 3 vezes no dia e não sabia porque que ela tinha problema de urina [...] não era Furosemide pra tomar 3 vezes ao dia [...] era Captopril. Mas ela tomava, tomava, tomava aquilo. E eu não entendia o porquê, tá? Porque quando ela pegava não enxergava [...] porque tava lá, muito pequenininho, o que que era. Então ela trocou a medicação. Por quê? A cartela da Aminofilina [...] é muito parecida com a da Furosemide. Todo mês vem de um laboratório diferente. Todo mês a cartela é diferente. [...] e eles cuidavam pela cor. Porque eles vêm com aquela história pra gente: “Dra, aquele bem redondinho amarelinho e aquele outro um pouquinho menorzinho branquinho” [...].

M4: [...] tinha que ser tudo igual, né? Não! Não podia ser tudo igual porque confunde. Vai dar confusão. [...] não podia vir [...] um mês de um laboratório [...] e depois no outro mês [...] de algum outro laboratório. [...] a identificação é pelo visual, quando enxerga, tá?

6.2 Conhecimento

Segundo a literatura, existem duas maneiras de se adquirir conhecimento. Uma delas é chamada de legitimada pela biomedicina e é usada correntemente pelos prescritores. Porém, os principais problemas de saúde das populações não são modificados somente pela introdução da tecnologia biomédica. Existem, ainda, outros fatores que são externos à medicina e que devem ser considerados: sociais, econômicos e culturais (OLIVEIRA, 2002).

Durante as entrevistas pudemos perceber que, entre os prescritores da ESF de Blumenau, as duas maneiras de se adquirir conhecimento são utilizadas. Em vários momentos abordaram aspectos culturais, psicológicos e sociais e epidemiológicos. Porém, quando perguntado sobre a forma como são adquiridos os conhecimentos e habilidades para o processo de prescrição, a primeira resposta foi:

M5- Desde a formação universitária? Farmacologia: Goodman e Guilman.

Esta fala demonstra que a aceitação da cientificidade acadêmica é característica importante de parte dos profissionais prescritores. “Dizer-se que algo é científico equivale a dizê-lo verdadeiro, fundamentado, merecedor de crédito” (CAMARGO Jr., 1995, p.18). A medicina científica refere-se ao todo como a soma das partes e trata de estudar o que ocorre na realidade observada de forma objetiva (TESSER; LUZ, 2002).

H1: A partir do momento que tem o diagnóstico estabelecido, o medicamento mais indicado pra aquele caso. Então, o que a literatura diz que é o medicamento mais indicado pra aquele caso.

Ocorre, então, uma racionalização científica da medicina moderna, baseada numa mensuração objetiva e quantitativa e na visão dualista mente-corpo (RODRIGUES; CAPRARA, 2004). Nesta lógica hegemônica da biociência a realidade objetiva das doenças se manifesta através de dados objetivos obtidos de maneira sistemática por meio de pesquisas científicas ou dos doentes (TESSER; LUZ, 2002), subestimando as dimensões psicológica, social e cultural da relação saúde-doença e dos significados da doença para o paciente e seus familiares. Daí resulta uma interpretação diferenciada entre médicos e pacientes, o que explica tensões e problemas de comunicação e de confiança entre eles: desentendimentos, diagnósticos frustrados, não adesão, encaminhamentos a especialidades a procura de diagnóstico, entre

outros, a que Tesser e Luz (2002) chamaram de crises de harmonia clínica e crises de convivência, entre a medicina científica e as outras medicinas (TESSER; LUZ, 2002).

Existe, ainda, na fala acima, a visível confusão entre os termos farmacologia e terapêutica, reflexo da formação acadêmica que valoriza o biologicismo. Porém, isto não é compartilhado por alguns dos entrevistados:

H1: Aí tem um problema. A gente confunde farmacologia muito com terapêutica. É um vício que vem desde os anos 70. Tem que ter cuidado com isso.

M2: Exatamente.

M5: No hospital [...] a gente não tinha junto a teoria e a prática. Era o que que aparecia, entendeu? E aí ia pro Harrisom estudar. Então, muitas vezes, é quando a gente começa a trabalhar realmente... ou quem faz a residência, pega mais pacientes, faz mais plantões [...] tá com um colega junto e vai trocando informação[...]. Vai consultando depois em Medline e nestas coisas assim, né? [...].

Considera-se que as fontes profissionais de informação possuem um potencial maior ou menor na contribuição para a melhora da qualidade da informação oferecida aos prescritores. Neste incluem-se textos de farmacologia e/ou terapêutica, livros especializados (como os que tratam sobre reações adversas ou sobre manejo de enfermidades específicas), centros de consulta terapêutica, centros de informações sobre medicamentos (dirigidos aos usuários e/ou aos profissionais prescritores), boletins ou outras publicações regulares e, ainda, formulários de medicamentos ou guias terapêuticos (BARROS, 2000).

Para Camargo Jr. (1995), a formação médica, de um modo geral, aponta para um reprodutor de técnicas e não para um produtor de conhecimentos. E isto é particularmente visível em relação à terapêutica. Cabe lembrar que, embora os manuais de clínica médica e as diretrizes para tratamento sejam voltados para doenças e façam recomendações de tratamento, raramente discutem o porquê das terapias escolhidas (OMS, 1998).

M8: Eu trabalhava no Rio de Janeiro [...] a gente tinha informação [...] capacitação pra gente dos programas do Ministério da Saúde [...]. A gente tinha apostilas [...] E, com relação à saúde mental, a única vez que eu tive uma formação... nem na época da, da faculdade, nem depois de formada eu tive um, um, uma aula, uma palestra sobre medicamento, sobre prescrição de medicamento, nem pra uso mental. [...] Eu trabalhava no interior de São Paulo. Eu fui trabalhar no PSF e eles tiveram dois dias de trabalho com a gente em relação a várias patologias. A gente recebeu documentação em relação a dosagem, informação sobre medicamento [...].

Outra forma de se adquirir conhecimentos para o processo de prescrição foi através de professores, autoridades no assunto e outros colegas. Ou ainda, apesar de ser considerada como fonte de má qualidade, as informações trazidas pela indústria farmacêutica interferem no processo prescritivo.

M4: A gente nunca mais ouviu do que tem de mais moderno. Quando alguém me diz... não sei...trabalho em posto de saúde. É isso, né? Não, porque a gente não tem esse tipo de informação, do que chegou de mais novo. Nenhum representante nem vai num posto de saúde.

M1: A gente vai saber pelas prescrições que vem do pronto socorro pelos pacientes

Sob a égide da economia de mercado, a informação disponível sobre os medicamentos, destinada ou não a prescritores, é produzida e disseminada, em grande medida, pelos próprios fabricantes. A propaganda, conforme comprovado em vários estudos, consegue alterar o padrão de prescrição dos médicos, além de ser considerada a principal fonte utilizada por eles para atualização terapêutica (MOLINARI; MOREIRA; CONTERNO, 2005). Em relação a estas informações produzidas e veiculadas pela indústria farmacêutica, constatou-se uma atitude pouco crítica por parte dos médicos, o que está associado a uma prescrição de baixa qualidade (BARROS, 2000).

O propagandista ou representante de laboratório ocupa lugar proeminente como meio através do qual chega ao médico o conhecimento da presença, no mercado, de um novo produto (BARROS, 2000). Em estudo realizado em Recife, o mesmo autor encontrou que quase a metade dos entrevistados declarou que estes profissionais mencionados somente seriam dispensáveis caso estivessem asseguradas alternativas que substituíssem o papel a eles atribuído, ou seja, fontes de atualização e de amostras grátis (BARROS, 1995).

Arruda *et al.* (2005), em estudo sobre prescrição médica, encontraram um número expressivo de prescritores que apresentavam dúvidas em relação a alguma droga no momento da prescrição (84%). Em relação ao auxílio utilizado no momento da dúvida, a maior parte (46%) mencionou consultas ao DEF, PR, Vademecum ou literatura específica. E, quando questionados em relação ao material disponibilizado pela indústria farmacêutica, 47% o consideraram de boa qualidade e com referências bibliográficas que as fundamentam.

M4: [...] nós, a maioria, acredito, tá habituado a usar medicações que é o que tem nos postos. A gente nunca mais ouviu do que tem de mais moderno. Quando alguém me diz... não sei...trabalho em posto de saúde. É isso, né? Não, porque a gente não tem esse tipo de informação, do que chegou de mais novo. Nenhum representante nem vai num posto de saúde.

Para Camargo Jr. (1995), o culto médico à tecnologia mais avançada dá-se sem maiores críticas quanto a sua necessidade ou ao seu valor. Os medicamentos são, com certa frequência, utilizados mais por conta da eficácia da propaganda da indústria que pelas suas qualidades técnicas intrínsecas. Além disso, reforça que os medicamentos essenciais são considerados, por prescritores e dispensadores, inferiores e para pobres, porém são os tratamentos de melhor custo efetividade.

A maioria das novidades terapêuticas é representada pelos medicamentos chamados “eu também” que são da mesma classe que os já existentes, não oferecem vantagens sobre os produtos que já estão no mercado, mas são lançados e apresentados como medicamentos mais poderosos ou como tecnologia de última geração pela indústria farmacêutica. A prescrição de um medicamento novo, embora sempre envolva riscos ainda não bem conhecidos, é vista pelo paciente como sinal de atualização (ACURCIO, 2003).

É importante ainda lembrar que a prescrição de novos fármacos envolve princípios farmacocinéticos, farmacodinâmicos, farmacotécnicos e farmacoeconômicos e a ponderação de fatores que possam influenciar a escolha médica nos receituários, prevalecendo os princípios éticos de não maleficência, beneficência e autonomia. O primeiro, como pedra angular da ética médica, obriga a evitar fazer dano ao paciente; o segundo, a buscar seu maior benefício; e o terceiro a acatar seu consentimento. Na conjuntura atual de fatores e interesses econômicos na prática da medicina, é obrigatório recordar que os interesses dos pacientes precedem os das demais partes (MOLINARI; MOREIRA; CONTERNO, 2005).

6.3 Processo de Trabalho no SUS

Para a maioria dos entrevistados, na atenção básica à saúde o processo de trabalho ocorre, ou deveria ocorrer, de forma diferente quando se comparam a estratégia de Saúde da Família às demais instâncias do SUS. Isto acaba se refletindo na necessidade do surgimento de uma nova maneira de se pensar a prescrição terapêutica, ou seja, no aparecimento de uma nova forma de se desenrolar o processo de prescrição, apoiado na integralidade, mais adequado ao atual modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde.

Construir um processo de prescrição terapêutica apoiado na integralidade significa, em primeiro lugar, considerar que cada paciente é singular e complexo ao mesmo tempo, possui um determinado nível sócio-cultural, uma capacidade de entendimento que o difere dos demais, crenças, credibilidade em relação a determinado tratamento, necessidades, traz informações obtidas por diversos meios e possui um histórico em relação aos medicamentos.

M6: Eu tenho uma paciente e ela tem diabetes. Eu vou fazer visita domiciliar ou ela vai no posto de saúde. Eu peço a ela quais os remédios que ela tá usando. Ela me mostra uma cesta cheia [...] Dieta nem se fala. Mora num casebre de condições de higiene horrorosas [...] Ai um dia desses, ela veio no posto[...] com mal estar, com falta de ar [...] uma FA [...] vou pedir ajuda ao colega cardiologista [...] Ela foi e voltou com um bilhete do colega: paciente tem indicação de usar Marevan [...] Como é que eu posso dá, né? [...] se ela não toma nem o remédio pra controlar a hipertensão dela? [...] na hora que eu cheguei na casa o neto que tava lá foi embora. “Cadê ele?” Já foi, né? O filho que mora umas quadras adiante tava vindo caminhando na estrada [...] foi pra outro lugar [...] ninguém assume. São dois idosos. O marido[...] que tem uma insuficiência cardíaca grave e ela que é hipertensa e agora com uma fibrilação atrial. Então, assim é difícil. É muito difícil como é que a gente... como é que a gente prescreve?

H6: Você conhece mais o paciente, você lê o prontuário e tu sabe o que tá no prontuário. Então, aumenta o seu contato, a sua relação com o paciente.

A ESF, pela sua inserção nas comunidades, favorece este conhecimento e uma abordagem mais integral. Porém, não basta integralidade nas ações de saúde para que sejam efetivas. É necessário, ainda, que sejam praticadas com humanização. E, para uma abordagem de maneira integral e humana é essencial a valorização da cultura. Com isto podemos entender, por exemplo, a forma como o paciente se percebe doente, como age, segundo alguns parâmetros bem definidos, como procura por atendimento e como o avalia após recebê-lo. Sem esta abordagem, teremos uma abordagem parcial e haverá menos chance de termos sucesso (OLIVEIRA, 2002).

Então, para que possamos caminhar em direção a um sistema de saúde mais eficaz é necessário uma ruptura com a dinâmica médico-centrada do modelo hegemônico. A forma de organização do trabalho em equipe requer mudanças nos seus micro-processos de trabalho em saúde. É necessário acolher o usuário, através da escuta qualificada, do compromisso em resolver seu problema de saúde, de criatividade posta a serviço do outro e da capacidade de estabelecer vínculo. Tudo isto forma a argamassa da micro-política do processo de trabalho em saúde que dá a potência para a mudança do modelo (BRASIL, 2005).

O acolhimento, conforme citado pelos entrevistados, visa ampliar o acesso à assistência integral através da recepção técnica da equipe de saúde à demanda espontânea, potencializar o conhecimento técnico e agregar resolubilidade na intervenção dos diversos profissionais de saúde, promovendo o vínculo e a responsabilização clínica e sanitária com os usuários (CUTOLO, 2006). Re-significa a relação entre usuários e equipe para que se tenha como resultado a autonomização destes (Campos, 1994). Tem como objetivo identificar risco/vulnerabilidade no adoecer e, desta forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário. (CUTOLO, 2006). A fala abaixo exemplifica isto.

H7: [...] como a gente tem esse bate e volta, vamos dizer assim, que é o nosso diferencial, então, você sabe se ele vai aderir ou não, você tem idéia se ele entendeu o que tem que fazer ou não, se ele realmente quer fazer ou não [...] “Ah, Doutor! Eu não vou tomar tanto remédio”. [...] eu faço [...] mais com que eles mudem os hábitos de vida do que usem a medicação. Eu negocio isso com eles, mas negocio muito com eles. Mas negocio mesmo!! “Ah! Não quer mais tomar este remédio? O que você precisa? Fazer exercício. Se tu fizer tal, tal e tal coisa nós vamos mexer tua medicação pra menos, mas tem que fazer isso”. Porque eles começam a fazer exercícios, começam a se engajar [...] começaram a fazer atividades físicas [...] E a grande maioria deles começou a gostar daquilo.

A coordenação dos cuidados na rede de serviços através da administração dos diversos tratamentos propostos por diferentes especialistas é demonstrada nas falas a seguir:

H6: [...] O clínico é um organizador da vida toda [...].

H7: [...] você vê o que cada um deles não vê. Você organiza, você vê interação. Às vezes, você tá vendo que aquela medicação não tá dando certo e você referencia pro colega [...].

H7: Você diminui a quantidade de medicamentos, o índice de incidência de reações adversas. Você consegue enxugar isso, controlar isso mais de perto e organizar a vida dele [...].

M4: [...] tem que se adequar a 2, 3 tipos de antibióticos porque não tem mais nenhum tipo de escolha, tá? E se não deu aquele e não deu aquele outro, aí sim é que tu vai, de repente, entrar pra falar com o paciente pra ver o familiar. Será que vai dá pra comprar?

H1: [...] os pacientes que tem um baixo poder de entendimento.... aí tu já começa a pensar [...] tem uma baixa adesão ou já tem um histórico que tu já conhece o paciente e sabe que o camarada não usa, não adere à medicação [...] já teve abandono outras vezes. Então, a gente começa a usar alternativas. Aí em vez de prescrever aquele que é de 8 em 8 horas [...] vou passar pra monoterapia porque o cara tem mais chance de aderir. Então a gente [...] sai um pouco daquela clínica e começa a ir pra arte mesmo, né? Vamos achar um jeito deste cara tomar o remédio.

M4: “Acabei indo no pronto socorro. Tive que levar no pronto socorro”. Isso aí! É bem assim! Aí eles vêm com antibióticos. Aí ta curado. Aí nós, entende, que ficamos meio que tentando enrolar [...].

M5: [...] hoje eu peguei uma paciente [...] que tem uma alteração ortopédica [...] tá com dor [...] com dois diclofenacos [...] tem indicação pra fazer outro exame de imagem ou tá encaminhada, marcada pra especialidade. Só que eu tô segurando ela com medicação pra definição. [...] daí, o que é que a gente faz? Medicação injetável, repouso, oriento a postura como fazer. Levanto da minha cadeira, vou e oriento [...] se eu vejo que não dá pra pedir fisio daí a gente faz assim [...] “Olha, você tem condições de comprar outra medicação?” [...] a gente vai conversar com ela [...] “Se você acha que tem dinheiro pra comprar daí compra um que tem relaxante muscular que já ajuda”, né? [...] Eu faço pesquisa [...] isso facilita muito pra eles [...].

Porém, esta postura, como regra geral, não tem sido valorizada pelos pacientes. Talvez porque o cuidado em saúde numa sociedade medicalizada esteja sempre associado ao uso de medicamentos como conduta geral. Ou, como tem sido constantemente verificado, ao fato de não existir credibilidade nos profissionais que trabalham em atenção básica e em suas condutas, nem pelos próprios profissionais, nem pelos pacientes. E como será visto adiante, nem pelos seus colegas de profissão de outras especialidades. Este é um discurso que freqüentemente emergiu durante as duas entrevistas.

Existe, segundo os prescritores, uma cultura enraizada na AB de prescrição de medicamentos, principalmente os de uso contínuo. Observamos também certa tolerância para o fornecimento destes.

M1: [...] a medicação sintomática, ela vem de uso crônico, uso contínuo. E tem situações bem preocupantes [...] E ao mesmo tempo eu fico pensando, eu não falo na cultura, mas nesse aspecto, o que, que a gente tá fazendo? A gente tá estimulando e fazendo permanecer essa cultura (cultura aqui relacionada a maneira dos médicos da atenção básica prescreverem).

M6: Só que não é bem assim. Desse jeito... Quando vai pra clínica volta com uso contínuo. Pera aí... não é bem assim... não é desse jeito. Tem muitos efeitos

colaterais. Não dá pra usar de uso contínuo. (falando do Omeprazol, quando os pacientes voltam da consulta com o gastroenterologista).

M6: Vamos pedir uma endoscopia pra ver como é que tá. Tem pessoas que são dispépticos crônicos, tá? Ai, você vai avaliar ou não a necessidade da conduta junto com o gastroenterologista. Se ele diz que tu vai ter que usar a vida inteira, você como clínico ou um médico de família [...]

M5: Só um pouquinho...

M6: “Um pouquinho?! Então... eu não tenho competência pra avaliar nada disso. Então, é complicado, sabe?”

E, frequentemente, tentativas de mudança de conduta acabam causando crises entre médicos e pacientes acostumados à abordagem biologicista e mecanicista. Além disto, estas crises acabam provocando abalos nas relações com os gestores pelo fato do seu não comprometimento com a saúde, como exposto pelos profissionais entrevistados.

M1: [...] um médico não quis dar Fluoxetina no posto e o que que aconteceu? Abaixo-assinado pro médico sair do posto. E o médico saiu de lá [...].

H2: Eu tenho uma formação de 14 anos, tô formado há 14 anos, então, tu acaba se deparando com isso. Se passa contigo ou com outro colega em alguns casos tu dá antibiótico em outros tu não dá. E eu já ouvi um comentário da porta do consultório pra fora, era uma virose e eu comentei com a mãe, concordei com o tratamento do colega e comentei com a mãe e ela saiu, não fechou a porta e ouvi ela dizendo: “É outro burro, outro burro”.

H4: E aí dá Amoxicilina [...].

M6: “Eu vou na farmácia [...] inteligente mesmo é o doutor da farmácia”.

Apesar disto, percebemos uma tentativa constante de manter o cuidado, de tentar manter o paciente sob esta perspectiva, mesmo sabendo que ele vai procurar por outro atendimento no caso de suas necessidades medicalizadoras não forem satisfeitas.

M4: [...] a gente ainda consegue dizer: “Olha, eu quero que volte amanhã”.

Esta fala foi seguida por um desabafo, comungado por vários profissionais presentes:

M2: Me dá raiva. Dá raiva.

M4: [...] eu não vou poder, eu não vou atingir aquilo que eles querem [...] se eles saem daqui eles vão buscar. Pronto socorro, não tem [...] Raros colegas [...] saem de lá com um Paracetamolzinho [...] é um resfriado, aguarda, segunda feira, retorna no posto, pede avaliação[...] que é da nossa competência. Trazem a receitinha e ainda penso: ainda bem que fizeram isto, né? Eu é que tenho que ver na segunda feira. Correto, tá? [...].

A coordenação do cuidado em saúde e o seu êxito parecem desgastantes e inalcançáveis. Ainda nesta fala, nos chama à atenção a referência da profissional à receita e ao medicamento no diminutivo quando se dirige à atenção básica. Subentende-se que, inseridos neste contexto, adquirem menor importância e resolubilidade.

Cabe abordar aqui que em muitas falas podemos observar que fica muito evidenciada a questão do autoritarismo médico e talvez um desprezo pela cultura do paciente.

M8: [...] eu leio pra ele entender o que eu disse e falo 2 ou 3 vezes a prescrição. Algumas vezes eu escondo a receita e peço pra ele repetir o que eu falei, pra ver se a pessoa entendeu. Normalmente não entende. “Então, o que eu falei mesmo?” “Ah! Doutor. Tá escrito aí, né?” Eu falo pra eles decorarem e saírem com a receita decorada. E funciona.

Não podemos dizer que existe acolhimento com esta postura. “O acolhimento pressupõem um autêntico interesse em ouvir o outro” (AYRES, 2004 *apud* CUTOLO, 118) através da humanização, desenvolvendo responsabilidade e vínculo.

Também faz parte do acolhimento o encaminhamento a outros níveis de atenção. Para os entrevistados, a inter-relação entre os profissionais de diferentes níveis da atenção básica ocorre sem que se observe o acolhimento. Observamos que, em nenhum momento, durante as duas entrevistas, foi feito algum comentário ou ficou subentendido, sequer, uma relação de cordialidade entre os profissionais que atendem na ESF e os outros serviços de atenção à saúde, nem entre eles e os outros profissionais para os quais os pacientes são encaminhados.

M2: [...] você tem a seguinte crítica da população. Vou falar bem rígida por que é o que incomoda muito. Aí você faz, você orienta, mantém o vínculo, tá? Isso tudo é desfeito, tudo é desfeito, isto tudo é apagado quando a pessoa sai e vai pro pronto-socorro. Por quê? Você é a médica que não é boa, você é a médica que não dá atestado, você é a médica que dá medicamento errado, tá? E assim pra frente.

M1: [...] importante também é a garantia de que ele entendeu a nossa prescrição [...] Não é só pegar uma receita e... tchau, né? Ele tem que fazer parte do processo. Ele tem que entender o porquê daquele remédio [...] e se entendeu como é pra ser tomado

Para Jacobi (2002), a análise do impacto de práticas participativas, a partir da manifestação do coletivo, aponta para uma nova qualidade de cidadania que institui o cidadão como criador de direitos para abrir novos espaços de participação sociopolítica. Os movimentos, a mobilização e a organização sociais, como formas de participação da comunidade, são, na verdade, o mais

poderoso instrumento de controle social (CARVALHO, 2003). Mas, para que uma comunidade possa participar ativa e conscientemente, há necessidade de se preparar. Deve apropriar-se das questões, das relações e das tomadas de decisão, o que exige uma mudança na mentalidade em busca de resultados. Entretanto, somente a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos é que haverá condições para isto.

Relembro aqui que o conceito de participação popular foi ampliando-se ao longo do tempo: Diaz (1983) definiu como o poder para tomar decisões, para poder alocar recursos e para implementar políticas públicas; é a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (BRASIL, 1999); é o instrumento eficaz de consolidação da democracia participativa, não só individual como também coletiva, por meio de várias formas de organização (DIAZ, 2003); e visa estabelecer parcerias entre Estado e sociedade, para que, juntos, possam atingir o objetivo desejado de todos, que é a melhoria das condições de vida da população (VIEGAS, 2004).

Não encontrei na literatura referências à participação popular e cidadania em relação à prescrição terapêutica. Talvez aqui seja necessária uma abordagem mais ampla para que se comece a pensar o processo de prescrição adequado ao novo modelo de atenção. Pode-se deduzir isto a partir da Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, já que reconhece alguns direitos de cidadania e de saúde. Então, participar do processo de prescrição terapêutico é um exercício de cidadania assim como a participação popular.

O conceito de cidadania ampliado para o processo de prescrição insere o paciente no tratamento, torna-o responsável por ele e divide esta responsabilidade com os profissionais da saúde. Uma prescrição terapêutica que não esteja baseada nisto será, na maioria das vezes, ineficaz ou abandonada.

É preocupante o descompromisso que existe por parte dos pacientes e das famílias, tornando os profissionais da atenção básica responsáveis pela sua saúde. E, pela análise das entrevistas, o profissional mais freqüentemente responsabilizado é o médico pelo contato mais direto que mantém com a população atendida.

M6: [...] Ela me mostra uma cesta cheia de remédio tudo sujo. Caixa de remédio vazia, de remédio cheia, de remédio da mãe dela, remédio do marido [...] Dieta nem se fala. Mora num casebre de condições de higiene horrorosas. [...] O na hora que eu cheguei na casa o neto que tava lá foi embora. “Cadê ele?” Já foi, né? O filho que mora umas quadras adiante tava vindo caminhando na estrada. “Ah! Que bom! Vou encontrar com ele”. Ele deu meia volta, né? Foi pra outro lugar, porque ele viu que a gente ia lá. Então ninguém assume. São dois idosos.

M2: [...] Por que agora pronto socorro manda eles de volta pra nós se não é alguma coisa de atendimento de urgência. Que é o que é cor-re-to, é correto, tá? Éh... eles vão pro ambulatório Não têm opção de escolha do médico pra qual eles querem deposita confiança ou fazê a consulta. Tem que ir ali porque assim é orientado o programa de atenção primária e só ali pode.

Vemos, então, que são muitas as situações citadas pelos entrevistados que evidenciam o fato de que este novo modelo de atenção não está sendo implantado na prática e que, desta fora, estes profissionais encontram muita dificuldade para uma abordagem diferenciada da do modelo anterior.

Sabemos que estas mudanças sugeridas para o modelo assistencial têm como pressuposto o aprendizado, pelos trabalhadores, de novas formas de produzir o cuidado, e mais do que isto, a mudança de atitude em relação aos usuários. Tudo isto tem como foco o processo de trabalho e a atitude que o profissional assume diante do usuário, e diz respeito à sua forma singular de dar sentido ao trabalho de produção do cuidado que ele próprio realiza (FRANCO; MERHY, 1999).

O processo de trabalho deveria ser organizado de forma a assegurar o acompanhamento posterior de parte da demanda, segundo o julgamento de cada equipe, a cada família, ou paciente, ou local de convivência social, como escolas, fábricas e outros (CAMPOS, 2006). Esta prática vem sendo realizada pelos profissionais que atuam na ESF de Blumenau.

M8: [...] A gente olha no outro dia [...] eu tenho que tá lá mesmo. [...] Vem depois das dez. É mais fácil. [...] Eu não me importo de olhar de segunda à sexta-feira, né? Pra não precisar dar (antibiótico). É viral! Eu não me importo de olhar de segunda à sexta-feira, né?

M1: Eu não acho que faça parte da profissão (responsabilização pelo cuidado que compete ao especialista (SIC))... da profissão...

M3: O tratamento pra hérnia de hiato pode ser com Omeprazol contínuo. [...] Ai é que tá: pode ser usado pelo gastro. Só que acontece é o seguinte: talvez não sejamos nós da rede que tenhamos que arcar com o tratamento de especialista. E nós é que estamos arcando com isto.

M8: Tem pessoas que tem uma dificuldade de compreensão, né? Então a gente tenta fazê o esquema mais simples possível. Um remédio é de 6 em 6 o outro é de 8 em 8. Bom! Vamo vê qual a gente pode fazer coincidir o horário pra que ele tome tudo de 8 em 8 porque senão ele vai se embananar com de 6 em 6 e outro de 8 em 8. Então a gente começa a ver isso, né?

Ver se o paciente entendeu e negociar são estratégias muito utilizadas pela Medicina de Família e Comunidade (MFC) neste processo. Ouvir os pacientes, perceber suas diferenças culturais e adaptar as práticas, e negociar com eles dá qualidade aos serviços. Não basta ser competente tecnicamente. É preciso saber reconhecer as diferenças internas em cada comunidade. Não basta "sensibilidade". É preciso reconhecer as diferenças para ajudar os pacientes a resolverem seus problemas da melhor forma possível. Esta postura deve ser estendida a todos os campos da atenção biomédica (OLIVEIRA, 2002).

[...] eu leio pra ele entender o que eu disse e falo 2 ou 3 vezes a prescrição. Algumas vezes eu escondo a receita e peço pra ele repetir o que eu falei, pra ver se a pessoa entendeu. Normalmente não entende. (Risos) “Então, o que eu falei mesmo?” “Ah! Doutor. Tá escrito aí, né?” Eu falo pra eles decorarem e saírem com a receita decorada. E funciona.

H6: [...] ainda trabalho com o paciente a possibilidade de vir a comprar o medicamento, mas é muito difícil de acontecer. Geralmente, aqui no centro clínico oferecem Azitromicina que tô passando pro paciente sem recurso.

Para Campos (2006) a atenção individual ainda persiste centrada no corpo e na doença de um indivíduo, como se ele não tivesse história, trabalho, família, concepções culturais e ideológicas. Ou seja, ainda não se valoriza a dimensão da determinação social no processo saúde-doença. Ainda, segundo este autor, eficácia da ação de todos os profissionais de saúde, no seu campo específico, sempre depende, em diferentes medidas, da utilização e da incorporação da subjetividade na relação técnico-paciente e, para o processo de cura, é fundamental o envolvimento absoluto do paciente.

H2: [...] Eu tenho uma formação de 14 anos, tô formado há 14 anos, então, tu acaba se deparando com isso. Se passa comigo ou com outro colega. Em alguns casos tu dá antibiótico em outros tu não dá.

A interação entre as diversas especialidades médicas e entre os diferentes níveis de atenção no serviço de APS é considerada fator importante durante o processo de prescrição. A troca de informações entre estes contribui para a tomada de decisão. Porém, durante a análise das

entrevistas, percebe-se que acontecem, em toda rede de APS, poucas ações de inter-relação entre os serviços de saúde.

H2: Acho que um problema muito sério que nós passamos, todos, no PSF, é a falta da multidisciplinaridade. Nós estamos sozinhos, sem apoio de outro colega e sem nenhum apoio das outras formações acadêmicas [...] limita muito também é não entrar em contato com a farmacologia pra discutir dosagem [...] com o apoio de especialistas é claro que tu consegue chegar num diagnóstico e numa terapêutica mais fácil. Infelizmente é essa a nossa realidade [...] Interdisciplinaridade, principalmente.

A partir do exposto acima pelo profissional, os prescritores da estratégia de Saúde da Família sentem-se desamparados no sistema.

M6: [...] eu falei: vou pedir ajuda ao colega cardiologista, né? Pra trabalhar junto, ver o que a gente pode resolver. Ela foi e voltou com um bilhete do colega [...] ele não fez a prescrição de Marevan. Ele mandô um bilhete pra que eu fizesse [...] Como é que eu vou fazer uma prescrição (de Marevan, entendeu)? Não posso. É o risco que eu tô correndo dela, de repente, [...] Vir a ter [...] complicação.

H6: O paciente que tem já síndrome plurimetabólica e que vai no cardiologista, no endócrino e acaba na tua mão... você é quem cuida dele... ele é teu pra vida toda.

H7: Acaba na tua mão e tu acaba pagando o pato.

M9: [...] este papel cabe a nós porque nós temos essa possibilidade de, de avaliar... porque a gente tá ali junto do paciente... Diga: “_ Não. Não tá indo como deveria. Ele não tá funcionando como deveria.” Porque ele vê o cara uma vez por ano enquanto quando você vê toda semana, praticamente. Ele deveria ter um pouquinho mais de... humildade.

M3: [...] O tratamento pra hérnia de hiato pode ser com Omeprazol contínuo. [...] Aí é que tá: pode ser usado pelo gastro. Só que acontece é o seguinte: talvez não seja nós da rede que tenhamos que arcar com o tratamento de especialista. E nós é que estamos arcando com isto.

Para eles, há necessidade de interação com outras áreas da saúde para que seja possível ampliar a visão sobre o paciente e poder ajudá-lo. Isto fica evidenciado nesta fala:

M1: [...] tem muita depressão que passa subdiagnosticada, não é diagnosticada, na verdade. Só que, por uma lado tem também a parte que a gente não [...] tá sendo valorizada [...]a psicologia, a psicoterapia. [...] E eu encaminho muito pra psicologia. E melhora muito. [...] eu converso com as pacientes quando vem na consulta [...] e volta daqui a duas semanas [...].

Falta contra-referência do especialista, como colocado pelo entrevistado. A interdisciplinaridade nas equipes de Saúde da Família propicia o desenvolvimento de ações conjuntas e o compartilhamento de saberes voltados para a prática cotidiana. O especialista está, de certa forma, eximindo-se da sua responsabilidade perante o seu paciente.

H3: [...] Entra aí a nossa dificuldade com o especialista. Nós da rede pública [...] do Programa de Saúde da Família passamos por apertos todos os dias. Temos que estar atentos a isso. Os especialistas, a grande maioria deles, tem um número de pacientes muito restrito. Eles não marcam retorno pros pacientes. Eles não te mandam contra-referência. Eles fazem uma receita presuntiva que e o paciente só vai retornar pra ele daqui à 8, 10 meses, 1 ano. Ele quer ficar lá, na ponta, tratando e acompanhando os pacientes e ainda diz assim: qualquer problema procura seu médico.

E, quando abordado o assunto referência e contra-referência houve muita discussão entre os entrevistados.

M2: Aquela folhinha de contra-referência dá vontade de jogar no lixo.

Mesmo a assistência farmacêutica foi alvo de críticas pelos profissionais entrevistados. Parecem existir, além da falta de informações aos profissionais prescritores, dificuldades na organização do trabalho em relação a esta.

M2: [...] eu acho assim caótica a situação farmacodinâmica, de orientação terapêutica que a gente consegue fazê em atenção primária.

Para Braga (2006), a Assistência Farmacêutica (AF), apesar da publicação da Política Nacional de Medicamentos, é uma das áreas na qual mais se identificam deficiências estruturais, limitação de recursos e uma crônica desorganização dos processos de trabalho. Para a autora, a implantação de uma Assistência Farmacêutica em Atenção Básica ou em qualquer outro nível, requer, em primeiro lugar, vontade política do gestor local, acompanhada do seu grau de governabilidade; em segundo lugar, profissional técnico habilitado para organizar este processo, considerando o nível de exigência, a complexidade e o contraste nos diferentes municípios brasileiros; e por último, articulação das atividades com toda a equipe de saúde. O propósito é alcançar resultados concretos que melhorem a vida do paciente. É, ainda, pouco difundida nas unidades formadoras e, em consequência, nas práticas profissionais, é pouco compreendida entre os gestores da saúde nas diversas instâncias decisórias e longe de ser disponibilizada aos usuários do SUS (BRAGA, 2006).

M7: [...] O que foi exposto na reunião de PSF é que a equipe facilita o paciente tá levando a receita. Paciente que tá tomando medicação controlada, ele não precisa de consulta. Eu sei que é um absurdo isto. Eu tenho que avaliar, ver se ele vai continuar tomando.

Para que os pacientes possam renovar suas receitas de uso contínuo não é necessário que passem por consulta médica. Conforme exposto, o médico deve fornecer mesmo sem

conversar com o paciente. Para Leite, hoje tratamos necessidades sociais com calmantes. Faltam terapêuticas mais condizentes com os problemas dos pacientes. E, ainda, existe baixo envolvimento com os profissionais da saúde nas intervenções sociais, fora do consultório.

M1: [...] um médico não quis dá Fluoxetina no posto e o que que aconteceu? Abaixo-assinado pro médico sair do posto e o médico saiu de lá. Então, também tem este fator cultural?

M1: [...] Tenho o código de ética médica aqui que é pra mostrar que toda prescrição é inerente, é parte de uma consulta médica. A gente, legalmente, a gente não poderia tá fazendo prescrição [...]. Só que no que que a gente esbarra? Na demanda, tá? Você vê. A gente já tem demanda mesmo fazendo receita, né? [...].

Richard Sennett (1999 *in* ACURCIO (Org.), 2003) critica a falta de tempo da sociedade globalizada que nos remete ao desprezo pela história individual, biográfica, coletiva e social. Na ESF a falta de tempo para todos os processos de trabalho é causada pela grande demanda que caracteriza estes serviços de saúde e que, segundo os entrevistados, influencia no processo de prescrição. É mais rápido e fácil ceder a um pedido de um medicamento controlado, por exemplo, a explicar ao paciente os riscos aos quais ele está exposto, principalmente considerando a cultura da medicalização.

M5: [...] Acho que a gente, por excesso de demanda [...] se omite, muitas vezes de preencher a documentação [...] de casos de reação adversa a medicamentos [...] medicação vem com validade vencida . [...] a gente não tem tempo pra preencher. A verdade é essa. A gente até põe no prontuário que é alérgico a Penicilina [...] mas muitas vezes a gente acaba não preenchendo porque não dá tempo.

Durante as duas entrevistas um dos fatores mais abordados é a falta de educação em saúde. Existem tentativas de se fazer uma abordagem de educação em saúde principalmente no consultório, individualmente.

M5: [...] lá não tinha Benzodiazepínico e a gente se sente pressionado. Pressionado! [...] tem paciente que chega: “Eu não vou dormir se eu não tomar este remédio!” a gente diz: “O Sr. não vai morrer se não tomar. Não é um anticonvulsivante. O Sr. vai esperar até segunda-feira. O Sr. deixou acabar a medicação, agora já sabe.” Então, tem esse trabalho educativo também, nem que quando ele saia da unidade você acaba de fazer a receita, né? Mas ele vai pegar depois porque isso, sabe, isso é educação em saúde, né?

M4: [...] Eu acho que os pacientes, que eles não fazem o tratamento, né, porque, talvez, a sintomatologia, né, desapareça e não tem... isso que ela falou eu acho importante. [...] talvez a gente tivesse que ter uma mesma cartilha sempre do repeteco [...].

M2: [...] você é a médica que não é boa, você é a médica que não dá atestado, você é a médica que dá medicamento errado, tá? E assim pra, pra frente. Então, a questão cultural eu acho que é o principal motivo pra gente tentar modificar; é muito forte. E eu sei que isso necessita de educação, educação em saúde, né? E educação formal de banco de escola. [...] são coisas que a gente sabe que não é possível você modificar depois de anos de [...] cultura [...] de estímulo a este tipo de [...] E ainda, do próprio mercado, da indústria farmacêutica.

H2: [...] Eu aceito a necessidade da educação. Os gestores chegaram à conclusão que não vai ter outra maneira senão barrar. É aquela velha história: a partir do momento que tu oferecer a gratuidade e a facilidade de adquirir este medicamento é enorme, eu vou adquirir. Já que eu pago tanto imposto... isto é uma palavra que eu escuto todos os dias... já que eu pago tanto imposto... não ganho nada na farmácia, não ganho nada no supermercado, não ganho nada no posto de gasolina. Em algum lugar eu tenho que ganhar o que eu tô pagando. E o posto de saúde é a vítima. Já há muitos anos. O posto de saúde hoje o único local onde que tu tem gratuidade na grande maioria das coisas. Pedem algum atendimento especial, pedem um medicamento, pedem um laboratório. Então, eles querem descontar ali toda a angústia que eles tem de um problema sócio-economicamente complicada.

Estas entrevistas nos mostram as principais características da Medicina Familiar. Centrar a prática médica no usuário e na sua cultura traz benefícios para os pacientes e profissionais porque resgata a humanização do cuidado e a integralidade da atenção na saúde, além de modificar as formas de relacionamento com os usuários e com a própria equipe de saúde (OLIVEIRA, 2002). E a Medicina de Família e Comunidade caracteriza-se por ser uma medicina reflexiva (McWhinney, 1996 apud CUTOLO, 2006) por re-significar o sofrimento do paciente devido à relação médico-paciente.

M1: [...] Porque daqui a pouco tem também o problema como o ambiente, que já tá confirmado. Porque a nossa prática ela é sim diferente das outras especialidades. Então, a multidisciplinaridade e até o contato com especialista, eu vejo isto, dentro da atenção primária, ainda um pouco distante. A nossa realidade é outra. É outro mundo. É outro mundo. E tem aí umas deixas que eu acho que é capaz de nos ajudar de outros médicos e tal. Não adianta entrar em contato com especialistas pra confirmar diagnóstico se a gente sabe que em outros países os diagnósticos, dependendo do caso, são os mesmos. Eles são os mesmos, tá? Então nós temos doenças que são doenças crônicas. Então, o que que mudaria muito nesse contato com o especialista. Ou ____ A nossa rotina o nosso mundo, ele é diferente. É diferente você trata alguém de um consultório ou de uma clínica e trata alguém que mora na periferia. Eu acho que não é uma medicina à parte mas o que você acessa para ter esta prática é muito diferente.

H2: [...] Tecnologia diferentes

M1: “Mas ela (a especialidade) é necessária. É necessária. Pela própria sabedoria de tratar sintomático. E ainda mais em paciente sem diagnóstico, né?”

Para o Ministério da Saúde (2006), os profissionais gerais são capazes de resolver quatro quintos dos casos sem recorrer a propedêutica complementar que, a cada dia, é mais custosa.

E isto é especialmente importante para o SUS já que estes profissionais têm a possibilidade de abordar o paciente de maneira mais integral, o que favorece a elaboração de uma prescrição mais adequada ao modelo em construção.

Porém, os entrevistados mostram claramente o seu descontentamento e o fato de acreditarem que, desta forma, a sua permanência nos serviços de AB é temporário. Muitos deles se referem à Medicina Familiar como sendo a especialidade na qual “estão passando agora”, mas que não deverão permanecer.

M9: porque a gente faz das tripas o coração. Então você tem que tá administrando grupo, você tem que tá controlando aquilo, você tem que tá fazendo aqui e ali... E, daqui a pouco, que já é o que está acontecendo, vamos ter um monte de profissional que já tá indo a caminho.

H7: Você vê o que cada um deles não vê. Você organiza, você vê interação. Às vezes você tá vendo que aquela medicação não está dando certo e você referencia pro colega: “_Olha! Tal medicação não tá dando certo!” Daí vem um bilhetinho desaforado. O meu sonho, o que eu queria acabou. Já passou. Cansei

7 CONCLUSÃO

A análise das entrevistas realizadas com os profissionais da ESF da Blumenau nos permite fazer duas leituras diferenciadas. Primeiro, em relação ao tema proposto para discussão, que mostra que, para eles, existem muitos fatores que são relacionados ao processo prescritivo e que, mesmo que não estejam sendo referidos por eles, são, a todo o momento, acessados nos seus processos de prescrição. Percebo, ainda, que as maneiras de se adquirir conhecimentos para o processo prescritivo mais aceitas são as cientificamente legitimadas pela ciência. São estas que são verbalizadas ou admitidas, mas, muitas outras estão sendo contempladas por estes profissionais. A maioria faz, durante o processo prescritivo, uma abordagem integral do paciente, levando em conta fatores relacionados ao medicamento com suas características físicas, efeitos adversos, interações, disponibilidade, custo; ao paciente com sua cultura, capacidade de entendimento, crenças, valores, histórico, educação; e a processo de trabalho com a disponibilização de suporte, principalmente. Com isto, embora a prescrição de um medicamento possa parecer relativamente simples quando inserida num contexto, com uma nova visão ela torna-se complexa e carregada de sentidos. Ou seja, quanto mais conhecemos um paciente inserido no seu contexto mais complexa será a elaboração do processo terapêutico.

Também é possível concluir com a leitura destas entrevistas, que elas mostram um retrato semelhante ao colocado na literatura. Durante a maior parte do tempo foram expostas situações de descontentamento e de descrédito em relação ao sistema de saúde. Faz parte do cotidiano destes profissionais a busca incessante por condições de trabalho apropriadas, por valorização do trabalho, por busca de entendimento e apoio por parte dos gestores e pacientes. Várias vezes foram citadas as palavras “desgastante”, “complicado” e “difícil” em relação ao processo de trabalho, principalmente em relação à intercomunicação com as outras especialidades médicas e com os outros setores da saúde. Houve vários momentos de interrupções por murmúrios, conversas paralelas e até tumulto o que mostra que, mesmo dentro desta classe, existem discordâncias entre estes eles, mas, principalmente, que existe necessidade de colocarem estas questões para discussão. Permaneceu presente a idéia de que não existe possibilidade de se conseguir mudanças ou, pelo menos, que estas estejam muito além do que se é possível desejar. O que falta, segundo eles, é “um pouquinho mais de condições de trabalho [...] para poder exercer [...]. Não adianta você ter qualificação [...] se tu não tem nem um aparelho de pressão”.

Os entrevistados mostram-se cientes das suas funções como profissionais da Atenção Básica. Porém, é necessário que sejam oferecidas instruções, que aja espaço para o esclarecimento de dúvidas e para a negociação, possibilitando assim, entender a forma como vivem nossos pacientes, suas crenças, sua cultura e suas redes de apoio. É necessário, também, que os gestores sejam capacitados, que conheçam a realidade da saúde na localidade em que atuam e que saibam orientar a população, tão carente de cuidados e tão cansada de receber a atenção normalmente oferecida. E, ainda, é fundamental que aprendamos a trabalhar em equipe para que possamos obter melhores resultados. Para isto faz-se imprescindível a colaboração de todos os atores envolvidos: profissionais, população e gestores.

O funcionamento dos serviços públicos e a própria implantação dos SUS estão longe de se constituírem em instrumentos capazes de defender a vida da maioria da população. É indispensável a constituição de novos patamares políticos, culturais e ideológicos, todos necessários à superação dos impasses da saúde no Brasil. Como disse Campos (2006, p.145), “sem uma melhor definição da estratégia, sem uma nova disposição e vontade política voltadas para o real enfrentamento das contradições contemporâneas da prática médico-sanitária e do aparelho estatal, não haverá eficácia social nas ações oferecidas pelo SUS”. Não é possível fazê-lo avançar sem a integração e o esforço da maioria dos trabalhadores de saúde.

Conforme os profissionais, a ESF, quando abordada da maneira proposta, é facilitadora do processo de prescrição terapêutica porque aumenta a adesão, o cuidado, o vínculo, a responsabilização por parte dos profissionais e dos pacientes, a vigilância da saúde e, principalmente porque passa a reconhecer o paciente na sua integralidade. Mas, para que isto acontece é urgente a necessidade de se melhorar as relações entre os profissionais, equipes e serviços.

E, para finalizar, transcrevo na íntegra uma das falas na qual encontrei aspectos que nos mostra o momento e o contexto no qual estamos inseridos:

M8: Eu acho que, primeiro que a gente acabou se distanciando muito do tema que seria o processo de prescrição, né? E tá, a todo tempo pra vir a tona em relação ao rumo da atenção primária, do PSF, né? Isto tudo que eu vejo, são problemas próprios do sistema que acabam, em muitos momentos, colocando em risco, né, a primeira, o objetivo maior do Programa de Saúde da Família. É que nosso conhecimento seria pra reorganizar o modelo de atenção, seria a mudança de paradigma. Mas esta mudança, acho que é a opinião quase que unânime de todo

mundo aqui, esta mudança, ela não vem ocorrendo. Ao contrário, acabou reforçando os aspectos do modelo de atenção vigente. Claro que, com o compromisso dos que trabalham em atenção primária, com o compromisso sim de, incansavelmente, tá tentando fazer esta mudança, né? O trabalho de educação em saúde, atenção focada na prevenção e na promoção. Só que também tem que ser discutido em vários setores, até mesmo no Capes, médicos que trabalham em atenção primária, o que nós encontramos na verdade no nosso dia-a-dia, de quem trabalha em atenção primária, quando atuamos no PSF, seja em Blumenau, seja em Joinville, seja em Itajaí, seja em Florianópolis, tá,? porque tem um grande conflito em relação ao PSF, ao que seria hoje a estratégia e o que a gente trabalha no sistema de saúde, no caso o SUS, o público tendo que encaminhar... Então, assim, óh, a gente vê o seguinte: o SAC, Serviço de Atendimento ao Consumidor, isto faz parte da função do médico que atua no PSF, tá? Segundo, também, o serviço se concentra. A gente precisa achar vaga, achar remédio. Então, o seguinte: onde é que fica o médico, dentro da sua ação como eu disse, focada compromissada em tá focado em atenção primária, em tá trabalhando em educação em saúde se você tem por cima todas essas funções, né? Então, o SUS tem que ser repensado neste aspecto. É muito bom, é o melhor sistema de saúde que existe. Mas, onde é que não tá dando conta? Eu acho que tá na hora do médico começar a gritar em relação a isso. Senão, o que vai acontecer com a gente? A nossa formação, ela vai se diluir. Eu não tô falando na formação de especialista. Nós somos especialistas no que fazemos: somos médicos de Saúde da Família, tá? Mas a gente tá se diluindo em meio ao que a nossa profissão exige de nós na prática, nos nossos compromissos, sejam éticos, morais, técnicos, tá? Então, é essa a minha fala pra fechar.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

ACURCIO, F. A. *et al.* **Gastos com medicamentos essenciais utilizados por idosos em Belo Horizonte, Minas Gerais**. CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 1, 2005, Porto Alegre. Resumo dos trabalhos científicos, Porto Alegre, 2005. p.46-47.

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F. **Gestão dos serviços de saúde e descentralização**. São Paulo: USP.

ARRUDA, A. M. *et al.* **Avaliação da prescrição médica: a visão do médico**. CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 1, 2005, Porto Alegre. Resumo dos trabalhos científicos. Porto Alegre, 2005. p.57-58.

BAKIRTZIEF, Z. **Identificando barreiras para aderência ao tratamento da hanseníase**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.12, 1996. p.497-505.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. São Paulo: Hucitec, 1995.

BARROS, J. A. C. **A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.2, 2000.

BOCCHI, E. A.; MARIN NETO, J. A. **Aplicação dos princípios da medicina baseada em evidências em programas de avaliação de procedimentos e medicamentos de alto custo**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, v.76, n.4, p.339-342, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Minuta do anteprojeto das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina**. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>>. Acesso em 10set2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Série pactos pela saúde, v.4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CAMARGO Jr., K. R. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.

CAMARGO Jr., K. R. Medicina, medicalização e produção simbólica. In: PITTA, A. M. R. (Org.). **Visibilidades e Silêncios**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p.13-24.

CAMARGO Jr., K. R. **Em defesa da arte de curar**. *Ars Cvrandi* 1999; 32 (8): 3-7.

CAMPOS, G. W. S. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica-diretrizes**. Associação brasileira de educação médica: Rio de Janeiro, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARLETO, M.; CRUCIOL-SOUZA, J. M. **Indicadores de prescrição em Hospital Universitário**. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 1, 2005, Porto Alegre. Resumo dos trabalhos científicos, Porto Alegre, 2005. p.43-44.

CARVALHO, D. **Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2004.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências**. *Revista Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.498-506, 2005.

COLOMBO, D. *et al.* **Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau**. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v.40, n.4, 2004.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**. 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E.. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F. E.; TONON, L. M.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. (Org.). **Caderno Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

CUTOLO, L. R. A. Concepção saúde-doença: resgate histórico. In: _____. **Estilo de pensamento e educação médica**. Tese de doutorado. Florianópolis: CED/UFSC, 2001, cap. 3, p.64-94.

CUTOLO, L. R. A. **O SUS e a formação de recursos humanos**. Arquivos Catarinenses de Medicina. Florianópolis, v.32, n.3, p.15-20, 2003.

CUTOLO, L. R. A.; CESA, A. I. **Percepção dos alunos do curso de graduação em medicina da UFSC sobre a concepção saúde-doença da práticas curriculares**. Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, v.32, n.4, p.75-89, 2003.

CUTOLO, L. R. A.; DELIZOICOV, D. **Caracterizando a escola médica brasileira**. Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, v.32, n.4, p.24-34, 2003.

CUTOLO, L. R. A. (Org.). **Manual de terapêutica assistência à família**. Associação Catarinense de Medicina, Florianópolis, 2006.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. São Paulo, 1999.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação**. Revista Saúde em Debate, v.26, n.60, p.37-61, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

JACOBI, P. R. **Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2002.

LE FÉVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEITE, S. N.; CORDEIRO, B. C. **A interdisciplinaridade na promoção do uso racional de medicamentos**. 2007, no prelo.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. **Compreendendo a relação saúde/doença/tratamento: estudos qualitativos em farmácia**. In: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. **O farmacêutico na atenção à saúde**. Itajaí: UNIVALI, 2005.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. **Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar**. História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.113-128, 2006.

LOPES, A. A. **Medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica**. Revista da associação médica brasileira, v.46, n.3, p.285-288, 2000.

LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Cadernos de Sociologia, v.7, 1995. p.109-128.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2005.

MC WHINNEY, I. R. **Manual de medicina familiar**. Lisboa: Inforsalus, 1994.

MENDES, E. V. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus dilemas**: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). *In*: FLEURY, S. (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, São Paulo, 1997

MESSEDER, A. M.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público**: experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.525-534, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social. 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOLINARI, G. J. D. P.; MOREIRA, P. C. S.; CONTERNO, L. O. **A influência das estratégias promocionais das indústrias farmacêuticas sobre o receituário médico na Faculdade de Marília**: uma visão ética. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.29, n.2, p.110-118, 2005.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos, comunicação e cultura**. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, supl.0, set/dez. 2005.

OLIVEIRA, F. A. **Antropologia nos serviços de saúde**: integralidade, cultura e comunicação. Interface_ Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

OMS. **Guia para a boa prescrição médica**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

PERINI, E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. *In*: ACURCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, J.; CAPRARA, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2004.

ROZENFELD, S. **Prevalência de fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos**: uma revisão. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2003.

SAYD, J. D. **Mediar, medicar, remediar**: aspectos da terapêutica na prática ocidental. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SCHAIBER, L. B. **Pesquisa qualitativa em saúde**: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.1, 1995.

SCHENKEL, E. P. (Rev.). Cuidado com a publicidade de medicamentos. In: _____; MENGUE, S. S.; PETROVIK, P. R. (Org.). **Cuidados com os medicamentos**. 4. ed. Florianópolis: UFSC; Porto Alegre: UFRGS, 2004.

SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S.; PETROVIK, P. R. (Org.). **Cuidados com os medicamentos**. 4. ed. Florianópolis: UFSC; Porto Alegre: UFRGS, 2004.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: ACURCIO, F. A. **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

SILVA, T.; MENGUE, S. S.; SCHENKEL, E. P. **Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.2, 2000.

SOARES, J. C. *et al.* **Formação Médica e prescrição racional de medicamentos**: uma análise entre internos e residentes da Universidade Federal Fluminense. CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 1, 2005, Porto Alegre. Resumo dos trabalhos científicos, Porto Alegre, 2005. p.83-84.

SOUZA, R. R. **Sistemas públicos de saúde no Brasil**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo.

SOBRAVIME, Editorial. **O conceito de fármacos indispensáveis é cada vez mais necessário, em qualquer situação**. Disponível em <http://www.sobravime.org.br/publicacoes/boletim/editorial_42_43htm>. Acessado em 14/09/2005.

TEIXEIRA, C. F. **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002, 18 (Suplemento): 153-162.

TESSER, C. D. **Medicalização Social (I)**: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface - comunicação, saúde e educação, v.10, n.19, p.61-76, Jan/Jun 2006a.

TESSER, C. D. **Medicalização Social (II)**: limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface - comunicação, saúde e educação, v.10, n.20, p.347-362, Jul/Dez 2006b.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea à medicina. Ciências e Saúde Coletiva, v.7, n.2, p.363-372, 2002.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. **Proliferação das rupturas paradigmáticas**: o caso da medicina baseada em evidências. Revista Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.498-506, 2005.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ANEXO A



UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

PARECER CONSUBSTANCIADO COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI

Título do Projeto: O processo de prescrição de medicamentos: construção de uma proposta adequada à prática da estratégia saúde da família.
Orientadora: Prof ^a Silvana Nair Leite Contezini
Pesquisadora: Vera Regina Franke
Data do Parecer: 17/11/2006 Cadastro: 464/06
Grupo e Área Temática: III. Projeto fora das Áreas Temáticas Especiais

Objetivos do Projeto
Identificar as concepções de medicamentos das equipes do Programa de Saúde da Família de Blumenau sobre o processo de prescrição na perspectiva da saúde da família.

Resumo do Projeto
A pesquisa em questão utilizará metodologia exploratória, com abordagem qualitativa, procurando valorizar a experiência vivencial destes. A coleta de dados será através de entrevistas em grupos focais pré-agendadas, utilizando-se um roteiro como guia. A análise dos dados se dará pelo seu tratamento com construção de categorias analíticas. Espera-se, identificar possibilidades de desenvolvimento da prática prescritiva adequada ao Sistema Único de Saúde, assim como estratégias para o seu ensino na formação de novos profissionais habilitados ao novo modelo de atenção proposto.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequado
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas
Comentários sobre os itens de Identificação Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, SC.	

Introdução	Adequada
Comentários sobre a Introdução	

Objetivos	Adequados
Comentários sobre os Objetivos	

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - PROPPEC

Rua Uruguai, 458 - Centro - Itajaí - SC - CEP 88302-202 - Caixa Postal 360
www.univali.br/proppec

Gabinete do Pró-Reitor
Bloco 05 - Sala 101
Fone: (47) 3341 7557
Fax: (47) 3341 7601
e-mail: proppec@univali.br

Departamento de Pesquisa
Bloco 05 - Sala 102
Fones: (47) 3341 7532
(47) 3341 7579
e-mail: pesquisa@univali.br

Departamento de Extensão
e Cultura
Bloco 05 - Sala 103
Fones: (47) 3341 7758
(47) 3341 7580
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: extensao@univali.br

Departamento de Pós-Graduação
Bloco 05 - Sala 105
Fone: (47) 3341 7534
Fone/Fax: (47) 3341 7652
e-mail: posgrad@univali.br

Núcleo de Estudos de Língua e
Literaturas Estrangeiras
Bloco 12 - 2º pleo - sala 211
Fone: (47) 3341 7574
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: nelle@univali.br

Editora
Bloco 08
Fone: (47) 3341 7645
e-mail: editora@univali.br



UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Pacientes e Métodos	Situação
Delineamento	Adequado
Tamanho da Amostra	Total 20 – Local Blumenau
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crerios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-beneficio	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	Novembro/2006
Data de término prevista	Agosto/2007
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas
Comentários sobre as Referências Bibliográficas	

**Parecer
APROVADO**

Comentários Gerais sobre o Projeto

Relator: Membro CEP/UNIVALI

Profª Drª Márcia Maria de Souza
Coordenadora CEP/UNIVALI

**Goldim JR. Ética. Disponível em: URL: <http://www.bioetica.ufrgs.br/etica.htm> (20/12/2001).
Modificado por: Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.**

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - ProPPEC
Rua Uruguai, 458 - Centro - Itajaí - SC - CEP 88302-202 - Caixa Postal 360
www.univali.br/proppec

Gabinete do Pró-Reitor
Bloco 05 - Sala 101
Fone: (47) 3341 7557
Fax: (47) 3341 7601
e-mail: proppec@univali.br

Departamento de Pesquisa
Bloco 05 - Sala 102
Fones: (47) 3341 7532
(47) 3341 7579
e-mail: pesquisa@univali.br

Departamento de Extensão
e Cultura
Bloco 05 - Sala 103
Fones: (47) 3341 7758
(47) 3341 7580
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: extensao@univali.br

Departamento de Pós-Graduação
Bloco 05 - Sala 105
Fone: (47) 3341 7534
Fone/Fax: (47) 3341 7652
e-mail: posgrad@univali.br

Núcleo de Estudos de Língua e
Literaturas Estrangeiras
Bloco 12 - 2º piso - sala 211
Fone: (47) 3341 7574
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: nelie@univali.br

Editora
Bloco 08
Fone: (47) 3341 7645
e-mail: editora@univali.br

ANEXO B

464



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 111648
Projeto de Pesquisa O processo de prescrição de medicamentos: construção de uma proposta adequada à prática da estratégia saúde da família.				
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Preve.			Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica
Unitermos Uso de medicamentos, prescrição de medicamentos, ensino				
Sujeitos na Pesquisa				
Nº de Sujeitos no Centro 20	Total Brasil 20	Nº de Sujeitos Total 20	Grupos Especiais	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Especifico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO
Pesquisador Responsável				
Pesquisador Responsável Vera Regina Franke		CPF 573.947.410-87	Identidade 9030405601	
Área de Especialização MEDICINA FAMILIAR		Maior Titulação GRADUAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço AV. ATLANTICA, 1148		Bairro CENTRO	Cidade BALN. CAMBORIÚ - SC	
Código Postal 88330-009	Telefone /	Fax	Email verafranke@hotmail.com	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.				
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.				
Data: 19 / 10 / 2006			Assinatura <i>Vera Franke</i>	
Instituição Onde Será Realizado				
Nome Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau		CNPJ 07.821.223/0001-69	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Orgão Gerência de Assistência Farmacêutica		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço Rua XV de Novembro, 55		Bairro Centro	Cidade Blumenau - SC	
Código Postal 89010-100	Telefone	Fax	Email	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como estas instituições tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.				
Nome: Ana Carolina S. <i>Carolina</i>		Assinatura <i>Carolina S. SEMUS</i>		
Data: 19 / 10 / 2006				
Vinculada				
Nome UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI		CNPJ 84.307.974/0001-02		
Endereço RUA URUGUAI n.458		Bairro CENTRO	Cidade ITAJAÍ - SC	
Código Postal 88302202	Telefone 47 341 7743	Fax 47 341 7743	Email etica@univali.br	
Responsável		Cargo / Função		

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 18/10/2006. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

ANEXO C

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: O PROCESSO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS: construção de uma proposta adequada à prática da atenção primária.

Pesquisador Responsável: Vera Regina Franke

Orientadora: Professora Doutora Silvana Nair Leite

Este projeto pretende caracterizar e analisar o processo de prescrição de medicamentos entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família. Para isso estaremos realizando entrevistas com médicos e dentistas que trabalham na Atenção Primária à Saúde. Consideramos da maior importância a sua participação. Esclarecemos que os dados serão coletados conforme seu consentimento, não havendo nenhum tipo de risco, prejuízo, desconforto ou possibilidade de que você venha a sofrer algum dano. No caso de você concordar em participar como voluntário estará contribuindo para que possamos compreender a dinâmica de funcionamento deste processo e o seu ensino. Esclarecemos que as informações que você prestar e sugestões que apresentar serão sigilosas e seu anonimato será preservado, bem como sua liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo. Os dados serão usados somente para fins acadêmicos, como relatórios, trabalhos de conclusão de curso, artigos, livros, resumos. Os dados ficarão a sua disposição e o relatório final será entregue às instituições que participaram da pesquisa.

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

APÊNDICE D

Dados Gerais de Identificação

Nome:.....

Profissão:

Ano de Formação na Graduação:.....

Especialização:.....

.....

.....

Há quanto tempo trabalha na rede básica de atenção à saúde (PSF)?

.....

Já realizou algum curso sobre prescrição ou uso racional de medicamentos? Quando? Qual? ...

.....

.....

APÊNDICE E

Roteiro de entrevista

Os temas centrais abordados durante as entrevistas com os médicos e odontólogos foram:

- a) sua formação na perspectiva da atenção primária à saúde (experiência em serviço, especialização, residência em área afim);
- b) as mudanças na prática profissional dos médicos e odontólogos pela perspectiva da saúde da família;
- c) os impactos percebidos das práticas sobre a saúde da comunidade;
- d) os fatores que leva em consideração no momento em que prescreve;
- e) a fundamentação e aplicação dos princípios da medicina baseada em evidências;
- f) as fontes de informações utilizadas no cotidiano para a seleção de medicamentos na prática cotidiana;
- g) como percebe a influência do modelo de atenção implantado ou requerido na perspectiva da Estratégia Saúde da Família sobre o processo de prescrição;
- h) como acredita que o modelo de atenção com perspectiva na saúde da família poderia contribuir para o processo de prescrição terapêutica.

As perguntas utilizadas para introduzir e guiar as entrevistas foram:

1 Que fatores você considera estarem envolvidos no processo de prescrição? E na prescrição de medicamentos?

2 Como o prescritor adquire habilidades e conhecimento para o processo de prescrição?

3 Como o novo modelo de atenção à saúde influencia no processo de prescrição?

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](#)