

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

SIMONE ALVES HERDY

Novos caminhos na Estratégia da Saúde da Família: a inserção do farmacêutico na
equipe multiprofissional

Rio de Janeiro
2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

SIMONE ALVES HERDY

Novos caminhos na Estratégia da Saúde da Família: a inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família, do programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.
Orientadora Prof^a Dr^a Gabriela Bittencourt Gonzalez Monseguí.

Rio de Janeiro
2010

SIMONE ALVES HERDY

Novos caminhos na Estratégia da Saúde da Família: a inserção do farmacêutico na
equipe multiprofissional

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Gabriela Bittencourt Gonzalez Monseguí
Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Marilene Cabral do Nascimento
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Carlos Augusto de Freitas Peregrino
Universidade Estácio de Sá

Dedico esta dissertação a minha mãe,
aos meus irmãos, cunhadas, cunhado, sobrinhos,
namorado e a todos aqueles que me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que tem sido meu sustento, fortaleza e socorro bem presente nas horas de angústia.

À Dra. Gabriela Monseguí, pela orientação sempre presente, pelas discussões prolíficas, pelos esclarecimentos na redação da dissertação e pela amizade.

A minha mãe, pelo amor, carinho, apoio e incentivo ao meu crescimento profissional.
Aos meus irmãos, cunhadas, cunhado, sobrinhos e ao meu namorado, pelo amor incondicional e por entenderem minhas ausências.

A minha avó Nilza, ao meu pai, aos meus tios Arodi, Areli, Anadir, Eri, Silas e Hulda, pelo amor, carinho, incentivo financeiro e por me proporcionarem a oportunidade de crescimento profissional.

Pelo amor e carinho de meus primos.

Aos meus tios Lula, Neide, Naide, Nadir, pelo amor e carinho de filha.

Aos amigos, pelo suporte emocional nesse período.

RESUMO

Este estudo decorreu da necessidade de compreender qual a percepção da equipe sobre as contribuições do farmacêutico no cotidiano da Estratégia da Saúde da Família, em Duque de Caxias (RJ). Utilizou-se estudo de caso, com profissionais de nível superior e médio ligados às Equipes de Saúde da Família de Jardim Gramacho, 1º Distrito Sanitário do município de Duque de Caxias, que compuseram o quadro de sujeitos deste estudo. J. Gramacho agrega quatro das 23 unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), que respondem por quatro das cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis pela Vigilância em Saúde do Bairro Jardim Gramacho. Para elucidar o objetivo proposto, foram empregados dois instrumentos: um questionário simples, com o intuito de caracterizar o perfil dos entrevistados e entrevista semi-estruturada, organizada em questões dedicadas à exploração temática. O trabalho foi realizado entre os meses de julho a agosto de 2009. A análise utilizou materiais transcritos, organizados por relevância em categorias, que foram sistematizadas e discutidas. A primeira categoria analisada foi o “*Conhecimento dos integrantes da equipe quanto à atuação do farmacêutico na ESF*”; a segunda, “*As contribuições do farmacêutico para a promoção da saúde na ESF*”, e a terceira, “*Aspectos que facilitam e dificultam a inserção do farmacêutico na ESF*”. As percepções desses atores indicam que a concepção sobre a assistência farmacêutica (AF) e o papel do farmacêutico em UBS ainda são equivocadas e superficiais, segundo esta equipe poderá trazer grande benefício, por reconhecerem que ele pode contribuir no acesso da população aos medicamentos e seu uso racional, na ESF. Quando questionados sobre quais seriam os pontos favoráveis e desfavoráveis à proposta de inclusão do farmacêutico, as respostas refletiam questões políticas, ausência de estrutura física na unidade, além da baixa capacidade da comunidade para entender a lógica de funcionamento do PSF. Esta situação reforça a necessidade de mudanças de prática que promovam uma Política de Assistência Farmacêutica capaz de promover a efetivação das ações de saúde e a velocidade com que o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tem que incorporar o farmacêutico.

Palavras-chave: SUS, Assistência Farmacêutica, Atenção Farmacêutica, Programa de Saúde da Família, Uso Racional de Medicamento.

ABSTRACT

This study arose from the need to understand the perception of the team on the contributions of the pharmacist in the daily activities of the Family Health Strategy (FHS), in Duque de Caxias, Rio de Janeiro State. We used case study of professionals with higher and medium education of the Health Family Teams of Jardim Gramacho, 1st Sanitary District of Duque de Caxias, who composed the framework of research subjects. Jardim Gramacho holds four of the 23 units of the Family Health Program (FHP), which account for four of the five Basic Health Units (BHU), responsible for Health Surveillance in Jardim Gramacho. To illustrate this objective, we employed two instruments: a simple questionnaire in order to characterize the profile of respondents and structured interviews, organized on issues dedicated to explore the theme. The work was conducted between July and August 2009. The analysis used materials transcribed, organized by relevant categories systematized and discussed. The first category was considered the "*Knowledge of the team members regarding the work of the pharmacist in the FHS*"; the second, "*The contributions of pharmacists in health promotion in the FHS*"; and the third, "*Aspects that facilitate and hinder the insertion of the pharmacist in the FHS*". The perceptions of these actors indicate that the design of pharmaceutical care (PC) and the role of the pharmacist in the BHU are still wrong and superficial, of the concept and steps of the PC. The inclusion of the pharmacist under this team can bring great benefit to recognize that it may contribute to the population's access to medicines and their rational use in the FHS. When asked what would be the point disagreed with the proposed inclusion of the pharmacist, the responses reflected political issues, lack of physical structure in the unit, besides the low capacity of the community to understand the logic of operation of the FHP. This situation reinforces the need for changes in practices to promote a Pharmaceutical Policy able to promote the realization of health activities and the speed with which the Family Health Supporting Nucleus (NASF) must incorporate the pharmacist.

Key words: SUS, Pharmaceutical Care, Family Health Program, Rational Use of Medicines.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	DISTRIBUIÇÃO DOS BAIROS PELOS DISTRITOS SANITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS, 2008	43
QUADRO 2	DADOS ATUAIS DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS EM 2008	44
QUADRO 3	CATEGORIAS DE ANÁLISE SELECIONADAS	48
QUADRO 4	QUALIFICAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DO PSF JARDIM GRAMACHO	51

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATF	Atenção Farmacêutica
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
DAPS	Departamento de Atenção Primária em Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência a Saúde da Família
NERHUS	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PIB	Produto Interno Bruto
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRM	Problemas Relacionados com Medicamentos
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
REDUC	Refinaria de Duque de Caxias
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4	REVISÃO TEÓRICA	19
4.1	SOBRE O SUS E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	19
4.2	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA: DIFERENÇAS IMPORTANTES	22
4.3	O IMPACTO DO TRABALHO DO FARMACÊUTICO NO PSF	29
4.4	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	35
5	METODOLOGIA	38
5.1	TIPO DE ESTUDO	38
5.2	CAMINHOS METODOLÓGICOS	41
5.3	CENÁRIO	41
5.4	LOCAL DA PESQUISA	44
5.5	SUJEITOS DA PESQUISA	45
5.6	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
5.7	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	46
5.8	QUESTÕES ÉTICAS	48
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
6.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS	49
6.2	O CONHECIMENTO DOS INTEGRANTES DA EQUIPE QUANTO À ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO	54
6.3	CONTRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESF	57
6.4	ASPECTOS QUE FACILITAM E DIFICULTAM A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ESF	62
	CONCLUSÕES	67
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

A equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, por meio da oferta de serviços com qualidade, é uma das metas do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos mais prevalentes na população. Para tal, tem-se buscado a reorientação do modelo assistencial vigente, com ênfase na atenção básica e saúde familiar (OPAS, 2005).

Segundo Souza (2004, p. 83), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser considerada “o espaço de práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde, uma estratégia para o alcance da equidade e da integralidade em saúde”. Apresenta-se como o recurso mais apropriado para a reorganização das práticas da Atenção Básica e reversão do atual modelo de assistência, tendo como proposta trabalhar com os princípios e diretrizes do SUS.

As características gerais da ESF estão pautadas no binômio epidemiologia/vigilância à saúde, em substituição às práticas convencionais de assistência; no trabalho com uma base territorial definida; e com o cadastro e acompanhamento da população adscrita da área (BRASIL, 1998; MERHY *et al.*, 1997).

O contexto da ESF, com sua práxis desenvolvida no território da Unidade Básica de Saúde (UBS), é um contraponto ao modelo de atenção vigente no Brasil, chamado também de modelo biomédico. A lógica do modelo biomédico, segundo Capra (1982) e Merhy e colaboradores (2004), é reducionista e individualista; cada homem é tratado como uma máquina composta de várias peças e a função da medicina é manter o bom estado de funcionamento do corpo/máquina, para que o

homem não perca seu posto nas relações de produção. Esses autores consideram que o modelo citado como hospitalocêntrico e médico-centrado infunde a cultura de que é somente no hospital que os problemas são resolvidos e que o único profissional que pode “curar” (quando se acredita na perspectiva da cura) é o médico; por conseguinte, estes modelos, vistos como curativistas e medicalizadores, tornam-se onerosos (MERHY *et al.*, 1997; CAPRA, 1982).

Ao adotar a ESF como uma nova orientação para a assistência à saúde, vivencia-se um conflito entre o modelo de atenção à saúde centrado no médico e a instituição da participação e responsabilização de outros profissionais, que procuram trabalhar de forma multiprofissional e interdisciplinar. Nesse horizonte, a busca da intersetorialidade é estratégica para a Saúde da Família.

Na lógica do modelo biomédico, o farmacêutico é o profissional que analisa a prescrição, detendo-se nas questões implícitas na receita médica. Em outros setores, como na indústria, ele é responsável pela produção de fármacos e, em hospitais, responsabiliza-se essencialmente pelo gerenciamento de medicamentos e questões administrativas (BRASIL, 2006a). Contudo, em um modelo ampliado de saúde, as ações do farmacêutico podem ultrapassar as tarefas técnico-burocráticas através da assistência e atenção farmacêutica.

A atenção farmacêutica é definida como um modelo de prática e atividades específicas do farmacêutico no âmbito da atenção à saúde, enquanto a assistência envolve um conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais (OPAS, 2002).

A reorientação do modelo de atenção à saúde incorpora a assistência farmacêutica (AF) como parte das mudanças, pois envolve um conjunto de ações

voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial (BRASIL, 2006a).

De acordo com a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004 (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde. Ao ser incorporada em todo o sistema de saúde, particularmente no setor público, a AF deve envolver ações que vão desde a Atenção Básica de Saúde (ABS) até aquelas consideradas de alta complexidade.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o modelo de atenção farmacêutica¹ conduzido ao longo dos anos resultou no cenário atual: baixa qualidade dos serviços farmacêuticos no SUS, redução da eficiência e, conseqüentemente, da capacidade de resolução de problemas de saúde (BRASIL, 2006b).

No que tange à participação do farmacêutico na condução de processos dentro da ESF, sabe-se que são escassos os profissionais que atuam na mesma. Brandão e Rangel (2005) afirmam que a ausência do farmacêutico na equipe do PSF é como criar uma saúde para os ricos, com direito a tudo, e outra para os pobres, com direito ao mínimo necessário. Para os autores, além de atividades de competência exclusiva, os farmacêuticos inseridos na Saúde da Família poderiam utilizar-se de ferramentas epidemiológicas capazes de otimizar compras e evitar desperdícios (BRANDÃO; RANGEL, 2005).

Segundo Santos (2005), as ações farmacêuticas na SF produziriam impacto intra e extra-ESF. No cotidiano das ações de saúde da família, a participação do farmacêutico seria capaz de gerar importante redução do número de consultas

¹ "Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde" (BRASIL, 2002, p. 16).

médicas e uso de medicamentos. No SUS, esses profissionais atuariam no ciclo do medicamento (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e orientação ao uso), provocando redução de custos e melhoria na qualidade de produtos e adesão e acesso ao tratamento.

Uma das possibilidades de inserção do farmacêutico na Estratégia da Saúde da Família pode ocorrer a partir dos Núcleos de Assistência à Saúde da Família (NASF). Esses núcleos, criados em janeiro de 2008, são classificados em NASF 1 e NASF 2, de acordo com a região do país, o número de ESF e a densidade demográfica (BRASIL, 2008).

A lógica da ESF e da presença de ações de AF no NASF está voltada para a promoção da saúde. O enfoque epidemiológico, aliado à abordagem clínica na atenção primária, pode ser responsável pela resolubilidade de 85% dos problemas de saúde mais comuns (SCHERER *et al.*, 2005; MERHY *et al.*, 2004). Dentro da ESF, seria factível ao farmacêutico muito mais dinamismo nas suas ações, abrindo espaço para atuações desvinculadas da prescrição médica. Esse profissional deixaria a posição que lhe foi imposta no modelo biomédico – centrado no medicamento – e se voltaria para o trabalho integrado à equipe multiprofissional, à coletividade, à sociedade e ao sujeito, numa perspectiva sistêmica.

Desta forma, o primeiro questionamento que trazemos é: qual o papel do profissional farmacêutico dentro ESF? O mesmo está preparado para transpor o modelo biomédico hegemônico e atuar no processo de construção do SUS?

São escassos os estudos que abordam a inserção do farmacêutico na Saúde da Família e a percepção dos demais profissionais da equipe sobre o papel do farmacêutico neste modelo de atenção. Frente a isso, propomos a realização deste estudo, que tem como objetivo identificar o papel do farmacêutico na equipe

multidisciplinar de saúde da família, segundo esta equipe, além de conhecer problemas decorrentes da ausência desse profissional na ESF.

2 JUSTIFICATIVA

Um estudo que aborda a prática do farmacêutico na ESF se justifica pelo impacto que essa categoria profissional pode causar no sistema de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a ESF ocupa papel central como política de definição do modelo assistencial vigente.

Quanto aos medicamentos no PSF, o MS os considera um dos pontos críticos do sistema de saúde, tanto do seu ponto de vista do seu abastecimento e qualidade, quanto ao seu uso racional (BRASIL, 2006; SOARES, 2002).

O uso irracional de medicamentos não é uma prática exclusiva do Brasil, sendo, portanto, prática mundial. Cinquenta por cento de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente. Logo, a promoção do uso racional de medicamentos faz parte das estratégias da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera que o uso irracional de medicamentos é um sério problema em todo o mundo.

Observa-se que muitos dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente, e que metade de todos os pacientes não os utiliza corretamente (OMS, 2004). Desta forma, a promoção do uso racional de medicamento torna-se uma importante ferramenta para, senão eliminar, minimizar problemas como a automedicação e os efeitos adversos.

O PSF foi criado com o intuito de modificar os serviços na atenção à saúde no SUS, trazendo mudanças que podem gerar grandes benefícios para a população. Essa nova filosofia envolve ações voltadas para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, bem como o acompanhamento regular dos pacientes e a interação da equipe de profissionais de saúde.

O farmacêutico não se encontra inserido nessa equipe, mas são conhecidos os benefícios que a atuação desse profissional poderia trazer, tanto para equipe, quanto para os pacientes e para o sistema. Além de proporcionar informações sobre medicamentos, como é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999), no incentivo à Assistência Farmacêutica Básica nos termos da Portaria GM nº 176/99, ele busca ainda garantir ao paciente uma farmacoterapia de qualidade, concomitante à detecção de problemas relacionados aos medicamentos (PRMs),² além de gerenciar a aquisição de insumos farmacêuticos (BRASIL, 1999).

A importância de conhecer esta percepção é observada pela dificuldade quanto à concepção da assistência farmacêutica na maioria dos PSFs de nosso estado, muitas vezes sem estrutura organizacional capaz de sustentar as atividades relacionadas ao ciclo dessa assistência. Dificuldades estruturais podem gerar desde inadequação para a solução dos PRMs da população atendida, até a falta de medicamentos, diminuindo o acesso a este bem de saúde.

Assim, a presente pesquisa busca conhecer a percepção dos profissionais dos PSF e se estes apoiam ou não a proposta de inserção do farmacêutico e com quais argumentos o fazem.

² "Qualquer evento indesejável que se apresente para o paciente, que envolva ou suspeita-se que envolva a farmacoterapia e que interfere de maneira real ou potencialmente em uma evolução desejada do paciente" (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006, p. 41). Segundo o Terceiro Consenso de Granada, PRM são situações em que o uso do medicamento gera um resultado negativo associado ao seu uso (COMITÉ DE CONSENSO, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos profissionais da equipe PSF quanto à contribuição do farmacêutico no cotidiano da Estratégia da Saúde da Família em Duque de Caxias-RJ.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar as possibilidades de contribuição do farmacêutico na equipe multidisciplinar no atendimento ao paciente assistido no PSF, segundo esta equipe.
- Identificar e avaliar os aspectos facilitadores e obstaculizadores da prática do farmacêutico na ESF.

4 REVISÃO TEÓRICA

4.1 SOBRE O SUS E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o cuidado com a saúde da população deixou de ser competência exclusiva da União e o processo de descentralização foi proposto. Segundo o texto da Constituição, a saúde é direito de todos e dever do Estado e as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Em 1990, as Leis nº 8.080 e nº 8.142 passaram a regulamentar as determinações da Constituição e consagraram os princípios de descentralização das ações de serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições aos gestores nos três níveis de atuação. A Lei nº 8.080 estabeleceu a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo no SUS. Já a Lei nº 8.142 instituiu as disposições legais para a participação da sociedade na gestão do sistema e as formas e condições das transferências intragovernamentais no SUS. O artigo 6º da Lei nº 8.080 assegura o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica. São definidos princípios ético-doutrinários do SUS, dos quais se destacam: universalidade, equidade e integralidade. Ainda nesses documentos, foram definidos os princípios organizacionais/operativos do

SUS, que são os meios pelos quais se realizam os princípios doutrinários citados anteriormente (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Logo após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, foi elaborada a Norma Operacional Básica (NOB) SUS/91, que regulamentava as leis recentemente publicadas (BRASIL, 2001). A NOB recebeu críticas por ser essencialmente técnica e burocrática, não atendendo às expectativas de participação dos estados e municípios na sua elaboração. Essa norma apontava para a descentralização, mas o poder central mantinha a prestação da assistência médico-hospitalar aos cidadãos (MARIN *et al.*, 2003). O poder político atribuído à esfera estadual de gestão do SUS, que aprovava a descentralização da gestão da saúde para a esfera municipal, impediu os avanços desejados, visto que a municipalização implicaria perda de poder do estado para os municípios (MARIN *et al.*, 2003).

Segundo a NOB/93, o processo de descentralização implica redistribuição de poder, redefinição de papéis dos gestores públicos e estabelecimento de novas relações entre as esferas de governo. Seu pressuposto básico perpassa a necessidade de um processo pactuado e flexível, que permita diálogo e negociação. Em decorrência desta premissa, são estabelecidas instâncias colegiadas de decisão (BRASIL, 1993). As esferas gestoras do SUS, a partir de então, ficam definidas como âmbito federal, estadual e municipal.

A NOB/96 reafirma os princípios constitucionais, ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde da população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na construção do acesso aos demais serviços (MARIN *et al.*, 2003; BRASIL, 1996).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) busca, em relação à NOB/96, ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica

de Saúde (ABS), definir o processo de regionalização da assistência e criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2001). Os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento (BRASIL, 2007).

A forma como se organizam os serviços de saúde representa uma das principais questões estratégicas para a implantação do SUS, principalmente no que diz respeito aos aspectos da integralidade e da promoção da equidade. É estratégico estimular políticas públicas de saúde, com a identificação e aglutinação de parceiros (instituições governamentais/sociedade civil/trabalhadores da saúde/prestadores de serviços) que compartilhem a realização de projetos, em resposta às necessidades sociais. Da mesma forma, é necessário promover a equidade, mantendo-se o princípio da universalidade, através de mecanismos que possibilitem dar mais a quem mais precisa, com uma distribuição adequada de bens e serviços entre os diferentes grupos sociais e as diferentes regiões político-administrativas do estado e dos municípios.

Quanto à AF, a Lei nº 8.080 e a NOB 02/96 referem-se a uma assistência integral. Em relação a elas, a NOAS 01/2001 pode ser entendida como um retrocesso (MARIN *et al.*, 2003). Seu enunciado nos remete ao conceito em que a AF era vista somente do ponto de vista do suprimento de medicamento, sem relacionar o uso racional de medicamentos. Uma das questões também relacionadas na lei se refere à integração da assistência farmacêutica e atenção farmacêutica ao PSF, especialmente ao acompanhamento do tratamento de idosos e pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos (BRASIL, 2003).

4.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA: DIFERENÇAS IMPORTANTES

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em outubro de 1998, tornando-se o instrumento norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos no país. Vários fatores motivaram a formulação da PNM, dos quais se destacam: (a) problemas na garantia de acesso da população dos medicamentos; (b) problemas na qualidade dos medicamentos; (c) uso irracional dos medicamentos; (d) desarticulação da Assistência Farmacêutica; (e) desorganização dos serviços farmacêuticos (BRASIL, 1998).

A política de medicamentos adota diretrizes que vão desde a adoção de relação de medicamentos essenciais, perpassando a regulamentação sanitária de medicamentos, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento tecnológico e reorientação da assistência farmacêutica. Sendo uma das diretrizes prioritárias da PNM, o desenvolvimento da AF agrega valor às ações e serviços de saúde. Planejar, organizar, coordenar, acompanhar e avaliar as ações são atividades inerentes a um bom gerenciamento da AF (BRASIL, 2001).

Como parte da Política Nacional de Saúde, constituindo um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Citando a Lei nº 8.080/80 que em seu art. 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a formulação da política de medicamentos [...] de interesse para saúde [...]. O seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional de medicamentos e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2001, p. 10).

O modelo de assistência farmacêutica foi reorientado de maneira que não apenas se restrinja à aquisição e distribuição de medicamentos, voltando-se para a descentralização da gestão, ampliação do acesso e promoção do uso racional, ampliando o conceito de assistência farmacêutica. Este conceito compreende todo

um conjunto de ações voltadas para a seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de qualidade, distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos (BRASIL, 1998). A partir desta nova concepção, pode-se dizer que a AF engloba vários tipos de atividades, sejam elas de pesquisa, promoção, prevenção e recuperação da saúde, tanto no nível coletivo ou individual, centrado no medicamento.

A publicação da portaria GM nº 176, em março de 1999, foi um primeiro passo efetivo na descentralização da gestão da assistência farmacêutica, permitindo aos estados e municípios maior autonomia na aquisição de medicamentos (BRASIL, 1999). Isto porque, por meio da mesma, definiu-se o financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS, com instituição do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, considerando como responsabilidade do Ministério da Saúde o financiamento dos Programas Estratégicos (DST/Aids, Tuberculose, Hanseníase e Imunobiológicos). Por meio desta portaria, também foi estabelecido o repasse financeiro do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica do fundo federal diretamente aos fundos estaduais e municipais de saúde, conforme pactuação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), bem como a definição da responsabilidade compartilhada entre os três níveis de gestão, respeitando os propósitos do SUS (BRASIL, 1999).

Em setembro de 2003, ocorreu uma conferência específica sobre Assistência Farmacêutica, cujo tema central foi “Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização da assistência farmacêutica com controle social”. Nela foram aprovadas propostas que serviram de diretrizes para a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica no SUS. Destacou-se a necessidade de assegurar que as ações da área de Assistência Farmacêutica fossem feitas de modo articulado,

integrando as etapas de seleção, programação, aquisição, distribuição e utilização (prescrição, dispensação, aplicação, uso, acompanhamento e adesão de medicamentos). Foram sugeridas: a criação de um grupo técnico multiprofissional para discutir e sugerir novos valores para a assistência farmacêutica nas três esferas de governo; a definição de uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica que norteasse a Política de Medicamentos; a descentralização da Assistência Farmacêutica, a fim de possibilitar a proximidade do serviço ao paciente com a presença do farmacêutico para orientação/educação individualizada e garantir a qualidade da atenção farmacêutica; e a elaboração de normas e protocolos para a assistência farmacêutica, explicitando suas diretrizes, prioridades e linhas estratégicas de atuação, visando a garantir a segurança necessária, eficácia e qualidade dos medicamentos. Recomendaram-se, ainda: a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais; a elaboração de protocolos clínicos nacionais para Atenção Básica; a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica em todos os municípios, garantindo a infraestrutura necessária para sua implementação, incluindo a contratação de farmacêuticos para as equipes de saúde, com vistas ao trabalho interdisciplinar em saúde e à busca da integralidade da atenção; a garantia de assistência farmacêutica integral em todas as farmácias do SUS, bem como condições ideais de trabalho; e garantia da inserção da Assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção à saúde, tanto público quanto privado, assegurando a presença do farmacêutico também na estratégia de saúde da família (BRASIL, 2005).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde definiu a Assistência Farmacêutica como:

O conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de

projeto, pesquisa, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos. (PNM-BRASIL, 2004).

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 399/2006, que divulgava o Pacto pela Saúde, e da Portaria GM/MS nº 699/2006, que regulamentava as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, no Termo de Compromisso de Gestão Estadual se estabeleceu que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis por promover a estruturação da assistência farmacêutica. Procurou-se garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação estivesse sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas (BRASIL, 2006a, 2006b).

Já o termo “Atenção Farmacêutica” foi mencionado pela primeira vez por Mikeal em 1975, que definiu o conceito como a “atenção que dado paciente requer e recebe com garantias de um uso seguro e racional dos medicamentos” (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Hepler (1987) descreveu a Atenção Farmacêutica como sendo uma relação conveniente entre o farmacêutico e o paciente, na qual o farmacêutico realiza as funções de controle sobre o uso dos medicamentos (com apropriado conhecimento e habilidade), guiado por sua consciência e compromisso com os interesses do paciente.

De acordo com a proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, a Atenção Farmacêutica é entendida como uma prática da AF que aumentaria a efetividade do tratamento medicamentoso e detecção de PRM, garantindo à população uma farmacoterapia de qualidade. O consenso é resultado do Grupo de Trabalho “Atenção Farmacêutica no Brasil”, nucleado pela Organização Pan-

Americana de Saúde, com apoio de diversas instituições farmacêuticas (OPAS, 2002). Esse documento sugere que a definição inclua a educação em saúde como um componente da atenção farmacêutica, o que constitui um diferencial marcante em relação às definições adotadas em outros países (OPAS, 2002). Nesse contexto, o profissional passa a se responsabilizar pela necessidade, segurança e efetividade da farmacoterapia do paciente mediante a identificação, resolução e prevenção dos problemas relacionados com medicamentos.

Segundo Marin e colaboradores (2003), são essenciais ao farmacêutico conhecimentos, atitudes e habilidades que permitam ao mesmo integrar-se à equipe de saúde e interagir mais com o paciente e a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, em especial no que se refere à otimização da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos (URM). Torna-se necessária a implantação de práticas assistenciais que promovam o URM, propiciando resultados que influenciem diretamente os indicadores sanitários (OPAS, 2002).

A Atenção Farmacêutica tem seu foco voltado diretamente para o cuidado ao usuário e não somente para os medicamentos. Muito embora esta prática venha assumindo crescente importância nas discussões dos rumos e perspectivas da profissão, os estudos sobre intervenções farmacêuticas são escassos e limitados aos países de economia avançada (ROMANO-LIEBER *et al.*, 2002). Aliado a isso, alguns autores afirmam que, devido à ainda limitada realização da Atenção Farmacêutica, os níveis de morbimortalidade associados ao uso dos medicamentos não param de crescer, expressando o uso inadequado de medicamentos (ERNST; GRIZLE, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o uso irracional de medicamentos um sério problema em todo o mundo. Estima-se que mais da metade

de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente, e que metade de todos os pacientes não os utiliza corretamente (WHO, 2004). Vários fatores podem ser associados a esse tipo de comportamento irracional: desde o uso excessivo de medicamentos pelo paciente (polifarmácia); uso inapropriado de antimicrobianos, geralmente em dosagens erradas ou até mesmo dosagem inadequadas; automedicação e não-adesão a regimes terapêuticos. Pode-se dizer que este comportamento muitas vezes está associado à falta de informação da população (WHO, 2004).

No Brasil, segundo dados publicados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (SINITOX), os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicação desde 1996, sendo que em 2007 foram responsáveis por 30,31% dos casos registrados (SINITOX, 2007).

Esses dados, além de preocupantes no que se refere à necessidade de adoção de medidas que previnam os agravos à saúde da população, geram reflexos sobre os custos inerentes às ações desenvolvidas no próprio Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, acredita-se que a participação do farmacêutico na atenção básica, inclusive no PSF, tende a aproximá-lo da sociedade e estimulá-lo a atuar dentro da equipe multiprofissional, trazendo benefícios para a sociedade brasileira, que passará a ter mais segurança sobre o uso correto de medicamentos. Segundo Dupim (1999), a participação dos farmacêuticos é de suma importância para a garantia do uso seguro e racional de medicamentos.

De acordo com a Resolução nº 308/1997, cabe ao farmacêutico: (a) entrevistar os pacientes, a fim de obter seu perfil medicamentoso; (b) manter cadastro de fichas farmacoterapêuticas de seus pacientes, possibilitando a monitorização de respostas terapêuticas; (c) informar, de forma clara e

compreensiva, sobre o modo correto de administração dos medicamentos e alertar para possíveis reações adversas; (d) informar sobre as repercussões da alimentação e da utilização simultânea de medicamentos não prescritos; e (e) orientar na utilização de medicamentos não prescritos. E ainda: promover a educação dos profissionais de saúde e pacientes; participar ativamente em programas educacionais de saúde pública, promovendo o uso racional de medicamentos e atuar como fonte de informação sobre medicamentos aos outros profissionais de saúde (BRASIL, 1997).

Além dessas, outras ações são importantes à assistência farmacêutica: (a) detecção de interações medicamentosas; (b) contribuição do farmacêutico no processo de educação em saúde, tanto do usuário de medicamentos como dos demais profissionais; (c) ações técnico-assistenciais dirigidas a patologias específicas; e (d) adesão ao tratamento, visto aqui como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece a orientações médicas, mas atende, concorda e segue a prescrição estabelecida por seu médico (OPAS, 2002).

De acordo com Cipolle, Strand e Morley (2000), a filosofia da atenção farmacêutica inclui diversos elementos:

Começa com a afirmação de uma necessidade social; continua com um enfoque centrado no paciente para satisfazer esta necessidade; tem como elemento central a assistência a outra pessoa mediante o desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica, e finaliza com uma descrição das responsabilidades concretas do profissional (CIPOLLE *et al.*, 2000).

Em ambas as definições citadas anteriormente, uma nova concepção aponta a importância do profissional farmacêutico, não apenas como aquele que trabalha com o medicamento, mas como um profissional que pode interferir positivamente na qualidade de vida do paciente. Santi e colaboradores (2000) reconhecem que a atenção farmacêutica, traduzida do inglês *pharmaceutical care*, pode ter várias interpretações. Mas esta expressão agrega um conjunto de atitudes,

comportamentos, compromissos, conhecimentos e responsabilidades, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos e de melhoria de vida do paciente. A orientação farmacêutica é um dos integrantes desta prática e visa, sobretudo, a enfrentar o problema da não-adesão dos pacientes aos tratamentos medicamentosos e o uso racional de medicamentos (SANTOS, 1999; PERRETA 2000).

De acordo com o Relatório da Oficina de Trabalho “Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos” (OPAS, 2002), são necessárias a definição e adoção de um modelo de prática da atenção farmacêutica, de acordo com o modelo de saúde do país, pois só assim os profissionais, docentes e pesquisadores da área de farmácia e os órgãos reguladores poderão promover a atenção farmacêutica de forma sinérgica. Segundo o documento, caberia ao profissional farmacêutico reaprender seu ofício, integrando-o à sistemática e organização da atenção à saúde.

4.3 O IMPACTO DO TRABALHO DO FARMACÊUTICO NO PSF

Após aprovação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, em 1990, ocorreram grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil. Reconhecida a crise no modelo assistencial vigente, suscitou-se a emergência de formulação de novas propostas, objetivando a transformação do sistema de saúde, usando como pressuposto a reorientação do modelo assistencial através da atenção básica. A partir destas propostas, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), definido pelo Ministério da Saúde como uma estratégia capaz de priorizar ações de prevenção, promoção e

recuperação da saúde individual e ou familiar, de forma integral e coletiva (BRASIL, 2004).

Esta estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implementação do programa de agentes comunitários (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes, incorporando a atuação dos agentes numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas. As primeiras equipes de saúde da família seguiam o propósito de reorganização da prática da atenção à saúde, com o intuito de levar saúde o mais próximo possível da família e melhorar a qualidade de vida da população brasileira, criando vínculos que possibilitassem diminuir a distância antes existente entre profissionais e comunidade, substituindo o modelo tradicional (COSTA; CARBONE, 2004).

Os princípios básicos do PSF/PACS são: (a) integridade e hierarquização, sendo a Unidade de Saúde da Família o primeiro nível de ação, denominado atenção básica, que deve assegurar a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade; (b) territorialização e cadastramento da clientela, cujo trabalho abrange uma área definida; (c) equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS) (MARQUES; MENDES, 2003).

No documento “Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial”, foram propostos como objetivos da implementação do modelo de saúde da família: prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e população; proporcionar o estabelecimento de parcerias, através do

desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania; e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde, uma unidade de saúde da família se destina a realizar atenção contínua, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, característica do nível primário de atenção (BRASIL, 2006a).

As equipes de saúde da família devem estar habilitadas a diagnosticar e reconhecer a realidade epidemiológica e sócio-demográfica, a fim de identificar os problemas de saúde prevalentes e, desta forma, planejar ações visando a diminuir os fatores desencadeantes do processo saúde/doença. Além disso, devem estar capacitadas a promover educação em saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos, além de incentivar e promover ações intersetoriais para o enfrentamento de todos os problemas identificados na comunidade em que estão atuando (BRASIL, 2006b).

Observa-se que a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades de acesso restrito aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Esta expansão foi amplamente incentivada pelo Ministério da Saúde e posteriormente pelas Secretarias de Saúde, o que proporcionou avanço importante no processo de municipalização e no

estabelecimento de novos sistemas de financiamento de ações e serviços de saúde, especialmente na atenção básica (SOUSA, 2004).

Segundo levantamento do SIABS, até dezembro de 2007, o total de Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil era de 27.324 em 5.125 municípios, e uma cobertura populacional cobrindo 46,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas.

O repasse de recursos financeiro ao PSF é seguido e incentivado segundo o modelo adotado pelas instâncias federais e por alguns estados da federação, seguindo a lógica do Governo Federal, em que municípios que desenvolvem o PSF são premiados por incentivos. O PSF é largamente financiado por recursos municipais, embora conte com recursos federais e estaduais. Contudo, desde a década de 1990, devido a crises financeiras dos municípios, o gasto com a saúde tem sofrido limitações impostas pela lei de responsabilidade fiscal (BRASIL, 2001).

Como o PSF tem por objetivo acompanhar a família em seu domicílio, podendo desta forma analisar o ambiente e a realidade social em que a família vive, ocorre uma interação entre equipe multidisciplinar e a família, de maneira mais humanizada, jamais vista em âmbito profissional (STIVAL *et al.*, 2006).

De acordo com Peduzzi (1998), numa equipe multiprofissional, o trabalho consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998).

Segundo Fortuna e Mishima (*apud* FORTUNA, 1999), existem três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os

resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços, que tomam como referência relações que permeiam os conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nos processos psíquicos e nas relações interpessoais. Campos (1997) contribui com esta discussão, articulando os saberes e a divisão do trabalho nas equipes de saúde, com enfoque na interdisciplinaridade.

Deste modo, o trabalho em equipe é a base para ações integrais de saúde, capazes de promover qualidade no atendimento às necessidades dos usuários, de acordo com cada situação e experiência adquirida. A abordagem do paciente no seu contexto biopsicossocial é facilitada, pois o cliente é atendido por todos os membros da equipe, que também o envolve na resolução do seu problema, incentivando sua autonomia para os cuidados em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2003). A equipe do PSF deve ter o compromisso de promover a saúde e elevar a qualidade de vida da população, não apenas com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas considerando o contexto anteriormente citado. Deve prestar assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade, considerando a perspectiva da família, por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações e organização do trabalho.

Desde que o PSF foi criado, os profissionais de nível superior que fazem parte da equipe são apenas médicos, enfermeiros e odontólogos, o que configura um déficit na área farmacológica. A inserção do farmacêutico ao grupo, sendo este profissional capaz de oferecer a atenção farmacêutica necessária ao paciente, beneficia usuários de medicamentos (STIVAL *et al.*, 2006). No entanto, mais importante é que, especificamente no PSF, o trabalho do farmacêutico não poderá ser mais isolado das outras práticas de saúde.

Deverão ser realizadas ações conjuntas com a equipe multiprofissional, com articulação entre os diversos saberes, nas ações de planejamento, programação e avaliação, fundamentais para o sucesso dessa proposta. Sobretudo, caberá ao profissional farmacêutico reaprender seu ofício, integrando-o a sistemática e organização da atenção à saúde. Deste modo, o farmacêutico deve orientar o paciente sobre a maneira de acondicionamento, administração, dosagem do medicamento e indicações, tarefas nas quais este profissional poderá assistir e elucidar o paciente. Junto aos demais profissionais de saúde, possui várias outras atribuições, como realizar levantamento epidemiológico da população, com vistas a conhecer as doenças mais prevalentes, para melhorar os processos de seleção, planejamento, aquisição e armazenamento dos medicamentos (STIVAL *et al.*, 2006; MARIN *et al.*, 2003).

Visando à inserção de outros profissionais na Estratégia de Saúde da Família, e à consolidação do SUS, em 24 de janeiro de 2008 foi publicada a Portaria nº 154, do Ministério da Saúde, criando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008). Entre suas atribuições, os NASFs pretendem fortalecer as equipes de saúde da família para uma efetiva garantia do uso racional de medicamentos, contribuindo para a promoção e recuperação da saúde, conforme previsto nas diretrizes da ESF e da PNM (BRASIL, 2004).

4.4 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir das Portarias nº 399/GM e nº 648/GM de 2006, que aprovam as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 e regulamentam as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão a Política Nacional de Atenção Básica, respectivamente, estabeleceu-se a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o PACS (BRASIL, 2006b, 2006c).

Considerando o fortalecimento da ESF, a melhoria da qualidade e resolutividade da atenção básica, foi sugerida e aprovada a criação dos NASFs. Esses núcleos têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, além de melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde. Deverão ser formados por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, atuando diretamente no apoio às equipes e nas unidades em que os NASFs estão cadastrados (BRASIL, 2008). Os NASFs podem contribuir para ampliar e qualificar a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

Segundo a Portaria nº 154/2008, esses núcleos estão classificados em duas modalidades – NASF 1 e NASF 2 –, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal. O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes; e o NASF 2 deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (BRASIL, 2008).

A responsabilidade de funcionamento e as ações que serão realizadas pelos NASF são das Secretarias Municipais de Saúde: desde a definição do plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, até a disponibilização de estrutura física adequada e garantia dos recursos de custeio, perpassando o estabelecimento de estratégias para desenvolvimento de parcerias com os demais setores da sociedade (BRASIL, 2007). O gestor municipal, através de critérios de prioridade, a partir das necessidades locais e disponibilidade de profissionais definirá que profissionais do NASF devem ser cadastrados numa única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de SF, às quais estão vinculados (BRASIL, 2008).

A Portaria nº 154, do Ministério da Saúde, aponta como um de seus eixos estruturantes a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que torna a Política Nacional de Assistência Farmacêutica parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2004). Mediante o exposto, a inserção do farmacêutico no NASF deve buscar a promoção do acesso e uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso.

Esse profissional também poderá trabalhar em conjunto com os demais na elaboração de projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade; viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família; acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população; intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade

com a ESF, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Para elucidação dos objetivos propostos, foi realizado estudo de caráter descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Segundo Tobar e Yalour (2001), esse tipo de pesquisa trabalha com áreas e problemas sobre os quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado.

A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas. Como instrumento de coleta de dados, será utilizada entrevista semi-estruturada, com auxílio de um gravador.

De acordo com Figueiredo (2004), a abordagem qualitativa é o recurso apropriado a ser empregado quando se reconhece a impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade – para Leopardi (2001), quando o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim que qualidade elas apresentam. Segundo Minayo (1994, p. 237-248), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares”. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Esses autores possuem uma compreensão da pesquisa qualitativa semelhante ao de Patton (1986), para o qual as pesquisas qualitativas seguem tradições compreensivas ou interpretativas.

Segundo Richardson e colaboradores (1989), justifica-se empregá-la quando se procura entender a natureza de determinado fenômeno social. As pesquisas que utilizam tal abordagem trabalham com situações complexas de um determinado problema. As características principais da pesquisa qualitativa indicadas por Bogdan e Biklen (*apud* TRIVIÑOS, 1992) e Ludke e André (1986) são: (a) tem o ambiente natural como fonte direta dos dados, e o pesquisador como instrumento-chave; (b) os dados coletados, em sua maioria, são essencialmente descritivos; (c) os pesquisadores qualitativos preocupam-se muito mais com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; (d) a análise dos dados tende a ser um processo indutivo e, por fim; (e) o “significado” que as pessoas dão às coisas e à sua vida é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

O estudo de caso é um dos tipos de pesquisa qualitativa que vêm conquistando crescente aceitação na área da Educação. É uma pesquisa de natureza experimental ou explicativa (GIL, 1994, p. 45-47; TRIVIÑOS, 1987, p. 112).

O delineamento da pesquisa é uma etapa de grande importância capaz de determinar a validade dos dados obtidos. O estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social. Tem como objetivo ajudar os investigadores a lidar com algumas das perguntas mais comuns (e por vezes difíceis de serem apontadas), como: (a) definir o alvo do estudo de caso; (b) determinar os dados pertinentes a serem coletados; (c) que tipo de tratamento deve ser dado aos dados uma vez coletados.

Esse tipo de estudo pode ser essencialmente exploratório, servindo para obter informação preliminar acerca do respectivo objeto de interesse. Pode ser

fundamentalmente descritivo, tendo como propósito essencial descrever, como é o caso deste estudo. E pode ser analítico, procurando problematizar seu objeto, construir ou desenvolver nova teoria ou confrontá-la com a teoria já existente. Um trabalho exploratório pode ser necessário como um estudo piloto de uma investigação em larga escala. Um estudo descritivo pode ser necessário para preparar um programa de intervenção. Mas são os estudos de cunho mais analítico que podem proporcionar avanço mais significativo do conhecimento (VILABOL, 2009).

Segundo Ventura (2007), o estudo de caso como modalidade de pesquisa é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais. Visa à investigação de um caso específico, delimitado, contextualizado no tempo e lugar, para que se possa realizar uma busca aprofundada de informações. Permite que um aspecto de um problema seja estudado em profundidade dentro de um período de tempo limitado. Além disso, parece ser apropriado para investigação de fenômenos quando há uma grande variedade de fatores e relacionamentos que podem ser diretamente observados e não existem leis básicas para determinar quais são importantes.

Neste estudo, foram coletados dados junto aos profissionais de uma única unidade de saúde, tratando-se então de um estudo de caso. São conhecidas suas limitações quanto à validade externa – isto é, seu poder de extrapolação de dados é muito pequeno. No entanto, os estudos de caso são reconhecidos por seu alto poder descritivo (PEREIRA, 1995).

5.2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com profissionais envolvidos na ESF de Jardim Gramacho, no município de Duque de Caxias, no período de julho e agosto de 2009. A escolha desses profissionais decorreu da necessidade de compreender qual a percepção da equipe sobre as contribuições do farmacêutico no cotidiano da Estratégia da Saúde da Família em Duque de Caxias.

5.3 CENÁRIO

O cenário do estudo é o município de Duque de Caxias, que se localiza na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Juntamente com Nova Iguaçu, Belford Roxo, Mesquita, Queimados, São João de Meriti e Nilópolis, forma a região conhecida como Baixada Fluminense, que se caracteriza pela grande concentração de pobreza e carência de infra-estrutura urbana (TEIXEIRA *et al.*, 2005).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador que avalia outras dimensões, além da econômica. O IDH do município de Duque de Caxias é o 52º dentre os 92 municípios do estado. Entretanto, Duque de Caxias é o segundo pólo industrial do Estado do Rio de Janeiro, além de ocupar a segunda colocação no *ranking* de arrecadação de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) do Estado e oitavo do país (IBGE, 2003; DUQUE DE CAXIAS, 2003).

Duque de Caxias tem uma área territorial de 465km². Possui aproximadamente 800.000 habitantes residentes, de acordo com dados do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No entanto, o planejamento das ações do governo municipal prevê cerca de 1.000.000 de habitantes (IBGE, 2003).

Ainda segundo o IBGE, o município de Duque de Caxias tem seu território dividido em quatro distritos: o 1º e 2º distritos são de características urbanas; o 3º e 4º distritos são de características predominantemente rurais. Apresenta uma população estimada de 872.762 habitantes, sendo 48% de homens e 52% de mulheres. Aproximadamente 78% da população estão localizadas no 1º e 2º distritos (4.285 habitantes/km²), com uma densidade populacional bem distinta do 3º e 4º distritos (532 habitantes/km²) (IBGE *apud* DATASUS, 2009).

A rede de assistência médica pública no município de Duque de Caxias conta hoje com três hospitais municipais, sendo um exclusivo para atendimento à população infantil, um hospital estadual, oferecendo atendimento de emergência traumato-cirúrgica para todas as faixas etárias e uma maternidade de alto risco; duas maternidades municipais, seis unidades pré-hospitalares fixas, seis unidades básicas tradicionais e 39 unidades com 70 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), com uma cobertura populacional de 28%. Incorporadas às ESF, possui 36 equipes de saúde bucal qualificadas no MS e dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Ocupando uma área equivalente a 6,8% do Estado do Rio de Janeiro, o município de Duque de Caxias é responsável pela segunda maior arrecadação de ICMS do estado, atrás apenas da capital. A economia do município é destaque no cenário nacional Enquanto o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) nacional nos últimos quatro anos foi de 6,8%, no mesmo período, a economia de Duque de Caxias teve um incremento de 41,6%. O município é considerado um oásis de investimentos no país. É responsável por 45% do PIB total da Baixada Fluminense.

Com uma geografia privilegiada para investidores, o desenvolvimento de Duque de Caxias está calcado em um tripé bem-sucedido formado pelo incentivo municipal, a localização estratégica e, principalmente, a proximidade com a Refinaria de Duque de Caxias (REDUC). De acordo com o jornal GAZETA MERCANTIL (2008), apesar de ser um pólo econômico bem-sucedido e ocupar a vice-liderança na receita anual, a cidade é o 27º município fluminense em termos dos indicadores sociais, estudo que avalia os setores de educação, saneamento e habitação. Em todo o município, 31% das residências não têm abastecimento de água potável, e somente 56,4% utilizam sistema de esgoto sanitário. Em 2007, o município apresentava um coeficiente de mortalidade infantil de 38,3/mil nascidos vivos. Há um grande contraste, dessa forma, entre a economia e as condições de vida da população. De acordo com dados do IBGE, em 2000, a taxa de alfabetização da cidade foi de 92,4%, índice equivalente ao de Belford Roxo, município com arrecadação de ICMS 82% inferior ao de Caxias.

Distritos	Bairro de referência	Bairros
1º Distrito	Duque de Caxias	Centro, Gramacho, Olavo Bilac, Bar dos Cavaleiros, Parque Duque, Jardim 25 de Agosto, Vila São Luís, Dr. Laureano, Periquitos e Parque Sarapuí.
2º Distrito	Campos Elísios	Campos Elíseos (sede), Jardim Primavera, Saracuruna, parte de Santa Cruz da Serra, Parque Fluminense, Pilar, Vila São José, São Bento, parte da Cidade dos Meninos, Figueira, Cangulo, parte da Chácara Rio-Petrópolis e Arcompo, e parte do Parque Eldorado
3º Distrito	Imbariê	Imbariê (sede), Parada Angélica, parte de Sta. Cruz da Serra, parte de Sto. Antônio, parte do Meio da Serra, Parada Morabí, Jardim Anhangá, Cidade Parque Paulista, Bairro Branco, Santa Lúcia e Taquara
4º Distrito	Xerém	Xerém (sede), Mantiquira, Capivari, Amapá, parte da Cidade dos Meninos, parte da Chácara Rio-Petrópolis, parte do Parque Eldorado, Lamarão, parte de Sto. Antônio, e parte do Meio da Serra

QUADRO 1: DISTRIBUIÇÃO DOS BAIRROS PELOS DISTRITOS SANITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS, 2008.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da Prefeitura de Duque de Caxias.

O quadro 2, a seguir, apresenta dados sobre a abrangência das ESFs no território de Duque de Caxias, de acordo com os Distritos Sanitários, em 2008.

Área geográfica de atuação	Equipes de Saúde da Família vinculadas (Município, nome ou nº)	População cadastrada
1º Distrito	1º distrito: Vila Leopoldina I, II e III, Copacabana, Jardim Gramacho I, II, III, IV e V, Trevo das Missões I, II e III, Centenário I e II, Jardim Leal I e II, Olavo Bilac I e II, Gramacho I, II e III, Sarapuí I e II. Total de equipes: 23	79.786
2º Distrito	2º distrito: Parque Comercial, Cidade dos Meninos, Nelson Chaves de Araújo, Parque Chuno, Parque Esperança I e II, Pilar I, II, III, IV e V, São Bento I e II, vila Maria Helena, vila Urussaí. Total de equipes vinculadas: 15	55.925
3º Distrito	3º distrito: Barro Branco, Cristóvão Colombo, Imbariê, Jardim Anhangá I, II, III e IV, Parada Angélica I, II e III, Parque Paulista I e II, Taquara I e II, Codora I, II e III, Parque Eldorado I, II e III, Nova Campina I, II, Santa Lúcia I e II. Total de equipes vinculadas: 25	88.399
4º Distrito	4º distrito: Jardim Olimpo, Santa Rosa, Santo Antônio da Serra. Total de equipes vinculadas: 3	7.929

QUADRO 2: DADOS ATUAIS DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS EM 2008.

Fonte: DATASUS (2008).

5.4 LOCAL DA PESQUISA

Compuseram o quadro de sujeitos profissionais de nível superior e ensino médio (profissionalizantes) das 4 equipes ligados a Equipes de Saúde da Família do Centro Ampliado de Jardim Gramacho do município de Duque de Caxias em 2009, pretendeu-se encontrar e analisar quais seriam as percepções dos profissionais do PSF de Jardim Gramacho.

O Centro Ampliado de Saúde da Família, situado no Jardim Gramacho, 1º Distrito Sanitário do município de Duque de Caxias, agrega quatro das 23 unidades

do Programa de Saúde da Família, que respondem por quatro das cinco UBSs responsáveis pela Vigilância em Saúde do Bairro Jardim Gramacho. Nesse bairro estão cadastradas 17.145 pessoas, distribuídas em 4.738 famílias. Existem bolsões de miséria – 50% da população sobrevivem de reciclagem e moram em barracos de madeira e papelão, ou mesmo em palafitas. Dentro desta realidade, a unidade foi eleita para o desenvolvimento da presente dissertação.

5.5 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram escolhidos como sujeitos da pesquisa os profissionais de nível superior e nível médio que tinham curso profissionalizante atuantes nas unidades de saúde de Jardim Gramacho, no período do estudo.

5.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos através de entrevistas. Segundo Victora e colaboradores (2000), desta forma se torna possível uma apreensão mais ampla da realidade, já que nem sempre o que se diz é o que se faz, e vice-versa. Nem tudo que se faz é documentado, e nem tudo que é documentado corresponde àquilo que se faz.

Como primeiro instrumento de coleta, foi utilizado um questionário simples, com o intuito de caracterizar o perfil dos entrevistados com os seguintes itens: (a) variáveis de identificação: sexo, idade; (b) ano e local de formatura e outras

qualificações; (c) tempo de atuação na profissão; (d) outras áreas de atuação; (e) tempo de atuação no PSF.

O segundo instrumento foi uma entrevista semiestruturada, organizada em questões dedicadas à exploração temática, com o objetivo de identificar características da percepção dos profissionais do ESF sobre a importância do profissional farmacêutico e sua prática profissional na equipe (ANEXO I).

5.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise de conteúdo foi realizada por meio de materiais escritos por categorias e subcategorias analíticas prévias, por relevância (BARDIN, 1995). A representação dos resultados será descritiva com citações literais e ilustrativas das escritas e trechos das anotações. Esta análise, por sua própria natureza e subjetividade, é fundamentada na abordagem qualitativa, sendo sistematizada conforme a técnica de análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática, proposta por Bardin (1995). Essa técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença e frequência podem ter significados para o objetivo escolhido. Essa autora assinala que a unidade de significado pode ser recortada em idéias constituintes, em enunciados ou em proposições portadoras de significados isolados.

Na operacionalização ou tratamento dos dados desta proposta, os seguintes passos foram seguidos: (a) ordenação dos dados (com a transcrição das gravações, releitura do material e organização dos relatos); (b) classificação dos dados (elaboração dos núcleos de sentido); e (c) análise final (quando são estabelecidas as articulações entre os dados e a teoria). A representação dos resultados também

será descritiva com citações literais e ilustrativas das escritas e trechos das anotações.

Optou-se por uma abordagem qualitativa na perspectiva da fenomenologia: a busca da essência e da significação da realidade vivenciada pelos sujeitos do estudo, visando a sua compreensão. A investigação compreendeu três momentos: a descrição, a redução e a compreensão:

- **Descrição:** segundo Bardin (1995), o momento da descrição possui três elementos: a percepção, a consciência e o sujeito. Para este momento, foram coletados depoimentos da equipe do PSF que visaram a entender a percepção dos sujeitos do estudo quanto à contribuição sobre o trabalho do farmacêutico na equipe do PSF.

- **Redução:** buscou determinar e selecionar que partes da descrição foram consideradas essenciais. A partir dos depoimentos coletados e transcritos, realizou-se a redução, refletindo-se sobre as falas, visando a extrair delas sua essência.

- **Compreensão:** revelou o “significado” dos depoimentos, que é essencial na descrição e na redução, como uma forma de investigação da experiência. Com a essência e a fala dos sujeitos, foram interpretados os temas revelados, realizando-se então uma síntese das unidades significativas encontradas, e suas convergências, divergências e idiosincrasias.

Baseando-se nessa exploração dos dados e na identificação dos núcleos de sentidos, a partir da análise de conteúdo das entrevistas e da opinião dos entrevistados, categorias e subcategorias de análise emergiram dos depoimentos escritos. As respostas foram agrupadas, definindo-se três categorias de análise.

Categorias de análise
Categoria I: Conhecimento dos integrantes da equipe quanto à atuação do farmacêutico
Categoria II: As contribuições do farmacêutico para a promoção da saúde na ESF

Categoria III: Aspectos que facilitam e dificultam a inserção do farmacêutico na ESF

QUADRO 3: CATEGORIAS DE ANÁLISE SELECIONADAS.

5.8 QUESTÕES ÉTICAS

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário e entrevista. Os profissionais foram convidados a participar do estudo, sendo esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos referentes à aplicação do instrumento. Depois de assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II), foram entrevistados pelo pesquisador. As informações obtidas nesta pesquisa são confidenciais e será mantido sigilo sobre a participação dos entrevistados, preservando assim seu anonimato na divulgação dos dados (BRASIL, 1996). Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, registrado sob o número 0045.0.308.000-09.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, são apresentados e discutidos os resultados do estudo realizado junto aos médicos, enfermeiros, dentistas e técnicos de enfermagem que atuam na USF em Jardim Gramacho e fazem parte das quatro equipes distintas de saúde da família da unidade. Inicialmente, apresentam-se alguns dados sobre o contexto da ESF. Na seqüência, baseando-se na exploração do material, as categorias analíticas empregadas são apresentadas e os resultados são analisados à luz da do referencial teórico proposto.

6.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados 13 profissionais que consentiram em participar do experimento. Este número não representou a totalidade dos profissionais que fazem parte dessas equipes, que ao todo são 16. Os profissionais entrevistados foram: três médicos, três enfermeiras, três profissionais de enfermagem de nível técnico (segundo grau completo) e quatro dentistas (os demais profissionais optaram por não participar da entrevista). Os auxiliares de enfermagem e os técnicos de saúde bucal ainda não fazem parte desta USF, como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), por motivos que não foram investigados neste estudo.

Ao traçar o perfil sócio-demográfico destes profissionais que atuam no PSF de Jardim Gramacho, observamos que, dentre os entrevistados, três eram do sexo masculino e a maioria (90%) pertence ao sexo feminino. Quanto àqueles que possuem nível superior, 70% graduaram-se em universidade pública. Todos

relatarem ter complementado a formação acadêmica, cursando algum tipo de pós-graduação, sendo mais freqüente a *lato sensu*, nos moldes de especialização.

Em 1999, foi desenvolvida por uma equipe de pesquisadores do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS), da Escola Nacional de Saúde Pública, pesquisa cujo foco principal foi traçar o perfil sócio-demográfico e econômico dos profissionais que atuam no PSF (MACHADO, 2000). De acordo com este trabalho, na distribuição dos profissionais segundo sexo, observou-se que na estratégia o número de mulheres nas equipes de trabalho é predominante. Machado e colaboradores (1997) investigaram a profissão médica no Brasil, concluindo que esta é uma atividade predominantemente masculina, pois 67,3% dos médicos no país são homens e 32,7% são mulheres. Já a proporção destes no PSF se torna mais equilibrada, pois 44,05% dos médicos no programa são mulheres. Observando-se os percentuais para as regiões, verifica-se que na Região Sul as mulheres chegam a superar o quantitativo de homens no programa, com 51,90%. O mesmo trabalho também traçou um retrato da enfermagem e, não fugindo à caracterização peculiar dessa profissão, que é composta quase que exclusivamente de mulheres, observa-se que 90,91% dos profissionais são do sexo feminino.

No que tange à faixa etária dos entrevistados, a mesma variou de 23 a 50 anos de idade. A média de idade é de 34 anos. Dados levantados sobre a faixa etária dos profissionais que atuam na ESF no Brasil apontam para uma alta concentração de profissionais na faixa entre 30 a 49 anos (66,62% dos médicos e 58,69% dos enfermeiros). Na faixa mais jovem (até 29 anos), encontram-se apenas 19,12% dos médicos e 36,58% dos enfermeiros (MACHADO, 2000).

Buscando analisar o perfil dos médicos que atuam no serviço público na região do Recife, realizou-se levantamento que traçou o perfil de 76 médicos de dez municípios da Região Metropolitana do Recife. O estudo constatou que 76% dos médicos têm mais de 40 anos de idade e mostrou também que 47% dos profissionais são mulheres (GUARDA, 2009).

Tomasi e colaboradores (2008) avaliaram o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica (PSF e tradicional) nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, demonstrando que 81% trabalhadores pertenciam ao sexo feminino e 19% ao masculino. A média de idade foi de 37 anos no Sul e de 38 no Nordeste, com concentração no grupo etário de 31 a 45 anos de idade. A proporção de trabalhadores da categoria até 30 anos de idade foi maior para o PSF, enquanto na categoria de 46 anos e mais a situação se inverteu, ou seja, os trabalhadores do PSF são significativamente mais jovens do que os vinculados ao modelo tradicional. Os trabalhadores da atenção básica de saúde são, em sua maioria, mulheres entre 31 e 45 anos de idade.

Na unidade de Jardim Gramacho, em Duque de Caxias, a opção de especialização em diferentes áreas foi observada, como podemos verificar no quadro abaixo.

Profissão	Especialização	Mestrado e/ou doutorado
Médico1	Ginecologia	
Médico 2	Pediatria Saúde da Família	
Médico 3	Medicina Estética	
Enfermeiro 1 Enfermeiro 2 Enfermeiro 3	PSF Saúde Pública Saúde e Educação	
Dentista 1 Dentista 2 Dentista 3 Dentista 4	Endodontia Endodontia Endodontia	Mestrado Endodontia

QUADRO 4: QUALIFICAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DO PSF JARDIM GRAMACHO.

Todos os profissionais entrevistados possuíam especialização, com exceção de um dentista, que possui mestrado. Dos profissionais com especialização, apenas três fizeram cursos relacionados à Saúde Coletiva.

Segundo o trabalho realizado por Tomasi e colaboradores (2008), entre os profissionais de nível superior entrevistados, somente 37% tinham especialização, sem diferença significativa entre a Região Sul (35%) e Nordeste (39%). Entretanto, os profissionais do PSF informaram possuir especialização na área em proporções que alcançaram o dobro daquela informada por profissionais do modelo tradicional.

Já o trabalho do Departamento de Atenção Primária em Saúde (DAPS/ENSP), cujo interesse foi avaliar o perfil da formação técnico-científica dos médicos atuantes no PSF no Brasil, retratou que 73% desses profissionais são formados por universidades públicas. Na Região Nordeste, esse percentual é superior a 80%; nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, os índices não atingem 70%. Ainda segundo essa pesquisa, 70,68% dos enfermeiros também se formaram em instituições públicas. Nas regiões Norte (72,90%) e Nordeste (84,34%), a participação do setor público na formação desses profissionais é diferente das demais regiões, em que o setor privado é responsável por quase a metade da formação dos enfermeiros. Nas regiões Sudeste, Sul, e Centro-Oeste, pouco mais de 40% dos enfermeiros que atuam no PSF tiveram sua formação em instituições privadas (MACHADO, 2000).

Os profissionais do PSF de nível médio e superior de Duque de Caxias são todos concursados, possuindo, portanto, vínculo estável. No entanto, no Brasil, as formas de seleção predominantes para ingresso no programa foram entrevistas e/ou análise de currículos, e apenas 14,08% prestaram concurso público. Em consonância com os contratos temporários e as demais formas precárias de

incorporação do trabalho (por cooperativa e cargo em comissão), observa-se que, no Brasil, 61,83% dos médicos e 61,17% de enfermeiros no PSF não possuem direitos trabalhistas. A grande maioria dos médicos e enfermeiros já possuía outros empregos, principalmente no setor público, antes de ingressar no PSF (MACHADO, 2000). Nogueira (2002), em avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde, verificou que nas regiões Nordeste e Sul do Brasil, menos da metade dos trabalhadores ingressou por concurso público, e um terço ou mais possuía vínculo precário. Esse autor destaca o entendimento dos profissionais de que formas diretas de vinculação trabalhista devam ser priorizadas.

Quanto ao tempo de atuação dos profissionais entrevistados na ESF de Jardim Gramacho, dos quatro dentistas entrevistados todos possuíam no máximo, um ano de atuação no PSF, mas vale ressaltar que foram selecionados no último concurso, realizado em Duque de Caxias em 2007, visando à adequação as diretrizes propostas pelo MS (BRASIL, 2003). Para os demais profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), este tempo variou de 04 a 11 anos de atuação no PSF.

Segundo o DAPS/ENSP (2000), na média nacional, em mais da metade das equipes, os médicos e enfermeiros estavam trabalhando há menos de um ano. O pequeno tempo de inserção dos profissionais nas equipes pode constituir fator limitante, uma vez que dificulta tanto a qualificação dos profissionais quanto o desempenho das ações, pela necessidade de adesão e incorporação de novos valores para o exercício de novas práticas de saúde.

Na tipologia utilizada no livro *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*, o tempo de atuação na profissão foi uma das categorias analisadas. Aqueles que possuíam até quatro anos de formados foram considerados e classificados como o

grupo “iniciando sua vida profissional”. Os que tinham de cinco a nove anos de formados considerados como “firmados no mercado de trabalho”, e aqueles com 10 a 24 anos de formados foram classificados como os que “solidificaram sua vida profissional”, enquanto a classificação dos que possuíam de 25 a 35 anos de formação no mercado foi “iniciam o processo de finalização das suas atividades” (MACHADO, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o PSF vem-se mostrando uma boa oportunidade de mercado de trabalho e a avaliação normativa do PSF revelou que a inserção dos profissionais nas equipes de saúde era recente (BRASIL, 2004d). Segundo Medeiros e colaboradores (2007), a rotatividade de médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família pode ser considerada alta. Esses trabalhadores apontam como causas principais da rotatividade uma série de aspectos que demonstra a complexidade do trabalho exercido pelas equipes de saúde da família. Considerou-se a necessidade de promoção de vínculos trabalhistas, principalmente por meio de concurso público e de plano de cargos e salários que estimule os profissionais à qualificação para o trabalho na ESF e permanência nas equipes (MEDEIROS *et al.*, 2007).

6.2 O CONHECIMENTO DOS INTEGRANTES DA EQUIPE QUANTO À ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO

A primeira categoria analítica encontrada teve como objetivo identificar o nível de conhecimento dos profissionais do ESF sobre o papel do farmacêutico e sua prática profissional na equipe.

De acordo com os discursos dos sujeitos, foram desvelados temas de maior incidência e significação, como veremos nas falas a seguir:

[...] Profissional especializado na formulação, dispensação de medicamentos, orientações sobre os mesmos. (M1)

[...] Profissional nível superior graduado em drogas, suas ações, interações, posologias e ainda desenvolvimento de novas drogas e suas reações. (M3)

[...] Não conheço. (D1)

[...] Só sei que o farmacêutico tem que estar presente numa unidade onde há distribuição de medicação. (D4)

[...] Trata-se de uma das primeiras profissões da área de saúde; de ensino superior, com formação em 4 anos. O farmacêutico pode atuar em diversos cenários, no ensino, pesquisa e extensão e assistência. (E3)

[...] Atuar nos diferentes níveis de complexidade do sistema: atenção básica, média e alta complexidade, respeitando seus princípios e diretrizes, como integralidade, equidade, universalidade, dentre outros. "Integra a equipe que deve interdisciplinar no cuidado ao ser humano, família e comunidade". (E3)

[...] Distribuição de medicamentos estabelecida pelo ministério da saúde. (E2)

[...] Pelo que foi passado, o farmacêutico é quem dispensa os medicamentos para a comunidade. (T3)

As concepções sobre o papel do farmacêutico, de modo geral, refletem as representações dos profissionais sobre o processo de trabalho rotineiro desse profissional numa unidade de saúde. Por meio das falas, percebeu-se que o ciclo do medicamento se destaca como o mais evidente objeto de trabalho farmacêutico, capaz de garantir a disponibilidade do medicamento ao usuário de forma racional, e na unidade de saúde de Jardim Gramacho este se resume a algumas etapas, principalmente distribuição e dispensação. A única exceção é uma enfermeira, que apresentou um entendimento mais próximo do que foi colocado por Santos (2005).

A partir desta leitura, torna-se importante apresentar o panorama teórico-conceitual sobre a definição de competência, que Pestana (2006) enfatiza como um processo que envolve a capacidade de captar informações cognitivas, habilidades e atitudes. Nesse sentido, é necessário que o profissional tenha capacidade de

adquirir conhecimentos e saber utilizá-los de forma integrada a suas habilidades e atitudes, para atuar profissionalmente de forma competente.

As diversas áreas de atuação do farmacêutico envolvem uma gama de conhecimentos. Campese (2005) aponta essa questão como sendo o grande desafio colocado para a construção de um profissional com graduação generalista, que seja viável em relação ao tempo e os recursos disponíveis, e que garanta a aquisição dos conhecimentos necessários para uma atuação eficiente do farmacêutico.

De acordo com Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002, o perfil pretendido do farmacêutico generalista passa por uma formação humanista, crítica e reflexiva. O profissional deverá estar preparado para atuar em vários níveis de atenção e deve ser capacitado ao exercício de atividades diversas, como aquelas vinculadas aos fármacos e aos medicamentos, alimentos, análises clínicas, sempre compreendendo a realidade social, econômica e cultural de seu meio. No que tange à atenção à saúde, o farmacêutico deverá estar apto a desenvolver ações de prevenção e reabilitação da saúde, tanto no nível individual quanto coletivo, com práticas integradas.

Ainda segundo essa resolução, o profissional deve ser capaz de tomar decisões para o adequado funcionamento de práticas que envolvam medicamentos ou outros produtos e procedimentos – ter liderança, administrar e gerenciar a força de trabalho, recursos e informação. Sua formação, segundo as diretrizes curriculares, “deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2002, p. 1).

Fundamentado na teoria de papéis, Saar e Trevizan (2007) buscaram investigar a visão que os profissionais de uma equipe de saúde têm a respeito do papel desempenhado por seus companheiros de equipe. O estudo concluiu que as expectativas quanto aos papéis profissionais não são claras e que a maioria dos informantes tem pouco conhecimento a respeito do papel profissional de seus companheiros de equipe.

O trabalho em equipe na presente pesquisa foi considerado uma fonte de aprendizado, por permitir o contato com outras experiências, através do diálogo profissional e das discussões de casos. O papel do farmacêutico foi claramente delimitado em três áreas de atuação: gerencial, na área de bioquímica e farmácia propriamente dita. Há maior expectativa, por parte de médicos, enfermeiros e dentistas, quanto a orientação e esclarecimentos de efeitos colaterais e interações medicamentosas. A área gerencial é caracterizada pela responsabilidade, creditada pelos informantes, quanto a aquisição, controle e distribuição de medicamentos e material médico-hospitalar. Ficou evidente que, dentre os profissionais da equipe multidisciplinar, o que tem seu papel delimitado de forma mais clara é o médico. A seguir, aparecem o enfermeiro e o farmacêutico.

6.3 CONTRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESF

A segunda categoria utilizada foi construída através da proposta de inclusão do farmacêutico na Saúde da Família e das atribuições deste profissional junto às equipes. De um modo geral, todos os entrevistados sinalizaram que a proposta de

inclusão do profissional farmacêutico na ESF poderá trazer grande benefício, por reconhecerem que há lacuna a ser preenchida pela ESF, quanto ao acesso da população aos medicamentos.

[...] Importantíssimo. Há uma lacuna na equipe. Diagnóstico e a utilização de medicamentos pelos usuários. (M1)

[...] Excelente idéia. (M2)

[...] Apoiar as equipes na atenção aos pacientes buscar orientação e dispensação dos medicamentos e auxiliam na orientação para os pacientes. (M3)

[...]O farmacêutico não faz parte da equipe mínima que compõe uma ESF. Pode atuar no NASF, de acordo com a legislação vigente e em outras parcerias com a ESF. (E4)

[...] Excelente, uma vez que agrega valor a ESF. (D1)

[...] Interessante e útil, por favorecer os pacientes com dificuldades de comprar remédios ao buscá-los em locais longes. (T1)

[...] Muito importante, pois as pessoas realmente necessitam de alguns recursos para obter a medicação. (T2)

Neste sentido, Carlos (1997, p. 14), retrata:

Assistência Farmacêutica como um componente da política de medicamentos, que constitui essencial no sistema de saúde, sendo prioritária e imperativa a sua definição, organização e estruturação nos diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase no setor público, no marco da “transformação do novo modelo assistencial de vigilância à saúde”.

Araújo e colaboradores (2008) propõem que a interação do farmacêutico com a equipe de saúde é limitada, pois o tempo deste é preenchido com problemas burocráticos e operacionais. Mas com a inserção na Atenção Básica de Saúde (ABS), sobretudo no PSF, o número de farmacêuticos tende a aumentar, gerando melhores condições para participação em práticas integrais na equipe de saúde e para realizar todas as etapas da AF.

O trabalho em equipe é citado por Silva e Trad (2005) como um dos desígnios mais importantes para a reestruturação do processo de trabalho no PSF, com a possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva. Da mesma forma, Campos (2003) retrata a equipe de saúde como responsável por todos os aspectos

implicados na promoção, prevenção e atendimento à saúde das famílias, e tem por objetivo compartilhar com a comunidade os caminhos e as decisões. Neste sentido, os profissionais envolvidos nessa estratégia devem desempenhar um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de uma atuação completa, a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (SILVA; TRAD, 2005).

Assim, apenas um profissional entrevistado sugere que as atribuições do profissional farmacêutico na ESF podem ser vislumbradas através dos NASFs, e de acordo com a Portaria MS nº 154/2008, devem estar voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial, visando ao acesso e seu uso racional, com vistas a fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico de forma integrada às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.

Segundo esta portaria, deve haver garantia do efetivo acesso ao medicamento e seu uso racional, além de da promoção de ações que disciplinem a prescrição, garantam a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizem a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família. Além disso, o profissional deve: selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços; acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população; subsidiar o gestor, os profissionais de saúde quanto a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida; estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais

da através do treinamento e capacitação de recursos humanos da Atenção Básica/Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2008).

Quando expostos e questionados sobre assistência e atenção farmacêutica, os profissionais não demonstraram ter claro conhecimento sobre esses conceitos. Logo, os profissionais entrevistados foram questionados sobre a proposta de inclusão deste profissional e quais seriam suas contribuições junto às equipes.

Houve consenso quanto à importância do profissional no restabelecimento da saúde do paciente, orientando-o em todos os sentidos quanto ao uso adequado de medicamentos.

[...] Acompanha paciente no uso do medicamento e principalmente para pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos para posologias crônicas. (M2)

[...] Melhor orientação da comunidade quanto ao uso de medicamentos. Facilidade de acesso ao que é, em algumas vezes, necessário para prevenção/tratamento/reabilitação. (E4)

[...] Ampliar a Estratégia de Saúde da Família disponibilizando medicação ao paciente próximo a sua residência, viabilizando o acolhimento. (E1)

[...] Avaliar junto da equipe as prescrições de enfermagem e médicas, as medicações dos programas do PSF determinados pelo Ministério da Saúde. (E2)

[...] Esclarecimento ao paciente quanto ao uso correto do medicamento e contribuir com a equipe, quanto ao medicamento de substituição, quando não houver o medicamento prescrito. (T1)

[...] Com contato direto com o paciente, poderá esclarecer muitas dúvidas no momento da entrega. Porque às vezes é feito muitas perguntas em relação aos efeitos colaterais do medicamento e só mesmo um farmacêutico pode responder. (T1)

[...] Orientação dos profissionais e dos pacientes quanto ao uso correto de medicamento, sua armazenagem, montar esquema para pacientes. Não vejo pontos desfavoráveis. (D1)

A indicação de visitas domiciliares por parte do farmacêutico é preconizada e está disposta nos termos da Portaria GM nº 176/99, para acompanhamento do paciente e sua orientação, além da participação ativa no processo de aumento da sobrevivência dos pacientes cadastrados na ESF e daqueles cadastrados nos

programas de hipertensão e diabetes. Deste modo, desenvolve seu papel numa equipe multiprofissional como participante ativo no processo terapêutico, dividindo e trocando informações sobre o paciente com o médico e outros profissionais envolvidos. Desta forma, através do acompanhamento domiciliar, pode-se aumentar a efetividade do tratamento medicamentoso, concomitante à detecção de PRMs, garantindo ao paciente uma farmacoterapia de qualidade. De acordo com Kerber e colaboradores (2008), na visita domiciliar:

É primordial visualizar a atenção domiciliária como uma atividade que se constitui com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e famílias, e o planejamento de ações visando à promoção à saúde destes e da coletividade. [...] o encontro entre família e trabalhadores, como um espaço ético – abarcando os princípios de autonomia, confiança e co-responsabilidade no processo cuidados à saúde da família (KERBER *et al.*, 2008, p. 490).

Desta forma, Teixeira (2005) considera que um trabalho efetivo de cuidados com a saúde evolui para um trabalho de excelência com os pacientes, uma vez que o acolhimento a estes passa a ser primordial. O mesmo autor enfatiza a necessidade de humanização na atenção básica e inclui o Programa de Saúde da Família como um meio de relacionar afeto, empatia, atendimento, acolhimento, dialogando com os atendimentos feitos na atenção básica. Relata ainda:

As redes de trabalho em saúde [...] podem, assim, também ser pensadas como redes de trabalho afetivo, no sentido de que o essencial nelas é de fato, a criação e a manipulação dos afetos. [...] são redes de produção de afetos, o que, como procurei demonstrar, é a própria produção de redes sociais, de comunidades, de formas de vida, de produção de subjetividades e de sociabilidade (TEIXEIRA, 2005, p. 593 – **grifos nossos**).

Pereira (2008) corrobora esse pensamento, quando enfatiza que na assistência farmacêutica deve haver elementos essenciais, como a educação em saúde e a orientação farmacêutica.

No sentido de garantir o acesso da população a medicamentos essenciais, foram publicadas as portarias GM/MS nº 1.077/99 e GM/MS nº 371/02, destinadas a distribuição de medicamentos essenciais na área de saúde mental e ampliação do

elenco de medicamentos básicos para hipertensão arterial (HA) e *diabetes mellitus* (DM) (BRASIL, 1999; BRASIL, 2002). O acesso a medicamentos considerados essenciais é parte da política de Direitos Humanos à Saúde; entretanto, para garantia deste acesso, tornam-se necessárias medidas como a Utilização Racional de Medicamentos (URM), que compreende financiamento sustentável e adequado, preços acessíveis e sistemas confiáveis de abastecimento (OMS, 2001).

Messeder *et al.* (2005) e Rolim (2008) propõem diminuição de gastos com saúde pública nos municípios, uma vez que a demanda de medicamentos fora das listas básicas pode comprometer os cofres públicos, devido aos processos judiciais existentes. Pelo fato de os pacientes receberem o medicamento e não aderirem ao tratamento, podem ocorrer desperdício, automedicação e polifarmácia.

Rozenfeld (2003) relata que a polifarmacoterapia favorece o descumprimento da farmacoterapia e favorece interações medicamentosas, proporcionando, assim, gastos excedentes com medicamentos.

6.4 ASPECTOS QUE FACILITAM E DIFICULTAM A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ESF

Dentro da proposta de inserção desse profissional junto às equipes, a terceira categoria foi criada a partir do questionamento sobre se haveria dificuldades ou não para a possível contribuição do farmacêutico na ESF. Os profissionais entrevistados poderiam citar, caso reconhecessem, quais seriam os pontos favoráveis e desfavoráveis a esta proposta. As expressões foram as mais variadas possíveis, refletindo questões políticas, falta de espaço físico e também, como bem citado, a

pouca capacidade da comunidade para entender a lógica de funcionamento do PSF. No entanto, em nenhuma das falas foi possível observar uma real dificuldade desta inserção, que em sua maioria aborda as possibilidades de contribuições do farmacêutico na equipe, e não as dificuldades para sua inserção de forma clara.

[...] Não vejo dificuldade... facilitaria a adesão ao tratamento por parte dos pacientes. (M1)

[...] Pouca compreensão inicial, por parte da comunidade no que se refere somente a entrega de medicamentos protocolados da atenção básica [...] os profissionais tem um árduo trabalho de educação á realizar [...]. (E4)

[...] Sim. Espaço físico. (E1)

[...] Sim, por conta do governo, junto à prefeitura. (T1)

[...]Acho que não, tem que trabalhar juntos para o bem da comunidade. (M3)

[...] Sim, a maior dificuldade seria a aprovação dessa categoria na equipe de saúde da família, pois diversas outras categorias, estão tentando a inclusão oficial e ainda não conseguiram. (E1)

Nesse contexto, a discussão está centrada nas dificuldades de inserção do farmacêutico nas Equipes de Saúde da Família e de que forma a educação dos profissionais de saúde possa conduzir a transformações do trabalho no setor saúde, para que o serviço e o processo de trabalho sejam considerados lugar de apropriação de conhecimentos, atuação crítica, reflexiva, propositiva e tecnicamente competente. A equipe de saúde não possui, em sua composição, o farmacêutico. A composição das equipes vem sofrendo alterações ao longo do programa (BRASIL, 1997).

A realidade encontrada na USF de Jardim Gramacho em Duque de Caxias não favorecia a prática farmacêutica por alguns motivos. O primeiro deles está relacionado com a Política Nacional de Medicamentos, que visa à reorientação da Assistência Farmacêutica, a fim de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Logo, torna-se necessária

adoção de algumas diretrizes, entre elas, a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária, entendida como parte importante do sistema de saúde e componente necessário para a efetivação dos princípios dos SUS. Da mesma forma, a Política de Assistência Farmacêutica ainda não permeia, em todas as suas etapas e no âmbito da Atenção Primária, a presença do farmacêutico. Deste modo, a chegada e a inserção desse profissional podem ser dificultadas pela falta de referencial do farmacêutico no serviço, pois ainda não existe um papel claro e definido sobre competências e limites da atuação farmacêutica, por serem pouco difundidas e incipientes as experiências do farmacêutico na Atenção Primária e na ESF (BRASIL, 2001).

Assim sendo, a perspectiva é que com a promulgação da Portaria nº 698/06, que prevê recursos financeiros federais para os serviços farmacêuticos na Atenção Primária, os municípios se sintam incentivados a contratar farmacêuticos para atuar inclusive nas USF (BRASIL, 2006). Isso certamente incentivará a profissão farmacêutica a construir referenciais de prática no âmbito da Atenção Primária.

O segundo motivo importante está relacionado ao fato de que, embora a dinâmica das unidades de saúde ainda esteja centrada no atendimento médico, nos programas de saúde e nos medicamentos, não existe espaço físico próprio para a farmácia na maior parte das USFs do município. Os medicamentos são armazenados em armários localizados geralmente na sala da coordenação da unidade e ou nos consultórios, o que prejudica as ações que proporcionem melhor efetividade para o devido controle de estoque, armazenamento e dispensação. Não há ações sistemáticas referentes a validade e consumo médio mensal, o que repercute num precário gerenciamento, incidindo em custos para o município.

Deste modo, questões ligadas a medicamento na USF são requisitos iniciais para a construção das práticas em saúde do farmacêutico que de forma alguma possam ser discordantes da realidade da população. Essa realidade permeia várias morbidades, diferentes e complexas: questões sociais, políticas, econômicas e culturais e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Mediante o exposto, outros desafios que surgem são: se o farmacêutico pode ficar alheio à realidade e dinâmica da comunidade, considerando a riqueza e diversidade cultural; e segundo, se as questões ligadas ao medicamento podem ser tratadas de forma reducionista, sem levar em conta todas as configurações que o medicamento assume.

A Atenção Farmacêutica pode ser classificada em duas modalidades: a Atenção Farmacêutica Global e a Atenção Farmacêutica de Grupos de Risco (doentes crônicos, idosos, pacientes em polimedicação). No entanto, em ambas é imprescindível uma reorientação da assistência farmacêutica, a fim de convencer o paciente a participar, junto com o farmacêutico, do Programa de Atenção Farmacêutica e dos benefícios que este poderá trazer para uma melhor qualidade de vida. O farmacêutico deverá utilizar habilidades técnicas em comunicação para estabelecer uma relação terapêutica com o paciente, que se caracteriza por confiança e trabalho em conjunto, com o objetivo de prevenir, identificar e resolver os possíveis problemas derivados do tratamento (DADER; ROMERO, 1999).

Rolim (2008) relata que a não-adesão à prescrição é acarretada pelo fato de muitos pacientes não seguirem corretamente a mesma, causando ineficácia da farmacoterapia, que se reflete na falta de orientação ao paciente prestada na entrega do medicamento, o que poderá resultar na não-adesão ao tratamento farmacológico. Logo, até mesmo no setor público, para uma efetiva AF, devem ser

utilizados como ferramentas recursos pedagógicos que proporcionem exercícios de educação em saúde humanizados, garantindo compromisso, envolvimento e comprometimento profissional a uma farmacoterapia adequada (ROLIM, 2008).

Em linhas gerais, talvez o novo período da profissão farmacêutica aconteça quando os profissionais ligados à ESF, quer seja na ponta e ou no nível central, estejam mais próximos ao farmacêutico (e vice-versa), vendo-o como um profissional que pode prestar uma assistência de qualidade. No entanto, para pôr em prática uma abordagem ampliada e segura como esta, precisamos adquirir conhecimentos e habilidades de outras ordens, diferentes das que temos vivenciado, o que poderá diminuir as dificuldades para tal inserção.

Um único profissional, enfermeiro, percebeu dificuldades na inserção do farmacêutico na ESF. Oliveira e colaboradores (2005) relataram que, em Curitiba, a implantação da Atenção Farmacêutica em farmácias comunitárias enfrenta obstáculos, que vão desde problemas relacionados ao vínculo empregatício, insegurança por parte dos farmacêuticos, decorrente de ausência de tempo para se dedicarem ao atendimento, e alta carga de trabalho.

CONCLUSÕES

Este trabalho buscou compreender a percepção dos profissionais do PSF quanto a inserção, atuação e contribuições dos farmacêuticos junto às equipes da ESF.

Na Unidade do PSF de Jardim Gramacho, a concepção da assistência farmacêutica ainda é vista de maneira limitada e extremamente superficial. Todos os entrevistados de nível superior, sejam médicos, enfermeiros ou dentistas, quando questionados sobre o papel do farmacêutico no PSF, de modo geral acreditam que o farmacêutico pode atuar apenas nas questões que envolvem armazenamento e distribuição dos medicamentos (técnico-gerenciais), e demonstram pouco conhecimento sobre suas atribuições profissionais, tanto da visão técnico-gerencial como técnico-assistencial.

Dentre os quatro dentistas entrevistados, somente um conhecia a profissão, por ter um irmão que é farmacêutico e que atua na rede pública. Os demais pouco ou nada sabiam sobre a profissão farmacêutica e qual seria seu papel no SUS e na ESF. As técnicas de enfermagem entrevistadas desconheciam totalmente as atribuições do farmacêutico no SUS e na ESF.

Observa-se que, as USFs não apresentam uma estrutura organizacional com espaço destinado para implantação de uma farmácia comunitária, bem como uma real percepção dos profissionais da equipe do PSF quanto à contribuição do farmacêutico. Diferentemente de outras unidades, a de Jardim Gramacho possui estrutura organizacional e espaço para adequação de uma farmácia comunitária.

Durante a exposição, esclarecimento e diferenciação entre assistência farmacêutica e atenção farmacêutica, houve consenso de todos entrevistados

quanto à importância desse profissional na orientação ao uso adequado dos medicamentos. Reconhecem superficialmente o farmacêutico como o profissional cuja função é esclarecer o paciente e auxiliar as equipes quanto a forma de uso e posologia de medicamentos, orientando-os para a observação de possíveis reações adversas, proporcionando os melhores resultados com o uso dos medicamentos.

Logo percebemos que os profissionais entrevistados não reconhecem suficientemente a importância da inserção do farmacêutico na equipe e pouco conhecem sobre suas possíveis contribuições. No processo de transformação do modelo assistencial e criação do PSF, cuja finalidade é modificar os serviços prestados na atenção à saúde no SUS, o trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da família como foco de atenção básica apresentaram benefícios para a saúde da população, por meio do acompanhamento regular dos pacientes e da interação da equipe de profissionais, que ultrapassam o cuidado individualizado focado na doença.

Em Jardim Gramacho, nota-se a necessidade que os profissionais das equipes dessa unidade têm da presença do profissional farmacêutico no PSF como parte da equipe multiprofissional.

Apesar de os profissionais entrevistados não reconhecerem suficientemente a importância da inserção do farmacêutico na equipe e pouco conhecerem sobre suas possíveis contribuições, eles assinalam que a inserção desse profissional poderá trazer benefícios tanto para a equipe, quanto aos pacientes, por proporcionar informações sobre os medicamentos como instrumento transformador de uma nova concepção de assistência na promoção, e sobretudo, recuperação da saúde, tendo o medicamento como foco principal. Contribuiria, assim, para uma maior adesão dos usuários do sistema e efetividade dos tratamentos, podendo amenizar os PRMs,

diminuir as complicações causadas pela não-adesão ao tratamento e auxiliar aos médicos e demais membros da equipe no atendimento ao paciente assistido no PSF.

A autora da presente dissertação, após esta pesquisa ser conhecida e autorizada pela Secretaria de Atenção Básica de Duque de Caxias, participou de alguns encontros do Conselho de Saúde, quando foi discutida a necessidade de implementação de farmácias comunitárias no PSF e reforçada a importância desse profissional como um ganho para a ESF. Estruturou-se, assim, o primeiro pólo de farmácia comunitária no PSF no município de Duque de Caxias, abrindo espaço para a implantação de um projeto chamado Pró-Saúde.

Nesse sentido, cabe destacar que, através do Ofício nº 103 do Ministério da Saúde, foi feito convite às escolas de saúde a atenderem ao edital do Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), que a partir de então acrescentaram a Farmácia e outras profissões de saúde no programa, como um incentivo ao aprofundamento da formação na área de Atenção à Saúde (BRASIL, 2008). O Pró-Saúde tem como objetivo:

[...] a construção ou aprofundamento da integração ensino serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população (BRASIL, 2008, p. 2).

Na área técnico-gerencial, o profissional farmacêutico se torna imprescindível no planejamento e execução das etapas de seleção, programação, armazenamento e dispensação, diminuindo o custo dos tratamentos. A inserção do farmacêutico na ESF poderá contribuir para a materialização da integralidade e da equidade no cuidado à saúde, além da redução dos custos referentes a medicamentos e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Existem dificuldades para a implantação de serviços de Atenção Farmacêutica em nosso país, que vão desde deficiências na formação profissional, por terem um perfil excessivamente tecnicista; até a escassez de cursos de educação continuada na área clínica e de atenção farmacêutica. Apesar dos avanços, a farmácia comunitária ainda não é vista como um estabelecimento de saúde que possa contribuir para um aumento da efetividade no sistema. Logo, não se pode desconsiderar o discurso que represente não somente uma mudança na operacionalização da atividade farmacêutica, mas também uma importante mudança de paradigma sobre o modo de atuação desse profissional, que deveria incorporar uma nova visão clínica e humanística.

Entretanto, ainda há ausência de reconhecimento social e pouca inserção na equipe multiprofissional de saúde. A realidade do farmacêutico, no Brasil, é que este não é visto pela população e demais profissionais da saúde como profissional referencial de saúde na farmácia comunitária. Desta forma, todas as atividades implementadas nessa unidade, de assistência e atenção farmacêutica, poderão servir como piloto para outros três pólos que o município pretende estruturar. Pode-se dizer que os objetivos propostos neste trabalho – apontar a contribuição do farmacêutico na equipe multidisciplinar no atendimento ao paciente assistido no PSF, identificar e avaliar os aspectos facilitadores e obstaculizadores da prática do farmacêutico na ESF foram alcançados.

Vislumbra-se, num futuro próximo, a inserção do farmacêutico na ESF através da contratação deste para composição dos profissionais que comporão a equipe do NASF no Município de Duque de Caxias, minimizando talvez os pontos citados como obstaculizadores de tal inserção.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.L.A. *et al.*. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13 (sup), p. 611-617, 2008.

ARAÚJO, M.F.S. O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa-PB. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 9, set. 2005, p. 1-15. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/caos>>. Acesso em: 10 set 2009.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BISSON, M.P. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. São Paulo: Medfarma, 2003.

BRANDÃO, A.; RANGEL, P.. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Portaria cria Grupo de Trabalho para definir atuação do farmacêutico no PSF. **Pharmacia Brasileira**, mar-maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade qualificação da Estratégia Saúde da Família**. (Documento Técnico). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Cadernos de Atenção Básica PSF**. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica 2005, Brasília. **Relatório final**: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica 1, 2003, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Conferência Sérgio Arouca. In: Conferência Nacional de Saúde, 12, 2003, Brasília. **Relatório final...** Brasília, 7 a 11 dez 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pnaf.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 4 fev. 2008.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1, n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Seminário Nacional sobre Política de Medicamentos, Assistência Farmacêutica**: acesso aos medicamentos e qualidade de vida: rumos e perspectivas no Brasil. In: Conferência Nacional de Saúde 10, 1996, Brasília; Brasília: CNS, 1996.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS 7). Brasília: CONASS, 2007. 186p.

_____. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: proposta Adriana Mitsue Ivama... [et al.]. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002, 24p.

_____. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/3665958/PORTARIA-15408-NASF>>. Acesso em: 10 out 2008.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 25 set 2007.

_____. **Diretrizes operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Medicamentos. **Carta de Brasília**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 nov. 2008.

_____. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. (Série Pactos pela Saúde 2006b; v. 4). 4 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. **Portaria GM nº 1.077/99**, de 24 de agosto de 1999. Aprova o Programa para a Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/upload/cib/resolucao/13-06-2008_rescib04299.doc>. Acesso em: 10 out 2008.

_____. **Portaria GM nº 371/02**, de março de 2002. Instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização. Disponível em: <www.mp.sc.gov.br/.../portaria%20gm%20n%2037102%20%20hipertensos%20e%20diabeticos>. Acesso em: 10 out 2008.

_____. **Portaria GM/MS nº 1956**, de 23 de agosto de 2006, republicada em 25 de agosto de 2006. Institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(d).

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial MS/ME nº 3.019**, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação da área da saúde. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/.../2007>>. Acesso em: 10 out 2008.

_____. **Portaria MS nº 362**, de 27 de fevereiro de 2008. Aprova incentivo financeiro para apoio as ações de assistência farmacêutica no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <saude.gov.br/.../saude/profissional>. Acesso em: 10 out 2008.

_____. **Portaria nº 176**, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivoassitfarm.pdf>>. Acesso em: 10 out 2008.

_____. **Portaria nº 3.916/GM**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, nº 215-E, Seção 1, p. 18-22, de 10 nov. 1998.

_____. **Portaria nº 176**, de 08 de março 1999. Política de. Medicamentos. Brasília DF, outubro 1998. Diário Oficial da União, mar. 1999.

_____. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. O Ministro de Estado da Saúde, 1997. 1997: O "Ano da Saúde no Brasil". Ações e metas prioritárias. Brasília: MS, 1998. Disponível em: <www.mp.ba.gov.br/atuacao/.../portaria_federal_3916_GM_98>. Acesso em: 10 out 2008.

_____. **Portaria nº 399/GM**. Divulga o pacto pela saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União 23 fev. 2006(b).

_____. **Portaria nº 698/GM**, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-698.htm>>. Acesso em: 10 out 2008.

_____. **Programa Multiplica SUS**: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. (Série D - Reuniões e Conferências). 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Reorganização das ações de saúde bucal em atenção básica**. Informe 7, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe7.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2009.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006(c).

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

BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; PETUCO, D.R.S. Convivendo com Agentes de Transformação: a Interdisciplinaridade no Processo de Ensino/Aprendizagem em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 32-38, jan/abr 2006.

CAMPESE, M. **Ensino Farmacêutico no Brasil**: do currículo mínimo às Diretrizes Nacionais Curriculares. 2005. 116f. Monografia (Especialização em Infecção Hospitalar) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569- 584, mar/abr. 2003.

CAMPOS, G.W.S. Paideia e modelo de atenção à saúde: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, 2003.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Ed.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p. 229-266, 1997.

CAMPOS, M.A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **J Bras Psiq.**, v. 41, n. 6, p. 255-257, 1992.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARLOS, I.C.C. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: BONFIM, J.R.A.,MERCUCI, V.L. (Ed.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, p. 107, 1997.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CIPOLLE, D.J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P.C. **El ejercicio de la atención farmacéutica** Madrid: Interamericana, p. 1-36, 2000.

_____. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Tradução Denise Borges Bittar; Revisão técnica: Arnaldo Zuboli. Brasília: Conselho Regional de Farmácia, 2006. 396p.

COMITÉ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). **Ars Pharm.**, Granada, v. 48, n. 1, p. 5-17, 2007.

COSTA; E.M.A.; CARBONE, M.H. **Saúde de Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COTTA, R.M.M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

DADER, M.J.F.; ROMERO, F.M. La atención farmacéutica em farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta em marcha. **Pharmaceutical Care España**, n. 1, p. 52-61, 1999.

DUPIM, J.A.A. **Assistência Farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: SEGRAC; 1999.

ERNST, F.R.; GRIZZLE, A.J. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. **Journal of American Pharmaceutical Association**, [S.l.], v. 41, p. 192-9, 2001.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, M.J.; MARTIN, C.. **Análisis de la literatura sobre Pharmaceutical Care: 10 años**. Granada: Universidad de Granada, 2001.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15 ed., Rio de Janeiro: Graal; 2000.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 345-53, 1999.

GIL, C. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490, mar/abr. 2005.

GUARDA, F.. **Comparação do perfil sociodemográfico e motivação de médicos do PSF que atuam no serviço público de dez municípios da Região Metropolitana do Recife**. Recife: CPqAM/Fiocruz, 2009.

HEPLER, C.D. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. **Am J Pharm Educ**, n. 51, p. 369-85, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatística dos Municípios**. Rio de Janeiro: IBGE: 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: DATASUS. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 26 julho 2009.

IVAMA, A M; *et al.* **Consenso de Atenção Farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002, 24p.

KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A.L.C.; VAZ, M.R.C. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 485-493, mar 2008.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar/ago 2005.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M.H. *et al.* **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 244p.

MACHADO, M.H. (Coord). **Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/DAB-MS, 2000.

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

MARTINES, W.R.V.; CHAVES, E.S. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MEDEIROS, C.R.G. *et al.*. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p. 71-112, 1997.

MERLEAU-PONTY, M.. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes; 1994.

MESSEDER, A.M. *et al.*. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, mar-abr 2005.

MIKEAL *et al.*. Quality of pharmaceutical care in hospitals. In: CIPOLLE, J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006.

MIL, V.F. Atencion Farmacêutica em farmácia comunitária em Europa, retos y barreras. **Pharmaceutical Care**. Espanha, fev. 2000. Disponível em: <<http://www.pharmaceutical-care.es/esp/2000/resumen/sum.htm>>. Acesso em: 30 maio 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O.. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 237-248, 1993.

NOGUEIRA, R.P. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002. (Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde).

OLIVEIRA, A.B.; MIGUEL, M.D.; ZANIN, S.M. **Obstáculos da Atenção Farmacêutica no Brasil**. Rev. Bras. Ciên.Farm.qual o tema. Visão Acadêmica, v. 3, n. 2, p. 109-117, 2002.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. PSF: experiência da equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil**: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002. Oficina de Trabalho. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/index.cfm>>. Acesso em: 10 out 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. OMS. **Termo de referência para a reunião do grupo de trabalho: interface entre atenção farmacêutica e farmacovigilância**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/rn2507.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório da Oficina de Trabalho Atenção Farmacêutica no Brasil “Trilhando Caminhos”**. Brasília: OPAS, 2001.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation methods**. Beverly Hills: Sage, 1986.

PEDUZZI, M.. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 254p. 1998. Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, L.R.; FREITAS, O.. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** [online], v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

PERETTA, M.; CICCIA, G.. **Reengenharia farmacêutica: guia para implantar atenção farmacêutica**. Brasília: Ethosfarma, p. 45-64, 2000.

PESTANA, M.I. **A Polissemia da noção de competência: uma análise do conteúdo do discurso do setor público sobre gestão, avaliação e certificação de competências**. 139 p. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

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

ROCHA, C.H. *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13 supl, p. 703-710, abr. 2008.

ROLIM, R. A.. Atenção farmacêutica: um processo educativo. **Infarma**, v. 20, n. 3/4, 2008.

ROMANO-LIEBER, N.S. *et al.* Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1.499-1.507, 2002.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Family health program: the construction of a new care model. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 01 out. 2008.

ROZENFELD, S.. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, maio-jun, 2003.

SAAR, S.R.C.; TREVIZAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, jan-fev 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 01 out 2008.

SANTOS, J.S. O impacto do farmacêutico no PSF. **Pharmacia Brasileira**, mar-maio 2005.

SANTOS, M.R.C. **Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino**. Ribeirão Preto: Holos, p. 55-57, 1999.

SCHERER, M.D.A. *et al.*. Rupturas e resoluções de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia de saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev. 2005.

SCHIFFMAN, L.; KANUK, L.. **Comportamento do consumidor**. 6 ed., São Paulo: LTC Editora, 2000.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev.2005.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro de Informação Científica e Tecnológica, 2007.

SOARES, J.C.R.S. **As políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica para o SUS**. Niterói, MSC/UFF, 2002.

SOUZA, A.C. **Em tempos de PSF...** Novos rumos para atenção em saúde mental?. 164p. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

STIVAL, B.; PACHECO, R.D.; MARCOLINO, V.A. A inserção do farmacêutico no Programa Saúde da Família: uma proposta de estágio da UNINGÁ. **Arq Mudi.**, v. 11, supl 1, p. 175, 2007.

STRAND, L.M.; HEPLER, C.D. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm**, n. 47, p. 533-543, 1990. Disponível em: <http://www.pharmaceuticalcare.es/esp/1999/n1/pdf/p007.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

TECHNICAL INSTITUTIONAL REPORTS. Política Nacional de Medicamentos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 206-9, 2000. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 01 out. 2008.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida. In: TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev. Socierj**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

VILABOL. **Estudo de caso fundamentação teórica**. Disponível em: <<http://mariaalicehof5.vilabol.uol.com.br/>>. Acesso em: 29 julho 2009.

VILASBOAS, A.L. (Org.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, p. 59-78, 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TOMASI, E. *et al.*. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s193-s201, 2008.

TRIVIÑOS, A.N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEB, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rational Use of Medicines by Prescribers and Patients**. Executive Board. 115th Session. Provisional Agenda item 4.14. 16 December 2004.

ANEXOS

ANEXO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTAS

QUESTIONÁRIO

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA E DO ENTREVISTADO

- Sexo: F () M ()
- Idade:
- Ano de formatura:
- Local de Formatura:
- Outras qualificações:
Especialização () Mestrado () Doutorado () Outros () Qual?
- Tempo de atuação na profissão:
- Tempo de atuação no PSF:
- Outras áreas de atuação pregressa e/ou concorrente S () N () Qual?

2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O que você sabe (conhece) sobre a profissão de farmacêutico?
2. Qual o papel do farmacêutico no SUS?
3. E na Estratégia da Saúde da Família?
4. O que você acha da proposta da inclusão do farmacêutico na saúde da família?
5. Quais as atribuições deste profissional junto às equipes? Qual seria essa contribuição?(pontos favoráveis e desfavoráveis)
6. Haveria dificuldades para essa possível contribuição?
7. Em caso afirmativo, quais seriam essas dificuldades?

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Estácio de Sá
Curso de Mestrado em Saúde da Família
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Riachuelo 27, 6º andar, Lapa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Parabéns,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa cujo título é: Novos Caminhos na Estratégia da Saúde da família: a inserção do farmacêutico na equipe. Sua participação é importante, mas não obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar, sabendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os profissionais, centro de saúde, ou na qualidade do atendimento.

O objetivo principal desta pesquisa é analisar a percepção dos profissionais da equipe PSF quanto o papel do farmacêutico no cotidiano da ESF.

Asseguramos que as informações obtidas serão confidenciais, sendo manipuladas somente pelo grupo de pesquisadores. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de outras pessoas entrevistadas. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional e não será remunerada. A coleta de dados visa contribuir para o aprimoramento do referido programa.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las através de contato telefônico com o pesquisador responsável (7847-6946), ou ainda pessoalmente, no endereço. Rua Riachuelo 27, 6º Andar, Lapa às sextas-feiras, em horário comercial, até, data do término da pesquisa.

.....
Pesquisador responsável
simoneherdy@hotmail.com
Telefone: 9859 - 0392

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

.....
Entrevistado

Documento de identificação:

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](#)