

Érica Tie Miai

Farmacêuticos na Atenção Básica:
um estudo na Coordenadoria Regional de Saúde Leste
da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, SP

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva da Coordenadoria de Recursos
Humanos da Secretaria de Estado da
Saúde de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Érica Tie Miai

Farmacêuticos na Atenção Básica:
um estudo na Coordenadoria Regional de Saúde Leste
da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, SP

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cezira Fantini Nogueira Martins

São Paulo
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde

Miai, Érica Tie

Farmacêuticos na Atenção Básica: um estudo na Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, SP./ Érica Tie Miai. São Paulo, 2013.

81p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Cezira Fantini Nogueira Martins

1 Farmacêuticos 2. Atenção Básica 3. Assistência Farmacêutica I.
Título.

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe Mitsuco Miai e ao meu pai Yoso Miai que, com sabedoria, humildade e dignidade, me apoiam e incentivam em todos os momentos e compartilham comigo essa conquista; à minha sobrinha Júlia Kaori e meu sobrinho Gabriel Tomohiro, que me motivam a trabalhar por um mundo melhor...

Agradecimentos

A Deus, presente em todos os momentos, guiando minhas ações, protegendo minha caminhada e fortalecendo minha fé no futuro;

Aos meus antepassados, que me inspiram a acreditar que a vida deve seguir em constante evolução;

A toda minha família, em especial aos meus pais, sobrinhos, irmãs, cunhados e primos, pela compreensão, apoio e permanente incentivo;

À Profa. Dra. Maria Cezira Fantini Nogueira Martins, pela disponibilidade irrestrita, carinho, motivação e paciência com que me acompanhou e orientou. Sua visão, experiência e ensinamentos me nortearam em todos os momentos;

A Marta Pozzani Calixto de Jesus, pelo apoio e incentivo apesar de todos os percalços no nosso cotidiano de trabalho;

Às amigas e amigos que estiveram presentes desde o princípio. Obrigada pelas manifestações de carinho e incentivo;

Aos docentes da Pós-Graduação, pelos importantes ensinamentos;

Aos amigos discentes da Pós-Graduação, pelo compartilhamento grupal de alegrias, conhecimentos, experiências e conquistas;

Às Profas. Dras. Daniela Oliveira de Melo, Maria de Lima Salum e Moraes, Sonia Lucena Cipriano e Tereza Setsuko Toma, pelo tempo dedicado à apreciação deste trabalho e pela generosidade nas preciosas contribuições;

A Carmen Paulenas e demais funcionários da Biblioteca, pelas orientações;

A Tania e Valéria, secretárias da Pós-Graduação, por toda atenção, carinho e suporte em vários momentos;

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Coordenadoria Regional de Saúde Leste, Supervisões Técnicas de Saúde e Organizações Sociais Santa Marcelina e SECONCI, que possibilitaram a realização da pesquisa;

Aos entrevistados, por compartilharem seus conhecimentos, cotidiano e vivências;

Finalmente, a todos – em especial, Dr. Henrique Sebastião Francé, Dra. Harue Ohashi e Dr. José da Silva Guedes – que contribuíram para a minha formação como trabalhadora do Sistema Único de Saúde e cujos ensinamentos me motivaram a chegar até aqui e me incentivam a seguir em frente.

Epígrafe

"Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos."

(Paulo Freire)

RESUMO

Introdução: No município de São Paulo vem ocorrendo, a partir de 2006-2007, aumento significativo do número de farmacêuticos nas unidades de saúde, admitidos por concurso ou por contratação pelas Organizações Sociais. Esse novo cenário ainda é pouco conhecido e estudado. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos farmacêuticos responsáveis pela coordenação da Assistência Farmacêutica – de diversos âmbitos da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – a respeito das atividades dos farmacêuticos que trabalham nas unidades de saúde da Atenção Básica. **Método:** Foi adotada a abordagem qualitativa de pesquisa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com onze farmacêuticos, para conhecer suas percepções a respeito das características da rotina dos farmacêuticos nas unidades da Atenção Básica, e de suas necessidades e possibilidades de aprimoramento. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas com a técnica da análise temática de conteúdo. **Resultados:** Foram encontradas as seguintes categorias: A. As demandas e a rotina; B. Os recursos humanos; C. Os perfis e as preferências; D. O trabalho em equipe; E. A questão da formação; F. A participação em programas; G. As especificidades das Organizações Sociais de Saúde; H. A comunicação entre a coordenação técnica e o nível local; I. As necessidades e possibilidades de aprimoramento profissional. **Considerações Finais:** A pesquisa apontou que a profissão farmacêutica está em uma etapa de construção de identidade na Atenção Básica, tendendo a caminhar para seu aperfeiçoamento, no sentido de atender às necessidades e interesses dos pacientes e dos trabalhadores da saúde, com foco na promoção do uso racional, adesão ao tratamento e identificação/manejo dos problemas relacionados ao uso dos medicamentos. **Potencial de aplicabilidade:** Para a melhoria da Assistência Farmacêutica na região estudada, há necessidade de: atingir a meta de, pelo menos, um farmacêutico em cada unidade; promover sua inserção nas equipes; melhorar a infraestrutura das farmácias; investir em atividades de capacitação e avaliação dos recursos humanos. No sentido de promover a capacitação de recursos humanos, considera-se como ator privilegiado a Escola Municipal de Saúde, especialmente o Grupo Técnico de Educação Permanente em Saúde – CTEPS e seus Núcleos Regionais. Nessa medida, os resultados deste estudo serão apresentados e discutidos junto ao Núcleo de Educação Permanente da Coordenadoria de Saúde Leste, para possíveis encaminhamentos na região.

Palavras chave: farmacêutico; atenção básica; assistência farmacêutica.

ABSTRACT

Introduction: In the city of São Paulo, from 2006-2007, there has been significant increase in the number of pharmacists in health units, accepted either by tender or by hiring through Social Organizations. This new scenery is poorly known and studied. **Objective:** To understand the perceptions of the pharmaceutical assistance coordinators – from many sectors of the City Health Office – on the activities of pharmacists working in primary care units. **Methods:** We adopted a qualitative research approach. Semi-structured interviews were conducted with eleven supervisors, in order to know their perceptions regarding the characteristics of the routine of pharmacists in the context of primary care, and their needs / opportunities for improvement. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using the technique of thematic content analysis. **Results:** From the analysis procedure, the following categories emerged: A. the demands and routine; B. human resources; C. the profiles and preferences; D. teamwork; E. the formation issue, F. participation in programs; G. the specificities of Social Organizations, H. communication between technical coordination and local staff; I. the professional needs and possible improvements. **Final Remarks:** The study has pointed out that the pharmaceutical profession is building its identity within primary care services. Improvement of pharmaceutical activity is sought by attending the needs and interests from healthcare workers, with focus on rational medication use, adherence to treatment and identification/managing medication-related issues. **Applicability potential:** The study has shown that, for the improvement of pharmaceutical services in the region studied, there is need to: increase the number of pharmacists to at least one in each unit; promote the pharmacist's insertion into healthcare teams; improve infrastructure; invest in training and evaluation of human resources. In order to promote training activities to human resources, a pivotal role is played by the City Health School, especially the Technical Group of Permanent Health Education (TGPHE) and its regional cores. Within this framework, results from the present study will be presented and discussed in Permanent Education Center of the East Health Coordination, aiming at possible actions in the region.

Keywords: pharmacist; primary care; pharmaceutical assistance.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
1.1. Breve histórico da prática farmacêutica.....	08
1.2. Assistência Farmacêutica.....	11
1.3. Atenção Básica.....	18
2. JUSTIFICATIVA.....	26
3. OBJETIVOS.....	28
4. MÉTODO.....	29
4.1. Contextualização.....	29
4.2. Tipo de estudo.....	32
4.3. Amostra.....	33
4.4. Instrumento.....	34
4.5. Análise dos dados.....	35
4.6. Aspectos éticos.....	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5.1. As demandas e a rotina.....	37
5.2. Os recursos humanos.....	41
5.3. Os perfis e as preferências.....	44
5.4. O trabalho em equipe.....	46
5.5. A questão da formação.....	49
5.6. A participação em programas.....	52
5.7. As especificidades das Organizações Sociais.....	55
5.8. A comunicação entre a coordenação técnica e o âmbito local.....	57
5.9. As necessidades e possibilidades de aprimoramento profissional....	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E POTENCIAL DE APLICABILIDADE.....	66
Referências	71
Apêndices	77
Anexo	79

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, os modelos tecnológicos em saúde que precederam o SUS levaram a um afastamento do farmacêutico em relação aos pacientes, pois não era prevista a sua participação na equipe de saúde; além disso, o medicamento não era considerado insumo estratégico (PEREIRA e FREITAS, 2008). No final da década de 1980, teve início a implantação do SUS, baseada nos princípios de integralidade, acesso universal e gestão democrática. Este foi o primeiro modelo a definir a Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos como parte integrante das políticas de saúde, possibilitando ao farmacêutico não só participar de maneira efetiva da saúde pública, mas também desenvolver formas específicas de tecnologia envolvendo os medicamentos e seus desdobramentos na prestação de serviços relacionados à saúde (MARIN et al., 2003; ARAÚJO, et al., 2005; PEREIRA e FREITAS, 2008).

No âmbito da Atenção Básica (AB), o número pouco expressivo de farmacêuticos resultava em um vácuo no que diz respeito à sua contribuição para a promoção, prevenção e tratamento de saúde e à atenção contínua de indivíduos, famílias e comunidades (VIEIRA, 2007). Para fazer frente a essa realidade, no município de São Paulo, a partir de 2006/2007, o ingresso de farmacêuticos, que até então era realizado apenas por concurso público, também passou a ser feito por contratação pelas organizações sociais (OS), conforme plano de trabalho nos contratos de gestão e convênios.

É dentro desse contexto que se situa a presente pesquisa, cuja proposta é conhecer a assistência prestada pelos farmacêuticos, nas Unidades Ambulatoriais (UBS, AMA, Ambulatório de Especialidades, CAPS)¹ da AB, nesse novo panorama de aumento do número de profissionais.

¹UBS – Unidade Básica de Saúde; AMA – Assistência Médica Ambulatorial; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

1.1. BREVE HISTÓRICO DA PRÁTICA FARMACÊUTICA

O papel tradicional do farmacêutico, também chamado de boticário, que era considerado o “mestre” na arte de desenvolver e manipular medicamentos, fornecendo orientações sobre o uso dos mesmos, foi sendo substituído, a partir da 2ª Guerra Mundial, por atividades de natureza técnica e industrial, decorrentes do desenvolvimento da indústria farmacêutica. Não houve mais espaço para a arte individual do boticário, que desenvolvia uma relação de intimidade com a comunidade, auxiliava e amparava nos momentos de dor, ouvia os sintomas, os problemas e as queixas dos que o procuravam, prestava os primeiros socorros e providenciava os primeiros cuidados. O profissional farmacêutico se deslocou para o laboratório industrial ou para a área de análises clínicas, distanciando-se de seu eixo profissional e de seu papel de agente de saúde (MARIN et al., 2003; VIEIRA, 2007; CRF, 2008-2009). Além disso, a farmácia, como estabelecimento de venda de medicamentos, ficou atrelada a esse movimento da indústria farmacêutica, que promoveu a introdução de novos produtos; novas descobertas nas áreas médica e farmacêutica; produção em larga escala; rapidez e facilidade no transporte e na distribuição de mercadorias. Todo esse processo levou também ao aumento da presença de clientes nas farmácias, que passaram a ter horários especiais de funcionamento — mais amplos do que os do comércio tradicional — ampliando o potencial comercial deste espaço, descaracterizando a farmácia enquanto estabelecimento de saúde (CRF, 2008-2009).

Na década de 1960, os farmacêuticos, em meio a uma significativa crise de identidade profissional, reagiram a essa situação, fazendo nascer a prática da Farmácia Clínica². A prática farmacêutica passou a orientar-se para a atenção ao

² **Farmácia Clínica** pode ser definida como toda atividade executada pelo farmacêutico, voltada diretamente ao paciente através do contato direto com este ou através da orientação a outros profissionais clínicos. Esta área não é restrita somente a hospitais, mas inclui também farmácias comunitárias, clínicas privadas, ambulatórios, unidades de saúde e lares de longa permanência.

paciente e o medicamento passou a ser visto como um meio ou instrumento para se alcançar um resultado – paliativo, curativo ou preventivo. A finalidade do trabalho deixou de focalizar o medicamento, enquanto produto farmacêutico, e passou a ser direcionada ao paciente, com a preocupação de que os riscos inerentes à utilização deste produto fossem minimizados.

A Farmácia Clínica caracteriza-se por recolocar o farmacêutico como membro da equipe de saúde, na função de especialista em medicamentos e em farmacoterapia, com uma atuação que visa tornar o uso de medicamentos menos danoso e mais efetivo. Assim, o farmacêutico readquire funções junto à equipe de saúde, prevenindo erros e evitando problemas com o uso dos medicamentos (MARIN et al., 2003; VIEIRA, 2007).

Nas décadas de 1980 e 1990, o paradigma da Farmácia Clínica começa a ser questionado, seja por seus desafios operacionais fora do âmbito hospitalar, seja pelas necessidades surgidas a partir das novas concepções de modelos assistenciais em implantação. Identifica-se a concepção da Farmácia Comunitária³ como espaço operacional da atenção farmacêutica no âmbito dos serviços ambulatoriais. O surgimento desse novo paradigma faz com que o profissional farmacêutico, para enfrentar os novos desafios, desenvolva competências e habilidades técnicas, gerenciais, políticas e cognitivas (MARIN et al., 2003).

Neste período, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conjunto com organizações internacionais farmacêuticas, realizou uma série de reuniões voltadas à definição do papel do farmacêutico na atenção à saúde (MARIN et al., 2003).

Pode ser exercida em qualquer local que possua usuários de medicamentos expostos ao risco de seu uso (MARIN et al., 2003).

³ **Farmácia Comunitária**, segundo a Sociedade Brasileira de Farmácia Comunitária, é todo estabelecimento farmacêutico que atende uma comunidade de população, incluindo principalmente as farmácias e drogarias, seja alopática, homeopática, com manipulação, públicas e privadas. Disponível em <http://www.sbfc.com.br/site/paginas.php?id=8> Acesso em 27/05/2013.

Na primeira, realizada em 1988, em Nova Delhi, foi ressaltada a necessidade de cuidados com a infraestrutura para a assistência farmacêutica, não só no que se refere ao abastecimento de medicamentos, mas, também, no que diz respeito à atenção diária aos pacientes. Nessa reunião, foi destacada a importância da participação do farmacêutico nas equipes de saúde (MARIN et al., 2003).

A segunda, realizada em 1993, no Japão, deu origem a um documento denominado “Declaração de Tóquio”, que abriu espaço sem precedentes para a ampliação da prática farmacêutica. Talvez a maior contribuição desta reunião tenha sido a discussão do conceito de Atenção Farmacêutica⁴, que foi proposto, em 1990, por Hepler e Strand (MARIN et al., 2003).

Em 1997, foi realizada a terceira reunião, em Vancouver, Canadá. Esta reunião tratou, fundamentalmente, da educação farmacêutica e destacou as qualidades fundamentais do farmacêutico (“farmacêutico sete estrelas”) (MARIN et al., 2003; MENDES, 2008; CRF, 2008-2009). Segundo essa proposição, os farmacêuticos deveriam desenvolver as seguintes habilidades:

- ser capaz de trabalhar em equipe;

⁴ **Atenção Farmacêutica** foi definida como sendo: “provisão responsável do tratamento farmacológico, visando alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida do paciente” (HEPLER e STRAND, 1990). Essa filosofia de prática se baseia em três pilares: a visão humanística, a prática focada no paciente e o atendimento integral das necessidades do paciente. A OMS entende atenção farmacêutica como um conjunto de atitudes, comportamentos, compromissos, inquietações, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e destrezas do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente (MARIN et al., 2003). O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde (MS), entre outros. Nesse encontro, foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica: “*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 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*” (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002).

- ter agilidade para tomar decisões;
- ser comunicativo;
- ser líder;
- ser capaz de desenvolver atividades gerenciais;
- ter motivação e disponibilidade para instruir-se permanentemente;
- ser promotor de ações educativas.

Na quarta reunião, realizada em Haia, Holanda, em 1998, foi discutido o papel do farmacêutico no autocuidado e na automedicação. Estes são dois temas de grande importância e abrangência, levando-se em conta as tendências mundiais de liberar a exigência de receita para os medicamentos com comprovada segurança e demonstrada eficácia, que são utilizados para sintomas menores ou doenças facilmente autodiagnosticadas (MARIN et al., 2003).

Dessa forma, o novo perfil do farmacêutico é resultado das profundas mudanças sociais e econômicas da sociedade. Está voltado para o atendimento das necessidades sociais, inserindo o farmacêutico nas discussões de políticas de saúde e de medicamentos (LORANDI, 2006).

1.2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em nosso país, no campo dos medicamentos e da Assistência Farmacêutica (AF), os principais avanços ocorreram após a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Dentre as diretrizes e prioridades estabelecidas pela PNM, destaca-se a reorientação da AF, que passa a estar fundamentada na descentralização da

gestão, contribuindo para a racionalização e normatização de todos os processos envolvidos, desde o ciclo da Assistência Farmacêutica (que consiste na seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação) até a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de vigilância sanitária. Pode-se, então, evidenciar que a Atenção Farmacêutica está presente nas etapas da Assistência Farmacêutica que dizem respeito à dispensação e à utilização dos medicamentos (MARIN et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; PEREIRA e FREITAS, 2008; ANGONESI e SEVALHO, 2010).

“O propósito precípua da PNM é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.28).

Já a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, na perspectiva de integralidade das ações, e como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, tais como: políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Na PNAF destaca-se a definição de Assistência Farmacêutica como:

“Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p. 12).

Na perspectiva da integralidade, contar com uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica é uma prioridade na Saúde Pública, cuja efetivação depende do estabelecimento de parcerias, interfaces e participação de diferentes atores e segmentos envolvidos; para isso, são definidos os seguintes eixos estratégicos:

- garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo necessariamente a AF;
- manutenção de serviços de AF na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;
- qualificação dos serviços de AF, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;
- descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando à superação da fragmentação em programas desarticulados;
- desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;
- modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais, visando ao suprimento do SUS e ao cumprimento de seu papel como referência de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos;
- utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da AF;

- pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e ao desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção;
- implementação de forma intersetorial e, em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam aos interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS;
- definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no país;
- construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade;
- promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Conforme COSTA (2007), aspectos relativos à prescrição – como ‘o que usar’, ‘por que usar’, ‘com que usar’–, a via de administração, a dose, o horário de administração, a quantidade de medicamento, a duração do tratamento, como preparar ou reconstituir um medicamento, a conservação do medicamento, a possibilidade de interações com alimentos ou outros medicamentos, as reações adversas, o prazo de validade – são aspectos ressaltados a fim de estabelecer uma compreensão e assimilação adequadas para o sucesso do tratamento.

ARAÚJO et al. (2005) consideram a AF como tecnologia em saúde, partindo da definição de tecnologia como constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção dos serviços de saúde. Destacam duas áreas: a tecnologia de gestão e a tecnologia do uso do medicamento. A primeira tem como objetivo central garantir o abastecimento e o acesso aos medicamentos; a segunda tem como objetivo final o uso correto e efetivo dos medicamentos. Essas duas áreas estão imbricadas, porém são distintas. Os autores destacam que o mais frequente é restringir a tecnologia à área da tecnologia de gestão. Ressaltam também que, apesar da importância dessa modalidade de tecnologia, esta não deve ser dissociada da tecnologia do uso do medicamento, que exige amplo conhecimento clínico dos medicamentos, habilidade nas relações interpessoais e na comunicação.

Sendo assim, para a construção e o desenvolvimento da AF, que atribui aos medicamentos o seu significado concreto de instrumento tecnológico para a prevenção de doenças e restauração da saúde, é necessário:

- ampliar o debate por meio da promoção de campanhas para o uso racional de medicamentos;
- capacitar os atendentes de farmácia, os agentes comunitários de saúde, os prescritores e demais profissionais da equipe;
- formar agentes multiplicadores para promover discussões relacionadas ao tema nos grupos e na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Um conceito importante, nesse contexto, é o do uso racional de medicamentos. Ele ocorre quando os usuários recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, na dose correta, por um período de tempo adequado e um custo acessível. Porém, a promoção do uso racional de medicamentos é um tema complexo e perpassado por diversas variáveis. Uma delas diz respeito à função simbólica que os medicamentos exercem — o de resolução mágica de problemas — que, aliada ao valor comercial que assumem

como mercadoria, contribui para o uso indevido e indiscriminado dos medicamentos. Para LEFÈVRE (1987), o medicamento pode assumir várias facetas e valores simbólicos: salvação dos problemas, símbolo de cura, mercadoria a ser consumida e outros. Portanto, o medicamento não pode ser tratado de forma reducionista, sem levar em conta todas as configurações que assume (RICIERI et al., 2006).

O uso racional de medicamentos deve envolver toda a equipe, mas o farmacêutico, a partir do entendimento das diversas dimensões que os medicamentos assumem na sociedade atual, tem o importante papel de fomentar esse debate em vários contextos: na própria equipe, com os usuários e com a comunidade. Deve atuar como referência quanto a informações sobre medicamentos e facilitar o acesso das equipes de saúde a fontes de informações confiáveis, equacionando, dessa forma, a grande quantidade de informação disponível, nem sempre de boa qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Para tanto, são fundamentais:

- o planejamento de práticas focadas na atenção ao paciente;
- a promoção da formação de recursos humanos envolvidos na utilização dos medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A promoção do uso racional envolve ações que orientem o setor produtivo farmacêutico, incentivem a prescrição apropriada, a dispensação em condições adequadas, a utilização conforme indicações e o combate ao uso indiscriminado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Outro aspecto importante ligado à AF é o da adesão ao tratamento. Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007b), a adesão é um conceito que vai além da simples ingestão de medicamentos, e nesta perspectiva, o conceito assume uma visão ampliada que inclui aspectos do próprio indivíduo (pela via de seu fortalecimento, da readequação de hábitos e necessidades individuais), da vinculação com a equipe de saúde, do acesso à informação, do

acompanhamento clínico-laboratorial e do compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde. Desta forma, nesta ampliação do conceito, a adesão deve ser entendida como um processo de negociação entre paciente e equipe de saúde, em que ambos mantêm responsabilidades específicas com vistas ao fortalecimento e à autonomia para o autocuidado.

Alguns fatores apresentam efeito significativo na redução da adesão à terapia, e são relacionados:

- à doença e ao tratamento (complexidade dos regimes terapêuticos; linguagem rebuscada utilizada pelos profissionais de saúde, dificultando o entendimento das orientações e da importância da prescrição; e ocorrência de efeitos adversos, bem como o descumprimento da farmacoterapia devido a sua interferência no cotidiano do usuário);
- ao serviço (tempo insuficiente dedicado aos usuários nos atendimentos - consultas e dispensação - individuais; falta de um atendimento acolhedor e humanizado; dificuldade de acesso aos medicamentos);
- ao usuário (cultura, crença, valores, desconhecimento da farmacoterapia e do seu estado de saúde) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Assim, a adesão ao tratamento pode ser estimulada por ações educativas nos grupos de educação em saúde, no momento da dispensação, da orientação farmacêutica e por meio do seguimento farmacoterapêutico. No entanto, é fundamental o entendimento de que a adesão é acima de tudo um fenômeno multidimensional, singular e de difícil mensuração, cuja intervenção precisa necessariamente da construção de vínculo entre o profissional e o usuário, da compreensão dos fatores que causam a não adesão do tratamento no contexto singular, da negociação com os saberes e práticas populares de saúde, da continuidade do cuidado e do desenvolvimento de autonomia dos usuários no seu cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

MEROLA et al. (2008) consideram que a orientação farmacêutica sobre a utilização correta dos medicamentos pode ser uma estratégia de qualidade

para adesão ao tratamento e para uso racional do medicamento. Enfatizam que os produtos oferecidos devem ser acompanhados de relação interpessoal adequada, como fatores importantes e interligados, para alcançar os resultados que podem ser: a cura da doença, eliminação ou redução da sintomatologia, interrupção ou diminuição da progressão da doença ou prevenção da doença ou da sintomatologia.

1.3. ATENÇÃO BÁSICA

Os serviços farmacêuticos têm importância no contexto da Atenção Básica, uma vez que podem contribuir na reordenação do modelo de atenção no SUS, na busca de maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, tendo em vista a promoção de ações que podem impactar na diminuição das hospitalizações por uso indevido de medicamentos.

Há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) – que é adotada neste trabalho – foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a empregar essa denominação em seus documentos oficiais. Esta oscilação terminológica deve considerar ainda uma terceira expressão, a “Atenção Primária à Saúde” (APS) ou, também, Cuidados Primários à Saúde, referente a “Primary Health Care” na língua inglesa, que foi cunhada para a Conferência de Alma-Ata (organizada pela OMS, em 1978), como provavelmente a expressão que se enquadraria com mais propriedade à proposta de universalidade e participação social do Sistema

Único de Saúde (SUS) e modelo comunitário da Estratégia de Saúde da Família (MELLO et al., 2009).

“A Atenção Básica à Saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde. Compreende um conjunto de ações e serviços de clínica médica, pediátrica, ginecologia, obstetrícia, encaminhamentos para os demais níveis. A estratégia da organização da Atenção Básica é o PSF. A responsabilidade da oferta de serviços é da gestão municipal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p.18).

A Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a clássica definição de STARFIELD (2002), representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994 como iniciativa do Ministério da Saúde para a implementação da AB e mudança do modelo assistencial vigente no país, alterando o paradigma voltado às doenças, baseado no hospital, para o de promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidado às doenças crônicas, baseado no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Consolidada a partir de 1998 como estratégia estruturante da atenção à saúde, tem como um de seus propósitos o de levar a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Assim, a ESF caracteriza-se como porta de entrada prioritária de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS, tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada,

partindo do conhecimento do perfil epidemiológico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As equipes de SF são compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil pessoas de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No que diz respeito ao encontro do profissional com os usuários do serviço, conforme o princípio da integralidade, há necessidade de um reconhecimento das demandas e necessidades de saúde, bem como da incorporação de ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras. As equipes de saúde devem elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas, que permitam a realização de ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; ALENCAR e NASCIMENTO, 2011).

“Quem está na Atenção Primária à Saúde tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está em outros serviços de saúde da rede (serviço hospitalar, unidades de urgência e emergência, centro de especialidades). A equipe de SF tem mais chances de conhecer a família ao longo do tempo, conhecer a situação afetiva, as consequências e o significado do adoecimento de um de seus membros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.16).

Assim, pensar no paciente como um todo indissociável é levar em conta que ele é membro de uma família, que assume um papel social e estabelece relações de poder; que tem sua cultura e suas crenças; que tem determinadas condições de trabalho e de escolaridade (RICIERI et al., 2006). Nessa ótica, observa-se que a Atenção Básica está estreitamente ligada à Humanização em Saúde, cujo conceito é assumido oficialmente, por intermédio da Política Nacional de Humanização (PNH) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), como uma proposta voltada para uma nova relação entre usuários, suas redes sociais, trabalhadores da saúde e gestores, apostando no trabalho coletivo na direção de um Sistema Único de Saúde (SUS) acolhedor e resolutivo (ALVES et al., 2009).

Para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização é uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS, evitando a efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, que não leva em conta a resolutividade e a qualidade. A PNH propõe que a Humanização caminhe, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Conforme a PNH, a Humanização implica em:

- mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho;
- alteração no padrão na atenção o vínculo com os usuários;
- garantia dos direitos dos usuários e seus familiares;
- melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Humanização supõe, ainda, troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Pode, ainda, ser entendida como uma possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de

construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários - atores sociais implicados com a produção de saúde. É efetivada quando os princípios do SUS são traduzidos a partir das experiências dos trabalhadores e dos usuários num campo do trabalho concreto. Implica em apostar na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro, a defender a vida de todos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Neste contexto — e partindo do princípio de que, para se prover a integralidade, é necessário um cuidado que leve em consideração os aspectos biopsicossociais do indivíduo — é importante discutir com profundidade a composição de uma equipe que tenha condições de amparar todas essas nuances. A inclusão de outros profissionais é extremamente pertinente e constitui uma estratégia racional para alcançar uma abordagem não fragmentada do paciente. A inserção do farmacêutico e a provisão da Atenção Farmacêutica podem trazer contribuições singulares à saúde das pessoas e preencher uma lacuna no sistema de saúde, relacionada à otimização da utilização de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No campo da Assistência Farmacêutica, a Humanização adquire algumas especificidades, pois várias habilidades são exigidas do farmacêutico para que possa desempenhar seu papel nos serviços de saúde. Uma delas é a capacidade de trabalho em equipe. Uma das características do trabalho em equipe é a de que o saber específico de cada profissional completa o do outro e suas ações podem ser potencializadas, diante da complementaridade das ações, de forma que um único profissional não faria melhor. Nesse trabalho, é fundamental que o farmacêutico participe ativamente para, em conjunto com a equipe multiprofissional, buscar identificar os problemas, hierarquizá-los, estabelecer prioridades, definir as estratégias e ações para intervenção e os obstáculos a serem superados. O farmacêutico desempenha importante papel na supervisão dos técnicos de farmácia, contribuindo também na capacitação

dos agentes comunitários de saúde, dos prescritores e demais profissionais da equipe, como também na formação de agentes multiplicadores para promover discussões relacionadas ao tema nos grupos e na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Outra habilidade a ser desenvolvida pelo farmacêutico é a que diz respeito às atividades específicas no cuidado do paciente ou usuário do medicamento. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde, desenvolvendo uma corresponsabilização profissional-usuário em torno do uso do medicamento (NOGUEIRA-MARTINS, 2002; OPAS, 2002; YOKAICHYIA et al., 2006; MEROLA et al., 2008; ANGONESI e SEVALHO, 2010).

Percebe-se, assim, a possibilidade de integrar os princípios da Assistência Farmacêutica com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização:

- na atenção e fortalecimento do vínculo com o usuário;
- no respeito às características específicas do usuário;
- no aprimoramento do trabalho em equipe;
- na valorização dos trabalhadores da saúde.

Desta forma, o trabalho em equipe tem sido veiculado como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, processo esse que tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar

simultaneamente a articulação das ações e dos saberes. Conforme PEDUZZI (2001), há dois modelos de equipe: equipe como agrupamento de agentes e equipe como integração de trabalhos. A primeira é caracterizada pela fragmentação; a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde.

“Observa-se que, na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. À medida em que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho” (PEDUZZI, 2001, p. 107).

Nas equipes, pode haver coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos, como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros. Os dois tipos de atividades, as específicas e as comuns, compõem o projeto assistencial construído pela equipe. No entanto, quanto maior a ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, mais próximo se está da equipe-integração; e quanto maior a ênfase na especificidade dos trabalhos, mais próximo se está da equipe-agrupamento (PEDUZZI, 2001).

Ainda com respeito ao trabalho em equipe, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) propõe que a Educação Permanente em AF seja uma prática institucionalizada, articulada e integrada às necessidades e especificidades de cada equipe, e que promova a transformação das práticas de forma contínua. Essa iniciativa pressupõe aproximação com as equipes para definição de

prioridades e temas a serem trabalhados para instituir a utilização racional de medicamentos e a AF no processo de trabalho das equipes de SF. Nesse sentido, faz-se necessário, também, que as equipes conheçam as diretrizes e protocolos clínicos reconhecidos e desenvolvam habilidades para orientar os usuários sobre os procedimentos necessários para acessar os medicamentos, os recursos e serviços de AF especializada no SUS e realizar a vigilância do uso dos medicamentos nos territórios.

2. JUSTIFICATIVA

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS); a Portaria GM 3916/1998 que aprova a Política Nacional de Medicamentos; a Resolução CNS 338/2004 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; o Decreto 7508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, para dispor sobre a SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; a Lei 12401/2011 que altera a Lei 8080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, são importantes marcos legais que norteiam a trajetória da prática farmacêutica em nosso país.

Já a Portaria GM 698/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), que reorganiza o custeio do SUS, incluindo as ações e os serviços farmacêuticos na AB, aponta para a necessidade de organização dos serviços para envolver o farmacêutico em um conjunto de atividades de caráter coletivo e individual, promovendo a integração desse profissional com a equipe de saúde, no sentido de participar das ações de identificação de riscos, caracterização de agravos prevalentes e desenho de estratégias de atuação para obtenção da resolutividade necessária para a unidade e/ou região (BRANDÃO, 2006).

Dessa forma, ao prever recursos financeiros federais para os serviços farmacêuticos na AB, a referida Portaria definiu, em um de seus componentes de organização, o destino de custeio de ações e serviços inerentes à AF, contribuindo, assim, para o aumento do número de farmacêuticos e para a construção de referenciais de prática na AB, aproximando esses profissionais da sociedade, estimulando-os a atuar em equipe multiprofissional e a desenvolver todo o ciclo da AF (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos) (RICIERI et al., 2006).

Frente a essas referências, a Coordenadoria Regional de Saúde Leste, gestora em sua área de abrangência, e responsável pela implementação das diretrizes formuladas pela SMS, passou por reformulações. Em 2005, contava com apenas 11 farmacêuticos, distribuídos em atividades relacionadas à suprimentos/almoxarifado, assessoria técnica e supervisão de assistência farmacêutica nas Unidades de Saúde.

A partir de então, por intermédio de concurso público e contratações por Organizações Sociais e convênios, foram gradativamente incorporados 265 técnicos em saúde (farmácia) e 64 farmacêuticos. Assim, em 2012, de um total de 293 farmacêuticos, do município de São Paulo, a região Leste passou a contar com 25,6% desses profissionais.

É nessa direção que se coloca este estudo, que visa conhecer as características atuais da participação dos profissionais farmacêuticos, na Atenção Básica, na região.

3. OBJETIVOS

Geral:

- Conhecer a percepção dos farmacêuticos responsáveis pela coordenação da Assistência Farmacêutica, nos âmbitos da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, das Supervisões Técnicas de Saúde e das Organizações Sociais de Saúde da região, a respeito das características das atividades dos farmacêuticos de âmbito local, isto é, daqueles que trabalham nas unidades de saúde da Atenção Básica, da abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Leste.

Específicos:

- Identificar as facilidades e dificuldades dos farmacêuticos no que tange à assistência prestada nas unidades de saúde, assim como as oportunidades e desafios que a eles se colocam.
- Detectar necessidades e possibilidades de aprimoramento profissional para os farmacêuticos.

4. MÉTODO

4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde do município de São Paulo está organizada em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul), conforme a Figura I.

A Coordenadoria Regional de Saúde Leste, da SMS-SP, apresenta área de abrangência de aproximadamente 194 km²⁵, é responsável por uma população constituída por 2.509.676 habitantes (COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO – CEInfo / SMS – estimativa 2010), sendo a população do município de São Paulo de 11.253.503 (CENSO 2010).

A população estimada de usuários exclusivos SUS na Cidade, em 2010, foi de 6.147.765 habitantes (CEInfo / SMS), sendo 1.568.297 (25,51%) na região Leste, distribuídos por subprefeitura, conforme o Quadro I.

Quadro I - Estimativa de população exclusivamente usuária SUS, na Região Leste do município de São Paulo, segundo Subprefeitura

Subprefeitura	Pop. 2010	% Pop. SUS	Pop. SUS
Itaquera	528.543	60,0	316.870
São Mateus	436.195	61,7	269.349
São Miguel	414.786	64,1	266.042
Itaim Paulista	403.512	62,8	253.487
Guaianases	296.509	64,7	191.704
Cidade Tiradentes	219.868	68,6	150.815
Ermelino Matarazzo	210.263	57,1	120.030

Fonte: Estimativas Populacionais para 2010 por Distrito Administrativo/Fundação SEADE.

⁵ Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_socioambientais/index.php?p=8452#06 Acesso em 27/05/2013.

Figura 1. Coordenadorias Regionais de Saúde por Subprefeitura e Distrito Administrativo - Município de São Paulo



As Supervisões Técnicas de Saúde, da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, estão instaladas nos territórios delimitados pelos seguintes Distritos Administrativos (DA):

- Cidade Tiradentes: DA Cidade Tiradentes
- Ermelino Matarazzo: DA Ermelino Matarazzo e DA Ponte Rasa
- Guaianases: DA Lajeado e DA Guaianases
- Itaim Paulista: DA Itaim Paulista e DA Vila Curuçá
- Itaquera: DA Cidade Líder, DA José Bonifácio, DA Itaquera e DA Parque do Carmo
- São Mateus: DA Iguatemi, DA São Mateus e DA São Rafael
- São Miguel: DA Jardim Helena, DA São Miguel e DA Vila Jacuí.

Considerando os dados de fevereiro de 2013, a Coordenadoria Regional de Saúde Leste está constituída por 231 (duzentos e trinta e um) estabelecimentos/serviços próprios da Secretaria Municipal da Saúde, assim distribuídos:

- 04 Ambulatórios de Especialidades – AMB. ESPEC.
- 112 Unidades Básicas de Saúde – UBS
- 07 Unidades de DST/AIDS:
 - 05 Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA
 - 02 Serviços de Atendimento Especializado – SAE
- 26 Unidades/Serviços de Saúde Mental:
 - 07 Centros de Atenção Psicossocial Adulto - CAPS ADULTO
 - 05 Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas - CAPS ad
 - 06 Centros de Atenção Psicossocial Infantil - CAPS INF.
 - 04 Centros de Convivência e Cooperativa – CECCO
 - 03 Residências Terapêuticas⁶ – RT
 - 01 Residência Terapêutica Especial/Acolhimento- RTE

⁶ Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou Residência Terapêutica ou simplesmente "Moradia": são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não; atualmente, são destinadas a egressos de internações psiquiátricas prolongadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

- 01 Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador – NVST
- 07 Unidades de Saúde Bucal
 - 06 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO
 - 01 Clínica Odontológica de Especialidades – COE
- 10 Núcleos Integrados de Reabilitação – NIR
- 03 Núcleos Integrados de Saúde Auditiva – NISA
- 12 Unidades de Assistência Domiciliar - UAD
- 06 Outras Unidades Especializadas:
 - 01 Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva - CASA SER
 - 01 Centro de Diagnóstico por Imagem – CDI
 - 02 Centros de Referência Medic. Tradic., Homeop. e Práticas Integrativas de Saúde
 - 01 Laboratório
 - 01 Centro de Recuperação e Educação Nutricional – CREN
- 32 Assistências Médicas Ambulatoriais – AMA
- 04 Assistências Médicas Ambulatoriais de Especialidades - AMA E
- 07 Supervisões de Vigilância em Saúde – SUVIS

4.2. TIPO DE ESTUDO

Foi adotada a abordagem qualitativa de pesquisa, pois este estudo buscou conhecer os sentidos dados ao conjunto de percepções e vivências da população estudada (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004; CHIZOTTI, 2010).

O estudo teve caráter exploratório; sua principal finalidade foi a de conhecer, esclarecer e indagar uma realidade, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos, para aplicação em intervenções ou em pesquisas posteriores (GIL, 1999; TOBAR, 2004). TRIVIÑOS (2006) ressalta que, apesar

do nome “exploratório” (que poderia levar a uma ideia de um estudo muito simples), esse tipo de investigação não exige a revisão da literatura, a utilização de técnicas de pesquisa, a análise dos dados, com a seriedade característica de um trabalho científico.

4.3. AMOSTRA

Foi utilizada a amostra proposital (*purposeful sampling*), para a qual se selecionam casos ricos em informações para os objetivos do estudo (PATTON, 1990; TURATO, 2003).

Foram convidados para participar do estudo 12 (doze) profissionais dos vários contextos e níveis da assistência farmacêutica:

- Área Técnica de Assistência Farmacêutica da Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde (SMS / SP) – 01 profissional;
- Assessoria Técnica da Coordenadoria Regional de Saúde Leste (CRS Leste) – 01 profissional;
- Assessoria Técnica das Supervisões Técnicas de Saúde (STS) (Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus e São Miguel) - 07 profissionais;
- OS⁷ que atuam na região (Santa Marcelina⁸, SECONCI⁹ e SPDM¹⁰) – 03 profissionais.

⁷ **Organização Social** (OS) é uma entidade privada (sociedade civil, fundação, associação) sem fins lucrativos que atende às exigências da Lei Municipal nº 14.132/2006, sendo regulamentada e qualificada como Organização Social (OS). A partir da qualificação essa entidade está apta a firmar contratos de gestão de parceira e metas, com a Prefeitura na área da Saúde. As Organizações Sociais não são criadas pela lei das OS; são entidades que já existem. A qualificação como OS é concedida pela Prefeitura Municipal de São Paulo às entidades que

Os doze farmacêuticos aceitaram o convite para participação na pesquisa; com um deles, porém, por problemas de agenda, não foi possível a realização da entrevista.

Quanto à caracterização dos onze participantes, observou-se que a idade dos interlocutores variou de 26 a 54 anos, sendo a faixa etária prevalente de 30 a 39 anos (36,4%). Quanto ao tempo de formado(a), a variação foi de 04 a 30 anos, sendo a maior porcentagem de 01 a 09 anos (45,5%). Quanto ao tempo de trabalho como farmacêutico(a) na atual colocação, verifica-se uma variação de 09 meses a 12 anos, com 81,8% dos entrevistados desenvolvendo essa atividade por período de 09 meses até 09 anos.

4.4. INSTRUMENTO

A fala constitui o material primordial da investigação qualitativa, por revelar valores, crenças, representações, sentimentos e significados latentes de um determinado grupo (LAVILLE e DIONNE, 1999; MINAYO, 2008). Dentre as técnicas de pesquisa que se valem da fala, destaca-se a entrevista, cujo objetivo consiste em aprofundar o tema pesquisado, explorar seus detalhes e revelar novas áreas para a investigação (LAVILLE E DIONNE, 1999).

pleiteiem este título, desde que atendam aos quesitos legais, tenham reconhecida expertise em gestão de saúde seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e uma experiência de, no mínimo, cinco anos na área da saúde pública. A SMS realiza a cessão dos bens, o repasse dos recursos, o acompanhamento da execução das atividades e a aplicação da verba pela entidade parceira. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br.br/noticias>
[Acesso em 17/04/2012.](#)

⁸ **Santa Marcelina** atua nas regiões de Cidade Tiradentes e Guaianases desde fevereiro de 2007 e em Itaim Paulista desde agosto de 2008.

⁹ **SECONCI** (Serviço Social da Indústria da Construção Civil e do Mobiliário do Estado de São Paulo) atua na região de Ermelino Matarazzo desde abril de 2008.

¹⁰ **SPDM** (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina) atua na região de São Mateus desde fevereiro de 2008.

Assim, neste estudo, foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada, desenvolvida a partir de um esquema básico de perguntas (Apêndice A), feitas verbalmente em uma ordem prevista, porém não aplicadas rigidamente, permitindo à entrevistadora fazer as necessárias adaptações, acrescentando perguntas de esclarecimento, a partir dos dados que ia obtendo do(a) entrevistado(a) (LAVILLE e DIONNE, 1999; TURATO, 2003; FLICK, 2009).

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos sujeitos, no período de 13/03/2013 a 17/04/2013, com duração média de 40 (quarenta) minutos. Foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise do material obtido nas entrevistas, foi utilizado o procedimento da análise temática de conteúdo, que se propõe a descobrir núcleos de sentido, isto é, o surgimento dos pontos centrais de significação que, inseridos no discurso, expressam através de sua aparição e frequência, os valores de referência e os modelos de comportamento numa perspectiva qualitativa (TURATO, 2003; MINAYO, 2008; POPE et al., 2009). Essa técnica de análise é realizada em três fases:

- pré-análise – fase em que o pesquisador, com o material já coletado, realiza uma leitura flutuante do mesmo;
- exploração do material – fase de codificação, em que se classificam e se agregam os dados em categorias teóricas ou empíricas que organizarão os temas;
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação – fase em que são interpretados os dados.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo, de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – SMS/SP sob Parecer número 68.402, de 02/08/2012 (Anexo I).

Os sujeitos participaram mediante consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) e todas as informações obtidas por meio das entrevistas serão mantidas em acervo de acesso exclusivo da pesquisadora, resguardados os princípios da confidencialidade e privacidade.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do procedimento da análise temática de conteúdo, emergiram as seguintes categorias:

- as demandas e a rotina;
- os recursos humanos;
- os perfis e as preferências;
- o trabalho em equipe;
- a questão da formação;
- a participação em programas;
- as especificidades das Organizações Sociais;
- a comunicação entre a coordenação técnica e o âmbito local;
- as necessidades e possibilidades de aprimoramento profissional.

5.1. AS DEMANDAS E A ROTINA

Os entrevistados, ao se referirem aos farmacêuticos de âmbito local, relatam que estes ficam muito “presos” à rotina, sendo bem longínqua a possibilidade de planejar e avaliar. Assim, o serviço de farmácia não se organiza, não reflete sobre suas atividades, só “apaga incêndio”.

“Falta planejamento, organização, agenda... e definir as prioridades dentro da região e acaba sempre só apagando incêndio e não consegue medir o resultado do que a gente faz.” (E V)

“Os farmacêuticos — isso é um processo... é um evolução ainda hoje — de regra geral, eles mantêm a sua atividade relacionada às questões logísticas da assistência farmacêutica com algum detrimento às questões técnicas, ao apoio aos outros profissionais da saúde no uso dos medicamentos. Então, como essa questão logística tem muitos problemas, e é mais apelativa — vamos dizer assim — o profissional tende a ficar mais envolvido com essas questões. As duas questões [a logística e a técnica] são importantes mas ele fica com as questões logísticas, ainda.” (E VII)

A informatização trouxe grandes avanços para o trabalho do farmacêutico. A Secretaria Municipal da Saúde iniciou, em fevereiro de 2005, o processo informatizado de controle de estoques para medicamentos, materiais médico-hospitalares e odontológicos nas Unidades de Saúde. O sistema Gestão de Sistemas em Saúde (GSS)¹¹ tem por objetivo fazer o controle de estoques de materiais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), constituindo-se em ferramenta importante na agilização dos processos de trabalho, assim como no acompanhamento, controle e avaliação da gestão destes estoques. Porém, segundo os entrevistados, o sistema informatizado ainda precisa ser aperfeiçoado.

“As condições de trabalho melhoraram com a informatização, mas ainda têm muito a melhorar.” (E I)

“O sistema tem que estar funcionando bem para que o farmacêutico possa deixar a parte logística e se dedicar à atenção aos usuários.” (E III)

Do ponto de vista dos outros profissionais, o farmacêutico ainda é visto como “almoxarife de luxo”, pois é ele que controla os estoques, sendo que em muitas unidades ele controla os estoques de medicamentos e de outros setores; assim, controla, também, o estoque de material médico-hospitalar e material

¹¹ http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/informatica/manuais-desistemas/gss/MANUAL_GSS_ago08.pdf Acesso em 28/05/2013.

odontológico. Então, o farmacêutico é ainda percebido mais como “mão de obra” do que como profissional reflexivo e propositivo.

“Ainda é muito focado no controle de estoque de materiais em geral, não só de medicamentos. A gente aqui não consegue desvincular, porque o almoxarifado é ‘único’, então o técnico e o farmacêutico cuidam de medicamentos, materiais médicos, ‘odonto’ e materiais em geral como sondas, fraldas, que acabam recaindo sobre a farmácia. A gente pede sempre o auxílio dos técnicos das áreas [enfermeiros e dentistas] pelo menos com relação à avaliação do consumo médio, solicitação extra, mas nem sempre a gente vê essa colaboração nas unidades; na maioria das vezes acaba recaindo sobre os farmacêuticos a parte de controle de estoque e avaliação de consumo médio ... acaba recaindo mesmo. E com essas demandas, eles acabam não conseguindo desenvolver outras atividades que seriam importantes...” (E V)

“A população ainda não conhece bem o papel do farmacêutico. É apenas aquele que trabalha atrás do balcão e entrega o remédio... e ponto.” (E XI)

“A gente é extremamente questionado pelos outros profissionais e temos que ter domínio da informação. [Então], os profissionais passam a nos respeitar... No início, é um pouco conflitante.” (E VIII)

“Quando ele chega na unidade, é visto apenas como um almoxarife. Em muitas unidades ele cuida de medicamentos e dos outros materiais. É mais almoxarife/administrativo do que cuidador... e aí é uma questão que precisa ser mais valorizada... para incentivar os profissionais, que estão chegando no mercado, para ‘quererem estar’ na saúde pública.” (E X)

Agrega-se a essa situação a questão da infraestrutura, que nem sempre é adequada; o espaço físico, no geral, não é apropriado para as atividades logísticas e, muito menos, para as assistenciais. A falta de local adequado para o atendimento do paciente, para a atividade de dispensação com todos os elementos a ela inerentes (e não somente o fornecimento do medicamento), prejudica a assistência e não contribui para a adesão ao tratamento.

“O que é problemático na unidade é que eles [farmacêuticos] não têm muito espaço... espaço reservado para fazer atendimento. Utilizam a própria farmácia que é, muitas vezes, bem pequenininha.” (E II)

ARAÚJO et al. (2005) pontuam que, para a implementação da Assistência Farmacêutica em todas as suas vertentes, em especial a relacionada à tecnologia do uso do medicamento, é necessária mudança de paradigma, ou seja, as tecnologias devem ser adequadas e baseadas no acolhimento e nas necessidades dos usuários, pois qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocado a serviço da vida dos cidadãos. Essa mudança não depende só da prática do farmacêutico e, sim, do serviço como um todo, empenhado no estabelecimento de uma relação de confiança e respeito mútuo entre o usuário e o provedor do cuidado, permitindo a superação das barreiras que impedem o estabelecimento do diálogo. Os autores reconhecem, no entanto, que nas UBS, modelos tecnológicos de uso de medicamentos são difíceis de serem implementados, devido em parte às condições inerentes ao atendimento, pois na maioria delas o fluxo de usuários é alto, sacrificando o tempo de atendimento em benefício da gestão. Ressaltam que, dessa forma, o usuário, quase sempre cansado pela espera, está mais preocupado com a redução do tempo de espera do que com a orientação propriamente dita.

“Tem que melhorar as condições das unidades — RH, informática — para a gente poder dar atenção ao paciente.” (E III)

“As condições de trabalho são difíceis, pois os farmacêuticos não estão todos os dias na [mesma] unidade, com exceção dos farmacêuticos dos CAPS. Os [farmacêuticos] contratados fazem interlocução de mais de uma unidade. Faltam também técnicos e isso faz com que os farmacêuticos, quando estão na unidade, fiquem o tempo todo na farmácia, o que impede que eles participem de outras atividades mais pertinentes.” (E II)

5.2. OS RECURSOS HUMANOS

Mesmo com o aumento do número de farmacêuticos na região, ainda há problemas relacionados aos recursos humanos disponíveis para a atenção farmacêutica.

“Evoluiu bastante a questão farmacêutica na saúde pública. Antigamente eram onze farmacêuticos [na região Leste] e agora, só na supervisão em que atuo, são quinze. Houve melhora significativa, mas não é o ideal, pois seriam dois farmacêuticos por unidade, para a gente desenvolver o pleno trabalho do farmacêutico e não apenas ficar cuidando de estoque, ser o ‘cara’ chato do estoque e sim o ‘cara’ que trabalha tanto com a equipe como diretamente com o paciente. Precisaria melhorar a questão do RH [farmacêuticos e técnicos em farmácia] possibilitando maior liberação do farmacêutico para trabalhar na atenção farmacêutica.” (E IV)

Uma questão complexa enfrentada pelo farmacêutico é a da substituição do técnico em farmácia, quando este falta ao serviço. Antes de 2012, essa situação era contornada com a solicitação aos profissionais de enfermagem para que substituíssem os técnicos de farmácia. Porém, em 2012, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN proibiu que os profissionais de enfermagem exercessem alguma atividade nas farmácias (COREN, 2012). Esse parecer surgiu em função de uma solicitação de orientação, por parte de profissional de enfermagem, sobre liberação ou não de profissional para o exercício da atividade de dispensação de medicamentos em farmácia. O referido parecer, com base tanto na legislação como na literatura científica, conclui que “não cabe a qualquer profissional de enfermagem realizar a dispensação de medicamentos na farmácia, ação esta privativa do profissional farmacêutico na forma de Lei e normatizações vigentes” (COREN, 2012, p.13).

“As condições de trabalho são difíceis, não são as melhores. Muitos farmacêuticos têm que se deslocar entre três ou quatro unidades [dividindo-se durante a semana], [há] falta de técnicos [para cobrir férias e folgas] e dificuldades com relação à enfermagem, que não pode cobrir [o serviço de farmácia], já que o COREN está ‘pegando em cima’.” (E IV)

A distribuição dos farmacêuticos de âmbito local nas unidades apresenta diferentes situações: há farmacêuticos responsáveis pelas atividades de assistência farmacêutica em uma, ou duas, ou três, ou mesmo em quatro unidades. Com relação aos Ambulatórios de Especialidades e aos CAPS, a situação é um pouco melhor: um farmacêutico por unidade.

“Quando for um farmacêutico [‘fixo’] em cada unidade, ele vai ter afinidade melhor com a unidade... Na semana, às vezes o farmacêutico está dois dias em uma unidade... um dia nas outras... Acaba não tendo aquele vínculo com a rotina do dia a dia mesmo. Hoje pode estar tudo tranquilo, mas amanhã pode virar tudo de ‘pernas para o alto’...” (E XI)

“Os farmacêuticos tentaram fazer atenção farmacêutica, mas foi muito difícil, não conseguiram, pois não tem farmacêutico fixo nas unidades que tem demanda muito grande de atendimento. Só tem farmacêutico fixo em ambulatórios de especialidades ou CAPS...” (E I)

“Na condição atual de RH, em que não há farmacêutico fixo nas unidades, não há como fazer acompanhamento de pacientes... [verificar] se estão utilizando corretamente o medicamento.” (E I)

“O farmacêutico quando está fixo numa unidade, ... tem possibilidade de desenvolver atenção farmacêutica, participar de grupos... [desenvolver] uma parte mais ligada ao paciente.” (E IV)

Quanto aos técnicos de farmácia, são fixos, havendo dois ou mais por unidade, dependendo da demanda de atendimentos. E a distribuição se dá de forma a garantir o atendimento em todo o período de funcionamento da unidade. Então:

“Se um dos técnicos faltar, quem vai assumir a dispensação no balcão é o farmacêutico, então ele fica limitado com relação às outras atividades...” (E VI)

A falta de recursos humanos interfere também na forma como é atendido o paciente.

“[Espero] que a gente consiga, de fato, ter nas nossas farmácias profissionais [farmacêuticos e auxiliares] suficientes para que os farmacêuticos possam se dedicar ao contato adequado e mais constante com os usuários. Essa questão estrutural é o principal obstáculo.” (E VII)

“A maioria [dos farmacêuticos] reclama da falta de RH. [Reclamam] que fazem a parte dos técnicos de farmácia, ou seja, a entrega dos medicamentos, e não têm como fazer o acompanhamento do uso dos medicamentos.” (E III)

“A dispensação acaba sendo uma entrega de medicamentos e a gente não consegue fazer orientação. Eles [os farmacêuticos] estão tentando fazer algum tipo de atividade como visita domiciliar, mas tem sido difícil, até porque [o farmacêutico] não pode ir sozinho, tem que ter alguém da equipe e tem que acertar a agenda [deles] com a agenda do agente comunitário.” (E V)

“Os farmacêuticos estão tentando ser valorizados. A princípio, foi muito difícil esse reconhecimento, porque o gestor da unidade [gerente] via — e alguns ainda vêm — o farmacêutico como controlador de estoque... não têm a visão do que a gente tem para oferecer como profissional, para os usuários e para os funcionários. Então, ainda é muito difícil essa questão, mas a gente sente que aqui [nesta Supervisão] tem um RH até um pouco melhor do que outras regiões. Eles [farmacêuticos] tentam participar dos programas e projetos na medida do possível; a gente sabe que ainda é muito precário, mas eles estão tentando se inserir nos grupos das unidades.” (E V)

Apesar das dificuldades vividas pelos farmacêuticos de âmbito local, os entrevistados revelam que não está havendo muita rotatividade desses profissionais.

“Não temos muito isso [rotatividade], não. Ainda bem, porque eu acho muito legal formar vínculo com as unidades, as pessoas, os usuários...” (E II)

“Os farmacêuticos têm conseguido ficar, antes estava um farmacêutico para quatro unidades, agora, com a contratação pelo parceiro, são três unidades. No geral, não tem muita rotatividade, eles têm se mantido.” (E IV)

“A rotatividade é muito pequena. E isso é muito importante para criar o vínculo com a equipe e com os usuários.” (E IX)

“Rotatividade de farmacêuticos não há. Mas, de técnicos, a gente tem bastante rotatividade”. (E V)

A rotatividade observada refere-se às OS.

“Rotatividade se observa nos profissionais contratados pelas organizações sociais, em que não há regime de estabilidade no emprego.” (E VII)

“Não tem rotatividade dos farmacêuticos da prefeitura, mas com os contratados pela Organização Social tem. Chega um ponto em que os farmacêuticos fazem tentativas de melhorias, mas não conseguem mudar devido às diretrizes da Prefeitura ou da Organização Social... já perdemos farmacêuticos muito bons, que conseguiram empregos melhores ou foram atrás de melhores perspectivas.” (E I)

Com relação aos técnicos em farmácia, a rotatividade é bem maior.

“São poucas vagas, os salários são os de mercado... os farmacêuticos têm poucas saídas, ao contrário dos técnicos de farmácia, que saem por qualquer diferença de salário oferecida por outra instituição.” (E VIII)

5.3. OS PERFIS E AS PREFERÊNCIAS

Os serviços farmacêuticos podem ser divididos em duas categorias: os serviços técnico-gerenciais (programação de medicamentos, processo de

solicitação e armazenamento de medicamentos e atividades relacionadas com o descarte dos resíduos de serviços de saúde) e os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais (dispensação, orientação farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico, ações de educação em saúde e suporte técnico para a equipe de saúde) (ARAÚJO et al., 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

De acordo com os farmacêuticos entrevistados, seria interessante, em uma ampliação do quadro de recursos humanos, que cada farmacêutico, no âmbito local, a um dos dois tipos de atividades (técnico-gerenciais ou técnico-assistenciais) conforme suas competências, habilidades e aptidões.

“Para melhorar o desempenho dos farmacêuticos nas suas atribuições, deve-se melhorar o RH, colocando mais técnicos [em farmácia], tendo mais farmacêuticos... O ideal seria como o CRF recomenda: dois farmacêuticos em cada unidade, um cuidando da parte gerencial de estoque e outro com a área de atenção farmacêutica.” (E IV)

As entrevistas revelaram que, quanto a essas categorias de serviço, são encontrados dois tipos de perfil entre os profissionais farmacêuticos:

- os que preferem as atividades ligadas aos serviços técnico-gerenciais;
- os que preferem as atividades ligadas aos serviços técnico-assistenciais.

“A gente vai identificar nas equipes que já existem quais são os perfis. Porque a gente percebe que tem muito farmacêutico que, para ele, o ‘bacana’, o que ele gosta, é de estar lidando mesmo com o produto... ele quer lidar com o estoque, com controle de qualidade dos produtos que a gente recebe nas unidades... E tem farmacêutico que é voltado para o cuidado ao paciente, atendimento e trabalho com a equipe. A gente percebe os dois perfis... Com o tempo vamos ter dois ou mais [farmacêuticos na unidade]: aquele que vai fazer seguimento farmacoterapêutico e aquele que vai cuidar da parte logística e administrativa.” (E X)

“A comunicação com o usuário vai depender do farmacêutico... depende da postura do profissional, da sua formação e, às vezes, da sua vivência, da sua criação e — vamos dizer assim — de sua concepção de vida. Muitas vezes, a gente percebe essa diferença: uns têm sensibilidade maior em relação ao atendimento do usuário, outros não.” (E V)

Com relação a essas diferenças de perfil (um mais técnico, outro mais assistencial), a literatura mostra semelhança com outros campos da área da Saúde. No campo da Medicina, por exemplo, os estudantes que optam por especialidades clínicas tendem a valorizar e se interessar pelos aspectos psicossociais da prática assistencial, com ênfase no processo de cuidar; já os que optam por especialidades cirúrgicas tendem a valorizar e se interessar pelos aspectos técnico-intervencionistas, com ênfase na cura de doenças (BELLODI, 2000; NOGUEIRA-MARTINS LA e NOGUEIRA-MARTINS MCF, 2012).

5.4. O TRABALHO EM EQUIPE

Conforme os entrevistados, a participação dos farmacêuticos em equipes ainda é incipiente.

“A equipe ainda tem dificuldade de entender o papel do farmacêutico. Nosso trabalho começa com os próprios farmacêuticos, porque alguns colegas farmacêuticos ainda não têm essa dimensão... Para que a gente possa convencer o outro do nosso papel, primeiro a gente tem que ter certeza de quem a gente é, do que a gente quer, onde queremos chegar... E muitos estão limitados a um trabalho isolado.” (E IX)

“A gente tem que lutar para se inserir nas equipes de saúde. Muita gente acha que a gente não é da saúde... Isso é estranho....” (E III)

“Na Atenção Básica é bem deficiente a inserção [em equipe]. Os farmacêuticos têm que lutar, conversar com

médicos, mostrar seu trabalho para os outros profissionais: o que ele observa no balcão da farmácia — interações medicamentosas, reações adversas, se a terapia medicamentosa está adequada —. Mas o farmacêutico ainda é um controlador de estoque.” (E III)

Quando existe a participação do farmacêutico, na maioria das vezes, ela se faz segundo o modelo de agrupamento, segundo o qual o trabalho em equipe resume-se a um agrupamento fragmentado de agentes (PEDUZZI, 2001). Então, o farmacêutico é percebido e solicitado em questões relacionadas, apenas, a estoque e logística.

“... porque o farmacêutico fica mais visto pelos outros profissionais [como] relacionados à parte de logística e não à assistência aos pacientes.” (E I)

ARAÚJO et al. (2008) consideram que o farmacêutico tem uma interação limitada com a equipe de saúde, por ter seu tempo preenchido através da resolução de problemas operacionais referentes à gestão dos estoques e atendimentos aos usuários. E se perguntam: qual a solução para atender a uma demanda que parece ser infinitamente crescente e ao mesmo tempo não desumanizar o serviço?

“O farmacêutico é profissional muito importante na equipe ‘multi’...a gente tem olhar diferente sobre o paciente. Às vezes o paciente não fala para o médico, mas vem falar para o farmacêutico.” (E III)

Os entrevistados sugeriram caminhos para que os farmacêuticos façam parte das equipes e conquistem o respeito das mesmas.

“Deveria ter reunião mensal multiprofissional apontando quais casos mais aparecem na unidade, quais doenças aparecem mais, o perfil epidemiológico, o que está acontecendo.... para que ele [farmacêutico] possa estar inserido na equipe multi.” (E III)

Os aspectos relacionados à gerência da unidade e às características do próprio profissional farmacêutico são também ressaltados.

“A inserção depende de cada farmacêutico, de cada gerente, e da própria equipe. Às vezes, a própria equipe é meio resistente para que eles entrem nos grupos, mas também tem a ver com o gerente, se ele é favorável, e do interesse e empenho do farmacêutico. Tenho farmacêuticos que estão no AMG [Automonitoramento Glicêmico], outros não. Depende do perfil do farmacêutico.” (E VI)

“É um processo que a gente está vivendo... Temos notícias de que muitos farmacêuticos estão inseridos nas equipes. As equipes já identificam esse profissional como da equipe realmente... As equipes estão identificando [o farmacêutico] como profissional que pode colaborar, e muito, nas equipes multiprofissionais. Há cinco anos atrás, a gente tinha que se colocar na equipe, hoje, as equipes solicitam a participação constante do profissional farmacêutico nos grupos de trabalho, nas intervenções individuais, no acompanhamento de pacientes, nos projetos desenvolvidos nas unidades. Mas isso não é uniforme. Tem gerentes que nem sabem qual é o papel dos farmacêuticos, até em situações onde o farmacêutico tem agenda de atendimento bastante produtiva... Temos que continuar investindo para mudar de fato... Dependerá da postura do profissional, do quanto ele se sente competente, preparado, motivado...” (E VII)

“As equipes do SUS ainda não estão preparadas para receber o farmacêutico, mas cabe a nós mostrar para o que viemos, mostrar o nosso potencial. Quando as pessoas conhecem o potencial dos farmacêuticos, elas jamais vão querer trabalhar sem [eles].” (E VIII)

“Em relação aos farmacêuticos das OS, eles têm participação nas reuniões com os gerentes [das unidades] e com a equipe multiprofissional. Alguns farmacêuticos acompanham os enfermeiros [em visitas domiciliares] e outros profissionais do NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família].” (E I)

“Eu tenho casos em que os farmacêuticos não conseguem se inserir na equipe. Acredito que não seja só problema da equipe, mas também da personalidade [do farmacêutico]... [Alguns] não têm perfil de comunicação... têm dificuldade...”

deficiência que ainda não foi superada... Mas mesmo assim, a gente investe nesses profissionais, de uma maneira simples, sem imposição.” (E VIII)

Nos CAPS, o farmacêutico tem possibilidade de integrar a equipe, participando de reuniões, dividindo tarefas com os outros componentes da equipe, como por exemplo, no acolhimento.

“As farmácias dos CAPS, que têm menor demanda no balcão, têm farmacêuticos muito envolvidos com o atendimento aos usuários e com a equipe ‘multi’...” (E VII)

Há, assim, nessas unidades, maior ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, ficando as equipes mais próximas do modelo de equipe-integração (PEDUZZI, 2001).

5.5. A QUESTÃO DA FORMAÇÃO

Os entrevistados relatam que os farmacêuticos mais antigos tendem a preferir as atividades ligadas aos serviços técnico-gerenciais, o que tem a ver com a formação por eles recebida.

“Talvez essa afinidade maior com as questões logísticas... talvez esteja relacionada à formação do profissional. Aqueles profissionais de dez, vinte anos atrás, eles, do meu ponto de vista, trazem uma defasagem maior para ter um conteúdo técnico que lhes permita desenvolver atividades fora da logística.” (E VII)

“Os farmacêuticos têm muito que oferecer para o serviço público... É que muitos ainda têm uma visão de gerenciador... de gestor de um setor de distribuição de medicamentos... Eles não têm a visão mais humanística, que é o lado mais nobre do farmacêutico — a atenção ao paciente.” (E VIII)

Os farmacêuticos mais novos têm uma formação mais humanista (menos tecnicista); são instigadores, questionam. São mais permeáveis às atividades ligadas aos serviços técnico-assistenciais. A existência de profissionais com formação mais recente, percebidos pelos entrevistados como mais críticos e mais atualizados, leva a reflexões sobre a formação por eles recebida.

“Há alguns anos, o farmacêutico era mais retraído na coisa de estar com o usuário. Mas, hoje em dia não, pois a formação já é para você [farmacêutico] estar ali em contato mesmo... ampliou a visão do farmacêutico.” (E III)

“Os farmacêuticos contratados mais recentemente têm formação para farmacêutico generalista, que nós [farmacêuticos mais antigos] não tivemos na nossa grade curricular. Isso atrapalha um pouco até na elaboração de novos projetos, a gente [os mais antigos] vai ficando desatualizado se não busca, por iniciativa própria, participar de cursos, palestras, mesmo do CRF [Conselho Regional de Farmácia] com relação à atualização.” (E V)

“A gente percebe, claramente, que os profissionais mais novos, que estão ingressando agora na ‘rede’ — não de forma uniforme — têm demonstrado maior afinidade pelos conhecimentos de uso racional de medicamentos e têm, também, mostrado vontade de trabalhar nessa vertente e apresentar projetos. Muitos deles, hoje, já estão desenvolvendo atividades com a equipe multiprofissional, relacionadas com o uso racional de medicamentos, conseguindo dividir seu tempo de forma mais harmônica entre as questões logísticas e as técnicas e científicas. A gente tem percebido essa mudança.” (E VII)

Para LORANDI (2006), a profissão do farmacêutico, ainda que secular, está em processo de mudanças e de renovação, como toda atividade profissional contemporânea. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) propostas pelo Ministério da Educação em função da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002) visam acompanhar esse processo. Conforme essas Diretrizes, a formação de todos os profissionais da área de saúde deve ser generalista, sem fragmentação, e

contemplar uma formação humanística para agregar habilidades e desencadear reflexões sobre as necessidades da sociedade onde irá atuar (COSTA, 2007).

“A sociedade, hoje, exige isso... O profissional não pode mais ficar envolvido só na logística, a não ser que esteja num setor específico [de logística]. Aquele profissional que está na unidade de saúde, que tem um trabalho junto à equipe de saúde, ele precisa desenvolver essas habilidades. Porque existe essa necessidade intrínseca, uma necessidade técnica de suporte aos outros profissionais e aos usuários. Se ele não desenvolve essa atividade, a gente não avança na Política de Assistência Farmacêutica.” (E VII)

O CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF, 2008) considera que a educação farmacêutica é matriz do pensar e do fazer profissionais. Considera que é imprescindível superar o ranço tecnicista da formação e do desempenho profissional do farmacêutico, sendo fundamental que o ensino leve a organizar, selecionar, sistematizar, difundir, criticar e relacionar com as necessidades sociais e culturais de determinada época e local todo o saber acumulado pela inteligência humana, no passado e no presente. Nessa mesma direção, CRUZ e SILVA (2011) ressaltam que, com o empenho e a efetiva consolidação das DCNs nas instituições de ensino superior, é possível realizar o resgate do papel do farmacêutico, ou seja, o papel de cuidador e educador de sua comunidade.

A Resolução CNE/CES 2/2002 (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002) estabelece, em seu artigo 3º, que o curso de graduação em Farmácia tem como perfil do formando egresso/profissional, o farmacêutico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Estabelece ainda que deve estar capacitado para, entre outras coisas, a compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. Percebe-se, assim, a importância da implantação do currículo generalista, que permite ao

farmacêutico integrar-se profissionalmente ao sistema de saúde, assumindo um papel importante na informação sobre a utilização correta dos medicamentos e desenvolvimento pleno da AF (ARAÚJO et al., 2008).

Para PEREIRA e FREITAS (2008), o sistema formador deve incluir nos currículos dos cursos de Farmácia treinamento clínico e em ambulatorios, de modo a ampliar os conhecimentos dos alunos em fisiopatologia, medicamentos e terapêutica. Além do conhecimento técnico, a formação deve contemplar o desenvolvimento de habilidades de comunicação, para a utilização de uma linguagem adequada com a equipe de saúde e, principalmente, com o usuário. Assim, é essencial o desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho com o paciente e com as equipes. Do ponto de vista da relação paciente-doença, o foco passa a ser de “doença no paciente” para “paciente com uma doença” (COSTA, 2007). O aparelho formador deve levar em conta que é importante considerar os aspectos biológicos, emocionais e afetivos e as relações tanto com outras pessoas como com o meio em que vive o paciente. Sob essa ótica, são fundamentais os aspectos: bom relacionamento, comunicação, informação, orientação, para que sejam estimuladas no paciente: motivação, aceitação, adesão ao tratamento.

5.6. A PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS

Em algumas unidades, os farmacêuticos têm participado de Programas, como por exemplo, o Remédio em Casa e o Automonitoramento Glicêmico.

O Programa Remédio em Casa, implantado em 2005 pela Secretaria Municipal da Saúde, consiste na organização da entrega regular, via Correios, de elenco composto por 19 medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas que estão estáveis e controlados clinicamente. O cadastro do

paciente é realizado pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (115 unidades na abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Leste), que recebe o(s) medicamento(s) para hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e hipotireoidismo, em sua residência (ou outro endereço no município de São Paulo). Assim, a cada três meses, os pacientes recebem medicamentos, em quantidade suficiente para 90 dias de tratamento, mediante consulta médica ou avaliação em grupo multiprofissional. Como os pacientes cadastrados no Programa, não necessitam permanecer nas filas de atendimento das farmácias, eles podem comparecer nas unidades de saúde para participar de atividades/grupos, inclusive com farmacêuticos, que devem promover desde orientações quanto aos hábitos saudáveis (nutrição e atividade física) até a adesão ao tratamento e identificação e manejo dos problemas relacionados ao uso dos medicamentos.

O Programa de Automonitoramento Glicêmico (AMG), também implantado em 2005, é responsável pela distribuição de insumos a pessoas portadoras de diabetes mellitus insulino dependente. O cadastramento para participar do programa deve ser feito em uma Unidade Básica de Saúde, que disponibilizará um aparelho monitor para dosagem de glicemia capilar (glicosímetro) e outros materiais específicos para essa finalidade, assim como insulina. Quando o farmacêutico participa da entrega dos materiais, pode aproveitar a oportunidade para oferecer orientações, individuais ou em grupo, sobre a importância do uso de medicamentos para o controle glicêmico e, assim, evitar / adiar as complicações que podem surgir ao longo do tempo e, também, sobre cuidados no armazenamento e utilização das insulinas.

“Os farmacêuticos cuidam de dois programas prioritários da Secretaria: Programa Remédio em Casa e Programa de Automonitoramento Glicêmico. No Remédio em Casa, a gente tem tentado vincular o farmacêutico, por envolver medicamentos... e ele estar acompanhando. Agora o de AMG envolve insumos e a gente tem tentado deixar isso com a enfermagem, mas muitas vezes também eles

[enfermeiros] têm muitas demandas e fica difícil absorver mais uma.” (E V)

“[Os farmacêuticos] fazem acompanhamento de doenças crônicas, em grupos de acompanhamento/ orientação/ adesão do Remédio em Casa. Falam de vários temas, como alimentação e atividades físicas. No AMG, é muito interessante a participação deles [farmacêuticos] em palestras, diferentes a cada mês.” (E II)

“Nos grupos do AMG (automonitoramento glicêmico), a gente sabe que, em muitas unidades, onde o farmacêutico e o técnico desenvolvem juntos o grupo, a gente vê que melhora muito a adesão dos pacientes.” (E V)

Além desses Programas, os farmacêuticos têm participado de outras atividades específicas.

“Participam também de programas específicos (hanseníase, tuberculose) trabalhando com a enfermagem, diminuindo riscos e verificando a adesão ao tratamento. No controle de pneumonias em crianças menores de cinco anos, há alguns farmacêuticos colaborando na orientação do preparo do medicamento, na importância de seguir o tratamento indicado pelo médico, porque isso é muito importante para o tratamento. Tem farmacêuticos trabalhando com grupos de idosos. Nos CAPS, os farmacêuticos participam de grupos e fazem consulta farmacêutica para, por exemplo, ‘desmedicalizar’ o uso de ‘diazepam’, fazendo anotação em prontuário e utilizando impressos de atendimento, que estão sendo aprimorados.” (E II)

“Os farmacêuticos que trabalham nas unidades têm participado dos grupos de hipertensão, diabetes... Houve unidades, aqui em que o farmacêutico participava do grupo e falava direto com o [funcionário] administrativo que fazia a busca direta dos inativos, vendo porque eles estavam faltando...” (E XI)

5.7. AS ESPECIFICIDADES DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Um dos entrevistados dá a dimensão da presença das OS na região.

“90% dos farmacêuticos, da região Leste são contratados por parceiros.” (E X)

As Organizações Sociais fazem parte de um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1997).

“Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público” (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1997, p.13).

Conforme AZEVEDO (1999), OS é:

“... uma qualificação, um título, que a Administração outorga a uma entidade privada, sem fins lucrativos, para que ela possa receber determinados benefícios do Poder Público (dotações orçamentárias, isenções fiscais etc.), para a realização de seus fins, que devem ser necessariamente de interesse da comunidade.” (AZEVEDO, 1999, p. 136)

Qualificada como Organização Social, a entidade fica habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obriga a celebrar um contrato de gestão, por meio do qual são acordadas metas de desempenho para assegurar a qualidade e a

efetividade dos serviços prestados ao público (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1997).

Na condição de entidades de direito privado, as Organizações Sociais tendem a assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado, o que representa: a contratação de pessoal nas condições de mercado; a adoção de normas próprias para compras e contratos; e ampla flexibilidade na execução do seu orçamento (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1997).

Os entrevistados relataram que o tipo/forma de contratação de pessoal tem provocado algumas divergências, nas relações entre os diversos profissionais, mas que serão superadas para o bem da saúde coletiva e fortalecimento do SUS.

“Farmacêuticos contratados pelas organizações sociais recebem salários distintos dos farmacêuticos de carreira da Prefeitura – muito diferentes – pela mesma carga horária, desenvolvendo a mesma tarefa... A gente espera que isso seja resolvido em um curto espaço de tempo...” (E VII)

Dificuldades no que diz respeito à colaboração entre as várias instâncias da região no sentido de alinhar a AF foram percebidas de forma diferente pelos entrevistados.

“Os farmacêuticos contratados, por organização social ou por convênio não têm dificuldade de obedecer às diretrizes da Secretaria. Não tem problema nenhum...” (E VI)

“Algumas políticas/projetos/diretrizes que vêm da Secretaria [SMS] e da Coordenadoria [CRS Leste], e que devem ser colocados em execução, são apresentados aos gerentes das unidades. Quando temos que fazer o acompanhamento e monitoramento, é difícil a obtenção de resultados, talvez pela particularidade de que a gente não consegue chegar direto no gerente da unidade, a OS [Organização Social], em paralelo, faz atividades que acha mais importantes.” (E I)

“A [representante da] assistência farmacêutica da OS está presente nas reuniões... o que depende somente da nossa [Coordenadoria Regional de Saúde / Supervisão Técnica de Saúde] resolutividade, a gente consegue. Quando não está na nossa governabilidade, a gente depende de outros setores fazerem a aprovação ou adequação do que a gente precisa resolver...” (E V)

Alguma dificuldade é encontrada no que diz respeito ao planejamento e realização das capacitações.

“Há muito tempo não temos capacitações para os farmacêuticos para uniformizar as atribuições¹² e atividades, mas têm que ser geral... e não capacitação pela Secretaria e capacitação feita à parte pela OS.” (E I)

“A dificuldade é que a maioria dos funcionários das farmácias é da OS, então a gente não tem como convocar diretamente para as capacitações, vai depender da autorização do núcleo de educação permanente do parceiro [OS]...” (E I)

“Com a Organização Social... agora... a gente não tem muita autonomia com as capacitações. A gente pode conversar, pactuar, mas nem sempre o que a gente propõe pode ser cumprido — não que eles não queiram, mas é que o projeto deles [Organização Social] não bate com o nosso [Supervisão Técnica de Saúde]. Às vezes, eles conseguem antecipar as coisas mais do que a gente, isso tem dificultado um pouco as questões de capacitação.” (E V)

5.8. A COMUNICAÇÃO ENTRE A COORDENAÇÃO TÉCNICA E O ÂMBITO LOCAL

¹² O manual de atribuições do profissional farmacêutico encontra-se em revisão por um grupo técnico da SMS.

Os entrevistados relataram que, no que diz respeito à comunicação com os farmacêuticos de nível local, são feitas reuniões, utilizados comunicados por e-mail, telefonemas e realizadas visitas às unidades.

“O acompanhamento dos farmacêuticos [das unidades] é feito através de reuniões mensais, por tipo de serviço — ESF, CAPS, AMA —, quando são trazidos temas diversos, relacionados à sua atividade — não só questões técnicas, mas outras questões para serem resolvidas —. É solicitado que os profissionais tragam experiências para compartilhar com os outros colegas. Também é feito acompanhamento individual, conforme cronograma de visita às unidades.” (E IX)

“A gente procura fazer reuniões, na medida do possível, e contato telefônico, contato via e-mail... A intercomunicação entre os vários farmacêuticos, a gente tem procurado estimular, para tentar ajudar uns aos outros.” (E IV)

“A partir desse ano, temos um cronograma de reuniões mensais com os farmacêuticos [das coordenações técnicas das OS], em que são abordados problemas corriqueiros — por exemplo: problemas com as prescrições —, organização de fluxos, questões relacionadas ao abastecimento. Alguns fluxos devem ser resolvidos/pactuados nas reuniões, mas algumas questões, que dependem da Secretaria/ Coordenadoria, ficam para a próxima reunião ou até chegar uma resposta.” (E I)

“Temos as reuniões mensais, no final do mês, com todos os farmacêuticos [de UBS, CAPS], quando são discutidos aqueles temas mais polêmicos, questionados pela maioria dos farmacêuticos — não apenas por um ou dois — aqueles que geram maior dúvida em todos. Os informes, conforme eu vou recebendo, vou passando por e-mail ou por telefone para eles. Sempre tem orientação técnica, interdição [lotes de medicamentos]...discutimos todos [farmacêuticos] [juntos], para chegar a um consenso.” (E XI)

“No ano passado, tivemos dificuldades com relação à realização de reuniões. Tivemos reuniões a cada dois meses; isso acabou prejudicando um pouquinho o andamento dos trabalhos, com relação às demandas que a gente recebe. Este ano a gente conseguiu reuniões mensais, em que a gente tenta discutir as pautas,

separadamente da Organização Social. O nosso contato maior se dá por telefone e e-mails, diariamente. Nessa parte de orientação a gente peca um pouco; dá na medida em que é solicitado, e não, talvez, com a antecedência que eles precisariam ter. Na verdade, na medida em que as demandas vão aparecendo, a gente vai orientando.” (E V)

“Temos dificuldade bastante grande de manter toda uma rede de comunicação, informação e atualização científica. Então a gente tem que usar todas as ferramentas que a gente conseguir: reuniões técnicas com periodicidade definida, capacitação em assuntos específicos, oferecimento de cursos de outras instituições que nos interessam.” (E VII)

Os farmacêuticos entrevistados, apesar de valorizarem a comunicação com os trabalhadores de âmbito local, ressentem-se, eles também, da mesma situação que vivenciam esses profissionais, isto é, a alta demanda de tarefas, levando a um esquema de “apagar incêndio”.

“Quando os farmacêuticos são chamados para reuniões, isso é muito importante porque eles se sentem valorizados, inclusive eles conversam sobre o que os aflige no trabalho/serviço...” (E VI)

“As nossas atividades de orientação são planejadas, mas, no dia a dia, a gente se afoga nas questões emergenciais. Orientações de rotina são repassadas eletronicamente [via e-mail]. A gente tem mantido uma reunião mensal para fazer as discussões mais específicas, para garantir que a informação chegue onde tem que chegar... Suficiente não é...” (E VII)

5.9 AS NECESSIDADES E POSSIBILIDADES DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

A necessidade de se organizarem processos educativos para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de

saúde pública, dada a necessidade de adequar esses profissionais para atuarem nos serviços, visto que a formação desses era baseada em currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico, hospitalocêntrico, centrado na doença, em detrimento da promoção da saúde e prevenção das doenças. Assim, a Educação Continuada¹³ surgiu, na década de 80, como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços, tornando-os mais qualificados para atuar na sua função, auxiliando-os na aproximação da realidade social e oferecendo subsídios para que pudessem entender e atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços (FARAH, 2003).

A partir da década de 90, surgiu o conceito de Educação Permanente¹⁴ em Saúde como a busca de alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual, privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo a partir da discussão e análise conjuntas e participativas dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde. Assim, a Educação Permanente deve promover a aproximação e ser um processo compartilhado coletivamente entre os trabalhadores de saúde e usuários do sistema para soluções dos problemas reais locais (FARAH, 2003).

Neste estudo, os farmacêuticos entrevistados tiveram dificuldade para discorrer e refletir mais aprofundadamente sobre as necessidades e possibilidades de aprimoramento profissional dos farmacêuticos, revelando

¹³ **Educação Continuada** é o conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional. Está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha (FARAH, 2003).

¹⁴ **Educação Permanente** é uma abordagem aos processos educativos que foi criada em 2003, pela Secretaria de Gestão de Trabalho em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Esta nova concepção parte do pressuposto de que os processos de capacitação dos trabalhadores em saúde devem eleger como referência as necessidades dos diversos grupos populacionais, da gestão setorial e do controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

preocupação com uma importante questão: “como conciliar a rotina com a necessidade de capacitação?”. Os entrevistados relatam que, se o farmacêutico (de âmbito local) participa de reuniões e cursos ou necessita se ausentar da unidade por quaisquer outros motivos, o atendimento à demanda fica prejudicado.

Destacou-se a importância do aprimoramento, para reconhecimento profissional, aperfeiçoamento da qualidade de seu trabalho, mudança de *status* junto à população.

“O farmacêutico teria que ter uma capacitação para saber lidar com a população... ter jogo de cintura... não pode ser estressado(a), sem ‘comprometimento’, [precisa] sempre estudar... Quanto mais a população conhecer o farmacêutico, mais ela vai querer explorar [as habilidades de] esse profissional.” (E XI)

“Muitos aprendem a teoria na faculdade, só que chega o dia a dia da unidade, e eles não aplicam. E com o passar do tempo, perde-se muita informação. [Por isso, deveria haver] capacitações para reciclagem desses farmacêuticos, para que todos possam atender com a mesma qualidade.” (E XI)

“Com relação a melhorar o desempenho dos farmacêuticos, eu acho que a inserção de atualizações frequentes, para que a gente possa ter acesso às novidades... de como lidar com o usuário, de [como] direcionar um atendimento... A gente não teve formação para esse tipo de atribuição, que é necessária na prática. Então, eu acho que quando o RH estiver adequado, vamos precisar ter outro enfoque nas capacitações e atualizações, para que a gente possa desempenhar melhor o nosso trabalho, principalmente, focando no usuário e não no medicamento.” (E V)

Com referência a temas para cursos e capacitações, alguns temas foram sugeridos: Farmácia Clínica, Semiologia, Informática, Doenças Crônicas, Saúde Mental, Emergências, Relações Interpessoais, para aprimorar o atendimento ao

paciente e para fortalecimento e reconhecimento do papel profissional frente às equipes.

“Temas para curso/capacitação multiprofissional, para aproximar os profissionais.... Eu acho que, primeiro, relacionamento interpessoal, que é uma questão que a gente ainda tem muita dificuldade. A questão de como focar o atendimento do usuário, a gente sente essa dificuldade não só nos farmacêuticos, mas também nos outros profissionais.” (E V)

“Diversos são os temas para capacitação. Para melhorar a relação com a equipe [seria interessante capacitar sobre] .trabalho agregado, conjunto; ‘multi’ e transdisciplinaridade. [Outros temas seriam] clínica farmacêutica, abordagem do paciente, troca de experiências, projeto terapêutico.” (E IX)

“Precisa de capacitação em Farmacologia, curso de Farmácia Clínica, de abordagem de doenças. Os médicos e enfermeiros são chamados para capacitações, mas os farmacêuticos são esquecidos.” (E I)

“[Creio que seria necessária capacitação em] Semiologia, para entender um pouco das doenças; Farmacologia; informática; ‘ferramentas’ dos programas.” (E II)

“Numa carga horária não muito pesada, para não ‘prender’ demais os farmacêuticos. Teria que ser um curso prático, do dia a dia, principalmente, e também, talvez, para envolver a atenção farmacêutica, com a discussão de algumas doenças mais importantes e por temas: saúde mental, hipertensão, diabetes, emergências.” (E IV)

Outro tema que surgiu nas entrevistas, como proposta para capacitação, foi a do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). FARAH (2003) ressalta que a organização e desenvolvimento de processos educativos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde constituem-se em uma estratégia para a implementação do SUS e para contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos seus usuários.

“Os farmacêuticos precisam entender o SUS, em qualquer capacitação tem que conter tópicos do SUS.” (E II)

“O funcionamento do SUS, os conselhos gestores [seriam temas interessantes para as capacitações]” (E V)

Com relação ao aprimoramento dos farmacêuticos, ARAÚJO et al. (2008) consideram que poderiam ser organizados no serviço de saúde, com mais frequência, cursos de gerência ou oficinas para esses profissionais, auxiliando-os na solução de problemas operacionais relacionados ao atendimento de populações específicas como os idosos, diabéticos, hipertensos, portadores de epilepsia, HIV/Aids. FURTADO (2008) lembra que o aumento da expectativa de vida das pessoas vem associado ao aumento de doenças crônicas e, por consequência, ao aumento do número de medicamentos utilizados. Assim, a polifarmácia, caracterizada pelo uso de cinco ou mais medicamentos, aparece hoje como um fato na sociedade contemporânea e precisa receber um olhar criterioso, a fim de evitar danos à saúde das pessoas.

Para aprimorar o trabalho no âmbito da equipe, os profissionais se desenvolveriam com discussões sistemáticas de casos. Os entrevistados apresentam, entretanto, as dificuldades atuais para realização desse tipo de processo.

“A inserção dos farmacêuticos nas equipes de saúde acontece, mas de uma forma bem restrita. Como ainda não tem um farmacêutico por unidade — e mesmo quando tiver um por unidade, a gente tem unidade com seis ou sete equipes [ESF] —, fica difícil um só farmacêutico dar conta da demanda da população de toda a área, para fazer um trabalho adequado de orientação e acompanhamento. Enquanto não tiver pelo menos esse RH, a inserção fica limitada. As equipes acabam levando demanda, pedindo auxílio deles [farmacêuticos]; eles tentam participar de reuniões de equipe para dar algum tipo de orientação para os agentes comunitários, mesmo para os médicos e enfermeiros, para discussão de casos.” (E V)

Alguns entrevistados citaram a Educação à Distância (EaD) como uma possibilidade de aperfeiçoamento que tem sido muito desenvolvida na atualidade.

“Eu tive uma experiência muito boa com capacitação à distância... inclusive vários farmacêuticos da região [foram e] gostaram muito do curso. Nós tivemos somente dois encontros presenciais e o resto foi à distância. Eu tinha ‘um certo’ preconceito com curso à distância e depois desse curso, mudei minha opinião. A gente percebe que, dependendo da equipe que monta o curso e de como é preparado o material, torna-se extremamente interessante, participativo e muito bem aproveitado... Está na moda agora, é uma tendência e funciona se bem montado, bem organizado. É uma estratégia muito boa, em que a gente não tem que se locomover numa cidade como São Paulo. Consegue ter um aproveitamento muito melhor.” (E V)

“A EaD seria a melhor alternativa... É um facilitador, o acesso pela internet. Existem grupos de capacitação presencial, mas tem toda essa dificuldade: às vezes, o gerente não libera, a instituição parceira não libera. Dependendo do volume de aulas, da carga horária, fica difícil para esse profissional participar. A EaD ajuda a conciliar a questão do horário.” (E X)

“Hoje em dia, a EaD está muito bem orientada, com várias instituições e tutores bem preparados, acho que pode ser uma boa opção para se ter uma adesão maior, porque no [curso] presencial você não consegue envolvimento de todo mundo, mesmo porque não dá para o farmacêutico sair da unidade, uma vez que ele está lá duas a três vezes por semana.” (E II)

A Educação à Distância (EaD), até o final dos anos 80, estava fundamentalmente baseada em material impresso. Para tanto, era necessário preparar o material instrucional, que era enviado ao aprendiz e utilizado de acordo com a sua disponibilidade de tempo. Estas condições demarcavam uma separação espacial e temporal entre o professor e os aprendizes (VALENTE, 2011). Na década de 90, a EaD mediada pela internet nasce praticamente com a criação da web (RAMOS e GARBE, 2011). Assim, as barreiras temporais e mesmo as espaciais começaram a ser eliminadas. Por intermédio da interação a partir dessas tecnologias, professor e aprendizes podem se encontrar para trocar ideias, por intermédio de bate-papo ou chat. O distanciamento temporal passa a

significar a possibilidade ou não de realizar atividades simultâneas ou síncronas. Mesmo a separação espacial está sendo minimizada pela interação que pode existir na troca entre professor e aluno, originando o “estar junto virtual” utilizando-se estratégias que vão de simples transmissão de informação até o desenvolvimento de competências que são impossíveis de serem simplesmente memorizadas, já que devem ser construídas por cada aprendiz na interação com pessoas que fazem parte do seu cotidiano (VALENTE, 2011).

Alguns farmacêuticos entrevistados colocam as possíveis dificuldades quanto à proposta de cursos e capacitações à distância.

“À distância... eu não sei se o pessoal tem facilidade para o manejo, tem gente que tem dificuldade para entrar no ‘moodle’, não sei se seria viável. O ideal seria presencial.” (E VI)

“Ter um projeto de educação continuada... utilizar os recursos do EaD... Mas vai ser um desafio constante, porque a gente tem várias organizações sociais desenvolvendo suas capacitações específicas... e a gente tem nossas ideias aqui... e na verdade ‘casar’ tudo isso é bem difícil.” (E VII)

Quanto à dimensão e abrangência dos cursos e capacitações, alguns entrevistados acreditam que seria possível a realização “por regiões”.

“A capacitação... o pessoal falou que deveria ser centralizado, por parte da Secretaria. Não sei se é viável isso na cidade de São Paulo, porque tem muitas Supervisões, muitos farmacêuticos, muita gente para você dar aula. O ideal seria fazer regionalizado, pegar a ‘Leste’, por exemplo. É complicado fazer na cidade inteira.” (E VI)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E POTENCIAL DE APLICABILIDADE

Este estudo corrobora FREITAS (2005), na afirmação de que a profissão farmacêutica ainda é uma profissão com pouca autonomia e, ainda, indefinição de atividades. Assim, pode-se dizer que os farmacêuticos da Atenção Básica estão numa etapa de construção de identidade — identidade ainda indiscriminada, para os outros e para eles mesmos. O estudo também confirma os achados de RICIERI et al. (2006), que mostram que não há referencial para o farmacêutico nos serviços da Atenção Básica, isto é, não existe um papel definido das competências e limites da atuação farmacêutica nesse âmbito.

A pesquisa identificou que a prática profissional deve procurar novas formas de melhorar a conexão com políticas de saúde, priorizando as atividades de educação em saúde e de orientação sobre o uso de medicamentos.

Apesar das dificuldades percebidas, o cenário atual é favorável e deve ser utilizado para estimular o desenvolvimento do perfil do profissional farmacêutico, visando a prevenção e promoção da saúde, a utilização racional do medicamento e a adequação às necessidades apontadas pelos usuários e pelas equipes das unidades de saúde.

Alguns aspectos ficaram evidentes na análise das entrevistas, demonstrando o comprometimento dos entrevistados, com as questões inerentes à evolução da AF, tais como:

- a preocupação dos entrevistados com a valorização do profissional farmacêutico;
- o reconhecimento de que a profissão do farmacêutico é dinâmica, já que “cada dia na unidade é um dia diferente”;

- a participação dos farmacêuticos, na medida do possível, em atividades junto aos usuários e equipe, apesar do número insuficiente de auxiliares técnicos de farmácia, que faz com que os farmacêuticos também realizem dispensações;
- a percepção de que no SUS é possível fazer um trabalho extremamente ético, valorizando a farmácia clínica;
- o reconhecimento de que o farmacêutico é profissional muito importante na equipe multiprofissional e de que seu papel poderá ser solidificado com a melhoria das condições nas unidades, especialmente quanto aos Recursos Humanos e ao sistema de informática e informação;
- a percepção de que a integração das várias instituições envolvidas é um desafio, mas que deve ser implementada;
- a constatação de que a intercomunicação entre os farmacêuticos está sendo estimulada, favorecendo a ajuda mútua;
- a mudança de opinião com respeito à EaD, quando se percebe que, dependendo da equipe que organiza o curso e da forma de elaboração do material, este pode ser bem aproveitado, promovendo enriquecimento do conhecimento e da prática;
- as sugestões de que os farmacêuticos deveriam passar por cursos/capacitações, pelo menos duas vezes ao ano, tanto para aperfeiçoamento como para o aumento da motivação relacionada ao trabalho;
- a valorização da transmissão de conhecimentos que se tornem aplicáveis, promovendo transformações na realidade.

Assim, para a melhoria da AF na região estudada, o estudo indica que há necessidade de:

- aumento do número de farmacêuticos, para chegar a pelo menos um profissional em cada unidade, uma vez que a pesquisa constatou o ingresso de farmacêuticos mas não em quantidade suficiente para o desenvolvimento pleno das atividades de AF;
- melhoria da infra-estrutura, tanto nas questões relacionadas à logística de abastecimento de medicamentos e insumos como, especialmente, no que tange às condições para melhor assistência ao paciente, com adequação de instalações nos ambientes de atendimento para a garantia do bem-estar, confiança e privacidade;
- aprimoramento da atividade de dispensação com ênfase na implementação de recursos humanos, devidamente treinados e capacitados, e utilização de indicadores de qualidade.

Então, para refletir sobre as possibilidades práticas e concretas de aplicação deste estudo, considera-se a Escola Municipal de Saúde - conforme o Decreto Nº 52.514 (São Paulo, 2011), como instância para:

- promover a formação, o desenvolvimento e o aprimoramento profissional dos servidores públicos, dos trabalhadores das organizações parceiras e dos membros dos conselhos gestores, vinculados às unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde, por meio do planejamento, desenvolvimento e execução de programas de educação profissional em saúde;
- preparar o profissional da saúde para seu melhor desempenho e aprimoramento profissional;
- contribuir para a qualidade da gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito da Prefeitura do Município de São Paulo.

A partir daí, verifica-se que o objetivo dessa instância, é contribuir para o alcance da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas, sendo fundamental o incentivo à produção, captação, disseminação e à difusão do conhecimento, criando uma rede de profissionais motivados para a participação em contexto de construção coletiva. Assim, busca-se desenvolver metodologia

para a implantação de um sistema de compartilhamento e socialização dos conhecimentos e informações geradas nos processos de trabalho e nos programas de capacitação e formação desenvolvidos no âmbito da SMS.

Nessa perspectiva, o município de São Paulo, constituiu o Grupo Técnico de Educação Permanente em Saúde - GTEPS, coordenado pela Escola Municipal de Saúde, e por cinco Núcleos Regionais - Norte, Sul, Leste¹⁵, Sudeste, Centro Oeste.

Considerando a pesquisa realizada, no âmbito de um Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, a autora faz as seguintes propostas como desdobramento do estudo:

- apresentar os resultados do estudo ao Núcleo de Educação Permanente da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, para a disseminação das potencialidades do profissional farmacêutico frente às necessidades dos usuários e das equipes de saúde;
- sugerir a estruturação de um núcleo de reflexão permanente, para reunir propostas para Educação Continuada, com foco em temas relacionados à farmácia clínica e à atenção farmacêutica;
- promover encontros de articulação, em parceria com as Organizações Sociais, para a melhoria dos processos de trabalho e do planejamento das atividades de capacitação e treinamento.

Finalmente, como o tema do farmacêutico na AB requer novas abordagens, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas, como por exemplo:

- estudo qualitativo das percepções dos usuários, dos serviços da AB, sobre o atendimento prestado pelos farmacêuticos e sobre o

¹⁵ Vale ressaltar aqui que, no decorrer da pesquisa, foi solicitada e permitida à pesquisadora a participação nas reuniões do Núcleo de Educação Permanente da Coordenadoria Regional de Saúde Leste.

relacionamento estabelecido com esses profissionais e a repercussão na qualidade de vida dos usuários;

- estudo do entendimento/compreensão do usuário sobre a prescrição médica/odontológica recebida, pois o fato de entender/compreender as orientações, pode interferir na adesão ao tratamento e no manejo dos problemas relacionados ao uso dos medicamentos; estudo qualitativo sobre percepções das equipes da AB a respeito das atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos e de suas potencialidades para o trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

Alencar TOS, Nascimento MAA. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(9):3939-3949, 2011.

Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface* 13(Supl.1):581-594, 2009.

Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 15(Supl.3):3603-3614, 2010.

Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 13(Sup):611-617, 2008.

Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada* 26(2): 87-92, 2005.

Azevedo EA. Organizações Sociais. *Revista da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo* 51/52:135-142, 1999.

Bellodi PL. O clínico e o cirurgião – estereótipos, personalidade e escolha da especialidade médica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

Brandão A. É definitivo: o farmacêutico está na Atenção Básica. *Pharmacia Brasileira (Conselho Federal de Farmácia)* 52:4-10, 2006.

Brasil. Lei 8080/1990. Lei Orgânica da Saúde. Regulamenta o Sistema Único de Saúde.

Brasil. Lei 12401/2011. Altera a Lei 8080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 2010.

Conselho Federal de Farmácia (CFF). *Os desafios da educação farmacêutica no Brasil*. Brasília/DF, 2008.

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN). Parecer COREN-SP 010/2012.

Conselho Regional de Farmácia de São Paulo (CRF). A trajetória da Prática Farmacêutica, 2008-2009.

Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica - Proposta. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.

Costa EMMB. Encontro Farmacoterapêutico. Revista Eletrônica de Farmácia 4(1):27-31, 2007.

Cruz PC, Silva YFO. Ensino farmacêutico: trajetória, reflexões e perspectivas para a formação do farmacêutico. Anais do I Seminário sobre Docência Universitária. Universidade Estadual de Goiás, 2011.

Decreto Federal 7508/2011 - Regulamenta a Lei 8.080/1990, para dispor sobre a SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Farah BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções?. Revista APS.6(2):123-125, 2003.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Freitas EL. Revelando a experiência do paciente com a prática da Atenção Farmacêutica: uma abordagem qualitativa. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia. UFMG, 2005.

Furtado BT. O farmacêutico na Atenção Básica: a experiência da equipe de Programa Saúde da Família frente à Atenção Farmacêutica. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 1999.

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am. J. Hosp. Pharm. 47(3):533-543, 1990.

Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

Lefèvre F. A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. Rev. Saúde Pública 12(1):64-67, 1987.

Lorandi PA. Análise histórica da formação acadêmica do farmacêutico – quatro décadas. Informa (Conselho Federal de Farmácia) 18(7/8), 2006.

Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003.

Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. Rev APS 12(2):204-213, 2009.

Mendes GB. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 13(Supl.):569-577, 2008.

Merola YL, Terra FS, Costa AMDD. Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um projeto em discussão. Revista Eletrônica de Farmácia 5(1):95-100, 2008.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª Ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais, Secretaria da Reforma do Estado. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2) Brasília, 1997.

Ministério da Saúde. Portaria GM 698, 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.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1998.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências Terapêuticas o que são, para que servem. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Brasília, DF, 2004b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília, 2006a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS – Brasília, 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids. Brasília(DF); 2007b.

Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS HumanizaSUS. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Brasília, DF, 2004.

Ministério da Saúde. Série D. Reuniões e Conferências. Reunião dos coordenadores dos polos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família. Relatório Final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006b.

Nogueira-Martins LA, Nogueira-Martins MCF. Cuidando do estudante enquanto futuro profissional: a importância da formação e da avaliação de atitudes. In: Baldassin S (org) Atendimento psicológico aos estudantes de Medicina: técnica e ética. São Paulo: EDIPRO, 2012.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade 13(3): 44-57, 2004.

Nogueira-Martins MCF. Humanização da assistência e formação profissional. In: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Área Temática de Assistência Farmacêutica. Termos de Referência da I Conferência Municipal de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. São Paulo; 2002.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília: Opas, 2002.

Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 35(1):103-109, 2001.

Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas 44(4):601-612, 2008.

Pope C., Ziebland S, Mays N. Analisando dados qualitativos. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Ramos MP, Garbe GG. A experiência da UNIFESP na formação de trabalhadores da saúde por meio de cursos na modalidade de educação a distância (EaD). In: Trindade MAB. As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) no desenvolvimento de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). São Paulo: Instituto de Saúde, 2011.

Resolução CNS 338/2004 – Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Ricieri MC, Previati D, Campese M, Constantini HF, Montrucchio DP, Kades ASO, Buffon MCM, Furman IM. O farmacêutico no contexto da Estratégia em Saúde da Família, que realidade é esta? Visão Acadêmica 7(2), 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/academica/article/viewArticle/9047>.

São Paulo (Município). Decreto Nº 52.514, de 25 de Julho de 2011. Dispõe sobre a reorganização da EscolaMunicipal de Saúde, antigo Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde - CEFOR, da Secretaria Municipal da Saúde.

Secretaria Municipal da Saúde. Portaria SMS.G 1535, de 27 de setembro de 2006. Normatiza a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde sob gestão municipal.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública – conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas, 2004.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 2006.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

Valente JA. O papel da mediação e da interação na educação a distância: estabelecendo estratégias diferenciadas de ensino. In: Trindade MAB. As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) no desenvolvimento de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). São Paulo: Instituto de Saúde, 2011.

Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 12(1):213-220, 2007.

Yokaichiya CM, Figueiredo WS, Nogueira-Martins MCF, Schraiber LB. Equipes de farmácia e humanização da assistência a pacientes com HIV/Aids: um estudo qualitativo em serviços municipais de São Paulo. *Jornal Brasileiro de AIDS* 7(5):240-247, 2006.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **Como você percebe a atividade dos farmacêuticos dentro do contexto em que você trabalha?**

(abrangendo: formação, seleção, condições de trabalho, rotatividade, política de cargos e carreira, mecanismos de avaliação de desempenho)

- **A seu ver, como é a inserção dos farmacêuticos nas equipes de saúde?**

(abrangendo: existe, não existe; valorização do farmacêutico; participação em reuniões, planejamentos)

- **Como você realiza a sua atividade de orientação aos farmacêuticos?**

(abrangendo: reuniões, informes, orientações sobre a supervisão dos técnicos de farmácia)

- **Em sua opinião, como poderiam ser realizadas as atividades de capacitação dos farmacêuticos? Você percebe necessidades específicas? Quais?**

(abrangendo: capacitação presencial, à distância; necessidades percebidas; avaliação dos cursos/capacitações já realizados; consulta aos próprios farmacêuticos)

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: estudo exploratório para subsidiar processos de Educação Permanente”

Pesquisadora: **Érica Tie Miai**

Meu nome é Érica Tie Miai; sou aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Estou solicitando sua participação voluntária no estudo que tem como objetivo conhecer a Assistência Farmacêutica, desenvolvida pelos farmacêuticos, na Coordenadoria Regional de Saúde Leste da SMS, de tal forma a poder propor, posteriormente, temas para processos de Educação Permanente para os farmacêuticos dessa região.

Serão realizadas entrevistas com profissionais de Assistência Farmacêutica. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas.

A Senhora ou Senhor terá liberdade de solicitar qualquer esclarecimento, quantas vezes se fizer necessário, e está garantida a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a orientadora dessa pesquisa, **não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes em nenhum momento**. Informo, ainda, que os dados coletados utilizando gravador de voz serão gravados e seu conteúdo armazenado em forma de arquivo digital em computador de uso pessoal da pesquisadora.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. As pesquisadoras se comprometem a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. A qualquer momento, a Senhora ou o Senhor poderá solicitar informações sobre a pesquisa e seu andamento.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis por esta pesquisa são: farmacêutica Érica Tie Miai, telefones (11) 2280-5705 ou (11) 99550-1565 (VIVO) e Profª Dra. Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins (orientadora), que pode ser encontrada no Instituto de Saúde, telefone: (11) 3105-5807. Além disso, qualquer dúvida referente a aspectos éticos do estudo poderá ser esclarecida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde/SP, pelo telefone 3397-2464.

 Declaro que fui suficientemente esclarecida(o) a respeito do estudo: “Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: estudo exploratório para subsidiar processos de Educação Permanente.”

Ficaram claros para mim quais os propósitos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, as **garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes**. Ficou clara também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter na Instituição. Autorizo a publicação dos dados que forem coletados em revistas científicas, cursos ou congressos.

São Paulo, _____ de _____ de 2013.

Nome legível da(o) participante _____

RG nº _____

Assinatura: _____

 Pesquisadora responsável: Érica Tie Miai
 RG Nº 15.965.394-0

Email: emiai@prefeitura.sp.gov.br

PROJETO DE PESQUISA

Título: Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: estudo exploratório para subsidiar processos de Educação Permanente

Área Temática:

Pesquisador: ÉRICA TIE MIAI

Versão: 1

Instituição: São Paulo Secretaria de Saúde ((Instituto de Saúde))

CAAE: 04840212.4.0000.0086

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 68402

Data da Relatoria: 02/08/2012

Apresentação do Projeto:

Os farmacêuticos têm sido incluídos nos serviços de Atenção Primária à Saúde. No município de São Paulo, as várias Coordenadorias de Saúde têm recebido farmacêuticos, tanto por concurso como por contratação por Organizações Sociais de Saúde.

O objetivo deste estudo é o de conhecer a Assistência Farmacêutica desenvolvida por farmacêuticos na Coordenadoria de Saúde Leste de São Paulo, no sentido de fornecer subsídios para ações de Educação Permanente para a região.

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter qualitativo com 5 interlocutores de Assistência Farmacêutica, sendo 1 da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, 1 da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e 1 de cada OSS (Santa Marcelina, SPDM e SECONCI), e

7 supervisores de Atenção Farmacêutica, correspondentes às 7 Subprefeituras da Coordenadoria Leste; amostra proposital (purposeful sampling), na qual se selecionam casos ricos em informações para o estudo. Será utilizada a técnica da entrevista semiestruturada, desenvolvida a partir de um roteiro de perguntas direcionadas, que não terão aplicação rígida, permitindo ao entrevistador fazer as necessárias adaptações a partir dos dados que for obtendo do entrevistado, com a finalidade de conhecer, esclarecer e indagar a realidade, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos, para aplicação em intervenções ou em pesquisas posteriores; serão dois roteiros de entrevista, sendo um deles voltado aos interlocutores, e outro aos profissionais farmacêuticos; as entrevistas serão gravadas e transcritas.

A análise do material obtido será conduzida pelos princípios da análise temática: a) pré-análise, fase em que o pesquisador, com o material já coletado, realiza uma leitura flutuante do mesmo; b) exploração do material, fase de codificação, em que se classificam e se agregam os dados em categorias teóricas ou empíricas que organizarão os temas; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nessa fase, são interpretados os dados.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

.Conhecer as características da Assistência Farmacêutica desenvolvida pelos farmacêuticos nas unidades da abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Secretaria Municipal da Saúde / SP

Específicos

.Conhecer as facilidades e dificuldades dos farmacêuticos no que tange à sua atividade profissional nas unidades de saúde;

.Conhecer as necessidades de aprimoramento desses profissionais.

.Obter subsídios para proposta de um processo de Educação Permanente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos de qualquer natureza. Poderá haver desconforto mínimo na entrevista, próprio desta prática, o que não implica em prejuízo da integridade dos sujeitos.

Os benefícios serão advindos do aperfeiçoamento das atividades de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, e busca de aspectos negativos e corretivos nos procedimentos. Esses

benefícios serão tanto para os participantes da pesquisa, como também para outros farmacêuticos, e comunidade em geral, após implantação e implementação de atividades com fins de melhoria nos serviços prestados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo muito bem instruído, com descrição detalhada e fundamentada da pesquisa, instrumentos adequados, documentos obrigatórios, e outros como Termo de compromisso do pesquisador, Autorização para realização da pesquisa da Coordenação de Saúde Leste e Ata de aprovação de qualificação do projeto de Mestrado no Instituto de Saúde /SES/SP.

A pesquisadora propõe a divulgação dos resultados da pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de rosto está devidamente preenchida e assinada.

O TCLE está em linguagem acessível, com descrição sucinta da pesquisa, garante o sigilo dos dados, e a autonomia para retirada do consentimento em qualquer tempo.

Por tratar-se de entrevista, no TCLE deverão estar explícitos o tempo gasto e local.

Deverá constar o contato com o CEP SMS São Paulo, responsável pelos aspectos éticos na instituição co-participante, e mais que isto por ser o comitê da administração onde os sujeitos exercem suas atividades de assistência farmacêutica.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendentes quanto ao TCLE:

1. informar tempo e local para entrevista.
2. Acrescentar o contato do CEP SMS São Paulo para dúvidas e denúncias quanto a questões éticas. TCLE.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esclarecemos que:

1. As pendências do parecer devem ser respondidas através de texto word, de forma objetiva, em documento próprio anexado à Plataforma Brasil.
2. Os documentos retificados também devem ser anexados à Plataforma Brasil (como por exemplo, o TCLE).

Na data de emissão desse parecer estava pendente (1) parecer de instituições coparticipantes.

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI