



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**  
**DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA - DEFA**

**A PERCEPÇÃO DOS FARMACÊUTICOS COMO**  
**PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO**  
**SUS DE FORTALEZA – CE**

**Alex Ferreira de Oliveira**

**FORTALEZA**

**2008**

**Alex Ferreira de Oliveira**

**A PERCEÇÃO DOS FARMACÊUTICOS COMO PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO SUS DE FORTALEZA – CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas – Área de Concentração Farmácia Clínica da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

**Orientadora:** Profa. Helena Lutescia Luna  
Coelho

**Co-Orientadora:** Ana Paula Soares Gondim

**FORTALEZA**

**2008**

O45p Oliveira, Alex Ferreira de

A Percepção dos farmacêuticos como profissionais da atenção primária de saúde no SUS de Fortaleza - Ce / Alex Ferreira de Oliveira. – Fortaleza-Ce, 2008.

123 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Lutescia Luna Coelho

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Assistência Farmacêutica 2. Percepção 3. Simbolismo 4. Atenção Primária de Saúde I. Coelho, Helena Lutescia Luna (Orient.) II. Título.

CDD: 615.19

**Alex Ferreira de Oliveira**

**A PERCEPÇÃO DOS FARMACÊUTICOS COMO PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO SUS DE FORTALEZA – CE**

**Data da Aprovação: 28/05/2008**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Helena Lutécia Luna Coelho  
(Orientadora) – UFC

---

Prof. Dr. João Tadeu de Andrade – UECE

---

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais – UFC

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me proporcionado todas as oportunidades que tive e bênçãos que recebi.

A minha família de Belém pelo amor, incentivo, apoio e confiança a mim confiados;

As minhas famílias de Fortaleza, pelo acolhimento, apoio e carinho, representadas aqui pelo Dr. José Maria Martins, sua esposa Albaniza Martins e filho André Martins;

Fátima Pessoa, filhas e amigas;

M<sup>a</sup> Leni e Nelma Camelo;

Tias Silvia Bastos e Fátima Marques;

A Professora Helena Lutécia Luna Coelho, pelo estímulo ao meu crescimento pessoal e profissional, troca de saberes e orientação na realização do trabalho;

A Professora Ana Paula Soares Gondin, por ajudar-me a explorar a pesquisa através de várias percepções e orientação na realização do trabalho;

Ao Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, pela parceria e sensibilidade quanto à importância do tema abordado;

A todos os colegas da CELAF, pelo apoio na viabilização da pesquisa, representados aqui por Ana Rachel Correa;

Aos estudantes de Farmácia colaboradores na coleta dos dados, em especial Luiz Henrique;

A todos os grandes amigos que fiz durante o mestrado, nas Ciências Farmacêuticas, Saúde Pública e Hospital Walter Cantídio, por representarem parte importante da minha vida e apoiarem nas mais diversas horas, representados por Alcidésio Sales Jr., Ana Cláudia Brito, Ana Graziela; Ana Rachel Freitas, Elton e Priscila Fortuna Chaves, Érika Liz, Nadja Mara Lopes e Wiviany Thaise Lima;

A Raimundinha pelo acolhimento maternal e serviços oferecidos pela secretaria do mestrado.

Aos farmacêuticos da rede de Atenção Primária, coordenadores e auxiliares de farmácia das Unidades de Saúde de Fortaleza pela colaboração no repasse das informações, pois sem vocês o trabalho não seria possível;

A todas as Entidades que fomentaram e financiaram a presente pesquisa.

“Não é o Mundo Real que faz o Mundo Percebido”

**Merleau Ponty**

## RESUMO

A evolução do âmbito profissional do farmacêutico em direção à saúde pública e ao contexto clínico, é um fenômeno global e repercute no desenvolvimento de novas práticas profissionais para dar conta de atribuições antes inexistentes. No Brasil, o papel do farmacêutico na implementação da política nacional de medicamentos, na Assistência e Atenção Farmacêutica do nível primário de saúde, vem sendo regulamentado, criando tensões no processo de trabalho que vão além dos aspectos de ordem técnica. Para permitir a aproximação dessa realidade, foi utilizado um estudo exploratório de caráter descritivo que empregou o método qualitativo de pesquisa através de entrevistas abertas aplicadas aos farmacêuticos e observação dos espaços e atividades das unidades que apresentam esse profissional de saúde, com o objetivo de avaliar a percepção do farmacêutico como profissionais de saúde, relativa as suas próprias atividades. Dos 13 Centros de Saúde da Família, 12 (92%) foram visitados, dos quais 5 (42%) funcionam dois turnos (manhã e tarde) e 7 (58 %) durante os três turnos, com um total de 30 equipes de PSF distribuídas para a cobertura das áreas de abrangência e quadro de servidores e profissionais de saúde variando com a necessidade de cada Centro. Foram observadas também dificuldades estruturais, carência de planejamento, além de baixo nível de trabalho em equipe. As farmácias seguiram as problemáticas dos Centros, trabalhando de forma mais isolada. Dos 18 farmacêuticos atuando, 17 (94%) foram entrevistados, sendo 13 (76%) do sexo feminino e 4 (24%) do masculino; com faixa etária variando entre 26 a 58, e idade média de 46 anos, dos quais 15 (88%) graduaram-se por Universidade pública, entre 1978 e 2006, em sua maior parte Bioquímicos (53%), concursados (82%), com tempo médio de serviço de 18 anos. A única pós-graduação relatada foi especialização, cursada por 41% dos entrevistados. A percepção desses profissionais possibilitou a identificação de nós, conectados à esfera simbólica e de domínio prático, que dificultam a concepção dos mesmos como profissionais de saúde e a promoção de um serviço de melhor qualidade. Faz-se necessário recuperar a auto-estima e promover direcionamento desses profissionais para a melhoria de ações de integralidade na saúde.

**PALAVRAS CHAVE:** Assistência Farmacêutica, Percepção, Simbolismo, Atenção Primária de Saúde.

## ABSTRACT

The evolution of pharmaceutical extent through Public Health services and clinical context is a global tendency with repercussion on new professional practices development to support the attributions that didn't exist before. In Brazil the pharmacist role to implement the National Drug Policy and pharmaceutical practices, including pharmaceutical care, in primary health care, is being regulated, causing troubles in working process that go beyond technical aspects. To promote an approximation of this reality, we use an exploitative descriptive study which resorted qualitative research method, with interviews applied to pharmacists and observational techniques applied to professionals and health family centers. The objective was to recognize the local reality and evaluate pharmacists' perception like health professionals in their routine activities. We visited 12 (92%) of 13 health family centers what have pharmacist working in primary health care pharmacies, of witch 5 (42%) work during 2 turns and 7 (58%) at 3 turns, they have 30 PSF teams to cover their areas and a variable registered professional list according to units needs. We also observed structure problems, lack planning and low level of team work. The pharmacies follow the same problems that we identify in the health family centers, but it works more isolated. We interview 17 (94%) of 18 pharmacists, 13 (76%) women and 4 (24%) men; with age group between 26 and 58 years old. A number of 15 (88%), graduated by Public University, between 1878 and 2006, the major have qualification in biochemistry (53%) and was public servants (82%), with 18 year middle work time. The only post graduation related was expert, concluded by 41% of them. The pharmacist's perceptions means rubs identifications, related to symbolic and practice categories that raise difficulties the pharmacist's conception like health professionals and better services promotion. Its essential recover the pharmacist's self-esteem and promotes a professional guidance to improve actions of health integrality.

**KEY WORDS:** Pharmaceutical Services, Perception, Symbolism, Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Tipos de abordagens da Atenção Primária em Saúde.....	28
Quadro 2: As diferentes interpretações da Atenção Primária de Saúde.....	30
Quadro 3: Matriz Curricular curso de Farmácia – UFC.....	41
Quadro 4: Matriz Curricular curso de Farmácia – UNIFOR.....	44
Quadro 4: Matriz Curricular curso de Farmácia – Instituto Rainha do Sertão .....	45
Figura 1: Organograma – CELAF.....	52
Figura 2: Organograma – Distribuição de Centros de Saúde da Família, Farmácias Pólo e Farmacêuticos por Secretaria Executiva Regional de Saúde – SER.....	52
Figura 3: Esquema de distribuição de Farmacêuticos por Centros de Saúde da Família nas Secretarias Executivas Regionais de Saúde – SER.....	53
Quadro 5: Características dos sujeitos da pesquisa .....	67
Figura 4: Esquema geral do estudo.....	57
Quadro 7: Divisão de Categorias e Classes segundo Análise de Conteúdo das entrevistas com os farmacêuticos .....	91

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária de Saúde
AtenFar	Atenção Farmacêutica
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEFACE	Centro de Farmacovigilância do Ceará
CELAF	Célula de Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos Essenciais
CES	Câmara de Educação Superior
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CSF	Centro de Saúde da Família
CIM	Centro de Informações de Medicamento
CNE	Comissão Nacional de Ensino
CONASS	Comissão Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
FENAFAR	Federação Nacional de Farmácia
GPUIM	Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos
MEC	Ministério da Educação
Moc	Projeto Montes Claros
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos

RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RESME	Relação Estadual de Medicamentos
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUDS	Sistema Unificado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
WHO	World Health Organization

## **LISTA DE TABELAS**

Tab.1. Cargos Administrativos relatados nos CSF .....	61
Tab.2. Profissionais e consultas-dia por CSF .....	61
Tab.3. Especialidades Médicas e consultas-dia por CSF .....	62

## **LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice 1: Roteiro de Entrevista .....	117
Apêndice 2: Ficha de Informações Técnico Administrativas .....	119
Apêndice 3: Carta de Solicitação para autorização da Pesquisa .....	120

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Roteiro de Observação Etnográfica .....	122
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	123

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Um resumo das mudanças envolvendo as Políticas de Saúde:</b>	
2.1.1 As mudanças nas Políticas de Saúde no exterior .....	19
2.1.2 As transformações das Políticas de Saúde no Brasil .....	21
2.1.3 A Assistência Farmacêutica no Ceará & Fortaleza .....	25
<b>2.2 A Atenção Primária de Saúde e o Farmacêutico:</b>	
2.2.1 A Atenção Primária de Saúde e suas facetas .....	27
2.2.2 A atuação do farmacêutico na Atenção Primária e seus aspectos legais .....	32
<b>2.3 Os reflexos das mudanças de paradigma de saúde e do mercado na Farmácia:</b>	
2.3.1 Os novos rumos da atuação do farmacêutico e do ensino da farmácia .....	35
2.3.2 O Ensino da Farmácia no Brasil e suas reformas curriculares .....	36
2.3.3 O Ensino da Farmácia no Ceará .....	40
<b>2.4 A Percepção do Farmacêutico como profissional de Saúde:</b>	
2.4.1 A importância da percepção na avaliação de serviços de saúde .....	48
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>50</b>
3.1 Objetivo Geral .....	50
3.2 Objetivos Específicos .....	50
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>51</b>
4.1 Desenho do Estudo .....	51
4.2 Local e Período do Estudo .....	51
4.3 Critérios de Seleção dos Sujeitos da Pesquisa .....	53
4.4 Métodos, Instrumentos e Técnicas para coleta de dados .....	54
4.5 Etapas da Pesquisa .....	56

4.6 Análise dos Dados .....	57
4.7 Aspectos Éticos .....	58
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>60</b>
5.1 Características dos Centros de Saúde da Família visitados.....	60
5.1.1 Observação dos Centros de Saúde da Família .....	62
5.2 Características das Farmácias dos Centros.....	64
5.3 Características dos Profissionais Farmacêuticos .....	66
5.3.1 O Comportamento dos Farmacêuticos .....	68
5.3.2 As Entrevistas dos Farmacêuticos.....	69
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>92</b>
6.1 Os Centros de Saúde da Família e as Práticas Farmacêuticas .....	92
6.2 Os Farmacêuticos dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza.....	94
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>103</b>
<b>8. LIMITAÇÕES .....</b>	<b>105</b>
<b>9. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
<b>10. APÊNDICES .....</b>	<b>116</b>
<b>11. ANEXOS .....</b>	<b>121</b>

## **1. Introdução**

A tendência global de humanização dos processos na saúde e os gastos crescentes com medicamentos, têm levado a Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com os países membros, a buscar estratégias ao longo do tempo com o intuito de cumprir com as determinações postas em pauta para a melhoria do Setor Saúde (WHO, 2001; WHO, 2006).

Essas propostas, que enfatizam a necessidade de se reforçar as ações de Atenção à Saúde e provisão de Medicamentos Essenciais a toda população, tem contado com mudanças do papel do farmacêutico nesses Sistemas, por ser este o profissional que atua nos processos logísticos que envolvem o medicamento, incluindo avaliação de custos; por deterem um grande volume de informações técnicas sobre os medicamentos, compreendendo os princípios de garantia e qualidade dos mesmos; e serem a interface entre a prescrição e a venda dos medicamentos, podendo eliminar conflitos de interesse entre essas duas funções (OMS, 2004).

Dessa forma observa-se a necessidade de evolução do âmbito profissional do farmacêutico em direção à saúde pública e ao contexto clínico, que repercute no desenvolvimento de novas práticas profissionais para promover atribuições antes inexistentes (LAMBERT, 1996).

Essa mudança de paradigma se reflete na mudança do objeto de trabalho do farmacêutico (OPAS/OMS, 2001). Será o foco da sua atuação o medicamento, o paciente ou a comunidade como um todo?

No Brasil, o papel do farmacêutico tem seguido a evolução do próprio setor saúde, e como tal, se apresenta como fruto dos tipos de articulações entre as Políticas de Saúde, o Sistema de Saúde vigente e o Sistema de Serviços de Saúde oferecidos.

A interrelação entre esses elementos expõe as dificuldades sofridas para organização dos mesmos em território nacional e refletem as diferenças regionais e as diversas facetas do processo saúde-doença, a dificuldade de acesso e a falta de critérios para o uso de medicamentos, assim como a baixa provisão de determinados serviços de saúde, incluindo o serviço farmacêutico (VIACAVA, 2004).

Contudo, as problemáticas que relacionam as Políticas de Saúde e seu Sistema não são os únicos fatores que pesam frente à situação da saúde no Brasil. Como em qualquer outro país, há de se considerar a relação medicamento/usuário e medicamento/profissionais de saúde (DONABEDIAN, 1990; LEFÉVRE, 1991; PEREIRA, 1997).

Essas relações permitem um profundo grau de abstração e são reforçadas pelos simbolismos associados aos medicamentos, que o categorizam como benéfico ou maléfico de

acordo com sua origem natural ou química; como resposta à linguagem fisiológica da doença incentivando o manejo desta através da visão compartimental da maioria dos profissionais, alterando a auto-percepção da doença pelos usuários; como símbolo ambíguo de saúde e doença; assim como elemento de obediência ou transgressão do ponto de vista da autonomia e heteronomia, conforme as diferentes perspectivas entre médico e paciente (SOLER, 2004; LEFÉVRE, 1991).

O simbolismo do medicamento engloba ainda o consumo pelo desejo da cura, a idéia da “bala mágica”; a qual introjeta no usuário a necessidade do uso do medicamento como resposta aos seus males, independente destes possuírem uma natureza patológica ou não, gerando, dessa forma, um impacto real associado aos gastos totais que os medicamentos representam para o SUS (ARRAIS, 2004; NAVES, 2002).

Nesse contexto, a instituição da Política Nacional de Medicamentos, fato ocorrido em outubro de 1998, foi imprescindível como um instrumento norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos no país (OPAS, 2005).

A proposta veiculada dentro dessa política era a de reorientar a Assistência Farmacêutica, preconizando-se que deveria ser considerada como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde, em face da sua transversalidade com as demais ações e programas (BRASIL, 2006a).

Com esse intuito, desde 2003, dentre as propostas aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, encontra-se que: todos os níveis de complexidade devem contar com a presença do profissional farmacêutico e de recursos materiais, como forma de garantir a qualidade da Assistência Farmacêutica (AF) prestada à população; e a possibilidade de inserção desse profissional no Programa Saúde da Família (BRASIL, 2005).

Para melhor trabalhar essas questões, em maio de 2004 é lançada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica num conceito de maior amplitude, na perspectiva de integralidade das ações, como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, incluindo-se a formação e capacitação de recursos humanos. (BRASIL, 2001b).

A regulamentação dos critérios veiculados pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica vem reforçando o processo de mudanças, não só na atuação do profissional, mas também na sua educação. Novos currículos de graduação, cursos de pós-graduação e programas de capacitação e educação permanente têm surgido com esse propósito.

Essa nova forma de construir o conhecimento farmacêutico determina a formação de um profissional com base generalista e mais humanística, buscando trabalhar o conceito de saúde proposto pela OMS (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS, 2007).

No entanto, a saúde tem um conceito amplo que nos permite examinar as ações de Atenção à Saúde mediante dois enfoques: como resposta social aos problemas e necessidades de saúde; e como um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo que engendra tecnologias, como o medicamento. (BRASIL, 2004b).

Assim, várias estratégias foram propostas e implementadas visando a melhoria da qualidade dos serviços farmacêuticos. A Atenção Farmacêutica é uma dessas estratégias e constitui-se em um modelo de prática de atenção ao paciente desenvolvido no contexto da assistência à saúde ( SOLER, 2004).

Essa nova perspectiva da Farmácia, mais reflexiva, também traz em seu eixo alguns questionamentos a serem trabalhados como: Que prática farmacêutica está sendo exercida/promovida? Ela tem acompanhado a reorientação do modelo de Atenção à Saúde e a consolidação do SUS, de acordo com a agenda sanitária do país? (OPAS/OMS, 2001).

Mesmo com todos os avanços, diversos trabalhos, em todo o Brasil, relatam a escassez dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária de Saúde (APS) (OPAS, 2005; CONSENDEY, 2000a; SILVA JR., 2006; VIEIRA, 2007; MESTRINER, 2003).

Ao referenciar esses serviços em nível nacional, devemos considerar o papel do Ceará como um dos Estados pioneiros no desenvolvimento da assistência farmacêutica, tanto nos serviços como no Ensino Superior.

Através de estudos retrospectivos e prospectivos desenvolvidos em seu território, o Ceará, na busca de incorporar elementos de equidade, qualidade e eficiência ao processo de descentralização da Assistência Farmacêutica, bem como minimizar seus efeitos negativos e orientado por diretrizes nacionais, vem fortalecendo a reestruturação organizacional e institucional de sua Política de Assistência Farmacêutica (MOTA, 2005).

Em virtude desse momento de mudanças nos serviços farmacêuticos, e da carência de trabalhos que correlacionem aspectos qualitativos na avaliação da Assistência Farmacêutica de Fortaleza, objetivou-se avaliar a percepção do farmacêutico quanto sua própria atuação profissional, atribuições e limitações na APS de Fortaleza-Ce.

Para tanto, partiu-se de um pressuposto que utiliza como marco teórico a década de 70, por representar um período importante de mudanças na saúde, assim como na história do farmacêutico, em termos de atuação profissional e no ensino.

## **2. Fundamentação Teórica**

### **2.1. Um resumo das mudanças envolvendo as Políticas de Saúde:**

#### **2.1.1 As mudanças nas Políticas de Saúde no exterior**

A década de 70 trouxe à tona a reivindicação de mudanças decorrentes de diversos fatores, dentre eles, a maior regulação de medicamentos após a tragédia da Talidomida; as manifestações sociais pelo descontentamento com as ações de saúde; a mobilização dos profissionais gerada a partir do paradigma sanitarista e os gastos exacerbados com medicamentos são exemplos marcantes (ESCOREL, 2005; RIGO, NISHIYAMA, 2005).

As idéias de cuidado à saúde e prevenção de doenças, começaram a ser absorvidas pelas políticas de saúde e trabalhadas em forma de ações que buscassem benefícios tanto para os países, quanto para os pacientes/usuários pela melhoria do acesso à saúde (MENDES, 1999).

Essas mudanças no setor também foram tema de debates na 20ª Assembléia Mundial de Saúde, ocorrida em 1975, a qual considerou o desenvolvimento de Políticas de Medicamentos que avaliassem a seleção de Medicamentos Essenciais de acordo com as necessidades de saúde de cada país, contando com suporte da OMS (WHO, 2006).

Definiu-se Medicamento Essencial como aquele que satisfaz as necessidades de Atenção à Saúde da maioria da população, selecionado de acordo com sua relevância na saúde pública, sendo eficaz, seguro e mais custo-efetivo. Deve estar disponível no momento, quantidade e formas farmacêuticas requeridas, a preços que a comunidade possa pagar (WHO, 2004).

Ainda em 1975 a OMS lançou a diretriz Saúde para Todos no Ano 2000 e a Declaração de Alma Ata em 1978, afirmando que o foco na APS seria o caminho para o alcance da meta estipulada (OPAS, 2003). Para esses fins a OMS definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (UNESCO, 1995). Deve-se atentar também para o conceito de Donabedian (1990), que trabalhou a saúde como fruto de aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos e sociais, avaliando perspectivas temporais, além de enfatizar que o significado e o valor dados à saúde dependem da avaliação de cada ator envolvido (médicos, pacientes, gestores, etc.).

Já nos anos 80, as mudanças nas Políticas de saúde produziram reformas nos Sistemas de Saúde, não só por influência de órgãos como a OMS, mas em decorrência da crise na saúde

associada aos gastos com o setor, o crescimento do mercado de consumo de medicamentos e discussões sobre qual o papel do Estado nessas questões (MENDES, 1999; PRO-ADESS, 2003).

O aumento constante desses gastos estimulou diversos encontros para debate de políticas de medicamentos e atualização de guias e materiais, destacando-se a Conferência de Nairobi para Uso Racional de Medicamentos, em 1985, na qual foi atestada a importância do Estado na formulação, implementação e fortalecimento de políticas nacionais de medicamentos e seus mecanismos regulatórios (RATANAWIJITRASIN, 2001; WHO, 2001).

Embora ocorram transformações estruturais significativas, nos anos 90 evidenciou-se a persistência de diversos problemas nos Sistemas de Saúde, em sua maioria, relacionados aos Recursos Humanos. Essa problemática que envolve a demanda e a qualidade de serviços ainda faz parte da realidade dos Sistemas de Serviços de Saúde nos Sistemas de Saúde de todos os países (MENDES, 2006).

Para fins explicativos, um Sistema de Saúde é uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. As definições, conceitos e categorias analíticas usadas para definir ou analisar os Sistemas de Saúde variam segundo valores, princípios e concepções sobre o que é saúde e qual o papel do Estado (responsabilidade) em relação à saúde das populações que vivem em seu território, podendo mudar no tempo e no espaço, refletindo as concepções dominantes. (MENDES, 2002; PRO-ADESS, 2003; CONASS, 2007).

Já o Sistema de Serviços de Saúde, é um subsistema unisetorial, responsável pelas ações de saúde propriamente ditas, com predominância nas ações de recuperação (cura e reabilitação) e proteção à saúde (prevenção de agravos, vigilância em saúde, controle de riscos e danos, etc.) (BISPO JR., 2005), sendo onde se encontra, por exemplo, o serviço farmacêutico prestado na APS.

Dentro desses sistemas organizados o foco de avaliação e intervenção, de maneira geral são os gastos, no entanto estes estão diretamente ligados em como se presta o serviço em qualquer nível de atenção (SOLER, 2004). Assim os Sistemas de Serviço de Saúde também passaram a ser discutidos, integrando a agenda nacional de diversos países no ano 2000, promovendo-se avaliações que consideraram a estrutura física e de serviços, os processos envolvidos e o resultado dos mesmos. (OPAS, 2005; WHO, 2006).

Nessa perspectiva a escassez de Recursos Humanos em Saúde, que parte de um desequilíbrio numérico e qualitativo entre a necessidade (e demanda) e a oferta, passou a ser

um dos focos principais e um dos mais importantes, como componente estrutural (CONASS, 2007; OMS, 2004).

O encontro denominado de “Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde”, promovido em Toronto pela Organização Pan-americana de Saúde, o Ministério da Saúde do Canadá e o Ministério da Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário, em outubro de 2005, é um exemplo. O propósito do evento era o de unir os países das Américas em torno de um compromisso comum: a promoção dos recursos humanos em saúde. A iniciativa pretendia congregiar atores de setores distintos da sociedade para um esforço conjunto em prol da valorização, desenvolvimento e fortalecimento dos recursos humanos da saúde na Região das Américas, no intervalo de 2006 até 2015 (MENDES, 2006; OPAS, 2006).

### **2.1.2. As transformações das Políticas de Saúde no Brasil**

No Brasil a década de 70 era marcada pelo regime militar. O Sistema Nacional de Saúde implantado caracterizava-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica atuando no sentido da mercantilização crescente da saúde. A centralização de poderes e a supressão do debate sobre alternativas políticas possibilitou a implantação de reformas institucionais excludentes (MENDES, 1994).

Nesse período a saúde pública estava relegada a segundo plano, de acordo com Escorel (2005), restringia-se as ações campanhistas de baixa eficácia, e no campo farmacêutico era observada uma intensa migração de profissionais para as análises clínicas convertendo o exercício da farmácia numa atividade marginal (SILVA JR., 2006).

Foi também o momento em que a assistência médica financiada pela Previdência Social teve seu auge, e o pagamento das Unidades de Serviço tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (ESCOREL, 2005).

Em 1971, foi criada a Central de Medicamentos (CEME) pelo Decreto 68.806, tendo como objetivos principais a promoção e a organização das atividades de assistência farmacêutica aos estratos populacionais mais pobres, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios-piloto (CONSENDEY, 2000b).

Gomes (2006) observou que a assistência farmacêutica no Brasil, nas últimas décadas, se confundiu com a existência da CEME e as atividades por ela desenvolvidas, num modelo

centralizado de gestão, ficando os Estados e Municípios brasileiros excluídos praticamente de todo o processo decisório. Ao longo dos seus 26 anos de existência, a Central de Medicamentos foi o principal ator das ações relacionadas ao medicamento e à assistência farmacêutica no país.

Passados quatro anos da criação da CEME, foram correntes os debates sobre a necessidade de se alinhar a pesquisa, produção e distribuição de medicamentos, com as reais necessidades de saúde (NAVES, 2002), período este no qual foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) pela Portaria N° 223 do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a proposta de ser periodicamente revisada, sendo considerava-se um instrumento estratégico para uma Política de Medicamentos (CONSENDEY, 2000b).

Outras diretrizes importantes foram as leis 5.991, de 17 de dezembro de 73 (regulamentada pelo decreto 74.170 de 10 de junho de 1974), que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas e medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos; e a 6.360, de 23 de setembro de 1976 (regulamentada pelo decreto 79.094 de 5 de janeiro de 1977 e modificada pela Lei 6.480 de 1 de dezembro de 1977), que trata da vigilância sanitária dos medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, saneantes, cosméticos e outros. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2003).

Dando continuidade às transformações, as discussões e fóruns de 1978 davam ênfase às propostas de mudanças apresentadas na Conferência de Alma-Ata, considerando o reforço da APS através do acesso aos medicamentos essenciais (ESCOREL, 2005).

Vale atentar para algumas questões, como a que Mendes (1994) relatara: a ocorrência de uma coincidência entre a proposta internacional de cuidados primários e a necessidade de se criar e expandir, no Brasil, um modelo assistencial de baixo custo para a população excluída pelo sistema da época, levando a uma visão reducionista, de uma APS seletiva, ainda que gerasse algum grau de melhoria no serviço e benefício ao usuário.

A década de 80 iniciou uma fase político-ideológica, com o processo político de redemocratização do Estado brasileiro e a possibilidade de maior intervenção social na delimitação de uma reforma para o setor saúde (OPAS, 2003).

O reforço de propostas de mudanças para o modelo de serviços de saúde, como o Projeto Montes Claros (MOC), o Plano de Localização de Unidades de Serviços (Plus), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), começavam a ganhar força e gerar frutos, como a criação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Prev-Saúde e do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) (SOLER, 2004).

O ponto crucial das discussões deu-se em 86, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou a criação de um sistema único, que se constituísse num novo arcabouço institucional com a separação total da saúde em relação à previdência, culminando na formação do SUDS, em 87 (ESCOREL, 2005).

A promulgação da oitava Constituição do Brasil em 1988, juntamente com discussões sobre a formação de um sistema único de saúde ocorridas ao longo de 1989, levaram a formulação das Leis Orgânicas da Saúde em 1990 e a construção do SUS (CFF, 2003).

Considera-se que esse processo deu-se num contexto geral de pressões da sociedade pela democratização do Estado, com a proposta de municipalização de ações. No entanto, de acordo com essa lógica, esse processo só poderia ser verdadeiramente descentralizador, na medida em que fortalecesse os poderes locais e a gestão descentralizada e participativa no SUS, para promoção do controle social sobre a produção e consumo dos serviços de saúde (SOLER, 2004).

Levcovitz (2001) afirma que ao se analisar a política de saúde nos anos 90, é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde, considerando a necessidade de concretização da agenda progressista dos movimentos dos anos 80 e o rompimento com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas.

A discussão entre grupos governamentais da época levava a tensionamentos no tocante ao processo de descentralização, que podem ser identificados na avaliação das NOBS, reforçados pelas diferenças regionais (OPAS, 2003).

Em 1993 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Farmacêutica que integrou todas as ações destinadas a estabilizar o mercado de medicamentos, mediante intervenções nas estruturas de programação, produção, distribuição, infra-estrutura, vigilância sanitária, investigação e ações educativas (CONSENDEY, 2000a).

A ampliação da APS continuou como estratégia de descentralização do sistema e sua implantação nas várias regiões ainda era tema de discussão. Em 96 a Norma Operacional Básica 01/96, reflexo de uma fase de discussões acirradas sobre a descentralização, acabou favorecendo e impulsionando as mudanças globais intersetoriais (OPAS, 2003; LEVCOVITZ, 2001).

Por outro lado, viam-se denúncias de corrupção e de desvio dos objetivos iniciais, em relação à CEME, que por tornar-se um órgão com finalidade meramente de aquisição e distribuição de medicamentos, acabou sendo desativada em 1997 (NAVES, 2002). No mesmo ano entrou em operacionalização o Programa Farmácia Básica como proposta governamental

de racionalizar o fornecimento de medicamentos para a APS, contornando uma possível crise de desabastecimento no SUS (OPAS, 2005)

Entretanto, na concepção do Programa foram consideradas as diversidades regionais, fato ignorado na sua implantação por um módulo-padrão, em nível nacional, fornecido para todas as regiões do Brasil. Este fato teve como consequência o insucesso da estratégia (CONSENDEY, 2000b).

Esses episódios levaram à criação, em 98, da Política Nacional de Medicamentos, tendo em conta preceitos já estipulados pela OMS (WHO, 2001; BRASIL, 2001). Um ano depois a promulgação da Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, estabeleceu o medicamento genérico, e dispôs sobre a utilização de nomes genéricos em produtos. Definiu-se também o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a criação da Anvisa, pela Lei nº 9.782/99, regulamentada pelo decreto nº 3.029/99 (OPAS, 2005).

Em 2001, amadurecendo os debates sobre novas estratégias para a AF, foram finalizados os relatórios constando um consenso e determinadas ações para promoção da Atenção Farmacêutica no Brasil (OPAS/OMS, 2001).

Um ano depois entra em vigor a Norma Operacional de Assistência a Saúde de 2002, conflitante com a tendência descentralizadora da NOB 96, ao estabelecer o fortalecimento dos mecanismos de regulação do sistema através de habilitações e medidas centralizadoras (CARVALHO, 2001).

Posteriormente a criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2004, volta a definir ações descentralizadas e a fortalecer o primeiro nível de atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

Mesmo com a incongruência entre normas, a atenção básica manteve suas particularidades, quais descritas por Starfield (1992), como o ponto de primeiro contato com o sistema de atenção à saúde, sendo essencial o seu bom desempenho para evitar problemas nos outros níveis da assistência, além de suas peculiaridades próprias, como os tipos de medicamentos padronizados, destinados a suprir características clínicas dos pacientes.

Para reorganizar metas e consolidar o SUS, entra em vigor a Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, instituindo o Pacto pela Saúde. Tal Pacto, tendo em uma de suas dimensões o Pacto pela Vida, traz diretrizes para o fortalecimento da Atenção Básica, com a adoção da estratégia de saúde da família como prioritária; desenvolvimento de ações de qualificação dos profissionais da atenção básica e o aprimoramento desses profissionais nas redes locais de saúde (BRASIL, 2006c).

Em janeiro de 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, na tentativa de integrar os outros profissionais que não estão previstos para as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em núcleos de apoio, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

### **2.1.3. A Assistência Farmacêutica no Ceará & Fortaleza**

Poucas atividades em nível estadual e municipal se desenvolveram frente ao governo militar da década de 1970. Idéias surgiam e eram debatidas entre os grupos mais bem informados que projetavam construir uma assistência que garantisse maior acesso, diminuindo o teor campanhista e excludente da saúde visto em todo Brasil.

Durante esse período as ações partiam da CEME, que repassava os medicamentos para as Regionais de Saúde do Estado, sendo distribuídos aos Municípios (VIEIRA, 1999).

Surgem então, em 1987, ações isoladas e pioneiras de estruturação da assistência farmacêutica no Ceará, já com vistas a implementar o processo de descentralização, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), e a operacionalização da Farmácia Básica. Ambos inspiram o Ministério da Saúde a desenvolver, posteriormente, esses programas em nível nacional. (BODSTEIN, et al, 2006; CONSENDEY, 2000a).

Ressalta-se que desde as primeiras ações, as atividades relacionadas com a implantação, organização e desenvolvimento da Assistência Farmacêutica, em Fortaleza, ocorreram em paralelo ao Estado (ARRAIS, 2004). Dessa forma o município esteve presente em todas as atividades normativas ocorridas no Ceará.

Com o processo de implantação do SUDS, em 1988, criou-se no estado a Divisão de Assistência Farmacêutica, que se transformou no Departamento de Assistência Farmacêutica, em decorrência da criação do SUS e da reforma administrativa na Secretaria de Estado do Ceará, em 1990. Esse Departamento possuía maior complexidade e a responsabilidade de coordenar a política estadual da AF (SANTICH, 1995).

Um ponto de grande relevância do período de 1990 foi a criação do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM), como iniciativa dos alunos da graduação da Universidade Federal do Ceará, liderados pela docente da disciplina de toxicologia da época. O grupo foi vinculado ao Departamento de Farmácia da instituição, sendo pioneiro na Farmacoepidemiologia brasileira, realizando atividades de ensino, pesquisa e extensão (COELHO, 1999).

Em 1991 ocorreu o 1º Seminário de Assistência Farmacêutica, que estabeleceu o marco referencial para as ações integradas da AF no Sistema de Saúde. Um ano depois se instituiu a Comissão de Farmácia e Terapêutica, responsável pela definição e implantação da Relação Estadual de Medicamentos (RESME-CE), guia terapêutico e protocolos de tratamentos (SANTICH, 1995; ARRAIS, 2004).

Durante os anos de 93 e 94 todas essas iniciativas geraram desdobramentos, como o Projeto Piloto para a Estruturação e Organização da AF no Ceará, em parceria com diversos órgãos, capacitação de Recursos Humanos para a área, além de atividades de integração universitária em âmbito nacional e internacional (SANTICH, 1995).

Em nível municipal, em 1993, a formulação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME/Fortaleza e a elaboração da Declaração de Fortaleza, no 2º Seminário de Assistência Farmacêutica como documento norteador de políticas farmacêuticas, foram outros marcos (VIEIRA, 1999; SANTICH, 1995).

Em 1994 o GPUIM começava a prover informações técnico-científicas sobre medicamentos aos solicitantes, através de sua nova unidade operacional: o Centro de Informações sobre Medicamentos (CIM). Em 1996 a criação do CEFACE, como mais uma unidade, agrega atividades de notificações de casos suspeitos de RAM e Queixas Técnicas (COELHO, 1998; GPUIM, 2005).

A criação do Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), por meio de um convênio entre a UFC e a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), marca o começo de ações para implementação de um sistema aberto de monitorização de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) no Estado. O governo também adotou medidas regulatórias para o uso de plantas medicinais através do Programa Estadual de Fitoterápicos (ARRAIS, 2004; COELHO 1999).

De maneira geral, no período de 1995 a 2002, a AF no Ceará seguiu uma organização partindo de três estratégias gerenciais básicas, que consistiam na descentralização, hierarquização e regionalização, mantendo-se os três níveis de complexidade da atenção à saúde: primário, secundário e terciário; e suas respectivas instâncias operativas: Programa Saúde da Família, Microrregiões Assistenciais de Saúde e Macrorregiões de Saúde; somadas às atividades de normatização da AF (SESA, 2002).

As discussões de 2003 sobre a AF levaram a construção de uma agenda com os novos desafios a serem superados até os anos 2006/2007, consistindo: No fortalecimento do Sistema Integral da AF; Reforço do papel do estado na prestação de assessoria técnica, colaboração complementar, de regulação, controle e avaliação; Avanço na descentralização, fortalecendo o

processo de micro-regionalização; Revitalização da AF hospitalar; Institucionalização da AF como estratégia para humanização da atenção à saúde; Incremento do Sistema Estadual de Farmacovigilância; Promoção de capacitação e educação permanente para os profissionais, usuários e comunidade; Garantia de financiamento sustentável (CEARÁ, 2003).

Apesar do nível de comprometimento das diversas instituições, levantamentos de 2003 não apresentaram resultados satisfatórios, ao se identificar a carência da Assistência Farmacêutica na APS, com a falta de medicamentos, infra-estrutura e profissionais, em maior ou menor escala. Esse quadro se perpetua até 2005, período o qual a parceria dos órgãos municipais com a Secretaria do estado levou a publicação de materiais que apresentam um balanço da Assistência Farmacêutica nos municípios de 1998 a 2003 (CHAVES, 2005; FORTALEZA, 2003; MOTA, 2005).

Uma das principais ações ocorridas em 2005 foi a iniciativa anunciada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza em parceria com Prefeitura da cidade, que determinou como direito de qualquer usuário adquirir medicamentos em qualquer posto, independente de sua área de origem, tipo ou procedência da prescrição (SMS, 2007).

Entretanto, Correa (2007) em recente pesquisa feita nas 88 Centros de Saúde da Família da rede primária de Fortaleza, identificou que, mesmo com variações de qualidade entre os aspectos de estrutura, processo e resultado, a AF do município ainda é classificada como crítica.

## **2.2. A Atenção Primária de Saúde e o Farmacêutico:**

### **2.2.1. A Atenção Primária de Saúde e suas facetas**

A Atenção Primária de Saúde resultou de mudanças sociais ocorridas a partir da Revolução Industrial, que levou ao aparecimento da burguesia e do proletariado, tendo como consequência um desajuste das relações de produção, crescimento desordenado e exagerado das cidades e a formação dos cinturões de massa, com desenvolvimento de doenças comuns em populações de baixa renda (ROUQUAYROL, 1999). Essa situação confirmou a necessidade de uma nova visão do binômio saúde/doença que veio se desenvolvendo e tornando-se mais complexo.

Assim, a transição do modelo de atenção médica, fruto do paradigma flexneriano, para um modelo de atenção à saúde, expressão do paradigma da produção social da saúde, possibilitou um reforço do conceito de APS (MENDES, 1999).

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson, que preconizava a organização dos Sistemas de Saúde em três níveis: primário, secundário e hospitais de ensino. Posteriormente o tema foi discutido e expandido na 3ª Reunião Especial dos Ministérios da Saúde das Américas, em 1972; e na 4ª Reunião Especial dos Ministérios da Saúde das Américas, em 1977.

A catalogação da APS como doutrina universal ocorreu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância – OMS/UNICEF (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2006).

Em 1979, a Assembléia Mundial da Saúde determinou que todos os países membros definissem estratégias para atingir a meta “Saúde para Todos nos no Ano 2000”, sendo aprovadas as estratégias dessa meta para as Américas, em 1980, pelo Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde.

Um ano depois a OMS organizou a 34ª Assembléia Mundial de Saúde, onde foram aprovados e estabelecidos os 12 principais indicadores de progresso das Ações Primárias de Saúde, a fim de garantir a meta Saúde para Todos no ano 2000.

As diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção primária nos diversos países e continentes, sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos Sistemas de Serviços de Saúde. Tal polissemia é vista tanto na literatura internacional quanto na nacional (CONASS,2007).

A OPAS/OMS (2005) considera as abordagens para a APS listadas a seguir:

**Quadro 1: Tipos de abordagens da Atenção Primária em Saúde**

Abordagem	Definição ou Conceito de APS	Ênfase
APS Seletiva	Enfocam um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, técnicas de re-hidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar,	Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população

	alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).	pobre.
Atenção Primária	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de Serviços de saúde.
“APS Abrangente” de Alma Ata	A declaração de Alma Ata define a APS como o primeiro nível de atenção integrada e abrangente que inclui elementos de participação da comunidade, coordenação intersetorial e apoio em vários trabalhadores de saúde e médicos tradicionais. A definição inclui diversos princípios, a saber: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; acessibilidade e cobertura universais com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e auto-confiança; ação intersetorial para a saúde; e tecnologia apropriada e efetividade de custos em relação aos recursos disponíveis.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde.
Abordagem de Saúde e de Direitos Humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde.

De acordo com o CONASS (2007) as derivações da proposta original são: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada, descritas no quadro 2, abaixo:

**Quadro 2: As diferentes interpretações da Atenção Primária de Saúde.**

INTERPRETAÇÕES DE APS	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS
<p><b>APS seletiva</b> Um conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre.</p>	<p>A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento (Gofin; Gofin, 2005).*</p>
<p><b>Um nível de Atenção</b> em um sistema de serviços de saúde.</p>	<p>APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados.</p>
<p><b>Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde **</b></p>	<p>Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: serviços acessíveis, relevantes às necessidades de saúde; funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos, e caracterizados por colaboração intersetorial.</p>
<p><b>Uma concepção de sistema de saúde, uma "filosofia" que permeia todo o sistema de saúde.</b></p>	<p>Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Ministério da Saúde, 2006).</p> <p>Não difere nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.</p>

Fonte: APS e Promoção à Saúde - CONASS, 2007.

Ainda que não haja um consenso dos conceitos e modalidades, devemos ponderar que a APS segue os aspectos definidos pelo Sistema de Saúde vigente em cada país.

Outro fator de confusão é o uso da terminologia Atenção Básica de Saúde e Atenção Primária de Saúde. O primeiro é determinado pelo Sistema Piramidal Hierárquico, dividido em níveis de complexidade, no qual a base da pirâmide é o nível básico, de baixa complexidade; enquanto o segundo é determinado pela Rede Horizontal Integrada de Serviços de Saúde, no qual não há hierarquização e a APS é o centro, com suas funções particulares e integradas aos outros níveis.

No Brasil, as primeiras ações em APS foram de forma focalizada e simplificada para os pobres das áreas urbanas e rural, denominadas como Cuidados Primários de Saúde. Logo, a ampliação do SUS levou a um incremento dessas ações, que para não continuarem sendo vistas como primitivas, foram chamadas de Atenção Básica de Saúde (ABS), igualando, em nível nacional, termos utilizados de forma distinta em escala internacional (APS e Promoção a Saúde/CONASS, 2007).

A ABS ou APS em vigor no país está prevista pelo Ministério da Saúde (2005) como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos Sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

Ressalta-se, que no âmbito nacional, a mudança do modelo convencional de APS (de Unidades Básicas que atendem uma demanda espontânea por atenção médica e prática de ações programáticas) pela estratégia de Equipes de Saúde da Família (ESF) busca a institucionalização dos espaços sociais considerados pelo SUS (político, dos serviços de saúde, educacional, corporativo e das representações populares) (MENDES, 2002b).

Por fim, deve-se observar critérios antagônicos no processo de evolução da APS no país ao se identificar que a mudança do papel do farmacêutico, mediada por órgãos internacionais que coincidem com o desenvolvimento do nível primário de atenção, não é difundida, visto a pequena demanda desse profissional em Unidades de Saúde e sua ausência nas ESF.

O último empenho para a inclusão de outros profissionais na APS foi a formação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), no início de 2008. Esses núcleos devem desenvolver atividades paralelas e complementares ao PSF, possuindo duas modalidades que se diferenciam pelo número de profissionais e número de equipes de PSF as quais trabalharão em conjunto. Os farmacêuticos podem participar das duas modalidades, contudo não há vaga determinada para o profissional, isso dependerá da necessidade e articulação política de cada localidade.

### **2.2.2. A atuação do farmacêutico na Atenção Primária e seus aspectos legais.**

Em diversos países da Europa e da América do Norte, os farmacêuticos atualmente participam na APS, integrados a equipes que realizam atividades de promoção da saúde (gerenciais, clínicas e de educação). Tais atividades são regulamentadas e custeadas pelos governos ou instituições (PARRA, 2006; GANDÍA-MOYA, 2006; MCDERMOTTA, 2005; ROYAL, 2006; ZASSHI, 2007; WONG, et al, 2004; ARAÚJO, 2001).

Quanto ao setor farmacêutico nacional, a Legislação que o regula contém a essência dos direitos e deveres que visam promover ações capazes de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos e danos à saúde do indivíduo e da coletividade, expressa no sistema jurídico definido pela Constituição Federal (OPAS, 2005).

Diante da reorientação do papel do farmacêutico no Brasil, temos como característica mais marcante sua (re)aproximação da farmácia e a atuação na atenção direta aos usuários (OMS, 2004).

Poder-se-ia, então, caracterizar a atuação do farmacêutico no SUS a partir de atividades capazes de serem desenvolvidas com base nas atribuições profissionais de natureza gerencial (assistência) e clínica (atenção) (SILVA Jr., 2006).

O setor farmacêutico brasileiro não é fundamentado numa lei unificada e sim num conjunto de Leis, Decretos, Portarias e Resoluções que envolvem os diversos assuntos relacionados ao medicamento (OPAS, 2005), logo, a organização, de modo temporal, das diretrizes legais dos serviços farmacêuticos no tocante à Atenção Primária, além da própria Constituição, seria:

- Lei 5.991, de 17 de dezembro de 73 (regulamentada pelo Decreto N° 74.170, de 10 de junho de 1974), dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.

- Lei 6.360, de 23 de setembro de 1976 (regulamentada pelo Decreto 79.094, de 5 de janeiro de 1977 e modificada pela Lei 6.480, de 1 de dezembro de 1977), trata da vigilância sanitária dos medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, saneantes, cosméticos e outros.

- Portaria N° 3.916, de 30 de outubro de 1998, aprova a Política Nacional de Medicamentos.

- Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, estabelece o medicamento genérico, e dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos.
- Resolução N° 357, de 20 de Abril de 2001, aprova o regulamento técnico de Boas Práticas de Farmácia.
- Resolução CNE/CES N° 2, de 19 de fevereiro de 2002, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.
- Resolução N° 386, de 12 de novembro de 2002, dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito de assistência domiciliar em equipes multidisciplinares.
- Resolução RDC N° 33, de 25 de fevereiro de 2003, dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- Resolução CNS N° 338, de 6 de maio de 2004, aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
- Portaria GM/399 de 22 de fevereiro de 2006, define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.
- Ato Portaria N° 698/GM, de 30 de março de 2006, define que o custeio das ações de saúde, incluindo as ações e serviços farmacêuticos na atenção básica, é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.
- Portaria GM/699 de 03 de abril de 2006, regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão.
- Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

Nesse contexto Margonato (2006) afirma que o farmacêutico deve agir dando ênfase à promoção do uso racional de medicamentos através da elaboração de campanhas educativas, estímulo ao registro e uso dos medicamentos genéricos, elaboração de um formulário terapêutico nacional que oriente a utilização dos medicamentos, adequação dos recursos humanos, estudos de farmacologia e ações de farmacovigilância.

Considerando o número de regulamentos, permiti-se ampliar esse horizonte. O farmacêutico na atenção primária deve prestar diversos serviços, desde supervisão de atividades técnicas importantes, como controle de estoque, até dispensação, atividades de farmacovigilância e assistência domiciliar, atendendo às Boas Práticas de Dispensação, conhecimento da legislação farmacêutica e noções de Farmácia Clínica.

Os serviços farmacêuticos de atenção primária contribuem para a diminuição da internação ou do tempo de permanência no hospital, à assistência aos portadores de doenças crônicas, à prática de educação em saúde e para uma intervenção terapêutica mais custo-efetiva. Dentro desta lógica, o serviço de farmácia deve assumir papel complementar ao serviço médico na atenção à saúde (VIEIRA, 2007).

Segundo Cipolle, Strand e Morley (2006) a Atenção Farmacêutica deve florescer como um novo exercício profissional exatamente na APS. Convive-se com um elevado número de problemas relacionados com medicamentos, incluindo reações adversas a medicamentos e erros não notificados oficialmente, sem mencionar o número de internações hospitalares relacionadas ao uso inadequado destes. Os esforços para a readequação de atividades e práticas farmacêuticas objetivando o uso racional dos medicamentos pressupõem a atuação profissional do farmacêutico (OPAS, 2001).

Franco (1999) descreve bem como deve ser a relação entre o farmacêutico e usuários:

*“À medida que nos aproximamos dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e com os seus trabalhadores, para verificarmos o seu funcionamento, vamo-nos surpreendendo com a descoberta de que, sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de ações clínicas. Ações clínicas aí significam o encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, os quais visam operar sobre o campo das necessidades que se fazem presente nesse encontro, na busca de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida.”*

Como afirma Vieira (2007), infelizmente a maioria das farmácias de unidades básicas e centros de saúde funciona porque um leigo ou profissional com poucos conhecimentos sobre medicamentos atua na dispensação. Em meio a inúmeras necessidades e demandas, os serviços de farmácia não são considerados prioritários na disputa por recursos nos orçamentos da saúde. Talvez a sua importância ainda não esteja explicitada para a maioria dos gestores. Isto é possível constatar pelas condições físicas e de recursos humanos em que se encontram.

## **2.3. Os reflexos das mudanças de paradigma de saúde e do mercado na Farmácia:**

### **2.3.1. Os novos rumos da atuação do farmacêutico e do ensino da farmácia**

Nos países desenvolvidos como EUA e Reino Unido, debates sobre reformas das bases curriculares do curso de farmácia vêm ocorrendo desde os anos 40, buscando encontrar novos modelos para a profissão que contribuíssem para uma melhora nos Sistemas de Atenção à Saúde (ZEIND, McCLOSKEY, 2006; PHARMACY WORKFORCE PLANNING & POLICY ADVISORY GROUP, 2004).

A lógica dessas mudanças acompanhou os Sistemas de Saúde e modelos assistenciais de cada país. O Reino Unido, Austrália e Canadá, por exemplo, possuem Sistemas de Saúde estruturados segundo princípios de universalidade e responsabilidade pública pela saúde de suas respectivas populações, o que os aproxima da proposta do SUS. Quanto aos EUA, seu modelo neoliberal de regulação pelo mercado possui um perfil que contrasta com os outros modelos de atenção citados, mas pode demonstrar avanços nos serviços oferecidos pelos planos de saúde privados (PRO-ADESS, 2003).

Ainda que possuam experiências diferentes, todos esses países sofreram o esvaziamento da profissão farmacêutica com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, levando à migração do profissional para as análises clínicas e farmácia hospitalar (PEREIRA, 1997; MAIA NETO, 2005).

O contato com essas novas áreas possibilitou agregar conhecimentos e levou a criação da farmácia clínica como forma de reaproximar farmacêutico e paciente e resgatar as origens do profissional (CIPOLLE, STRAND, MORLEY 2006; ZEIND, McCLOSKEY, 2006).

Outros elementos que balizaram a reorientação das atividades e da formação do farmacêutico foram os documentos resultantes de reuniões organizadas pela OMS. A 1ª Reunião sobre papel do farmacêutico no Sistema de Saúde, ocorrida em Nova Delhi, em 1988, partiu de um relatório de um grupo consultivo de Nova Delhi, visando a reorientação da atuação do farmacêutico. A 2ª Reunião sobre papel do farmacêutico no Sistema de Saúde, conhecida como a Declaração de Tóquio, realizada em 1993, em Tóquio, tratou da qualidade da assistência farmacêutica e seus benefícios para os governos e o público (OMS, 2004; WHO, 1997).

Em maio de 1994, após revisão, a OMS adota o documento denominado “Boas Práticas em Farmácias (BPF) em Ambientes Comunitários e Hospitalares”, desenvolvido no

contexto da segunda reunião, pela Federação Internacional Farmacêutica (FIP), propondo diretrizes para os serviços de assistência farmacêutica (SANTOS, 2005).

O encontro de Vancouver, Canadá (1997), complementou as outras reuniões com o delineamento de sete competências básicas na formação do farmacêutico para sua efetiva atuação: Práticas de atenção à saúde; capacidade para tomada de decisões; habilidades de comunicação; liderança; habilidades de administração e gerenciamento; compromisso com a educação; adoção de práticas de reciclagem e educação permanente.

A partir desse novo cenário mundial a atuação farmacêutica deixaria de ser centrada no medicamento e passaria a ser voltada para os usuários, enfocando principalmente as responsabilidades dos farmacêuticos diante das necessidades de atenção à saúde da comunidade, baseado no conceito da atenção farmacêutica. (OMS, 2004).

### **2.3.2. O Ensino da Farmácia no Brasil e suas reformas curriculares**

No Brasil, do início da República até final dos anos 40, o curso de Farmácia foi vítima de um regime de subordinação didática e administrativa que muito prejudicou o seu ensino, período este de lutas pela real consolidação da Faculdade de Farmácia (GONÇALVES, 2007).

Desde a década de 30 a indústria nacional de medicamentos estava presente no cenário brasileiro, entretanto, foi totalmente absorvida pelos oligopólios internacionais desse seguimento, ocasionando um acelerado processo de desnacionalização mediado pela industrialização, rápida introdução dos antibióticos e produtos de síntese no campo da terapêutica e abertura da economia ao capital estrangeiro (FENAFAR, 2007).

Essa dependência do processo de fabricação de fármacos e o alcance de um crescente mercado consumidor pela indústria levaram à formação de profissionais, com caráter de adestramento de mão-de-obra qualificada para o parque industrial instalado no País, com implicação direta de seus representantes, demonstrando a influência do capital no subsistema formador de recursos humanos na área farmacêutica (LORANDI, 2006).

Tal questão parece tão presente que no XV Congresso Brasileiro de Higiene, promovido em Recife no ano de 1962, é proposta uma série de providências de caráter "emergencial" em termos da política de medicamentos no Brasil, destacando-se entre elas a necessidade de "reforma do ensino farmacêutico" (FENAFAR, 2007).

A situação adversa para o trabalho profissional na área de medicamentos foi compensada com o desenvolvimento das análises clínicas, prática complementar, incorporada

ao âmbito legal da profissão em 1931, que se tornou no pós-guerra, a atividade principal do farmacêutico, devido o incentivo do mercado em expansão e da política de saúde adotada pelo regime militar (UEPB, 2006).

Nos anos 50, várias escolas já haviam incorporado o ensino das análises clínicas, e em menor escala, conteúdos relativos à tecnologia industrial de medicamentos e de alimentos, promovendo o processo de diversificação do ensino farmacêutico. Esse modelo se generalizou com a edição, em 1963, do primeiro currículo mínimo, que estabelecia a formação do farmacêutico em 3 anos, e formalizava no âmbito acadêmico a denominação de Farmacêutico-Bioquímico para designar a formação nas outras especialidades instituídas: Química terapêutica, Indústria Farmacêutica e de Alimentos; Laboratórios de Saúde Públicas e de Controle de Qualidade de Medicamentos e de Alimentos. (MEC, 1997).

Posteriormente, houve a formulação do segundo currículo mínimo, estabelecido pela resolução Nº 4/69 do Conselho Federal de Educação, enfatizando o caráter multidisciplinar do curso, possibilitando aos farmacêuticos diferentes campos de atuação, pela formação de profissionais com títulos diferentes: Farmacêutico; Farmacêutico Industrial; Farmacêutico Bioquímico (Tecnologia de alimentos ou Análises clínicas e Toxicológicas) (STEFAN, 1986).

Esta reforma curricular surgiu em meio a uma crise institucional do ensino quando até a extinção dos Cursos de Farmácia chegou a ser proposta, devido ao fosso existente entre o ensino e a realidade de saúde nacional. Naquele momento as lideranças da profissão e as autoridades responsáveis pelo Ensino Superior entenderam ser oportuna a revisão curricular com abertura de novas opções (SILVA, 2002; STEFAN, 1986; LORANDI, 2006; MEC, 1997).

O medicamento tomou lugar secundário, entendendo-se que profissionais de nível superior de curta duração poderiam assumir a direção das farmácias de dispensação que proliferavam no país. Contudo estes não se sentiam capazes de assumir esta tarefa pela deficiência de conhecimentos de farmacologia, saúde pública e administração farmacêutica, culminando na alteração da legislação e permitindo que leigos assumissem a propriedade da farmácia, tendo o farmacêutico como responsável técnico (LORANDI, 2006).

O ato de dispensação foi considerado apenas como um dos elos do repasse de medicamentos industrializados, contrariando os critérios básicos de atenção à saúde e os interesses da população (FENAFAR, 2007; PEREIRA, 1997).

Essa situação só se modificou em meados dos anos 80, com a influência de mudanças nas percepções da saúde ocorrida entre os profissionais e instituições motivados por um novo paradigma político, social, econômico e de saúde.

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico no país, gastos com saúde, a expansão dos serviços de farmácia, a conferência de Alma-Ata, o movimento de reforma sanitária, a promulgação da constituição federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), todos foram fatores que estimularam a reflexão sobre a formação da profissão.

Em nível nacional as discussões seguiram de 1986 a 1997, através de seminários e encontros com participação de todos os seguimentos interessados. Os 9 anos de debates culminaram, na elaboração pelo MEC, de sugestões para alteração das diretrizes gerais do ensino farmacêutico (FENAFAR, 2007) e convocação das Instituições de Ensino Superior para apresentarem propostas de Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação de acordo com o previsto em Lei (BRASIL, 1996).

A idéia era que o ensino da farmácia fosse organizado em carreiras diferenciadas desde o ingresso no curso, denominadas Farmacêutico Clínico e Industrial, Farmacêutico Bioquímico Clínico e Farmacêutico Bioquímico de Alimentos, sendo a primeira obrigatória em todos os cursos de farmácia. Cada uma das carreiras possuiria atividades e conhecimentos próprios, com no mínimo 4 anos de duração e estágio ao longo da formação que atingisse, ao menos, 15% da carga horária total do curso (MEC, 1997).

Com a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em outubro de 98, é dado ênfase ao papel da Assistência Farmacêutica e Uso Racional de Medicamentos, gerando novas discussões sobre a formação e atuação do farmacêutico no SUS concomitante com o amadurecimento de questões envolvendo atenção à saúde (SANTOS, 2005).

Tendo em base a nova conjuntura, o parecer CNE/CES 1.300/2001, de 6 de novembro de 2001, apresenta uma proposta revisada e mais consistente. Conforme esse documento:

*“O objetivo das Diretrizes Curriculares é permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira”.*

Em fevereiro de 2002, o Conselho Nacional de Educação com base no parecer acima citado, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, a

serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País. Considera ainda as sete competências básicas defendidas em Vancouver e aprova:

*“Uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de saúde. Com profissional capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas; e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio para a transformação da realidade em benefício da sociedade”.*

O prazo para as modificações curriculares considerou que a inserção do novo currículo fosse feita até o ano de 2006.

No entanto, em 2004, para um número total de 210 cursos de farmácia funcionando no Brasil, 93 ainda não haviam sido reconhecidos, perfazendo um percentual de 44,3%. A oferta de cursos de farmácia tem subido, assim como o número de vagas oferecidas, principalmente no sudeste. Essa tendência crescente gera dúvidas quanto ao elevado número de cursos (inexperiência) em relação às novas diretrizes curriculares (profundas alterações) (CUNHA JR., 2004).

Outros fatores importantes que devem ser observados seriam a elaboração e avaliação de cursos de pós-graduação e de educação continuada, que conformam um bom indicador de progresso das políticas farmacêuticas (OPAS, 2005).

A Política Nacional de Medicamentos, já prevê a manutenção desses cursos, que constituem um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde da população (BRASIL, 2001b).

Ao longo dos anos, as escolas de Farmácia têm oferecido cursos de pós-graduação que envolva pesquisas, em geral em ciências farmacêuticas, mas hoje há necessidade crescente de pesquisa sobre os diversos aspectos da prática farmacêutica (OMS, 2004).

Segundo Armando Cunha Jr. (2004) a pós-graduação em farmácia no Brasil também tem evoluído, contudo é necessário um esforço das instituições para superar dificuldades como a insuficiência na formação de doutores e mestres, o acesso a financiamento, desequilíbrios regionais, entre outros, com o intuito de se contribuir de forma mais efetiva para os programas governamentais de educação continuada.

Pode-se dizer que a proposta dos Pólos de Educação Permanente em Saúde veio fortalecer essa iniciativa ao propor o rompimento da fragmentação característica das capacitações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e a articulação entre os atores do SUS, incluindo docentes e estudantes (BRASIL, 2003a).

Em relação a medidas de reforço dos recursos humanos para a promoção do uso racional, têm sido realizados cursos e disponibilizados materiais educativos. Merecem destaque a realização dos cursos de capacitação de multiplicadores para uso racional de medicamentos, em parcerias entre a OPAS/OMS, tanto com o Ministério da Saúde como a Anvisa, voltados principalmente para prescritores e que têm contribuído para a realização de cursos regionais e locais e a inserção do conteúdo na formação de profissionais de saúde (REDE UNIDA, 2006).

### **2.3.3. O Ensino da Farmácia no Ceará**

O Ceará conta com três cursos de farmácia, estando 2 no Município de Fortaleza, oferecidos pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), e o outro sendo ofertado pelo Instituto Filosófico Teológico Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão, localizado no Município de Quixadá.

Desde a década de 80, as instituições de ensino no Ceará já discutiam mudanças curriculares que transcendiam o tipo de formação proposta pelo currículo de 69. A ampliação das ações no campo da assistência farmacêutica e os posteriores debates, em nível mundial durante a década de 90, só fortaleceram essas idéias.

Na UFC desse período havia um crescimento da atividade docente, que impulsionou a discussão da reforma curricular pela necessidade de se adequar a educação farmacêutica às novas necessidades e perspectivas (COELHO, 1998).

Foi nesse contexto que a institucionalização do GPUIM, possibilitou sua inserção em atividades acadêmicas e renovou o ensino do curso de Farmácia da UFC ao recomendar a obrigatoriedade da disciplina de farmacoepidemiologia. O grupo trabalhou também mudanças de conceitos e práticas, para levar a formação de um currículo que focalizasse a farmácia clínica (COELHO, 1998).

As discussões das reformas no Ceará acompanharam o processo nacional, até a aprovação das diretrizes curriculares de 2002.

Em agosto do mesmo ano, a comunidade acadêmica da UFC foi reunida para a elaboração do novo projeto pedagógico, partindo de um diagnóstico do curso e discussões no departamento, seguida de encontros com professores e representantes de outros cursos, os quais contribuem com a formação dos alunos de farmácia (UFC, 2006).

A apresentação da primeira proposta de modelo curricular ocorreu em setembro de 2003, sendo necessário redefinir determinados quesitos para o cumprimento de um modelo mais adequado à realidade brasileira, sendo aprovado em reunião da câmara de graduação/CEPE, em 22 de dezembro de 2004 (UFC, 2006).

O novo projeto político-pedagógico, com formação profissional de base generalista, teve início no 1º semestre de 2005 com a seguinte grade curricular.

**Quadro 3: Matriz Curricular curso de Farmácia – UFC.**

Nome	Créditos	Semestre*	Obrigatória
ANATOMIA HUMANA GERAL	4.0	1	Sim
BIOLOGIA CELULAR GERAL	4.0	1	Sim
HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA GERAL	4.0	1	Sim
INTEGRACAO A PRATICA FARMACEUTICA I	8.0	1	Sim
QUIMICA GERAL E INORGANICA	6.0	1	Sim
FARMACOGNOSIA I	4.0	2	Sim
FISICO-QUIMICA APLICADA A FARMACIA	6.0	2	Sim
INTEGRACAO A PRATICA FARMACEUTICA II	4.0	2	Sim
INTRODUCAO A BIOQUIMICA	4.0	2	Sim
QUIMICA ANALITICA I APLICADA A FARMACIA	5.0	2	Sim
QUIMICA ORGANICA TEORICA I PARA FARMACIA	4.0	2	Sim
FARMACOGNOSIA II	4.0	3	Sim
FARMACOTECNICA I	4.0	3	Sim
FISIOLOGIA HUMANA II	8.0	3	Sim
INTEGRACAO A PRATICA FARMACEUTICA III	4.0	3	Sim
QUIMICA ANALITICA II APLICADA A FARMACIA	5.0	3	Sim
QUIMICA ORGANICA EXPERIMENTAL PARA FARMACIA	3.0	3	Sim
QUIMICA ORGANICA TEORICA II PARA FARMACIA	3.0	3	Sim
FARMACOTECNICA II	6.0	4	Sim
GESTAO FARMACEUTICA	3.0	4	Sim
HEMATOLOGIA BASICA	4.0	4	Sim
PATOLOGIA GERAL	5.0	4	Sim

QUIMICA FARMACEUTICA	7.0	4	Sim
BIOQUIMICA CLINICA I	4.0	5	Sim
ESTAGIO EM FARMACIA I	8.0	5	Sim
FARMACOLOGIA GERAL	8.0	5	Sim
IMUNOLOGIA BASICA	4.0	5	Sim
MICROBIOLOGIA BASICA E APLICADA	4.0	5	Sim
PARASITOLOGIA BASICA	4.0	5	Sim
ATENCAO FARMACEUTICA	2.0	6	Sim
BIOQUIMICA CLINICA II	4.0	6	Sim
FARMACIA HOSPITALAR	4.0	6	Sim
FARMACOLOGIA APLICADA	4.0	6	Sim
HEMATOLOGIA CLINICA	4.0	6	Sim
IMUNOLOGIA APLICADA	4.0	6	Sim
MICROBIOLOGIA CLINICA	4.0	6	Sim
PARASITOLOGIA CLINICA	4.0	6	Sim
BROMATOLOGIA I	4.0	7	Sim
CITOLOGIA APLICADA	4.0	7	Sim
ESTAGIO EM FARMACIA II	4.0	7	Sim
ESTAGIO EM FARMACIA III	10.0	7	Sim
FARMACOEPIDEMIOLOGIA E FARMACOVIGILANCIA	4.0	7	Sim
TOXICOLOGIA GERAL	4.0	7	Sim
ANALISES TOXICOLOGICAS	4.0	8	Sim
BROMATOLOGIA II	4.0	8	Sim
CONTROLE E GARANTIA DA QUALID DE MED E COSMETICOS	16.0	8	Sim
ESTAGIO EM FARMACIA IV	8.0	8	Sim
ECONOMIA APLICADA A FARMACIA	4.0	9	Sim
ESTAGIO EM FARMACIA V	8.0	9	Sim
IMUNORRADIOBIOLOGIA CLINICA	2.0	9	Sim
PRODUCAO DE MEDICAMENTOS E COSMETICOS	16.0	9	Sim
BIOFARMACIA	4.0	99	Não
BIOLOGIA MOLECULAR APLICADA A FARMACIA	4.0	99	Não
BIOSSEGURANCA E CONT DE QUALIDADE EM LAB CLINICO	2.0	99	Não
COMPUTACAO APLICADA	4.0	99	Não
ENFERMAGEM PRE-HOSPITALAR: PRIMEIROS SOCORROS	2.0	99	Não
ENZIMOLOGIA E TECNOLOGIA DAS FERMENTACOES	4.0	99	Não
ESTAGIO DIFERENCIADO EM FARMACIA-ANALISES CLINICAS	26.0	99	Não
ESTAGIO DIFERENCIADO EM FARMACIA - BROMATOLOGIA	26.0	99	Não
ESTAGIO DIFERENCIADO EM FARMACIA - FARM HOSPITALAR	26.0	99	Não

ESTAGIO DIFERENCIADO EM FARMACIA- IND FARMACEUTICA	26.0	99	Não
FISICA INDUSTRIAL I	3.0	99	Não
GENETICA BASICA	4.0	99	Não
HOMEOPATIA	4.0	99	Não
IMUNOLOGIA APLICADA A FARMACIA	4.0	99	Não
INTRODUCAO A TECNOLOGIA DE ALIMENTOS	4.0	99	Não
INTRODUCAO A VIROLOGIA HUMANA	2.0	99	Não
MICOLOGIA CLINICA	4.0	99	Não
MICROBIOLOGIA DE ALIMENTOS	4.0	99	Não
PARASITOLOGIA HUMANA I	6.0	99	Não
QUIMICA ANALITICA III	6.0	99	Não
QUIMICA FARMACEUTICA II	6.0	99	Não
QUIMICA ORGANICA III	6.0	99	Não
SEMINARIOS EM VIGILANCIA SANITARIA	2.0	99	Não
SEMINARIOS SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	2.0	99	Não
TECNICAS AVANÇADAS EM CITOLOGIA	3.0	99	Não
TOPICOS EM PESQUISA CLINICA	2.0	99	Não
TOPICOS ESPECIAIS EM COSMETOLOGIA	3.0	99	Não
TOXICOLOGIA I	6.0	99	Não
TOXICOLOGIA II	6.0	99	Não

Fonte: Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, 2007

\*Disciplinas identificadas com o número 99 são eletivas, de cunho não obrigatório.

Na grade em questão, caso uma disciplina só possa ser cursada na dependência de outra, o código estará presente na área “Fórmula Dependência”; ocorrendo o mesmo para disciplinas de conteúdo equivalente, as quais possuem código na área “Fórmula Equivalência”.

A UFC também tem desenvolvido a pós-graduação, implantando em 2001 o mestrado em Farmácia Clínica. Participou também da formação da residência em Farmácia Hospitalar com início em 2006, além de integrar as discussões ocorridas sobre educação continuada, buscando vivificar a AF e o uso racional de medicamentos na APS do SUS.

Em relação à UNIFOR, esta oferece o curso de farmácia desde 1998, que formava apenas farmacêuticos industriais. Posteriormente a habilitação em análises clínicas foi ofertada também.

O início dos debates sobre mudanças se deu em 2001, sendo apresentada uma proposta que não atendia as novas diretrizes curriculares. A construção coletiva de outro projeto político-pedagógico atualizado levou a implantação do novo currículo, apresentado abaixo, no segundo semestre de 2005.

Semestre 1	Semestre 2	Semestre 3	Semestre 4	Semestre 5	Semestre 6	Semestre 7	Semestre 8	Semestre 9	
Anatomia Humana S202 1	Microbiologia Geral S219 9	Imunologia Geral S218 15	Toxicologia Geral S219 20	Química Analítica N220 27	Desenvolv. Farmacoc. II S199 33	Atenção Farmacêutica S279 39	Farmácia Hospitalar S279 44	TCC II S282 51	
Citol. Histol. Embriologia S192 2	Genética Biol. Molecular S202 10	Fisiopatologia I S218 18	Fisiopatologia II S258 21	Desenvolv. Farmacoc. I S194 28	Farmacoepeidemiologia S288 34	Bioquímica Clínica S274 40	Gestão da Qualidade S281 45	Estágio VII Farm. Hosp. S286 52	
Química Geral N219 3	Bioquímica Geral S217 11	Farmacognosia S214 17	Bromatologia e Nutrição S237 22	Enzimologia Industrial S284 28	Assistência Farmacêutica S270 35	Citologia Clínica S275 41	Controle Qual. Farmacêutico S281 48	Estágio VIII Ind. Farmac. S286 53	
Matemática e Bioestatística N218 4	Fisicoquímica N271 12	Farmacologia Geral S236 18	Química Farmacêutica S240 23	Epidemiologia S259 30	Parasitologia Clínica S272 36	Hematologia Clínica S277 42	Centr. Microb. Farmacêutico S281 47	Estágio IX An. Clínicas S283 54	
Introdução à Farmácia S201 5	Química Orgânica I N221 19	Q. Orgânica II N207 19	Farmacologia Clínica S260 24	Adm. e Gestão Farmacêutica S120 31	Microbiologia Clínica S274 37	Estágio IV Saúde Colet. S276 43	TCC I S280 48		
Metodologia Trab. Cientif. H206 6	Ética e Legisi. Farmacêutica S218 14		Saúde Coletiva S259 25	Estágio III Alimentos S286 32	Imunologia Clínica S273 38		Estágio V Manipulação S277 49		
C. Sociais em Saúde S204 7			Estágio II Fioleterapia S262 28				Estágio VI At. Farmac. S278 50		
Estágio I S206 8									
<b>Creditos</b>									
Teórico:Prático:Estágio	20:06:02	26:06:00	22:10:00	22:06:04	19:09:04	18:12:00	12:10:08	12:06:14	02:00:28
<b>Total</b>	28	32	32	32	32	30	30	32	30

**LEGENDA**

tem como pré-requisito	Nome da disciplina	CT
	código	CP

**ÁREAS**

Biológicas e da Saúde	17,5%
Farmacêuticas	39,4%
Exatas	11,6%
Humanas	6,2%
Estágio	20,5%

Curriculares (ISS:66:60)	278
Eletivos	06
Ativ. Complementares	08
<b>TOTAL</b>	<b>292</b>

CT = crédito teórico  
CP = crédito prático

Fonte: Departamento de Farmácia da UNIFOR, 2007.

A Universidade de Fortaleza também dispõe de cursos de pós-graduação em farmácia magistral e também demanda grande parte de suas atividades para pesquisa e extensão. Sua participação nas propostas do Pólo de Educação Permanente de Fortaleza foi ativa, levando a aprovação de projetos de educação continuada (CARLOS, 2007).

Tanto a UFC quanto a UNIFOR possuem representação no Fórum Nacional das Associações de Ensino (FENEPAS), que tem o objetivo de gerar melhoras no ensino dentro das novas grades.

Por fim, o Instituto Filosófico Teológico Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão, tem organização acadêmica de Instituto Superior, sendo de categoria Privada. Seu curso de Farmácia teve início em 26 de abril de 2004, sendo reconhecido pela Portaria do MEC N° 959 de 07/04/2004, oferecido em período integral, já estando nos moldes generalistas, como visto na grade curricular:

Quadro 5: Matriz Curricular curso de Farmácia – Rainha do Sertão.

1º Semestre			
Disciplina	C.H.	Créditos	
		Teórica	Prática
Introdução à Farmácia	60	03	01
Anatomia Humana	60	02	02
Química Geral e Inorgânica	60	02	02
Botânica Aplicada à Farmácia	60	02	02
Histologia e Embriologia	75	03	02
Matemática Aplicada	30	02	-
Tópicos Teológicos I	30	02	-
<b>Total</b>	375	16	9

2º Semestre			
Disciplina	C.H.	Créditos	
		Teórica	Prática
Química Orgânica I	90	04	02
Biofísica	45	02	01
Bioquímica	60	04	-
Físico-Química Aplicada à Farmácia	60	02	02
Bioestatística	45	03	-
Primeiros Socorros	30	01	01
Farmácia Social	30	02	-
Tópicos Teológicos II	30	02	-
<b>Total</b>	390	20	06

3º Semestre			
Disciplina	C.H.	Créditos	
		Teórica	Prática
Química Orgânica II	90	03	03
Química Analítica I	90	03	03
Fisiologia Humana	90	04	02
Microbiologia Geral	60	02	02
Farmacognosia	120	04	04
Metodologia Científica em Saúde	30	02	-
Estágio I	15	-	01
Tópicos Teológicos III	30	02	-
<b>Total</b>	<b>525</b>	<b>20</b>	<b>15</b>

4º Semestre			
Disciplina	C.H.	Créditos	
		Teórica	Prática
Química Analítica II	60	02	02
Patologia Humana	60	03	01
Imunologia Básica	45	03	-
Parasitologia Básica	60	03	01
Química Farmacêutica I	120	04	04
Bromatologia	60	02	02
Estágio II	15	-	01
Optativa I	30	02	-
Tópicos Teológicos IV	30	02	-
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>21</b>	<b>11</b>

5º Semestre			
Disciplina	C.H.	Créditos	
		Teórica	Prática
Bioquímica Clínica	120	04	04
Farmacodinâmica	120	06	02
Farmacotécnica	90	02	04
Saúde Pública	45	03	-
Deontologia e Legislação Farmacêutica	45	03	-
Optativa II	30	02	-
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>20</b>	<b>10</b>

6º Semestre			
Disciplina	C.H.	Créditos	
		Teórica	Prática
Farmacologia Aplicada	90	06	-
Toxicologia	90	06	-

Economia e Administração de Empresas Farmacêuticas	90	06	-
Imunologia Clínica	90	03	03
Parasitologia Clínica	90	03	03
Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância	60	04	-
Optativa III	30	02	-
<b>Total</b>	<b>540</b>	<b>30</b>	<b>06</b>

7º Semestre			
Disciplina	C.H.	Créditos	
		Teórica	Prática
Hematologia Clínica	60	02	02
Farmácia Hospitalar	90	04	02
Citologia Clínica	90	03	03
Microbiologia Clínica	90	03	03
Estágio III	30	-	02
Optativa IV	30	02	-
Controle de Qualidade de Medicamentos	30	02	-
Enzimologia e Tecnologia das Fermentações	30	02	-
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>18</b>	<b>12</b>

8º Semestre			
Disciplina	C.H.	Créditos	
		Teórica	Prática
Hematologia Clínica II	60	02	02
Análises Toxicológicas	75	02	03
Química Farmacêutica II	90	04	02
Física Industrial Aplicada à Farmácia	45	03	-
Boas Práticas em Laboratórios de Análises Clínicas	45	01	02
Tecnologia Farmacêutica	60	04	-
Cosméticos	30	02	-
Estágio IV	30	-	02
<b>Total</b>	<b>435</b>	<b>18</b>	<b>11</b>

9º Semestre			
Disciplina	C.H.	Créditos	
		Teórica	Prática
Estágio Supervisionado	240	-	16
Trabalho de Conclusão do Curso	60	04	-
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>04</b>	<b>16</b>

Fonte: Departamento de Farmácia: Instituto Rainha do Sertão, 2008.

O Instituto conta com um Centro de Informações de Medicamentos para aprimoramento das atividades acadêmicas.

## **2.4. A Percepção do Farmacêutico como profissional de Saúde:**

### **2.4.1 A importância da percepção na avaliação de serviços de saúde**

O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro tem incentivado a tomada de decisões com base em dados e informações, de forma que a avaliação está prevista em vários documentos e textos legais (OPAS, 2005).

Contudo, avaliar é diferente de diagnosticar. Enquanto a avaliação atribui um juízo de valor a algo, a partir de um levantamento técnico-científico, fato que por si, impõe um nível de subjetividade; o diagnóstico tem cunho mais normativo, partindo de informações adquiridas, comparadas a um padrão de qualidade definido e exigido (TANAKA, 2006).

Nessa conjuntura, a área da saúde é um domínio complexo e multidimensional, que pede simultaneamente, ao lado do avanço dos conhecimentos e técnicas, um desenvolvimento mais intenso do componente humano (OMS, 2004).

Para tanto a avaliação da percepção contribui com o entendimento da relação entre profissionais e seus serviços, e permite a busca de melhorias, ao se considerar os aspectos ontológicos envolvidos, e portanto, não objetiváveis (BOSI, 2004).

A percepção é estudada por diversas áreas de conhecimento, possuindo segmentos dos mais diversos, e apreendem hipóteses e estruturas que atendem às designações biomédicas, psicológicas e filosóficas (PONTY, 2006).

Tais designações estão intimamente associadas à área da saúde, afetando desde as reflexões de cada profissional sobre sua ética e atividades técnicas, até sua relação com o ambiente de trabalho, relações em equipe e frente aos usuários.

Logo, entende-se que o estudo da visão do farmacêutico, sobre si mesmo como profissional e dos serviços que presta, possibilita a compreensão de dificuldades expressas em suas ações práticas, avaliadas por gestores, e que possuem impacto direto na aquisição de medicamentos para os Centros de Saúde e usuários (ARAUJO, 2006; ROBERTS, et al, 2005).

Ainda que essa modalidade de pesquisa pareça tendenciosa ou pouco científica para os processos de saúde, o que define o teor da pesquisa é a consonância entre os instrumentos e a natureza do objeto pesquisado (SALA, 1993).

Dessa forma, ratifica-se o raciocínio de UCHIMURA e BOSI (2002 apud Acurcio et al., 1991:51):

*“Não há uma pergunta-chave ou um caminho metodológico padrão por trás de toda a avaliação de programas sociais, pois não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais. (...) Dependendo do postulado teórico assumido, encaminhar-se-á em uma ou outra direção e se selecionarão algumas dimensões para análise, em detrimento de outras. (...) O que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, e sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou seus diferentes significados”.*

Ainda que as atividades farmacêuticas componham as Ciências Farmacêuticas, o processo de trabalho está alocado como fenômeno social, de forma que na prática, entende-se que esse universo de ciências possui uma divisão apenas didática, para a construção de hipóteses, tipos de estudo e métodos de abordagem, pois todos os processos ocorrem simultaneamente (SANTANA, 2008).

Avaliar a percepção em atividades da área da saúde e aproximar-se de fatores cognitivos e das características individuais dos farmacêuticos, dentro de um processo científico bem fundamentado reverte-se em benefícios para todos os atores envolvidos.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Geral**

Avaliar a percepção e atuação do farmacêutico como profissional de saúde na Atenção Primária de Saúde no SUS do município de Fortaleza - CE;

#### **3.2. Específicos**

- Descrever o perfil dos farmacêuticos que trabalham na Atenção Primária de Saúde no SUS do município de Fortaleza - CE;
- Identificar as atribuições práticas dos farmacêuticos da Atenção Primária de Saúde no SUS do município de Fortaleza - CE;
- Analisar as dificuldades e limitações dos farmacêuticos para atuar na Atenção Primária de Saúde no SUS do município de Fortaleza - CE;
- Compreender as concepções do farmacêutico em relação a sua atuação frente ao serviço de Atenção Primária de Saúde no SUS do município de Fortaleza - CE.

## **4. Percurso metodológico**

### **4.1. Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo.

### **4.2. Local e Período do estudo**

O estudo foi desenvolvido nos Centros de Saúde da Família, da rede de Atenção Primária, no Município de Fortaleza/Ce, num período de outubro de 2007 à Fevereiro de 2008. Apenas aquelas que possuíam farmacêuticos alocados, trabalhando diretamente na farmácia foram pesquisadas.

Dados da CELAF, de 2007, apontam que 12 postos atendiam ao critério de seleção, sendo todos visitados. Contudo mais um Centro recebeu farmacêutico após início da pesquisa, esta último não consta no estudo, pois o tempo necessário para a coleta de dados excederia o prazo máximo de entrega, de acordo com o cronograma determinado da pesquisa.

#### **- Caracterização da Assistência Farmacêutica e Centros de Saúde da Rede Municipal de Fortaleza-Ce:**

A Assistência Farmacêutica em Fortaleza é desenvolvida pela Célula de Assistência Farmacêutica – CELAF, estando diretamente subordinada a Secretaria Municipal de Saúde. A CELAF tem a função de planejar, normatizar, controlar e avaliar as ações no âmbito da Assistência Farmacêutica, sendo subdividida em duas equipes: Medicamentos Essenciais e Fitoterápicos.

Conta com uma equipe de 7 farmacêuticos em nível central, os quais se dividem da seguinte forma: 1 na gerência, 1 na chefia da equipe de Medicamentos Essenciais, 2 na Central de Abastecimento Farmacêutico, 2 na rede de frios e 1 na chefia da equipe de Medicamentos Fitoterápicos e Farmácia Viva (Figura 1); que realizam a distribuição dos medicamentos para os Centros de Saúde da Família (CSF) da Rede Municipal e desenvolvem ações normativas a serem executadas pelas 6 Secretarias Executivas Regionais (SER).

Cada SER possui uma Farmácia Pólo (com exceção da Regional VI, que não possui nenhuma e da Regional II, que possui duas), referência para a distribuição dos medicamentos da Portaria N° 344/98, com um farmacêutico responsável pela supervisão e acompanhamento de seus CSF.

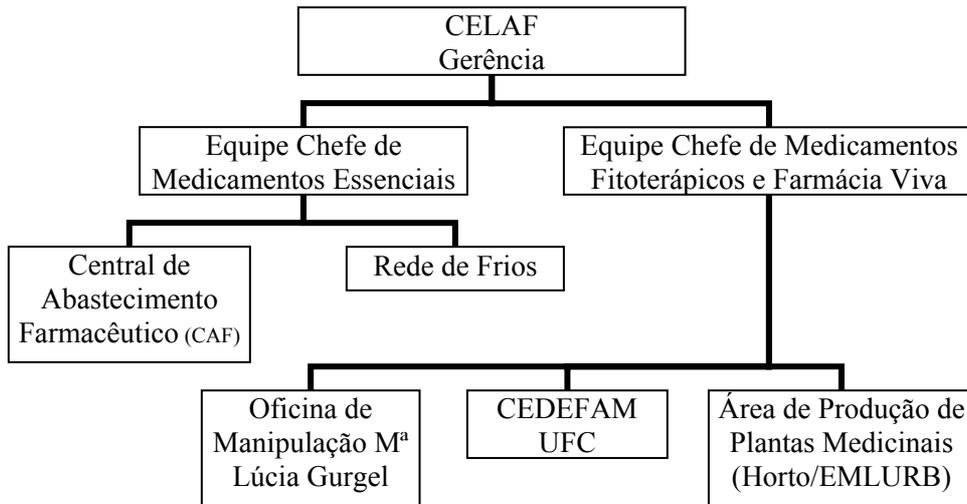


Figura 1: Organograma – Célula de Assistência Farmacêutica - CELAF

A Atenção Primária em Fortaleza conta com as 6 Farmácias-Pólo, mais 82 Centros de Saúde da Família, totalizando 88 CSF da Rede Municipal, e somente 18 farmacêuticos atuando nesse nível de atenção (Figura 2). Contudo estes profissionais estão alocados em 13 CSF. (Figura 3), determinando uma cobertura de apenas 14, 8 % do total de Centros.

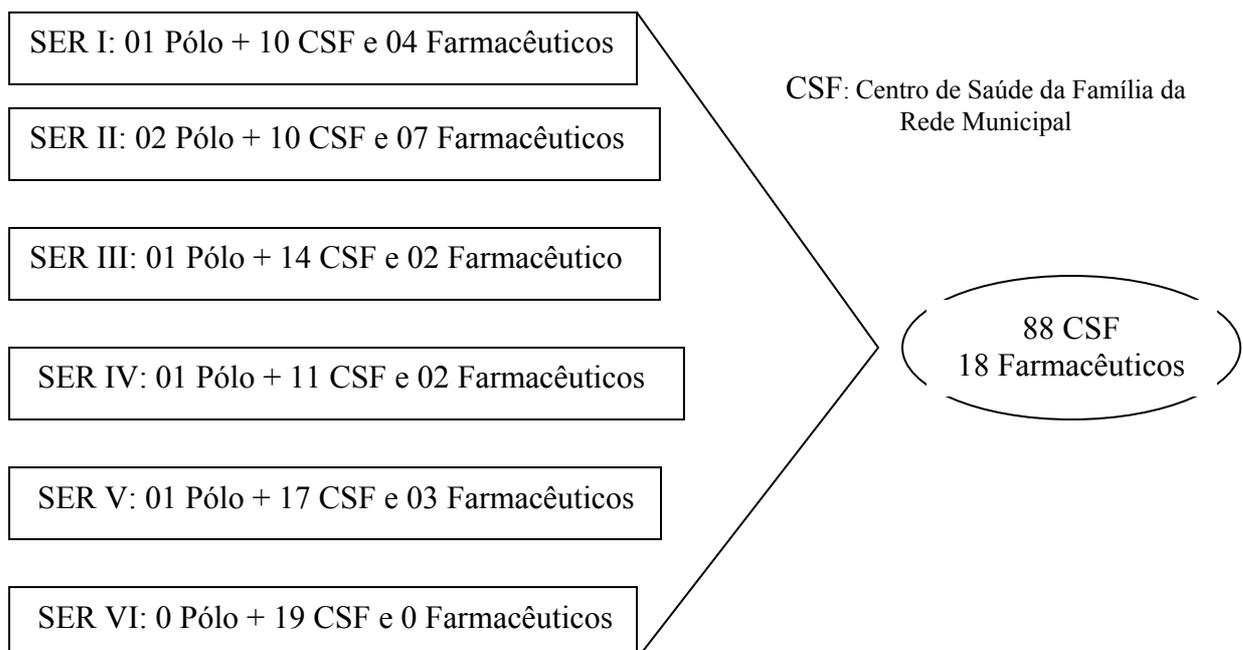


Figura 2: Organograma – Distribuição de Centros de Saúde, Farmácias Pólo e Farmacêuticos por Regional.

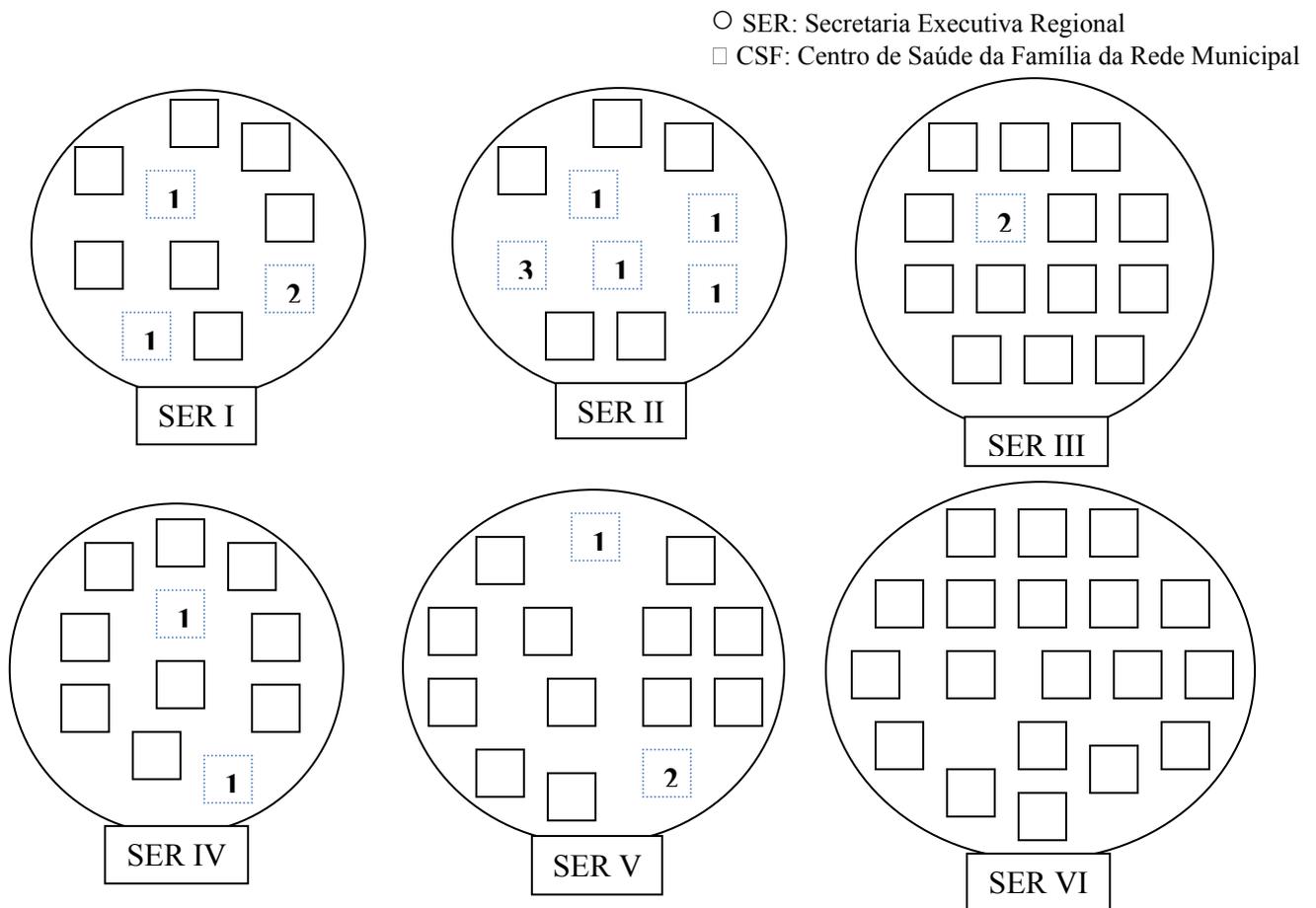


Figura 3: Esquema de distribuição de Farmacêuticos por Centros de Saúde das Secretarias Executivas Regionais de Saúde - SER, onde cada número corresponde à quantidade de profissionais.

#### **4.3. Critérios de seleção dos sujeitos da pesquisa**

O elenco de farmacêuticos que integra a Rede Municipal de Atenção Primária engloba os que estão alocados nos serviços administrativos das Secretarias Executivas Regionais; coordenadores de Centros de Saúde e aqueles responsáveis pelas farmácias dos Centros de Saúde da Família.

Como a pesquisa está voltada para a identificação de interferências nos serviços prestados à população pelos dispensadores, estão aptos a serem informantes-chave todos os farmacêuticos oficialmente e diretamente responsáveis pelo serviço da farmácia, nos Centros de Saúde, em nível da APS, pois representam a “ponta” do serviço. Estão excluídos todos os que não concordarem em participar da pesquisa.

A relação de tais profissionais farmacêuticos, utilizada para essa classificação, foi cedida pela CELAF.

Por outro lado, entende-se que o tema requer uma avaliação do sujeito para o mundo e do mundo para o sujeito, dessa forma a percepção dos outros profissionais e usuários são partes integrantes dessa concepção. Entretanto, a pesquisa de cada um desses atores requer tempo, recursos materiais e humanos e não está sujeita à cronogramas pré-estabelecidos por programas de pós-graduação.

Dessa forma, ao retomar-se o problema como tema de dissertação, optou-se por levantar uma faceta dessa percepção, a dos farmacêuticos, com fins de evitar a formulação de uma pesquisa mais geral, porém mais superficial; desperdiçando a riqueza do material alcançado.

#### **4.4. Métodos, Instrumentos e Técnicas para coleta de dados**

Em consonância com as características da pesquisa, optou-se por uma metodologia qualitativa, pelos seus enfoques subjetivista-compreensivista e crítico-participativo com visão histórico estrutural (TRIVINOS, 1992).

O método selecionado foi a avaliação da percepção dos farmacêuticos segundo uma abordagem fenomenológica, ou seja, buscou-se a percepção, como fenômeno, em sua essência. Esta gera as experiências que são construídas de acordo com elementos culturais, políticos, econômicos, sociais e pessoais, as quais irão compor o arcabouço de vivências de cada indivíduo (PONTY, 1994).

Deste modo, para fins da pesquisa, trabalhou-se a percepção como um processo pelo qual o homem apreende, intui e constrói o conhecimento. Isto se dá, basicamente por meio de três movimentos: o primeiro, de fora para dentro, do mundo para o sujeito; o segundo, de dentro para fora, do sujeito para o mundo; e o terceiro, nos dois sentidos, sujeito-mundo e mundo-sujeito (ARAÚJO, 2007).

Entende-se, assim, que a percepção gera ações, classificadas como atividades, que representam uma categoria do Fenômeno Social, segundo Lofland apud Trivinos (1992), sendo comum a todos os profissionais e meios, até mesmo nos serviços de saúde (MINAYO, 1996).

Logo foi indispensável o uso da técnica de triangulação, por seu desígnio de abarcar a descrição, explicação e compreensão máximas do estudo de fenômenos sociais (TRIVINOS, 1992). Neste caso, utilizou-se três técnicas para apreensão dos dados, à saber: Observação Etnográfica, Entrevista Individual e Reunião de documentos relacionados à atuação do farmacêutico na Atenção Primária de Saúde e a qualidade da Assistência Farmacêutica.

**Observação:** Aplicada como critério de acompanhamento, a observação visou levantar informações sobre o sujeito, assim como sobre seu local de trabalho. Foi feita através de um roteiro guia (anexo 1), adaptado de Victora (2000) e desenvolvida durante a execução das atividades rotineiras dos farmacêuticos, seguindo o processo natural de serviço. O objetivo é examinar elementos como: o ambiente de trabalho, a forma como se dá o processo de trabalho do farmacêutico na unidade, quais as características marcantes nas atividades desenvolvidas, identificar os tipos de relações interpessoais entre o farmacêutico e o resto da equipe de saúde, além de características pessoais dos pesquisados. Como a observação exige presença continuada do pesquisador, este permaneceu no local em carga horária igual ao do farmacêutico, dentro de um período médio de uma semana para cada CSF, no qual pode observar todo o processo de serviço local, estando horas dentro da farmácia, horas nas outras dependências do Centro de Saúde. Esse período foi maleável, pois seguiu modificações no cenário, como alterações de calendário de atividades, mudança de profissionais entre Centros ou ausência do profissional pesquisado no dia estabelecido para observação.

**Entrevista não-diretiva individual:** Caracteriza-se por seu objetivo, teórico, de minimizar, ou mesmo suprimir totalmente, qualquer intervenção do pesquisador, capaz de influenciar o sujeito, para que este possa aprofundar, explicitar e esclarecer, ele próprio, suas atitudes a respeito dos problemas que se colocam para ele (TRAKAS, 1992). O roteiro de entrevista para o farmacêutico (apêndice 1) foi aplicado até o final do período de observação no Centro. Apresenta-se dividido em duas partes: a primeira trata de um formulário sócio-cultural para descrição da população estudada, a fim de se obter dados quantificáveis sobre os sujeitos; enquanto a segunda corresponde a um questionário de perguntas gerais, que visa deixar o entrevistado livre para discorrer sobre os questionamentos, não havendo tempo pré-determinado para resposta. Todas as entrevistas foram gravadas mediante autorização dos profissionais e a partir da análise desse material buscou-se identificar elementos incorporados à percepção dos mesmos sobre o serviço dos farmacêuticos na APS. Ao final, esses elementos foram divididos para composição de categorias que possibilitassem a apresentação dos dados.

**Levantamento de dados escritos complementares:** O emprego de documentação relacionada ao fenômeno estudado é fundamental para a correlação e comparação, na busca da compreensão sobre o tema. Para expor o grau de associação dos dados subjetivos com os padrões determinados para a profissão, utilizou-se:

- Legislação Brasileira, através das Políticas de Saúde e diretrizes que conformam a formação acadêmica e atuação do farmacêutico na Atenção Primária de Saúde.

- Fontes de dados primários, secundários e terciários, assim como endereços eletrônicos que dêem suporte para tópicos de interesse, como histórico da Farmácia, tipos de avaliação, informações sobre atuação profissional e currículos de farmácia, instrumentos de pesquisa, entre outros.

- Formulário de informações técnico-administrativas aplicados nas CSF. (apêndice 2).

#### **4.5. Etapas da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada em quatro etapas:

a) Etapa I: Integrou a fase exploratória, que considerou o reconhecimento do campo. Esse momento foi o primeiro contato com as Unidades de Saúde, coordenadores e outros profissionais. Possibilitou a identificação do farmacêutico, sua acessibilidade e de seu meio, podendo ser dada como uma fase piloto, servindo para adequação de materiais.

b) Etapa II: Referiu-se à pesquisa de campo propriamente dita. As técnicas definidas para o levantamento dos dados foram utilizadas durante esse período, juntamente com um relatório chamado de Diário de Campo, que compôs um parecer de observações e eventos não esperados, ou interessantes aos olhos do pesquisador, presente na práxis da pesquisa qualitativa.

c) Etapa III: Deculpagem das entrevistas gravadas em campo para, somada aos dados procedentes das outras técnicas, comporem o acervo material recolhido em campo, para análise.

d) Etapa IV: Correspondeu ao tratamento do material, buscando identificar os elementos que integraram a mensagem; compreender conteúdos e estruturas latentes; além de associar as descobertas num quadro geral e demonstrativo das informações em conjunto.

Ressalta-se que, na metodologia qualitativa, essas etapas seguem uma seqüência ininterrupta e por vezes se entrelaçam visando a melhor compreensão das partes (BOSI, 2004).

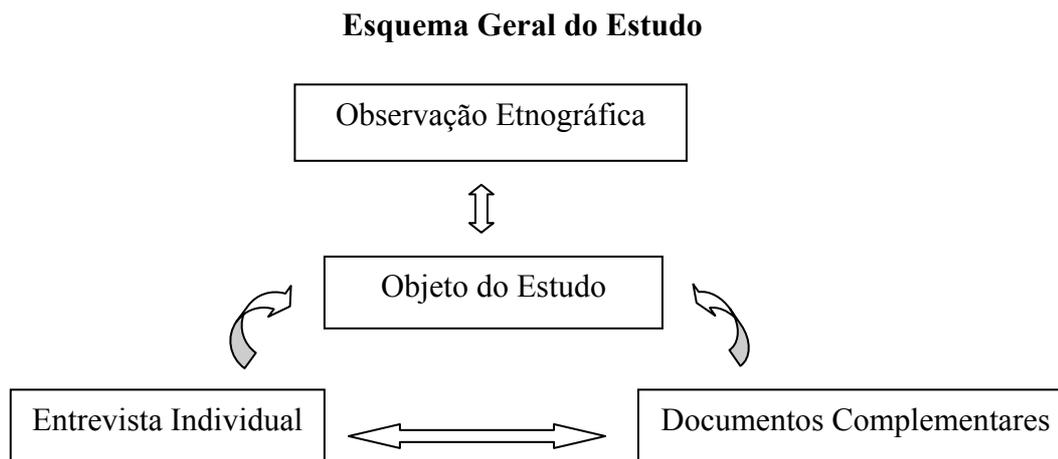


Fig. 4. Esquema geral do estudo.

#### **4.6. Análise dos dados**

Avaliou-se os dados qualitativos por método de Análise de Conteúdo, técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto, replicáveis ao seu contexto social (CAREGNATO e MUTTI, 2006). Para Bardin (1977) a Análise de Conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens”.

A técnica será aplicada às entrevistas deculpadas, partindo da seguinte ordem:

- Pré-análise: Organização do material que constitui o corpus da pesquisa.
- Descrição Analítica: Tem início na pré-análise. Os dados são submetidos a estudo aprofundado, orientado, em princípio, pelas hipóteses e referenciais teóricos. A codificação/classificação/categorização são básicas nesse momento, pois dessa análise surgem os quadros de referência relativos às opiniões dos entrevistados, para avançar na busca de sínteses coincidentes e divergentes de idéias.
- Fase de Interpretação Referencial: Ápice da divisão de dados qualitativos (conteúdo latente) e quantitativos (conteúdo manifesto).

Para suporte na organização das informações e auxílio na divisão de categorias, empregou-se o programa para pesquisas qualitativas QSR NUD\*IST versão 4.0.

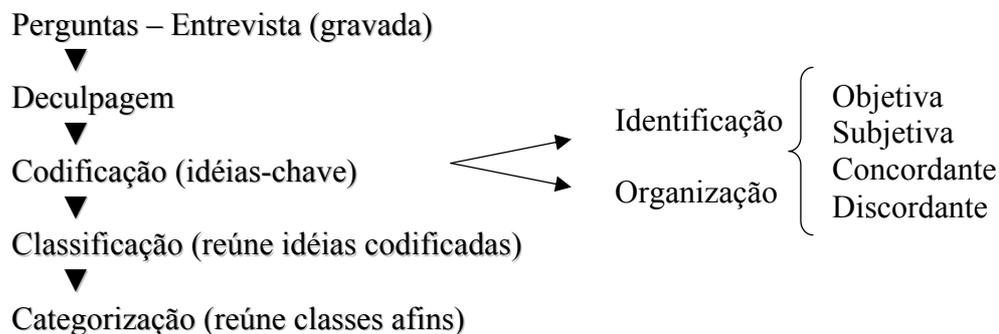
Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo das Medidas de Tendência Central, no programa Microsoft Office Excel, versão 2003.

As variáveis pesquisadas referentes às Unidades de Saúde foram: período de funcionamento; presença de alunos da residência médica, presença de equipes do PSF, cargos administrativos, quadro de profissionais e especialidades oferecidas, com seus respectivos números de consultas-dia.

As variáveis relativas aos farmacêuticos foram: faixa etária, gênero, ano de formação, instituição formadora, tipo de habilitação ao fim do curso de formação, tempo de serviço, vínculo empregatício e desenvolvimento de pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado); distribuídas nos blocos: Dados Gerais, Formação Acadêmica, Serviço Prestado Pelo Profissional e Educação Continuada no instrumento de coleta de dados.

Os dados do roteiro de observação foram reunidos e analisados de forma a compor uma descrição do ambiente no quais as Unidades, seus setores e profissionais estão inseridos.

### Análise de Conteúdo – Método de Bardin



#### **4.7. Aspectos Éticos**

Apreciando a organização hierárquica do sistema de saúde em nível municipal e a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde no desenvolvimento da pesquisa, apresentou-se nas SER uma solicitação constando nome da pesquisa e nome das Unidades requisitadas para visita, com o propósito de obter a concordância ou remissão da instituição quanto às atividades propostas (apêndice 3).

Cópia do termo constando a anuência das Regionais foi deixada em todas as CSF estudadas para que o processo fosse oficializado.

Aplicou-se um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2) a todos os entrevistados antes da entrevista, sendo a participação dos mesmos de natureza voluntária, garantindo-se a todos confidencialidade dos dados.

Os dados gerais dos farmacêuticos que trabalham na Atenção Primária de Saúde foram coletados através de questionários no momento da entrevista não-diretiva utilizada para análise de discurso, sendo mantido o compromisso em publicar os dados de forma agrupada a fim de manter o anonimato desses profissionais.

Tendo em vista todos os cuidados éticos tomados, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – UFC aprovou o projeto, não havendo restrições quanto a sua execução.

## **5. Resultados**

Na presente pesquisa utilizou-se dados quantitativos, derivados do formulário de informações técnico-administrativas, juntamente com os qualitativos, advindos do roteiro de observação, entrevistas aos farmacêuticos e anotações referentes ao diário de campo; todos decorrentes da relação direta com os servidores das CSF. durante o seu período de trabalho.

Os resultados obtidos foram divididos em três seções que caracterizam as Unidades de Saúde, suas farmácias e farmacêuticos, abordando temáticas como infra-estrutura, ações de gestores e profissionais de saúde e a percepção do próprio farmacêutico sobre sua atuação.

### **5.1. Características das unidades de saúde**

No início da pesquisa, dados disponibilizados pela CELAF apontavam 88 Unidades da rede de Atenção Primária de Saúde, as quais dispunham de 18 farmacêuticos, distribuídos em 13 Unidades de Saúde. Dessas, 12 (92%) foram visitadas.

Sobre o período de funcionamento, a SMS informou uma divisão de turnos em manhã, tarde e noite, sem uma padronização de horários, os quais ficam à cargo das SER. As Regionais, por sua vez, informaram uma média de 4 horas para cada turno (manhã das 8:00 às 12:00, com pausa para almoço; tarde das 13:00 às 17:00 e noite das 18:00 às 22:00), sendo que das 12 Unidades pesquisadas, 5 (42%) funcionam dois turnos (manhã e tarde) e 7 (58 %) durante os três turnos, de acordo com o cronograma das SER.

Um total de 30 equipes de PSF está distribuído para a cobertura das áreas de abrangência das unidades da pesquisa e estão divididas em 23 (77%) equipes completas e 7 (23%) incompletas. No entanto observaram-se unidades com até 5 equipes (4 completas e 1 incompleta) e outras com nenhuma.

Alunos de residência médica foram encontrados em um terço (33%) daquelas visitadas.

Quanto ao quadro de funcionários de cargos administrativos, não há uma padronização por parte da SMS. Tomando por referência documentos administrativos das CSF. participantes, pôde-se contabilizar que todas possuíam um coordenador; ao passo que em 8 (67%) havia DNI (cargo de confiança diretamente abaixo do coordenador), 7 (58%) contavam com secretário e administrador, 6 (50%) apresentavam chefe de enfermagem, 4 (33%) chefe do SAME, 3 (25%) diretoria técnica e chefe de serviços gerais, 2 (17%) um chefe do corpo clínico e apenas em 1 (8%) via-se outros cargos (tabela 1).

**Tabela 1: Cargos Administrativos relatados nas Unidades.**

Cargos	Nº de Unidades	%
Outros*	1	8
Chefe do Corpo Clínico	2	17
Chefe de Serviços Gerais	3	25
Diretoria Técnica	3	25
Chefe do SAME	4	33
Chefe de Enfermagem	6	50
Administrador	7	58
Secretária	7	58
DNI	8	67
Coordenador	12	100

\*Categoria reúne cargos muito específicos que poderiam levar à identificação de unidades.  
Fonte: Planilha de Recursos Humanos das Unidades de Saúde, 2008.

Semelhante ao quadro geral de funcionários, a SMS afirmou que o quadro de profissionais de saúde em unidades da rede de Atenção Primária também é variável, com padronização apenas para carga horária a ser cumprida, determinada em 40 horas para os componentes do PSF e 20 horas para os outros profissionais.

Seguindo as planilhas de Recursos Humanos das CSF. visitadas, identificou-se a presença dos seguintes profissionais: médicos (3 - 58), enfermeiros (3 - 9), farmacêutico (1 - 3), odontólogo (0 - 7), nutricionista (0 - 2), fisioterapeuta (0 - 6), psicólogo e veterinário (0 - 1).

Como visto acima, em alguns casos, o número de profissionais por posto não chegava a um. A grande variação desse número levou a um desvio da média, dando-se preferência à exposição do número de profissionais e consultas-dia pelo seu valor de mediana (tabela 2).

**Tabela 2: Profissionais e consultas-dia por Unidade de Saúde**

Profissionais (Mediana)	Número de consultas dia* (Mediana)
Médico	8
Enfermeiro	6
Odontólogo	4
Farmacêutico	1

\* O valor no parêntese é referente ao número de consultas-dia para cada profissional  
Fonte: Planilha de Recursos Humanos das Unidades de Saúde, 2008.

Semelhante ao ocorrido com o quadro de profissionais de saúde aconteceu com as especialidades médicas. Dentre 21 especialidades encontradas, apenas 3 se mantiveram após o cálculo da mediana, como mostra a tabela abaixo.

**Tabela 3: Especialidades Médicas e consultas-dia por Unidade de Saúde**

Especialidades (Mediana)	Consultas-dia* (Mediana)
Clínico Geral	3      48 (16)
Ginecologista	1      16
Pediatra	2      36 (18)

\* O valor no parêntese é referente ao número de consultas-dia para cada profissional  
 Fonte: Planilha de Recursos Humanos das Unidades de Saúde, 2008.

### **5.1.1 Observação das Unidades de Saúde**

A distribuição estrutural foi a mesma em todas as Unidades, contando com recepção, farmácia, consultórios para médicos, dentistas e enfermeiros, sala de coordenação, área de marcação de consultas, banheiros, entre outros; mas também apresentam diferenças como o espaço físico, turnos de funcionamento, número de equipes de PSF, número de profissionais de saúde que compõem o quadro de servidores, etc.

Essas Unidades possuíam ainda muitas dificuldades de infra-estrutura, exemplo é a falta de ventiladores, banheiros e bebedouros em más condições de uso, ausência de sala de coleta e de segurança em alguns postos.

Essas situações vão de encontro com os ideais da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual vem se desenvolvendo desde 2004, e se refere à necessidade de adotar a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes traduzidas em ações nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (MS, 2004).

Os critérios de ambiência previstos pela PNH consideram que os espaços possibilitem a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; possuam a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem (cor, cheiro, som, iluminação, morfologia) e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social; sejam ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A carência de planejamento de áreas destinadas às crianças e idosos, bem como a insuficiência de características humanísticas (quadros, pinturas, esculturas, música, etc.) são indicativos da baixa adesão desses critérios. Tais fatores se agravam com o problema do porte

das Unidades em relação à demanda de usuários, que resulta na má acomodação no espaço interno dessas, formação de filas, desconforto e baixa qualidade de atendimento.

*“Um ponto negativo é a infra-estrutura, né? A gente não tem muitas condições, às vezes falta medicamento, o sistema é lento, as filas são enormes e as pessoas ficam mal acomodadas, principalmente com essa quentura [...] A gente até tentou fazer Atenção Farmacêutica, mas não tinha um computador, depois faltou ficha, fotocópia, aí foi se acabando, tomaram a sala... é assim mesmo” (Farmacêutico 5).*

Sobre os relacionamentos dos sujeitos, ficou bastante clara a influência de fatores sociais, como vocabulário, estilo de roupas e acessórios, postura corporal, padrões de comportamento (tranquilidade, gentileza, educação), empatia, etc.

Os valores construídos socialmente entre grupos, foram determinados pelos seus aspectos básicos, à saber: necessidade de aprovação, atenção e afeto.

Nas equipes multiprofissionais ou grupos de profissionais com a mesma formação também pôde ser identificado o critério - nível de conhecimento – como mediador das relações, pois permite uma comunicação entre “iguais”.

Esse arranjo gerou uma divisão de trabalho, que acabava por influenciar a rotina de serviço nas Unidades. Nesse contexto os usuários formavam um grupo à parte, fruto do tempo de espera, patologias em comum e dependência dos serviços prestados, entre outros.

*“Aqui no início era muito difícil o relacionamento dos profissionais porque eles não se misturavam, até hoje estou numa luta pra manter um núcleo [...] o pior que tudo isso é dentro do posto, ainda falta estabelecer isso de maneira correta com a comunidade, porque não é só prestar serviço, tenho batido muito na questão do acolhimento...” (Coordenadora A).*

*“A gente tem que chegar cedo pra pegar menas fila, porque desde que esse pretinho (o computador) chegou, ele só atrapalha! Aí a gente fica conversando água, faz amizade, essas coisas [...] Tem dias que não demora muito não pra ser atendido” (Usuário).*

Ao longo do período de observação notou-se que os processos de serviço nas CSF. seguiam uma rotina, na qual o período da tarde apresentou-se mais calmo que o da manhã.

## **5.2 Características das farmácias**

Podem-se dividir as informações das farmácias em características estruturais e de serviço. Sobre a estrutura, todas estavam localizadas em lugares acessíveis, contudo o espaço físico variou de salas do tamanho de um consultório, até o de um mini-auditório. As maiores eram subdividas em Área de dispensação e Central de Abastecimento de Farmácia (CAF), segmentação que não era possível ser feita nas menores.

As áreas de dispensação eram climatizadas, com iluminação e limpeza variando entre boa à regular, de acordo com a capacidade funcional de cada centro. Possuíam prateleiras com medicamentos divididos por forma farmacêutica em ordem alfabética; uma quantidade de 1 a 2 terminais informatizados para dispensação de medicamentos, com computadores depositados em móveis antigos, localizados em frente ou próximos aos guichês de atendimento, que são janelas com barras de metal e vidro.

Em poucos postos via-se uma subdivisão da área de dispensação, com mesa e cadeiras destinadas à dispensação de controlados dentro da farmácia.

As CAFs seguiram o mesmo padrão de climatização, iluminação e limpeza da área de dispensação, sendo munidas de espaço físico maior que daquelas. As boas práticas de armazenamento variaram, desde a ausência de estrados, termômetro, etc., até presença de infiltrações, iluminação inadequada, entre outros. O aspecto de arranjo também esteve presente, como em outras áreas das unidades.

*“São as coisas que infelizmente a gente ainda não tá tendo condição de fazer, uma Assistência Farmacêutica como deve ser, porque a própria estrutura do posto de saúde não lhe dá ainda condição [...] até conversando com outros profissionais de outros postos, eles dizem que é assim [...] tem goteira, falta ar-condicionado, computador, as coisas vão passando de setor pra setor, mesmo velhas” (Farmacêutico 4).*

*“Quando cheguei aqui a Farmácia era um armário! Depois de um tempo conseguimos essa sala [...] organizamos o espaço da melhor forma, você vê que tá tudo arrumado, mas tem coisas que não tem como” (Farmacêutico 6).*

Quanto ao serviço, com poucas exceções, a relação entre as farmácias e as Unidades limitou-se a atividades voltadas ao medicamento, não desenvolvidas em conjunto com outros setores.

Todas seguiam um ciclo logístico, recebendo medicamentos mensalmente segundo mapas (medicamentos Essenciais, medicamentos de controle especial, Programa de Tuberculose, HIV/AIDS, entre outros) enviados para CELAF, contudo ocorriam pedidos adicionais ao longo do mês.

Mesmo com as dificuldades estruturais o serviço das farmácias se mantiveram de acordo com o período de funcionamento estabelecido pelas SER, porém nenhuma apresentou farmacêutico durante o período integral de atendimento, evidenciando-se locais com três turnos semanais, além de plantões, mas com serviço do profissional farmacêutico somente durante um turno semanal e fora do regime de plantão.

Frequentemente os medicamentos eram dispensados pelos auxiliares de farmácia, mediante apresentação da prescrição médica, ficando uma cópia retida para controle. Ressalta-se que no ato da dispensação dados da prescrição eram repassados para o sistema informatizado, contudo o input de prescrições feitas pelos médicos no programa ainda se apresentava muito baixo, resultando em aumento do tempo gasto com ações técnicas, e conseqüente diminuição daquele destinado ao usuário para uma dispensação que incluísse orientação adequada.

Todos os medicamentos, inclusive os utilizados em doenças crônico-degenerativas eram dispensados para 1 mês, segundo consenso das 6 Secretarias Regionais (exceto casos particulares), como forma de garantir que todos possam receber os fármacos. Medicamentos excedentes que constem na prescrição recebiam uma observação de pendência para que pudessem ser recebidos posteriormente.

Nenhum dos estabelecimentos prestava serviços de Atenção Farmacêutica.

*“Bom, eu não posso dizer que dispenso toda medicação daqui porque não é verdade, eu supervisiono os meninos entregando os medicamentos e tento orientar ao máximo os usuários pra tentar que eles tenham um atendimento próximo ao desejável [...] faço o controle de estoque, classificação dos medicamentos, muitos mapas de medicamentos [...] Acho que tem serviço demais pra um só farmacêutico [...] não tem como eu aplicar Atenção Farmacêutica, eu não tenho tempo, não tem como cuidar dessa parte clínica e da parte mais administrativa” (Farmacêutico 8).*

*“[...] a farmácia fica aberta em vários horários, tem plantão, mas o farmacêutico não tá no plantão, sabe como é, contenção de gastos!” (Farmacêutico 16).*

Das relações entre as pessoas e a farmácia distinguiu-se a dispensação, pois esse espaço não era identificado como referência para outros serviços, como orientação sobre o uso de medicamentos, ações educativas integradas sobre doenças ou cuidados com a guarda de medicamentos por usuários e atualização sobre questões farmacológicas para profissionais de saúde.

Os usuários buscavam a farmácia para receber os medicamentos, enquanto os outros profissionais e auxiliares consideravam a farmácia como um local de armazenamento, controle e entrega de medicamentos.

*“Já avisaram aqui que a farmácia é pra guardar medicamento. O pessoal lá conta tudo, quando chega, pra ver se não tá faltando nada, aí se tiver tudo certo é só entregar pro pessoal na fila” (Servidor).*

*“É osso que a gente chega cedo pra tá na fila! Saí cedinho pra deixar minha filha na aula e vim pra cá [...] Quero só pegar os remédios porque ainda tenho que fazer o almoço e buscar a menina” (Usuária).*

### **5.3 Características dos profissionais farmacêuticos**

Os farmacêuticos atuantes nas farmácias de Unidades de APS totalizaram um número de 18, dos quais 17 (94%) participaram da pesquisa.

A razão entre o número de farmacêuticos em relação aos habitantes, por Secretaria Regional, demonstrou um valor de 1:93.241 na SER I; 1:48.848 na SER II; 1:186.692 na SER III; 1:142.455 na SER IV; 1:165.529 na SER V e os 478.308 habitantes da SER VI encontram-se desassistidos de farmacêuticos na rede de Atenção Primária de Saúde.

Dentre os farmacêuticos pesquisados, 13 (76%) eram do sexo feminino e 4 (24%) do masculino; com faixa etária variando entre 26 a 58, e idade média de 46 anos. Somente 3 (18%) estava abaixo de 44 anos, 5 (29%) possuíam entre 44 e 48 anos, enquanto os outros 9 (53%) estavam acima de 48 anos.

Graduaram-se por Universidade pública 15 (88%) deles, entre 1978 e 2006, encontrando-se 1987 como o ano médio de formação.

Para a variável vínculo empregatício, encontrou-se que 8 (47%) dos farmacêuticos relatados são concursados pelo nível federal, 2 (12%) pelo nível estadual, 4 (23%) pelo nível municipal e 3 (18%) são terceirizados.

O tempo médio de serviço encontrado foi de 18 anos; valor próximo à moda que foi de 20 anos.

Das habilitações escolhidas ao final do curso, 9 (53%) terminaram Análises Clínicas, 5 (23%) Indústria, 2 (17%) não finalizaram nenhuma e 1 (7%) possuía mais de uma habilitação.

Relativo à pós-graduação, 7 (41%) eram especialistas, não tendo sido referido mestrado ou doutorado. Entre as especializações, as áreas de concentração encontradas foram: Assistência Farmacêutica, Biologia Molecular, Farmácia Hospitalar, Cosmetologia, Análises Clínicas, Hematologia e Hemoterapia; onde a moda correspondeu à especialização em Assistência Farmacêutica, com 3 (43%) farmacêuticos especialistas.

De maneira a promover uma melhor integração entre as informações sobre os pesquisados, reuniu-se no quadro abaixo características gerais, referentes aos farmacêuticos participantes. A cada farmacêutico foi atribuído um número aleatório para identificação, como forma de manter o anonimato dos sujeitos.

Quadro 5: Características dos sujeitos da pesquisa.

<b>Farmacêutico</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Ano de Formação</b>	<b>Tempo de serviço (em anos)</b>	<b>Pós-graduação (Especialização)**</b>
1	45	F	1992	15	Farmácia Hospitalar
2	50	F	1990	17	-
3	50	F	1982	3	-
4	54	M	1978	28	Biologia Molecular
5	47	F	1986	22	Análises Clínicas Biologia Molecular Hematologia e Hemoterapia
6	44	F	1992	15	Assistência Farmacêutica
7	50	M	1988	25	-
8	28	F	2004	4	Assistência Farmacêutica
9	58	F	1978	30	Cosmetologia
10	50	F	1982	25	Assistência Farmacêutica
11	26	F	2006	1	-
12	28	M	2004	4	Assistência Farmacêutica
13	53	M	1978	20	-
14	51	F	1980	22	-
15	48	F	1986	20	Assistência Farmacêutica
16	51	F	1982	25	-
17	55	F	1979	22	-

\*\* A única pós-graduação relatada foi em nível de especialização

### **5.3.1 O comportamento dos farmacêuticos**

O código de ética da profissão farmacêutica (CFF, 2005), assim como as Boas Práticas em Farmácia (OPAS/OMS/CFF, 2004) determinam um padrão de serviços prestados pelo farmacêutico que considere a dignidade, o cuidado com o próximo, coletividade e meio-ambiente, com zelo e prestígio pela profissão. Nesse sentido o farmacêutico deve prezar pelo comportamento na equipe multiprofissional e usuário, além de sua própria imagem e meios de expressão.

Entretanto as observações do comportamento dos farmacêuticos possibilitaram a identificação de modos variados, tendendo a um padrão profissional preocupado com um controle interno da farmácia, porém não envolvido com as atividades dos postos.

A conduta desses profissionais era marcada pelo interesse e esforço no desenvolvimento das práticas da assistência farmacêutica. Notou-se também que muitos, implicitamente, se sentem tolhidos, isolados, constantemente testados e incompreendidos por outros profissionais e usuários.

*“Não temos entrosamento com outros [...] todo mundo passa por cima do que eu falo, não tem ordem [...] o pessoal faz a festa” (Farmacêutico 11).*

Um terço desses profissionais não se incomodava com postura corporal, cuidados com a aparência, ou meios de serem identificados; como crachás, jaleco e outros.

Todos utilizavam vocabulário acessível aos profissionais e usuários, sem expressões técnicas e dentro das normas da boa educação, ainda que em alguns casos, tenha sido observado uso de linguagem popular e/ou chula.

*“Acho que todos nós fazemos o possível para atender bem os pacientes” (Farmacêutico 15).*

*“Fiz um treinamento aí que não serviu pra merda nenhuma! Depois desse não fiz mais nenhum!” (Farmacêutico 5).*

Metade dos farmacêuticos pesquisados não apresentou traços bem determinados de linguagem não verbal (toques; movimentos característicos de braços, mãos, pernas e cabeça; expressões faciais marcantes).

### **5.3.2 Entrevistas dos Farmacêuticos**

Concernente às entrevistas, essas possibilitaram uma análise da percepção do farmacêutico, culminando na formação de 6 categorias (quadro, pág. 90) que, seguindo o critério de Borges (1999), assumem tanto atributos valorativos (consistem na concepção do “como deve ser”), como descritivos (referem-se à “como ele é”), sendo assim determinadas:

**1) Formação:** Reúne conteúdos referentes à formação acadêmica e educação continuada dos profissionais. Vale ressaltar que o curso de Farmácia apresentava formação em cinco anos, sendo que o último era destinado às disciplinas específicas para uma das seguintes habilitações: Bioquímica, Indústria ou Alimentos.

O novo formato, generalista, está vigorando no Ceará, com previsão para formar as primeiras turmas até o final de 2008.

Tal menção se faz oportuna para clarificar que foi dado como referencial para a visão geral da profissão, a formação acadêmica independente das habilitações finais, ao passo que quase 100% dos entrevistados, ao serem perguntados há quanto tempo trabalhavam como farmacêuticos, dividiram a profissão de acordo com as antigas habilitações, fato entendido como uma visão fragmentada da profissão farmacêutica.

*“Você quer saber farmacêutica/farmacêutica ou farmacêutica/bioquímica? Porque acho que trabalho há uns 8 anos, como farmacêutica/ farmacêutica, agora se for farmacêutica/Bioquímica já tenho uns 15” (Farmacêutico 5).*

A influência do tecnicismo e a ênfase no desenvolvimento de habilidades aparecem como pontos de contradição. Enquanto uns acham que é imperativo a manutenção desses aspectos na educação, outros vêem a necessidade de mudanças que associem os diversos conhecimentos curriculares, com destaque no fator humano, para a atuação em espaços como a APS.

*“Na faculdade, além da parte teórica, deveria haver a parte prática [...] reforçar toda a parte de laboratório e de medicamentos pra saírem com um conhecimento maior sobre sistema de controle da farmácia e interpretação de exames [...] eles não vão ter um contato direto com os usuários [...] mas enquanto não fizerem isso, não vão formar farmacêuticos preparados pra vida” (Farmacêutico 14).*

*“Alguma coisa tem melhorado sabe? Na minha época era muita química e prática, assim, sem contato... Temos que investir nessa ligação com a saúde pública, manter o contato com o paciente [...] aproveitar a Atenção Farmacêutica pra estudar mais, entende?” (Farmacêutico 10).*

Grande parte dos farmacêuticos em serviço nesse nível de atenção formou-se num período no qual não havia cadeiras de farmácia hospitalar, saúde pública, fisiologia, entre outras, e afirmam que o fato dificulta a lida com os usuários, o trabalho em equipe, assim como a busca pelo espaço público. Essa formação básica insuficiente para atuação na APS, também foi citada como reflexo do distanciamento entre as instituições formadoras e os espaços de estágio.

*“Na minha época realmente informação não tinha, nem contato com outros profissionais, nada (risos). A gente foi aprendendo mesmo aqui com o tempo, na prática mesmo [...] hoje recebemos estagiários desde o 5º semestre, mas ainda tem muito que avançar [...] ficamos como responsáveis por eles, mas nunca recebemos um treinamento, não sou professora [...] seria bom um intercâmbio, um contato maior com a faculdade pra gente fazer um bom acompanhamento” (farmacêutico 1).*

Quanto ao conceito de Atenção Farmacêutica, dificuldades de distinção com a Assistência Farmacêutica foram constantes, contudo a observação do campo demonstrou que as Unidades de Saúde não apresentam infra-estrutura e nem os farmacêuticos treinamento, para o desenvolvimento da atividade, que se transforma em orientações dadas ao paciente, propiciando um desvio da prática.

*“Faço na Assistência uma dispensação correta, mediante receita, atenção em farmácia para o paciente, quero dizer, Atenção Farmacêutica. Por exemplo, fiquei sabendo que o Captopril [...] não pode ser usado junto com alimento [...] aí informo para os hipertensos que vão no posto como tem que ser tomado e como é o horário dele” (Farmacêutico 9).*

Poucos relatos diziam respeito ao novo currículo, mas todos concordavam com a idéia de que este está direcionado para a área de medicamentos e facilita o trabalho na APS.

Identificou-se também, mesmo que em baixa frequência, a dificuldade do farmacêutico em definir-se como profissional, devido problemas na formação.

*“E... a parte negativa que vejo é que o farmacêutico, ele como um todo, ele não está com a profissão bem definida. As tarefas não são bem definidas, a área pra atuar... devido mesmo o próprio currículo da faculdade” (Farmacêutico 14).*

A Educação Continuada também foi motivo de discordâncias, já que muitos afirmavam que há estímulo e promoção de cursos e treinamentos, ainda que sejam poucos, enquanto outros afirmam não haver nenhum.

*“Ocorrem cursos por parte da CELAF né, todos os anos tem alguma coisa, eles são bastante preocupados com essa área de reciclagem” (Farmacêutico 3).*

*“Existe pouco estímulo por parte da instituição para essa questão. De vez em quando eles desenvolvem algum curso e abrem pra gente acompanhar, mas muito pouco” (Farmacêutico 2).*

*“Não recebemos treinamento, já houve o de humanização e sobre o sistema informatizado, mas foi geral, específico pro farmacêutico não” (Farmacêutico 16).*

O problema da falta de aprimoramento também foi entendido como consequência das atividades na APS estarem diretamente ligadas às ações das equipes de PSF, dessa forma não existia interesse em promovê-la aos farmacêuticos, já que esses não fazem parte da equipe. Tal situação foi vista por eles como indício de estarem um patamar abaixo dos profissionais do PSF.

*“Eu acho o seguinte [...] por que o programa de família não tem farmacêutico? [...] Por que é que nos postos de saúde [...] tem estímulo de estudo pro enfermeiro, pro médico, pro veterinário, pro assistente social e só não tem pro farmacêutico? Eu acho que o farmacêutico está sempre assim no patamar de... agraciamento, de incentivo abaixo” (Farmacêutico 9).*

A ausência de educação continuada era suprida por iniciativas individuais, feitas aleatoriamente, inserindo-se nesse contexto pós-graduações, negociação de participações em

atividades educativas e a busca de informações na Internet, entretanto muitos alegam falta de tempo ou não demonstram iniciativa, ou ainda, acham a busca infrutífera.

*“Se você pedir ao diretor ele te libera pra você fazer cursos [...] depois a gente repõe as horas no expediente [...]” (Farmacêutico 17).*

*“[...] procuro me inteirar através de publicações na Internet e livros [...]” (Farmacêutico 13).*

*“A velha estória da falta de tempo né? Às vezes digo que vou procurar algum curso [...] mas ainda não fui” (Farmacêutica 2).*

*“A gente, que é funcionário, acaba se acomodando muito [...] por que sabe daquela medicação do dia-a-dia e não procura expandir em outras áreas. O tempo da gente também é curto [...]” (Farmacêutica 6).*

*“Eu não vou buscar aprimoramento de jeito nenhum! Prefiro ficar mesmo vindo na farmácia, dar o meu horário, cumprir com minhas obrigações e me esforçar. [...] Nem gosto desses encontros que não tem nada haver com a rotina da gente”. (Farmacêutico 14).*

Em vários casos a idéia da iniciativa em buscar aprimoramento apareceu motivada pela mudança de área de atuação, ou numa perspectiva gerencial, sendo feita em benefício dos auxiliares e outros profissionais, mas não para si próprios.

*“Como eu sempre trabalhei como bioquímica, quando passei para a área de Assistência Farmacêutica eu procurei estudar. Toda oficina ou curso que aparece eu faço pra compensar a falta de prática” (Farmacêutica 3).*

*“Essa questão de buscar aprimoramento pra eles vai muito de encontro [...] até porque senão eu não conseguiria fazer nada com relação à Unidade [...] A gente tem esses funcionários que fizeram treinamento [...] que agem aqui dentro da farmácia quando eu não posso” (Farmacêutico 4).*

**2) Motivação:** Reúne conteúdos que guardam uma relação entre fatores pessoais e profissionais que interferem nas atividades dos farmacêuticos.

Utilizando o conceito de Guimarães e Boruchovitch (2004) sobre a Teoria da Autodeterminação, identificamos a motivação como derivada de fatores intrínsecos e extrínsecos, os quais têm grande impacto na busca pelo espaço da APS e desempenho no serviço.

As três necessidades psicológicas inatas, autonomia (sentimento de desempenhar algo por vontade própria), competência (capacidade do organismo de interagir satisfatoriamente com o meio) e vínculo (necessidade de pertencer ou estabelecer vínculos) devem ser satisfeitas para promover a motivação intrínseca e extrínseca. Nesse caso essas motivações estavam associadas, com a procura por um espaço em que o profissional seja valorizado, possua afinidade pelo serviço, a necessidade de mudança ou idéia de que o serviço público traga estabilidade.

*“Trabalhei primeiro em farmácia comercial como responsável técnico [...] naquela época não tinha fiscalização, o salário não era compatível [...] Procurava zelar por meu serviço, mas era difícil porque o contador, o gerente e até o dono mexia no nosso trabalho [...] cedo eu desisti, aí foi quando apareceu o concurso público [...] aqui foi outra coisa, eu era responsável pela farmácia mesmo! Aí foi ótimo, me sentia mesmo dona (risos)!” (Farmacêutico 16).*

*“Depois que formei consegui um estágio numa instituição muito boa e passei mais de 1 ano lá, depois fui trabalhar em hospital [...] trabalhei com análises clínicas por muito tempo. Depois pedi minha transferência para essa farmácia e estou aqui numa outra área. Gostei muito de trabalhar com medicamentos” (Farmacêutico 3).*

*“Comecei a trabalhar numa empresa de monitoria e pesquisa clínica, mas eu não tinha muito perfil pra coisa [...] fui convidada para uma empresa, uma distribuidora de material médico, mas minha experiência lá foi detestável [...] porque eu não tinha espaço pra trabalhar, não tinha um crédito do meu trabalho [...] eu tinha noção que queria trabalhar no serviço público” (Farmacêutico 8).*

O âmbito da satisfação também foi mediado por diversos fatores, organizados como interferentes gerais das atividades. Destes, o único positivo foi a resposta afirmativa dos

usuários frente aos esforços dos farmacêuticos no serviço, diferente dos numerosos itens negativos apreendidos, dentre os quais a carência, a frustração pela falta de reconhecimento e a necessidade de auto-afirmação foram os que mais permearam as falas.

*“Farmacêutico é um profissional sofredor, tenta o tempo todo fazer o certo sem o amparo de ninguém!” (Farmacêutico 12).*

Pesam nesse sentido, também, a subutilização dos serviços farmacêuticos, a falta de visão padronizada das atividades a serem desenvolvidas, que acarretam na sensação de estarem “soltos”, além do ressentimento por terem que desempenhar funções classificadas como menores dentro da farmácia, ou indiferenciadas daquelas exercidas por profissionais de nível médio. Tais pontos resultam na falta de motivação para expansão ou melhoramento dos serviços.

*“Trabalho há mais de 20 anos na dispensação, comecei antes de me formar e já fazia tudo, só não podia responder como farmacêutica [...] Passei no concurso e assumi o cargo. A única coisa diferente é que eu que respondo agora.” (Farmacêutico 6).*

*“Todos os profissionais fazem um trabalho simples, então o do farmacêutico também tem que ser simples, não tem que sofisticar [...] o que eu tô tentando dizer é que se ficar criando coisa, nunca que ele vai ser consciente do seu papel e nossa profissão não vai despontar igual a dos outros [...] Por isso que ficou o papel do farmacêutico solto, totalmente solto” (Farmacêutico 14).*

*“Bom atualmente tudo bem, eu oriento, tenho que fazer o mapa de toda medicação, coisa e tal, só que no início eu fazia de tudo, até carregar caixa e limpar chão!” (Farmacêutico 15).*

Também estão inclusos nessa categoria o sentimento de angústia, isolamento e inibição por sentirem-se fora da equipe, sem abertura ou inclusão nas situações que envolvam o medicamento.

*“[...] a gente senta pra conversar, mas os médicos são muito ríspidos, não querem e tal, aí a gente não vai [...] Tem vezes que você vai lá pra falar de um tratamento, o cara na*

*pose e tal [...] me sinto chateado porque pra funcionar bem teria que ser uma equipe” (farmacêutico 7).*

**3) Conceção da Profissão:** Agrupa as percepções dos farmacêuticos sobre o que é um profissional de saúde, sua relação com a profissão farmacêutica e seu papel na APS, assim como questões de mercado, do valor monetário inerente ao trabalho e aos medicamentos, ligados amplamente à dimensão da satisfação pessoal e do serviço.

Critérios fortemente ligados à concepção dos farmacêuticos nessa categoria foram a humanização e o compromisso com o trabalho.

A visão sobre o que seja um profissional de saúde não seguiu um padrão, estando na maior parte das entrevistas integrada à prover o bem estar e o cuidado à saúde dos usuários, guardando um teor mais curativo que preventivo e mais próximo das atividades clínicas. O profissional de saúde também foi visto como uma figura ligada ao estudo constante, equilíbrio emocional, preparo para lidar com a população carente e que preze por resolutividade no serviço, mesmo com poucos recursos.

*“Um profissional de saúde tem que cuidar da saúde. Tem que ser uma pessoa comunicativa, amiga [...] tem que ser estudioso pra conversar como profissional [...] tem que ser sensível e consciente, né? Tem que ser um bom analista” (Farmacêutico 1).*

*“Tem que ser humano em primeiro lugar, tem que gostar de lidar com pobre [...] e tem que buscar muitas formas de cuidar do paciente” (Farmacêutico 17).*

*“Profissional de saúde é aquele que faz milagre com o que tem pro bem estar do usuário!” (Farmacêutico 9).*

Contudo todas essas ações e predicados foram identificados como passíveis de serem desenvolvidos individualmente ou em conjunto e podem estar associadas a uma hierarquia de profissionais dentro dos postos.

*“Tinha que ser uma coisa tipo escadinha, coordenada, cada um fazendo a sua parte, médico, enfermeiro e o farmacêutico” (Farmacêutico 16).*

*“[...] deve estar disponível para lidar com o paciente, com o doente, né? Conjuntamente com toda equipe da área da saúde” (Farmacêutico 11).*

*“Acho que se cada profissional tem seu espaço, e faz sua parte, [...] tem que colocar pra funcionar o serviço de cada um” (Farmacêutico 10).*

Conceitos mais amplos, que remetessem ao critério preestabelecido pela OMS também foram vistos em menor constância.

*“Segundo a OMS a saúde é um bem estar físico, mental e social. Então todas as pessoas, independente de profissão, que contribuam para isso é um profissional de saúde na minha concepção” (Farmacêutico 13).*

Uma parte dos farmacêuticos também explicou sua percepção sobre os profissionais de saúde pelo relato de características éticas comuns a outros profissionais, não evidenciando características próprias da área da saúde.

*“Tem que haver abnegação, tem eu haver compromisso, porque sem isso aí o profissional de saúde não consegue nada” (Farmacêutico 15).*

*“Primeiro de tudo o profissional de saúde tem que ser honesto, com os outros e consigo mesmo. Tem que ser cumpridor dos seus deveres e ser consciente” (Farmacêutico 14).*

Notou-se que a percepção dos farmacêuticos sobre si como profissionais de saúde ainda não está bem estabelecida, as bases para a construção dessa idéia ainda aparecem frágeis e sem definição.

*“Me sinto uma profissional da saúde [...] Acho que quando você se propõe, você já é!” (Farmacêutico 9).*

*“Me vejo como um profissional de saúde em construção, tenho muito o que melhorar ainda” (Farmacêutico 7).*

Aqueles que se vêem como profissionais de saúde associam a questão ao local de trabalho, realização profissional ou conquistas pessoais derivadas da profissão.

*“Me vejo, por que foi uma coisa que me identifiquei desde que entrei pra farmácia [...] Tudo que consegui, minha vida particular, minha estabilidade financeira, foi como farmacêutico e sempre no serviço público” (Farmacêutico 4).*

*“Aqui no posto me vejo como profissional de saúde, mas na farmácia comercial não, sou um mero balconista de luxo” (Farmacêutico 12).*

Outros não se percebem como profissionais de saúde.

*“Se eu sou... não sei, acho que sim. Acho que... (silêncio)” (Farmacêutico 16).*

*“Me sinto mais uma administradora, porque, assim, a gente mais administra tudo, do que trabalha a saúde” (Farmacêutico 11).*

A concepção diversificada dos farmacêuticos também se manteve quanto o papel que ocupam na APS. Há de se atentar que os aspectos catalogados, compreendem aos atributos valorativos, e dessa forma assumiam que seu desempenho *deveria* admitir funções diferenciadas, associadas ao serviço, medicamentos, população e equipe de saúde.

No serviço geral o farmacêutico apareceria como organizador da farmácia, gerenciando as atividades, dando enfoque na Assistência Farmacêutica, investindo na Atenção Farmacêutica, promovendo discussões para melhoria da qualidade do serviço de auxiliares e desenvolvendo uma imagem interna corporativa, buscando a ampliação de ações conjuntas com outros profissionais e corroborando para uma mudança na imagem da farmácia, tornando-a mais respeitável.

Na equipe de saúde, o papel do farmacêutico seria o de aglutinador de ações da equipe e de orientador quanto aos medicamentos, desenvolvendo o mesmo serviço de orientação para a população.

Relativo ao medicamento, o farmacêutico assumiria o compromisso de pesquisar sobre os determinantes do uso desses, dar ênfase à dispensação de controlados na rotina do serviço, assim como manter-se como dispensador, e não um mero entregador de medicamentos.

De maneira geral o farmacêutico deveria assumir o papel de mediador entre usuários, profissionais e medicamentos, sendo proposta a focalização no conhecimento de patologias e medicamentos, que possa ser utilizado tanto na Atenção, quanto na Assistência Farmacêutica.

*“Devemos ser mais um elemento a somar forças [...] ter a função de aglutinador [...] começar a conversar, a reunir os profissionais e despertá-los pra um trabalho em equipe com finalidade de recuperar a saúde daquele paciente” (Farmacêutico 4).*

*“O papel é cuidar da parte da Assistência, do controle do medicamento, do ciclo da Assistência, fazer a dispensação correta, a orientação, a Atenção Farmacêutica, buscar reações que estejam ocorrendo [...] ver as necessidades dos outros profissionais também” (Farmacêutico 9).*

*“Deveríamos ficar como intermediador entre o paciente e os outros profissionais [...] orientar sobre medicamentos e procedimentos e encaminhá-los, se preciso, pra o profissional certo. Mas pra isso precisamos estudar mais as doenças também, é algo que ajudaria também na Atenção, né?” (Farmacêutico 3).*

Em outros casos os farmacêuticos não sentiam que possuíam papel na APS, tendendo a assumir funções de outros profissionais. A falta de tempo e a falta de incentivo financeiro também foram associadas como promotoras dessa imprecisão de ações.

A saída vista por alguns era se adaptar à situação, limitando suas atividades em informes para padronização de atividades no lugar de reuniões, que passavam a ocorrer apenas em caso de um problema grave e não buscavam a melhoria do serviço, mantendo-se como referência técnica, com ênfase na logística dos medicamentos. Outros falavam em lutar para conseguir definir um papel de acordo com as atividades inerentes à profissão.

*“Não sei responder qual o papel que assumimos na APS” (Farmacêutico 5).*

*“O papel do farmacêutico na APS não existe pela opressão que sofre!” (Farmacêutico 12).*

*“A gente não tem assim, um papel. A gente acaba fazendo um pouco de cada, faz um pouco do medico, do psicólogo, do educador, de tudo [...] como ainda tem esses problemas*

*da rotina, eu acabo fazendo meu trabalho aqui, do meu jeito. Se fosse pelo tanto que eu trabalho e o salário que ganho, eu vou te dizer, eu tava chorando (risos)” (Farmacêutico 14).*

*“É preciso lutar cada vez mais pra mostrar nosso papel, é com estudo e perseverança, e olhando o paciente como a parte mais importante” (Farmacêutico 13).*

A dimensão mercadológica esteve associada à concepção profissional de várias formas, podendo-se ordená-las desde a influência do capital na formação acadêmica, voltada para o mercado de trabalho, até nas relações entre os diversos atores. Nesse sentido a atuação dividir-se-ia entre campo privado e público.

As dificuldades no campo privado encontravam-se na relação entre remuneração e o formato de atuação do profissional farmacêutico, que não remete ao de um profissional de saúde pelo teor comercial das atividades e/ou pelas restrições de intervenções passíveis de serem executadas pelos mesmos.

*“Tenho certeza que estou melhor aqui, com o salário que tenho, do que numa farmácia comercial, que eu tivesse que vender” (Farmacêutico 8).*

O campo público foi visto como um ganho no que tange a atuação, pois é uma área que tem absorvido parte dos farmacêuticos, em sua maioria por concursos, propiciando um sentimento de segurança financeira e autonomia de ações, mais voltadas à saúde. Contudo os benefícios, inicialmente previstos, parecem diluir-se ao longo do tempo dentro de uma comparação entre a carga de serviço e remuneração, onde pesam os problemas estruturais, políticos e de relações interpessoais.

Além disso, os medicamentos possuem um simbolismo que acarreta em divergências de opiniões nos planejamentos para sua aquisição e na formação de relações de interesse entre outros servidores e farmacêuticos, com objetivo de garantir facilmente medicamentos sem prescrições ou identificação no sistema, critérios padrões para a dispensação.

*“É necessário um apoio maior, um melhor trabalho principalmente com o setor de enfermagem [...] trabalhamos muito pro pouco incentivo que temos, não temos um bom plano de cargos e carreira, não vejo diferença no meu contracheque [...] também há o problema do medicamento, porque você trabalhar com medicamento e como trabalhar com dinheiro, é como ouro sabe? É um negócio sério! [...] se você quiser ser um farmacêutico, você não pode*

*ter amigo, colega, porque eles querem amizade pra favorecimento. O colega quer um remédio, aí acha que a amiga não precisa de receita, chega e sai pedindo como se não tivesse um controle das coisas” (Farmacêutico 9).*

Por outro lado os farmacêuticos concordaram que experiências diferentes no mercado de trabalho constroem diferentes perfis que não são explorados na APS, assim como reconhecem que as diferenças de mercado entre os setores público e privado interferem no processo de trabalho, necessitando-se manter um conhecimento básico, ao menos dos medicamentos.

*“Quando comecei a trabalhar aqui já notei a diferença, é diferente da comercial, muito do que eu fazia lá não dá pra fazer aqui, os medicamentos também são um pouco diferentes [...] a gente fica assim, meio perdida. Confesso que tenho que estudar mais!” (Farmacêutico 11).*

**4) Social:** Incorpora informações sobre a visão social, incluindo desdobramentos do simbolismo dos medicamentos, que influenciam o espaço da saúde e as atitudes dos profissionais e usuários.

A visão social influenciou na atribuição de status ao farmacêutico, mediante seu local de trabalho; assim como na atribuição de status aos espaços, influenciada pela figura do farmacêutico.

*“Vou ser sincera, o Farmacêutico em farmácia comercial, ou é iniciante, ou tá lá atuando num serviço pra complementar salário. Digo por que já passei pelas duas experiências” (Farmacêutico 17).*

*“Já trabalhei em hospital e lá o farmacêutico é visto de outro jeito, tem seu espaço melhor” (Farmacêutico 2).*

*“[...] vários pacientes já disseram que o farmacêutico na farmácia da Unidade torna a coisa mais profissional, eles respeitam mais. Quando cheguei aqui não tinha essa credibilidade [...]” (Farmacêutico 14).*

Outros aspectos foram a busca por socialização do espaço da farmácia, como um espaço compartilhado entre os atores e a reaproximação com o usuário no sentido de compromisso social, de entender como o usuário vive.

*“Temos que tentar buscar essa ligação com o usuário, conversar mais, tirar mais dúvidas [...] dar mais atenção, eles saem mais satisfeitos” (Farmacêutico 2).*

*“[...] tem também que atuar no sentido social e não ser apenas um mero dispensador” (Farmacêutico 8).*

Todos demonstraram, direta ou indiretamente, que o espaço da APS ainda não conseguiu absorver de forma devida o profissional farmacêutico. Há uma necessidade tanto de abertura desse espaço institucionalizado, presente nos discursos, como de posicionamento por parte do profissional para que se atinja um reconhecimento.

*“O farmacêutico só pode se envolver a partir do momento que dão espaço pra ele, como ele vai poder se envolver se ele não tem a chance de se socializar, de estar presente?” (Farmacêutico 6).*

*“Falta um pouco o profissional perder a timidez e chegar junto, mostrar que também é capaz, mas sem espírito competitivo, visando o objetivo primordial, que é o paciente [...]” (Farmacêutico 13).*

*“É preciso lutar por um espaço de qualidade, pra nós e para os pacientes” (Farmacêutico 3).*

Surgiram também dificuldades referentes aos usuários, pois estes ainda não possuem a visão da totalidade de serviços prestados pela farmácia, culminando em resistência frente a um trabalho diferenciado.

*“As pessoas ainda não têm a visão do que é um profissional farmacêutico, não entendem o porquê do farmacêutico ali, ele fica como mero entregador de medicamentos [...]” (Farmacêutico 13).*

*“Os usuários passam tanto tempo na unidade que quando chegam na farmácia só querem pegar o medicamento e ir embora, não estão educados para outro serviço” (Farmacêutico 6).*

*“Então isso também é uma coisa que atrapalha a gente, porque os pacientes são resistentes em ir dá o nome pra dar entrada no sistema [...] ainda ficam desconfiados quando o médico passa uma coisa e a gente precisa alterar” (Farmacêutico 16).*

Quanto à influência dos medicamentos, sua influência no trato social deu-se pela diversidade de simbolismo que apresenta, nesse âmbito interferindo tanto nas relações entre os profissionais, como entre profissionais e usuários. Porém sua falta foi diretamente associada à figura do farmacêutico.

*“Geralmente o pessoal do posto não aparece, só se precisar de alguma informação sobre medicamentos, mas não é... tipo um trabalho em equipe” (Farmacêutico 5).*

*“[...] fui chamada pela coordenadora por que meu mapa tava errado [...] mas não era o meu, era o da enfermeira [...] ou seja qualquer erro de medicamento que acontece recai no farmacêutico” (Farmacêutico 9).*

**5) Política:** Relaciona a influência da política nos espaços de atuação, nas relações entre os profissionais e sua participação nas atividades desenvolvidas.

Tomou-se como ponto de partida a compreensão dos entrevistados sobre o que seja a Atenção Primária de Saúde no SUS e sua ligação com a Assistência Farmacêutica.

A concepção da APS como foco das Políticas Públicas de Saúde não esteve presente. Dificuldades conceituais ainda foram vistas, principalmente quanto sua articulação com os outros níveis de atenção e público alvo das ações, mesmo que predominasse a visão da APS como o primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema público de saúde.

*“A Atenção Primária é... onde tem o básico né? Pra gente atender as pessoas da comunidade, que não tem condições de pagar um plano” (Farmacêutico 7).*

*“Entendo pouco dessa questão de Atenção Primária. No hospital tem Atenção Primária também? Não né? É secundária? Acho que tem alguma legislação que cuide disso, mas eu ainda vou ler” (Farmacêutico 11).*

*“Olha, eu não sei nem realmente o que é atenção primária. Pra mim é pediatria, ginecologia, hipertensão, diabetes... não é isso? Então o farmacêutico é importante pra orientar como deve ser tomado o remédio [...] Você tem que conhecer realmente a realidade do trabalho do farmacêutico, que ele vai ter que trabalhar com o pobre, não é com o rico, que ele vai ter que gostar de pobre” (Farmacêutico 17).*

*“[...] vem clientela não só da área, mas vem de outras Unidades, vem de Unimed, vem gente que pára o carro importado, desce e pega a medicação, eles têm direito, é lei!” (Farmacêutico 9).*

Basicamente, a avaliação da importância e evolução da APS e da Assistência Farmacêutica nesse contexto, se deu por experiências individuais. As políticas e diretrizes que compõem o cenário da saúde pública apareceram em segundo plano.

*“Eu sempre trabalhei com serviço público, Atenção Básica e vejo que ela tem melhorado, os gestores têm se mobilizado mais [...] Noto que ocorreu uma evolução na Assistência Farmacêutica, tem seus altos e baixos, mas pela minha experiência, vejo que nos últimos 10 anos ela ganhou um enfoque na Atenção Básica” (Farmacêutico 13).*

De modo geral os farmacêuticos não souberam discorrer sobre sua participação na Política de Promoção à Saúde. A participação foi descrita como o próprio serviço que a classe presta na APS, seguindo a divisão em atividades relacionadas ao medicamento e outras aos usuários, como visto na categoria Ação no Serviço.

*“Não sei nem te falar, mas acho que a participação do farmacêutico é muito pequena nessa área” (Farmacêutico 10).*

*“Vixi! Nessa parte de política eu não tô nem à par... acho que a gente participa fazendo mais cursos né? Pra aprender mais” (Farmacêutico 7).*

*“Olha... na promoção... acho que até no ciclo da Assistência a gente participa da promoção, por que tá selecionando medicamento não é? Olhar o histórico aqui na hora da dispensação pra ver se o paciente já pegou o medicamento... acho que até tem mais, só que agora não sei dizer” (Farmacêutico 8).*

Em alguns casos, a ênfase foi dada ao panorama político geral da profissão farmacêutica, fosse por falta de um conhecimento maior sobre a política de promoção à saúde, fosse por julgarem mais importante discutir aspectos específicos da classe, como a necessidade de uma representação política mais forte em todas as esferas do governo e a união da classe em prol de objetivos comuns.

*“As coisas dependem de uma conquista, não podemos bater de frente, temos que sensibilizar quem tem cargo de comando, porque senão você sabe... Acho que enquanto o farmacêutico não se conscientizar que tem que se unir, tem que participar, as coisas não acontecem” (Farmacêutico 15).*

*“O farmacêutico tinha que assumir o papel principal, se estivéssemos em altos cargos seria muito melhor pra promover a saúde, porque só executamos o que outras mandam [...] hoje nossa participação melhorou na política, mas precisamos de mais poder de decisão e autoridade nas Unidades” (Farmacêutico 12).*

De maneira implícita a política apareceu atrelada às relações de poder. Esse simbolismo interferia e estimulava as relações interpessoais, gerando tanto oportunidades de melhorias, como conflito entre os profissionais e gestores. A possibilidade das tensões resultarem em transferências ou retaliações corroborava para a manutenção de um perfil dominante de serviço.

*“Precisamos de um reforço na área, como disse antes acho que todas as unidades básicas de saúde deveriam ter um farmacêutico. Aqui a coordenação já entendeu isso, estamos lutando juntos por melhorias” (Farmacêutico 6).*

*“Nem sempre as coisas são um mar de rosas, tem seus percalços e tudo isso aí você tem que contornar com bom senso. Não adianta também você sempre estar subordinado ao coordenador, por causa desse jogo de influência, e muitas vezes o coordenador não coaduna*

*com sua idéia [...] fica empurrando com a barriga. Não estou dizendo que tem que brigar, porque isso muitas vezes causa transferência, mas tem que fazer valer o seu ponto” (Farmacêutico 4).*

**6) Ação no serviço:** Agrega atributos descritivos, ou seja, de *ordem prática*, sobre as ações dos farmacêuticos das Unidades. Aborda assuntos relativos à gestão, trabalho em equipe e a descrição do farmacêutico sobre o seu serviço na APS.

Com fins didáticos, os problemas na relação entre farmacêuticos e gestão, envolvendo o serviço, foram reunidos de acordo com os critérios de Donabedian (1990), em estrutura, processo e resultado.

Quanto à estrutura, a falta de sensibilização ou priorização para a melhoria de infraestrutura das farmácias, condições de trabalho dos farmacêuticos e auxiliares e a falta de treinamentos foram algumas das reclamações, que traziam como consequência a sensação de falta de planejamento e investimento na área da farmácia.

Os farmacêuticos se viam como segunda escolha para ações de promoção à saúde na falta do elenco principal de profissionais (médico, enfermeiro e odontólogo). Igualmente, problemas administrativos envolvendo Recursos Humanos determinaram a realocação de farmacêuticos, de acordo com as possibilidades das Regionais, sem considerar o perfil dos mesmos. Auxiliares também foram utilizados no lugar do farmacêutico por representarem mão de obra treinada mais barata.

As dificuldades de estrutura perpassaram as atividades da Assistência Farmacêutica, mas são maiores para o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica. Aliado à demanda de usuários, o incremento dessas ações requereriam a presença de mais de um farmacêutico por Unidade, para dar conta de questões burocráticas e de atenção à saúde.

*“O material que eu tenho de birô, de ventilador, geladeira, nada é novo, nunca chegou coisa nova aqui. Eu tô há 25 anos aqui e tudo é de outro local arranjado. [...] O engraçado é que às vezes chegam até a dispensar o farmacêutico e deixam só o auxiliar, eles não dão valor [...] agora quando falta alguém, aí eles lembram que a gente serve pra fazer outros serviços. [...] Temos problemas na farmácia, mas fazemos o serviço, mas vou ser sincera não tenho outras atividades com os usuários. Até prometeram um espaço, mas ainda não saiu, agora fico pensando como vou trabalhar nas duas salas [...] tinham que contratar mais farmacêutico” (Farmacêutico 16).*

Quanto ao processo, os farmacêuticos não sentiam apoio da gestão para a discussão de questões que envolviam divergências sobre o uso de medicamentos. Sentiam que é dada menor importância para suas reclamações e pautas em espaços de discussão, como as rodas que ocorrem geralmente às sextas feiras. A lentidão do sistema informatizado também foi motivo de reclamações

*“Não temos muito apoio pra falar dos problemas, acho que seria legal se a Unidade tivesse uma interação, que tivesse um dia que a gente conversasse e explicasse os pontos de vista, mas só tem uma coisa que eles chamam de roda mensal. Só que lá não é muito pra interagir todos, ou falar de problemas, assim, da profissão em si ou ligados aos medicamentos, não levam em consideração, é mais problema da Unidade [...] acaba não tendo um aproveitamento como eu gostaria” (Farmacêutico 10).*

A falta de aproximação entre farmacêuticos e gestores tinha como consequência problemas alinhados na classe de resultados, e correspondem à desagregação dos atores no desenvolvimento de ações de saúde, além do reforço à falta de consciência dos outros profissionais sobre o papel do farmacêutico. Contudo, deve-se destacar que em algumas Unidades, coordenadores relataram assumir o compromisso de fazer reuniões com os farmacêuticos e auxiliares, além de manter os espaços das rodas abertos para tratar de problemas referentes à farmácia, sem resposta positiva dos farmacêuticos.

*“Não desenvolvemos muitos trabalhos com farmacêuticos, até porque farmacêutico aqui nem existe. Só existe a farmacêutica que coordena a farmácia, né? Acabamos falando mais com a enfermagem e com a fisioterapia” (Médico 6).*

*“Eu me comprometo em fazer reuniões com farmacêuticos e auxiliares pra saber das dificuldades, inclusive temos um espaço de debate, que chamamos de rodas de discussão. Debatemos várias questões nas rodas [...] geralmente os farmacêuticos não participam, mas é aberta à todos os profissionais” (Coordenador G).*

Em termos de atividades, os farmacêuticos conceberam o trabalho em equipe como uma alternativa, mas não uma necessidade ou regra.

Pesaram a favor das atividades conjuntas a possibilidade de melhor organização e estruturação dos serviços gerais das Unidades; troca de experiências; desenvolvimento de relações de respeito mútuo; valorização do serviço farmacêutico e apoio multiprofissional

para o restabelecimento da saúde do usuário, feitos de maneira a respeitar os limites de cada profissional e com objetivos comuns.

*“Consigo desenvolver várias atividades com outros profissionais [...] fazemos reunião pra decidir alguma coisa em relação aos medicamentos e isso ajuda muito, me sinto respeitada e bem recebida” (Farmacêutico 8).*

*“Quando dá pra fazer um trabalho em conjunto a gente sempre faz, é muito bom pro serviço e a gente consegue entender melhor as dificuldades de cada setor. No começo os médicos e enfermeiros acharam ruim, que a gente queria dar uma de médico, depois entenderam que a gente não queria tá entrando na parte deles, tanto que agora tiram dúvidas com a gente” (Farmacêutico 1).*

Em oposição, o trabalho em equipe também foi avaliado como secundário, pois a ênfase deveria ser dada às atividades simples, dentro da farmácia, ou entre grupos de farmacêuticos. Era complexo de ser realizado pela escassez de tempo, divergências de opiniões e a falta de comunicação entre os vários profissionais. A dificuldade de relacionamento em equipe também foi dita como reflexo de tentativas frustradas, prévias, de aproximação, de forma que esse grupo passou a esperar pela aproximação de outros profissionais.

Segundo os entrevistados, problemas com prescrições foram outro fator de distanciamento das ações em equipe. No caso da enfermagem, esses problemas se resumiam na transcrição das receitas, que são feitas sem todas as informações originais, ou sem o carimbo. Já as prescrições médicas recaíam nos problemas de legibilidade, quantidade excessiva de itens, tempo de uso prolongado de medicamentos, possibilidade de interações entre medicamentos prescritos e prescrição de itens que não constam na farmácia.

*“É muito difícil você lidar com o outro, as pessoas não respeitam opinião e muitas vezes prejudicam o seu trabalho. Prefiro fazer meu trabalho simples, dentro da farmácia, sem ficar passeando pelo posto. As pessoas não entendem que você quer ajudar” (Farmacêutico 14).*

*“De início a gente até que tentou uma aproximação, mas os médicos aqui são muito ríspidos, a gente senta pra conversar e não querem, coisa e tal, aí gente não vai mais. Me sinto chateado, mas a gente tem que aceitar” (Farmacêutico 7).*

*“Minha briga aqui é por causa das prescrições. As enfermeiras não estão habituadas a fazer a transcrição ipsi littera como o médico fez, eu digo: Olha isso aqui não é uma nota de supermercado, tem que dizer como o paciente vai tomar! Aí colocam conforme receita anterior. A obrigação não é do usuário saber [...] Mesmo certo do que tá falando você tem que conversar com todo o tato com os prescritores para não melindrá-los” (Farmacêutico 4).*

Quanto à descrição dos farmacêuticos sobre sua atuação na APS, pôde-se dividi-los em dois ramos: O primeiro é voltado ao usuário, no qual o farmacêutico retoma o contato com o a população. Nesse intento o farmacêutico busca a humanização da sua atividade, a resolutividade de problemas dos usuários, repasse de segurança para o uso do medicamento e a orientação dentro de um processo de acolhimento no qual tenta reconhecer a necessidade do usuário por informação e atenção.

A idéia é que poderiam desenvolver ações prioritárias para usuários em condições dadas por eles como especiais, como senilidade, gravidez e uso de controlados, numa perspectiva de trabalhar a dispensação como um serviço de entrega de medicamentos e orientação ao paciente, tentando mostrar aos atendidos as várias facetas da profissão.

*“Na minha visão, quando entrei aqui o farmacêutico ficava escondido, com quatro portas e não queria nem aparecer. Aí aos poucos a gente foi mudando, foi aparecendo, principalmente nas dúvidas [...] Antigamente a gente ficava ali, muito presa, tanto o farmacêutico tinha medo, como o próprio usuário, e eles não sabiam nossa função [...] Hoje minha concepção é que nossa função é a orientação, sei que a logística também é importante, mas não é tudo” (Farmacêutico 1).*

*“Acho que ele agir só em determinadas centrais não faz sentido [...] ele seria um mero administrador, então acho que ele tem que atuar mais no relacionamento medicação-paciente, pra realmente saber controlar o uso indevido e cuidar da saúde” (Farmacêutico 6).*

*“O farmacêutico na atenção primária tem que estar em contato com o paciente [...] dar segurança no uso dos medicamentos e um alento pras dificuldades [...]” (Farmacêutico 9).*

Todavia vários impedientes foram descritos para ausência das práticas mencionadas acima, como a dificuldade de organização das atividades devido ao grande fluxo de serviço,

assim como do repasse de informações para usuários por questões de educação e cultura dos mesmos.

Reforçou a problemática a formação de “modalidades” de dispensação, vista como entrega de medicamentos, entrega com orientações de posologia do medicamento e entrega com informações mais completas que incluísse tempo de tratamento e reações. As ações foram justificadas (e observadas) como reflexo da falta de conhecimento clínico/farmacológico e da grande demanda.

Motivos para o não desenvolvimento de ações com os usuários, exceto a dispensação, abrangeram também: a falta de relação com coordenadores; a resistência de outros profissionais que tomam essa possibilidade como uma invasão de espaço; a resistência de usuários não acostumados com tratamento mais expansivo; alta demanda de atendimento; falta de implantação de um plano de Atenção Farmacêutica; medo derivado de palavras e atitudes violentas por parte da comunidade; ênfase dada aos problemas internos da farmácia; falta de perfil (preferem desenvolver outros serviços na farmácia) ou preparo.

Outros farmacêuticos consideraram que existe uma falta de iniciativa para essas atividades, já que, por hábito, a dispensação é o serviço padrão, desenvolvido com o usuário e que cuidar do medicamento é a atividade que fazem em benefício desses.

*“Acho que só consigo fazer a dispensação (risos) a gente já tá acostumada a trabalhar com os usuários na dispensação, cuidando do medicamento, é rotina e a gente se acomoda, mas estou tentando montar um programa de Atenção Farmacêutica” (Farmacêutico 2).*

O segundo ramo, ainda predominante, estava voltado ao controle dos medicamentos, no qual essa tecnologia assumia o papel principal nas atividades, seja como orientações estritas ao uso de fármacos, ou como organização logística com fins de gerar um reflexo positivo na saúde dos usuários. Nesse sentido o farmacêutico também atua como suporte técnico sobre medicamentos para os outros profissionais e coordenação.

*“O farmacêutico tem muita importância na APS [...] tá sempre vendo o uso racional de medicamentos [...] em muitos casos tá orientando como deve ser armazenado [...] então acho o farmacêutico muito importante pra esse controle” (Farmacêutico 7).*

*“Nós temos que orientar o uso do medicamento [...] tanto pro prescritor como para o paciente [...] Então a gente sempre tá dando um suporte nessa parte,né?” (Farmacêutico 4)*

*“Acho extremamente importante um suporte para a coordenação [...] e acho que fazer controle de estoque, administração, solicitações, essas coisas burocráticas, devem ficar na mão do farmacêutico” (Farmacêutico 8).*

A visão organizacional também compôs a percepção dos entrevistados, implicando em informações sobre hierarquia de serviços. Todos concordaram na perspectiva de que o farmacêutico aparece como figura de último contato com o paciente na seqüência de serviços.

*“Nós somos o último elo da cadeia dos profissionais nas Unidades, e na parte comercial talvez o único [...]” (Farmacêutico 12).*

Foram identificadas, mesmo em menor freqüência, dificuldades dos entrevistados em estabelecer suas ações na APS, tanto por falta do entendimento do que representa o nível primário de atenção, como por falta de um diferencial dessas atividades comparadas aos serviços prestados pelos farmacêuticos em nível secundário, terciário e/ou da rede privada.

*“O papel do farmacêutico é dispensar o medicamento e orientar o uso desse medicamento” (Farmacêutico 10).*

*“Eu entendo que é um profissional indispensável, certo? A farmácia, seja de um posto, seja de qualquer lugar, precisa de um farmacêutico atuante, não de um mero entregador de medicamentos” (Farmacêutico 9).*

*“Entendo que seja um profissional que possibilite a melhor gestão dos recursos financeiros, evitando perdas de medicamentos por desvio ou vencimento do prazo de validade [...] Precisam orientar os auxiliares pro uso racional, que é o nosso maior problema hoje [...]” (Farmacêutico 3).*

Quadro 7: Divisão de Categorias e Classes segundo Análise de Conteúdo das entrevistas com os farmacêuticos.

<b>1) Formação</b>	<b>2) Motivação</b>	<b>3) Concepções da Profissão</b>	<b>4) Social</b>	<b>5) Política</b>	<b>6) Ações no Serviço</b>
Formação Acadêmica	Valores Subjetivos Associados	Influência Mercadológica	Luta pela abertura dos espaços institucionalizados na Unidade	Relações de Poder	Parcerias Farmacêutico/Gestão
	Causa da Busca pela APS	Experiências Pessoais		Concepção Política sobre a APS	Atividades desenvolvidas pelo Farmacêutico na APS
Treinamentos		Compreensão sobre o que é um profissional de saúde	Socialização do espaço da farmácia entre usuários e profissionais	Representação Política no cenário nacional	Trabalho em Equipe
Educação Continuada	Satisfação Pessoal e seus interferentes				Visão do papel do farmacêutico na APS

## **6. Discussão**

### **6.1. Características dos CSF de Fortaleza visitados, suas farmácias e práticas farmacêuticas.**

A avaliação das Unidades de saúde pesquisadas permitiu identificar uma característica que não é exclusiva do Ceará, mas segue um contexto global, que é o processo de transição nos Sistemas de Saúde e seus serviços prestados. Passados 30 anos desde a Conferência de Alma Ata, as ações no que tange a Atenção Primária de Saúde têm passado por modificações correspondentes aos processos políticos, sociais e econômicos de cada país, tomando características próprias (PERIAGO, 2007).

Essas mudanças globais, segundo Pires e Macêdo (2008), possuem complexidades derivadas da tecnologia, ciência, conceitos e valores, que em organizações públicas, aparecem na necessidade de adequações administrativa e política, as quais acompanhem as inovações, na busca de melhores estratégias para a promoção de serviços eficientes à sociedade.

Nesse contexto, seguindo a tendência nacional, a utilização do Programa Saúde da Família (PSF) é a estratégia da atual gestão da SMS de Fortaleza para reorganização da APS, com o objetivo de reaproximar profissionais e cidadãos, contribuindo para um novo olhar sobre essa relação, antes limitada ao diagnóstico e tratamento de doenças (SMS, 2007). Dessa forma entende-se que esse período de reorganização do espaço da APS admite variabilidade de perfis de Unidades, quanto ao quadro de servidores, profissionais de saúde, turnos, número de equipes de PSF, entre outros, como identificado na presente pesquisa.

Contudo estudos de Correa (2008) demonstraram que as Unidades de Fortaleza também sofrem de uma falta de planejamento que considere os critérios mínimos pré-estabelecidos pelas políticas de saúde, aliados à falta de infra-estrutura para profissionais e usuários, corroborando com as observações do presente trabalho.

No âmbito da farmácia, a questão da infra-estrutura torna-se mais séria por diversos fatores. A maior parte das farmácias das Unidades de Saúde de Fortaleza (85%) não possuía profissional farmacêutico responsável, dificultando o diagnóstico de problemas e a aquisição de recursos necessários para o setor. O risco desse quadro apresentado corresponde a uma desestruturação do próprio serviço prestado nas Unidades de Saúde de maneira geral, pois as atividades farmacêuticas participam e controlam grande parte do processo que envolve a principal tecnologia da terapêutica: o medicamento.

Tal evidência foi confirmada pela OMS, em estudos que apontaram a falta do farmacêutico nas Unidades de Saúde como um dos principais fatores associados à falta de

medicamentos, desvios, inadequação de fármacos e formas farmacêuticas às necessidades dos usuários, baixa qualidade da prescrição médica, entre outras (WHO, 2004).

Essa situação também é descrita por Vieira (2007), ao discutir as possibilidades de contribuição do farmacêutico para promoção à saúde, advertindo sobre a grande preocupação de gestores sobre o abastecimento de medicamentos e as estratégias de financiamento, mas mantendo-se insensíveis à estruturação e organização do serviço de farmácia, culminando na baixa qualidade do mesmo.

Ao se identificar essa situação surge a pergunta: Houve mudança na visão do papel da farmácia e do farmacêutico nesse novo paradigma da saúde, seguindo as abordagens nacionais e internacionais relatadas inicialmente?

Pode-se inferir que não, ao se refletir que tal questão expõe vários problemas enfrentados em nível nacional, sendo o primeiro deles a falta de identificação de qual conceito de Atenção Primária, ou Atenção Básica está sendo usado, pois só a partir desse entendimento podem ser estabelecidas ações e programas importantes.

Outra questão de grande relevância é a justaposição de estratégias, serviços e atividades, que ocorre no lugar da integralidade, como afirma Gomes (2006). Assim, cogita-se que esse evento possa levar a um maior incentivo do PSF, em relação à Assistência Farmacêutica e a Atenção Farmacêutica em Fortaleza.

O PSF tem sido alvo de reflexões diversificadas frente à sua maior distribuição em áreas carentes do país. Para que não venha se tornar um programa focalizado em regiões e grupos populacionais mais pobres, deve manter-se numa perspectiva crescente, possibilitando a substituição do modelo convencional, flexneriano (MENDES, 2002).

Entretanto, enquanto se discute a amplitude das ações do PSF, o histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil demonstra que esta ainda possui grandes carências, em especial no que se refere ao acesso e a organização de serviços farmacêuticos qualificados, que venham, efetivamente, promover a sua reorientação (NAVES, 2005).

Dessa forma, o ideal de transversalidade entre a Assistência Farmacêutica com outros programas, como pregado pelo governo (BRASIL, 2006), torna-se uma realidade distante, não se firmando como prática das Unidades visitadas, assim como a ausência no desenvolvimento da Atenção Farmacêutica.

A presente pesquisa evidenciou, em levantamento de dados históricos, que mesmo o Estado do Ceará, um dos pioneiros nas ações da AF, demonstrou uma “desaceleração”, uma queda no ritmo de discussões e atividades na área da Assistência Farmacêutica, desde 2003.

Essa relação só contribuiu para o enfraquecimento do papel dos serviços farmacêuticos e da farmácia frente às propostas da APS e do PSF. Contudo, em janeiro de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASF, os quais já estão em organização em Fortaleza e são vistos como um resultado da mobilização política do profissional farmacêutico na luta por seu espaço.

No panorama atual referente ao estudo, viu-se o NASF numa perspectiva de um desdobramento da estratégia do PSF; a criação de um novo núcleo com diversos outros profissionais e especialidades médicas, objetivando uma atenção à saúde mais efetiva, onde o farmacêutico é um dos profissionais que pode estar presente. Contudo, a composição das equipes é decisão dos gestores, consoante às prioridades locais e disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2008).

Logo a Portaria 154/2008, que institui o NASF, caracterizar-se-ia como um benefício para todas as categorias de profissionais que foram incluídas. Não havendo um direcionamento para o farmacêutico, cabe a esse profissional a busca para ocupar esse espaço.

Ressalta-se novamente a questão da sobreposição de estratégias, sendo importante observar se tem ocorrido priorização no processo de inserção de farmacêuticos no NASF, frente a necessidade da presença efetiva dos mesmos nas Unidades da Rede de Atenção Primária de Saúde. Não existem impedimentos para que esses processos ocorram paralelamente.

## **6.2. Características dos Profissionais Farmacêuticos dos CSF de Fortaleza**

Os farmacêuticos que trabalham nas Unidades de Saúde de Fortaleza correspondiam a um pequeno grupo, que cobre 15% da rede primária, demonstrando precária cobertura desses serviços.

Tal informação é importante, pois nos possibilita inferir a razão entre o número de farmacêuticos e o número de habitantes com acesso ao serviço desses profissionais, cálculo classificado como um indicador de qualidade de serviço prestado.

Segundo a OPAS (2004), a razão do número de farmacêuticos para a população é de 1:2.300 nos países industrializados e varia naqueles em desenvolvimento entre 1:12.000 à 1:700.000. No Brasil, essa razão é de 1:1.542, mas devemos considerar que esta razão deve sofrer grande variabilidade no território nacional, devido as dimensões continentais e as diferenças regionais (SANTOS; VARELLA, 2009).

Apesar da variação no valor das razões encontrados para as 5 Regionais de Saúde de Fortaleza que possuem farmacêutico, a média prevista para países em desenvolvimento foi mantida, ainda que longe da média nacional, reforçando a carência de recursos humanos e necessidade de ações imediatas.

As diferenças entre a razão de farmacêuticos/população também geram questionamentos quanto aos parâmetros utilizados para a alocação desses profissionais em cada Regional. Exemplifica-se através da SERII, na qual foram vistos 7 profissionais, distribuídos em 5 U.S. de um total de 10 U.S.

Outra observação feita a respeito da distribuição dos farmacêuticos foi o fato da SERII possuir 7 profissionais, à medida que a SERVI, com área geográfica e número de U.S. maior, não possui nenhum, induzindo ao raciocínio de que a situação deriva de uma falta de planejamento estratégico.

A violência e o difícil acesso a várias Unidades de Saúde foram outros fatores que contribuíram para o desestímulo de muitos profissionais em assumirem cargos, tendo em vista a necessidade de proteção policial nesses locais.

Quanto ao perfil dos farmacêuticos identificado, este pode estar relacionado com a falta de concursos recentes para a promoção de profissionais na rede, delineando esse grupo na idade média de 46 anos e ano médio de formação de 1987.

Ainda que 53% deles tenham terminado habilitação em bioquímica, não trabalham na área de análises clínicas, estando esse acontecimento atrelado a diversos fatores, nas falas dos entrevistados, que vão desde questões pessoais até fatores do serviço, como transferências de setor.

São profissionais que já possuem experiência no serviço público, elevado tempo de serviço, mas não investiram num complemento à formação, como cursos de pós-graduação, exceto pelo pequeno grupo de especialistas. Contudo, a maior parte das especializações cursadas (fora a de Assistência Farmacêutica) não dá suporte para o serviço que prestavam nas Unidades.

Corroborando com o achado, a pesquisa da OMS intitulada: Usando indicadores para mensuração da situação farmacêutica nos Países, de 2006, que identificou o baixo nível de pós-graduação entre farmacêuticos.

Novamente, os resultados demonstraram fatores condizentes com outras profissões da saúde, em relação ao baixo nível de pós-graduações. A falta de tempo, aumento da demanda e a falta de incentivo são fatores recorrentes.

Por outro lado, mesmo que o SUS se constitua em um espaço aberto a todos os profissionais, muitos treinamentos e cursos ainda são balizados pela medicina e enfermagem, por possuírem um fundo de capital e incentivo próprio através do PSF.

Pode-se dizer que esses são os pontos mais objetiváveis da pesquisa, já que a abordagem metodológica escolhida possibilitou o levantamento de muitos detalhes que necessitam ser trabalhados sob uma ótica diferente da usual nas Ciências Farmacêuticas.

Ao se avaliar um processo tão complexo como a percepção do farmacêutico como profissionais de saúde no SUS, o primeiro ponto foi construir uma fundamentação teórica que abarcasse os principais aspectos desse processo multifatorial e dinâmico.

A história da farmácia e a etnomedicina mostram que a dissociação entre o profissional médico e farmacêutico foi um dos primeiros aspectos que interferiram na visão social das profissões. O seguinte trecho de Dias (2005) expressa a questão:

“Com a ascensão do físico (como era chamado o médico) nas Universidades Laicas, a medicina se integra ao conjunto de saberes e da filosofia, deixando de ser um mero ofício manual. O processo de notabilidade da profissão médica, associado ao domínio do latim e ao ensino universitário, implicava o abandono progressivo das funções manuais, incluindo a preparação de medicamentos, deixando o campo aberto para o crescimento do número de boticários. O mesmo processo de separação se deu entre a medicina, chamada dogmática, e a cirurgia, que juntamente com a farmácia constituíam a Medicina ministrante. Ao mesmo tempo em que os médicos passavam a ter um ensino universitário com professores altamente especializados, os farmacêuticos e cirurgiões mantinham um tipo de formação baseado na aprendizagem com um mestre estabelecido, um tipo de aprendizagem que era comum às restantes profissões mecânicas”.

Outro ponto levantado por Estefan, desde 1986, é a relação com o mercado que a profissão manteve até a atualidade, vista pela OMS (2004) como passível de sustentar o farmacêutico como mediador entre interesses econômicos e da saúde.

Ao longo do tempo a diversidade tecnológica e avanços nas ciências levaram a uma visão biomecânica e tecnicista da profissão farmacêutica que, aliado ao desenvolvimento da indústria, afastou profissional e população (MENEZES, 2005).

Frente a todos esses pontos, mudanças curriculares foram propostas, porém apenas recentemente medidas educativas vigentes fora do Brasil foram implantadas em nível nacional para a melhoria do ensino (MEC, 2001), diminuindo, ao menos em teoria, o princípio, tecnicista, behaviorista da profissão. Todas as Universidades que apresentam o curso de Farmácia no Ceará já cumpriram as diretrizes do MEC, mas nenhuma apresenta ainda turmas formadas com o novo currículo.

À exemplo das Universidades do Ceará, todas as Universidades no âmbito nacional passaram por mudanças recentes, referente às novas diretrizes curriculares do curso de

Farmácia, porém a dúvida quanto benefícios se mantém, ao considerarmos as seguintes situações: Como os docentes formados a partir de currículos anteriores e sem treinamento poderão gerar uma mudança de paradigma no ensino da farmácia? De que forma serão abordados os assuntos num contexto generalista? Qual a medida entre aspectos tecnicistas e humanísticos desse ensino? Qual o aproveitamento e a repercussão dessas medidas nos locais de estágio? Qual o nível de interação entre as Universidades, Hospitais e Laboratórios de Ensino?

É necessária a manutenção da conduta avaliativa, que preze por uma melhora na qualidade do ensino, e não somente numa reprodução de diretrizes.

Várias outras associações feitas com o problema em questão, citadas por Cipolle, Strand e Morley (2006) em nível internacional, também podem ser feitas em nível nacional, num arcabouço que contempla a formação, o mercado, as políticas de saúde e a atuação profissional.

Constatou-se todos esses fatos durante a observação das C.S.F., o que leva a crer que Fortaleza não difere de outros locais em relação aos fatores de causalidades, contudo a questão psicológica é característica do arranjo de cada espaço, e seus valores associados ao trabalho alcançam diretamente o tema.

Mesmo o tempo de serviço não foi um fator condicionante de melhor, ou pior percepção entre os farmacêuticos envolvidos, mantendo uma alta variabilidade, de acordo com valores individuais básicos.

Schwartz, 1994 apud Borges, 1999, esclarece a Teoria dos Valores Individuais Básicos e propõe uma classificação dos valores em dez tipos, dos quais identificamos que vários influenciaram a motivação e as relações interpessoais dos farmacêuticos entrevistados, à saber:

- Autodeterminação - Independência de pensamento e ação
- Universalismo ou filantropia - Preocupação com o bem-estar geral
- Benevolência - Interesse e preocupação com o bem-estar de pessoas íntimas
- Autorealização - Meta de sucesso e de demonstração de competência
- Hedonismo - Prazer e gratificação pessoal
- Conformidade - Controle pessoal de acordo com as expectativas sociais
- Tradição - Respeito e aceitação dos ideais e costumes da sua sociedade
- Estimulação - Busca de excitação e mudança
- Segurança - Estabilidade da sociedade e de si mesmo
- Poder - Busca de *status* social, prestígio e controle

É imperativo, então, que se remeta ao poder simbólico para enxergar “o processo por trás do processo”.

Segundo Bourdieu (2000) o poder simbólico é um poder invisível e só exercido com a cumplicidade daqueles que não sabem estarem sujeitos ou que o exercem. Ele integra um sistema de estruturas organizadas, com força para estruturar a realidade, que tende a estabelecer um sentido imediato de mundo, ou conformismo lógico, desenvolvendo valores que se tornam senso comum e designa, entre outras, a função social.

As estruturas simbólicas podem ser trabalhadas de diversas formas, em sistemas simbólicos, como na arte, religião, língua, cultura, conhecimento, mas também podem produzir instrumentos de dominação e separação de classes. É a partir dessa estruturação do mundo que construímos o simbolismo do medicamento, das profissões, da saúde e doença, e de todos os elementos que interagem, no âmbito profissional do farmacêutico.

É importante compreender que esses sistemas devem sua eficácia ao fato das relações de força que nele se exprimem só se manifestarem neles em forma irreconhecível de relações de sentido (deslocamento). Ele só mobiliza porque é reconhecido e aceito como ações próprias dos atores, por isso não é visto como arbitrário (BOURDIEU, 2000).

Tomando como base esse axioma, pode-se entender a fenomenologia da percepção para alcançar as realidades dos farmacêuticos da APS de Fortaleza.

Na visão de Ponty (1994), a fenomenologia passa por um critério transcendental, na qual os fenômenos não são vistos, mas sim seus vários reflexos, que compõem as vivências num mundo percebido. A percepção então, como elemento dinâmico, mantém um fluxo constante de informações ao longo da vida.

A idéia é que se vive em si e para si, existindo distinções entre as duas formas no que diz respeito à formação de uma consciência através de conceitos e simbolismos que formam a realidade objetiva e subjetiva, o que nos obriga a reunir as experiências dos farmacêuticos numa mesma informação, através da intersubjetividade.

Pode-se exemplificar esse principio através de uma sala, na qual se percebe, ao mesmo tempo, o espaço físico, o geométrico, os aspectos higiênicos, as relações das pessoas, entre outros.

Dentro dessas prerrogativas as informações que surgiram das respostas dos farmacêuticos, mostram que a percepção dos mesmos como profissionais de saúde é construída num interacionismo simbólico entre as categorias formadas.

Seguindo uma hierarquia, de acordo com a metodologia aplicada, as categorias que surgiram do campo de pesquisa foram organizadas a partir da dimensão política e de

formação, que cooperam na concepção do que seja o profissional e na motivação pelo trabalho, que por sua vez orientam como deve ser sua ação no serviço, atrelados a um ideal de compromisso social.

Esse fluxo de elementos complementares busca um equilíbrio, através das novas percepções que respondam, positiva ou negativamente, aos padrões individuais.

Entretanto esse sistema aparece abalado à medida que é percebido de forma enfaticamente negativa, como foi o caso desse estudo.

Os farmacêuticos se perceberam sem a devida força política e baixa qualidade de formação, que interferem na concepção sobre o que seja o profissional e seu papel na APS, desvirtuando as práticas do serviço e distanciando-os do compromisso social com o usuário.

Retomando a Teoria dos Valores Individuais Básicos aplicados ao serviço, nota-se, a partir da análise de conteúdo, que todos os dez tipos de valores encontram-se abalados, fruto tanto das construções simbólicas adquiridas ao longo do tempo, como da percepção dos atores (usuários, gestores, outros profissionais e os próprios farmacêuticos) sobre a importância do farmacêutico nos espaços discutidos.

A crise de identidade do farmacêutico foi confirmada na formulação do Consenso de Atenção Farmacêutica para o Brasil (OMS/OPAS, 2001), que chegou aos mesmos resultados obtidos nesse trabalho.

A própria idéia de profissão fica comprometida em suas extensões, que Savage (1994) identifica como sociológica e ao mesmo tempo mercadológica pela mudança do foco de atuação, prejudicando o processo de trabalho.

A questão da profissão ainda assume a determinação de sentidos e significados, presentes em profissionais de todas as categorias. Utilizando os mesmos conceitos aplicados por Tolfo & Piccinini (2007), compreendemos:

“Temos significado do trabalho como a representação social que a tarefa executada tem para o trabalhador, seja individual (a identificação de seu trabalho no resultado da tarefa), para o grupo (o sentimento de pertença a uma classe unida pela execução de um mesmo trabalho), ou social (o sentimento de executar um trabalho que contribua para o todo, a sociedade). E [...] como definidores do sentido do trabalho, além do significado – individual, coletivo e social do trabalho –, a utilidade da tarefa executada para a organização a que se pertence, a auto-realização e a satisfação, o sentimento de desenvolvimento e evolução pessoal e profissional e a liberdade e autonomia para a execução das tarefas.

O sentido e o significado concebidos nessa linha corroboram com a teoria dos valores individuais básicos, assim como com as construções simbólicas e a percepção

fenomenológica; advertindo a importância do equilíbrio das relações interpessoais e de uma definição, desde a graduação, das competências do profissional farmacêutico (Práticas de atenção à saúde; capacidade para tomada de decisões; habilidades de comunicação; liderança; habilidades de administração e gerenciamento; compromisso com a educação; adoção de práticas de reciclagem e educação permanente).

Ressalta-se, nesse contexto de atuação e conhecimento, derivações feitas pelos farmacêuticos quanto a dispensação, decorrentes da distorção do serviço prestado. A prática da dispensação assumiu caráter de mera entrega de medicamentos; entrega com informações sobre o modo de tomar o medicamento e entrega com orientações sobre o medicamento que incluíam reações adversas e tempo de uso. Nenhuma delas, porém, seguiu as normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b) para dispensação na Assistência Farmacêutica, por vezes ocorrendo confusão com a prática da Atenção Farmacêutica, pelo ponto comum das atividades em prover orientação ao paciente.

O trabalho com outros profissionais é outro destaque, já que menos de um terço dos farmacêuticos afirmou desenvolver um bom trabalho em equipe, levando a reflexão se realmente o farmacêutico encontra-se inserido na equipe multiprofissional.

Utilizando-se da divisão de Peduzzi (2001), em equipes multiprofissionais de agrupamento e equipes de integração, poder-se-ia localizar o farmacêutico, na melhor das hipóteses, no primeiro tipo de equipe, que corresponde ao agrupamento de agentes com justaposição de ações.

A falta de objetivo comum e de visão horizontal também propicia o desvirtuamento do trabalho em equipe, como é o caso de problemas com a qualidade das prescrições médicas e transcrições feitas pela enfermagem gerando conflitos.

Os mesmos problemas na qualidade das prescrições médicas também foram descritos por Lopes (2008) reforçando a declaração dos farmacêuticos na presente pesquisa.

Referente às relações de poder, decorrentes do trabalho em equipe, estas envolvem a dimensão econômica; política; intelectual do trabalho (conhecimento) e a autonomia técnica (liberdade de julgamento e tomada de decisões frente a uma necessidade de saúde), gerando diferentes valores atribuídos aos serviços prestados, que resultam numa hierarquização do trabalho (PEDUZZI, 2001; BOURDIEU, 2000).

A consequência dessa cadeia de eventos nas Unidades visitadas foi o isolamento do setor da farmácia, a fraca articulação com os gestores, a ausência de farmacêuticos em ações integradas de saúde promovidas e a falta de divulgação, para a comunidade e profissionais, sobre os vários serviços que o farmacêutico é capaz de prestar.

Sem informações ou contato maior com os profissionais, a percepção sobre o farmacêutico por outrem fica então reduzida, pois os sujeitos precisam ser comparados ao Eu, reconhecendo e correlacionando similaridades e diferenças para criar uma imagem (PONTY, 1994).

Nessas condições, que apontam para mudanças no processo organizacional e de referenciais, que o farmacêutico de Fortaleza foi inserido no SUS, mais precisamente na Atenção Primária de Saúde.

É preciso entender nesse momento “organização”, como a coordenação planejada das atividades de uma série de pessoas para a consecução de algum propósito ou objetivo comum explícito, através da divisão de trabalho e função, e de uma hierarquia de autoridade e responsabilidade (SCHEIN, 1980).

Nesse sentido Machado (2005) afirma que a cultura organizacional e a identidade organizacional são constituídas pelo conjunto de representações que seus integrantes formulam sobre o significado dessa organização, em um contexto social, isto é, quem é uma organização "depende de como seus integrantes compreendem a si mesmos como uma organização".

É importante salientar que a noção da representação construída pelos observadores externos se trata da imagem organizacional e não da identidade, apesar de haver uma relação complementar entre esses dois fenômenos.

Mas qual identidade e imagem organizacional estão associadas ao farmacêutico, se frente à escassez de recursos humanos e baixa qualidade do serviço farmacêutico, diversos países em desenvolvimento permitem que o serviço exclusivo do farmacêutico seja feito por outros profissionais ou auxiliares (OPAS, 2004)?

Os farmacêuticos ocupam parcialmente o espaço na APS em quantidade e representação simbólica, eles têm buscado exprimir uma relação com o meio, perceber e serem percebidos por outros profissionais.

Entende-se que a influência do capital e a necessidade de estabelecimento de políticas de saúde acabam por levar a tomada de decisões visando o todo, mas também têm contribuído para “crise” do profissional farmacêutico nesse período de transição.

É interessante notar que dentro desse arcabouço de percepções, valores e ações, as categorias que surgiram das percepções dos farmacêuticos (Formação, Motivação, Concepção da Profissão, Social, Política e Ações no Serviço) coincidem com os espaços sociais que o SUS considera serem necessários desenvolver (Político, Serviços, Educacional, Corporativo e Representação Popular), mas nenhum dos profissionais, incluindo o próprio farmacêutico ou gestores atentou para isso.

O mesmo ocorre com as 7 competências atribuídas à formação do farmacêutico, que foram determinadas desde 1988 e não são postas em prática.

Mesmo com os desajustes, os serviços farmacêuticos nas Unidades de Saúde de Fortaleza têm conseguido manter o serviço básico proposto para as farmácias. Alguns deles ainda conseguiram avançar para ações mais integradas com outros setores e coordenação.

Com o devido direcionamento entende-se que o quadro atual dos farmacêuticos de Fortaleza possa mudar para melhor.

## 7. Considerações Finais

A construção da pesquisa sobre a percepção do farmacêutico como profissional de saúde possibilitou um esclarecimento sobre a influência de vários determinantes no atual cenário farmacêutico da rede de Atenção Primária de Fortaleza.

Os problemas estruturais que essas Unidades apresentam reforçam as dificuldades, mas não são impedimentos do serviço, tanto quanto o são as relações que ocorrem dentro desses espaços.

O perfil farmacêutico descrito é reflexo das articulações locais, de motivações extrínsecas, como o pouco incentivo à área, frente as grandes necessidades, assim como das intrínsecas, como a falta de iniciativa para capacitação. Seu caráter ontológico permite mudanças constantes.

As atribuições práticas dos farmacêuticos da Atenção Primária de Saúde no SUS do município de Fortaleza seguem em perspectivas divididas. Entende-se a perspectiva como parte da percepção, é graças a ela que conseguimos alcançar outras formas de compreensão, portanto espera-se que as atribuições práticas possam rumar para uma associação que permita aos atores envolvidos, principalmente os farmacêuticos uma noção da abrangência e importância do seu serviço.

As dificuldades e limitações dos farmacêuticos da rede primária de Fortaleza ainda são várias e permeiam desde problemas de formação, até os de violência simbólica.

Caminhos que apontam para uma resolução partem do respeito às diretrizes do SUS, assumindo os critérios de ambiência, assim como do Uso Racional e Assistência Farmacêutica como compromissos primários, além de acesso a treinamentos e incentivo à educação continuada, sem supervalorizar essas ações como sendo a resolução de todos os problemas. Outros critérios dependem de uma mudança na conformação de relações, mediadas pelo tempo e por valores subjetivos.

Por fim compreende-se que o farmacêutico não possui uma visão definida de sua atuação frente ao serviço nesse nível de atenção. As diferentes concepções dos farmacêuticos em relação aos seus serviços só enfatizam a percepção como processo dinâmico e só compreensível dentro do emaranhado de conceitos e pré-conceitos criados por eles e por outros atores na rotina da APS.

No entanto é importante enfatizar que é imprescindível que o profissional farmacêutico assuma responsabilidades e se posicione como participante desse processo de mudança no papel de agente e não de paciente. Do contrário a profissão continuará sendo um mero reflexo do que outros acham, sem atingir os desígnios propostos nos consensos farmacêuticos nacionais e internacionais.

## 8. Limitações do Estudo

A rede hierárquica dos serviços de saúde é constituída de uma burocracia própria, que muitas vezes acaba por alongar processos simples, como aqueles que envolvem a resposta, ou concessão de pedidos relativos a pesquisa acadêmica. A demora no repasse de informações entre as gerências centrais e locais colaborou com alguns acompanhamentos irregulares por promover a organização de um curto cronograma de execução, comparado à necessidade de um tempo de acompanhamento longo.

Em alguns casos, esse contato irregular, relativo ao tempo, na pesquisa de campo, levou alguns informantes chave a interpretarem a pesquisa como uma forma mascarada de controle sobre suas funções nos C.S.F. A pesquisa ganharia o status de relatório para gestores e o pesquisador passaria a ser um “olheiro”. A consequência desse evento era a tentativa de filtrar que tipo de informação deveria ser repassada, exigindo do pesquisador maior cuidado e mais tempo em determinadas Unidades.

O medo da retaliação e da exposição precisaram ser trabalhados para não comprometer as informações repassadas, só havendo resgate da situação mediante alguns fatores: O pesquisador buscou um interacionismo com os pesquisados de forma a deixá-los o mais confortável possível; Passados alguns dias de observação, a associação do pesquisador com gestores diminuiu e ele passou a fazer parte do meio; Os pesquisados estão acostumados com pesquisas de cunho quantitativo, facilitando uma abordagem qualitativa por não se sentirem avaliados tecnicamente.

Trabalhar a percepção numa abordagem fenomenológica como objeto de pesquisa demonstrou dificuldades pela complexidade da metodologia. O aspecto transcendental, de tão amplo, parece limitar até onde é possível chegar sem que se misture a percepção do pesquisador e pesquisado.

Vieses ligados à técnica de observação procuraram ser minimizados, assim como vieses de memória ligados à entrevista, a qual foi concebida apenas sob consentimento e no momento e local escolhidos pelos pesquisados.

Outras questões envolveram a análise de conteúdo, pois o problema de pesquisa possui elementos tão interligados que se tornou difícil a codificação e classificação para a formação de categorias.

Finalmente, cada Unidade é tão rica em relações aspectos quantitativos e qualitativos, que buscar a intersubjetividade não foi uma tarefa fácil.

Apesar dos achados serem corroborados por outros estudos, não se nutriu expectativas em compará-lo com outros perfis por entender-se que estudos dessa natureza têm baixo valor comparativo, pois retratam uma realidade muito particular, podendo ser visto como uma limitação, para os padrões quantitativos utilizados nas Ciências da Saúde.

## 9. Revisão Bibliográfica

- ARAÚJO, A.L.A, Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas (RBCF), 2006.
- ARAÚJO, A.R.F., Sobre o Olhar – A percepção fenomenológica em Merleau-Ponty. Disponível em: [www.eco.ufrj.br/semiosfera/conteudo\\_exp\\_01PCLima.htm](http://www.eco.ufrj.br/semiosfera/conteudo_exp_01PCLima.htm). Acesso em: 20/09/2007.
- ARAÚJO, R.C. O Papel do Farmacêutico na Prevenção de Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos: Resultados do Projeto Fleetwood. **Farmacoterapêutica**, CEBRIM, Conselho Federal de Farmácia – CFF. Ano VI - Número 07, mar/abr, 2001.
- ARRAIS, P.S.D. Epidemiologia do consumo de medicamentos e eventos adversos no município de Fortaleza – CE. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Bahia, 2004.
- ARRAIS, P.S.D; COELHO, H.L.L. Desenvolvimento da farmacoepidemiologia no Brasil: I Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(1):204-206, jan-mar, 1999.
- BISPO JR., J.P.; MESSIAS, K.L.M. Sistemas de Serviços de Saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. Rev.Saúde.Com; 1(1): 79-89, 2005.
- BOURDIEU, P. O poder simbólico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- BORGES, L.O., A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. Estudos de Psicologia 4(1), 107-139, 1999.
- BOSI, M.L.M, MERCADO, F.J. Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação(CNE). Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 1300/01, de 06 novembro de 2001a. Orienta as propostas para as novas diretrizes curriculares do curso de graduação em Farmácia.
- BRASIL. Decreto N° 74.170, de 10 de junho de 1974, regulamenta a Lei n° 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.
- BRASIL. Decreto N° 79.094, de 5 de janeiro de 1977, regulamenta a Lei n° 6.360, de 23 de setembro de 1976, que submete a sistema de vigilância sanitária, os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros. Diário Oficial da União, Brasília, 07 de janeiro de 1977a.
- BRASIL. Lei Federal n° 5.991, 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de dezembro de 1973.

- BRASIL. Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de dezembro de 1996.
- BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos e saneantes e outros produtos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de setembro de 1976.
- BRASIL. Lei nº 6.480, de 1 de dezembro de 1977b, Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, e dá outras providências.
- BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, e dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de fevereiro de 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, 24 de janeiro de 1998. Cria os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 198, 13 de fevereiro de 2004<sup>a</sup>. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília – Ministério da Saúde, 2004b. p.15-44.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2.ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, tecnologia e insumos estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 74p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica: instruções técnicas para sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2001b.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário sobre incentivo às mudanças na graduação das carreiras de saúde. Brasília, 2003a.

- BRASIL. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006c, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

- BRASIL. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002a. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais.

- BRASIL. Resolução CNE/CES Nº 2, de 19 de fevereiro de 2002, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de março de 2002b.

- BRASIL. Resolução CNS Nº 338, de 06 de maio de 2004c, aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

- BRASIL. Resolução Nº357, de 20 de Abril de 2001, aprova o regulamento técnico de Boas Práticas de Farmácia. Diário Oficial da União, Brasília, 27 de abril de 2001c.

- BRASIL. Resolução Nº386, de 12 de novembro de 2002, dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito de assistência domiciliar em equipes multidisciplinares. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de dezembro de 2002c.

- BRASIL. Resolução RDC Nº33, de 25 de fevereiro de 2003, dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 05 de março de 2003b.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- BRASIL. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de janeiro de 2008.

- CEARÁ, Sistema Integral de Assistência Farmacêutica: O modelo do Ceará. SESA/Ceará, 2003.

- CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. Exercício do cuidado farmacêutico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia. 2006.

- COELHO, H.L.L.; ARRAIS, P.S.D; GOMES, A.P., Sistema de Farmacovigilância do Ceará: um ano de experiência. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(3): 631-640, jul -set, 1999.

- CONGRESSO REDE UNIDA. Uso Racional de Medicamentos na perspectiva multiprofissional - Oficina 41. Curitiba, 2006. Disponível em:

[Http://Www.Who.Int/Medicines/Publications/Polycyperspectives/Ppm05en.Pdf](http://Www.Who.Int/Medicines/Publications/Polycyperspectives/Ppm05en.Pdf). Acesso em 06/02/2006.

- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). A organização jurídica da profissão farmacêutica. 4 ed., Brasília, 2003.

- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica Portaria GM/699 de 03 de abril de 2006, regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Brasília, 29 de maio de 2006a.

- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica. Portaria N° 698/GM, de 30 de março de 2006, define que o custeio das ações de saúde, incluindo as ações e serviços farmacêuticos na atenção básica, é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Brasília, 29 de maio de 2006b.

- CONSENDEY, M.A.E. Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em 5 estados do Brasil. 2000. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000a.

- CONSENDEY, M.A.E., et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1):171-182, jan-mar, 2000b.

- CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: Análise de discurso versus Análise de conteúdo. Texto Contexto Enfermagem. 2006.

- CORREA, A.R.F, A avaliação da qualidade da Assistência Farmacêutica na rede pública municipal de atenção primária de saúde de Fortaleza – Ceará. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, 2007.

- DIAS, J.P.S., A Farmácia e a História: uma introdução à história da farmácia, da farmacologia e da terapêutica. Faculdade de Farmácia de Universidade de Lisboa. Lisboa, 2005.

- DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**. México: Instituto nacional de salud publica, 1990.

- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. **Saúde e Democracia**: Fiocruz. Florianópolis, 2005.

- ESTEFAN, I.J.S. O ensino da Farmácia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2(4):511-532, out-dez, 1986.

- FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS (FENAFAR). Reforma no Ensino. Disponível em: <http://www.fenafar.org.br/telas/profi/reforens/int.asp>. Acesso em 15/05/2007.

- GOMES, C.A.P. A Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas. Disponível em [www.google.com.br](http://www.google.com.br). Acesso em: 08/12/2006.

- LEVCOVITZ, E., et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291, 2001.
- LOPES, N.M.S., Desenvolvimento e validação de indicadores de qualidade da prescrição médica em Atenção Primária de Saúde em Fortaleza – Ceará. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2008.
- LORANDI, P.A. Análise Histórica da Formação Acadêmica do Farmacêutico – Quatro Décadas. *Infarma*, v.18, nº 7/8, 2006.
- MAIA NETO, J.F., Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde. RX Ed. São Paulo. 2005. 316p.
- MACHADO, H.V., Identidade organizacional: um estudo de caso no contexto da cultura brasileira. *Revista de Administração Empresarial – eletrônica (RAE - eletrônica)*, 2005.
- MARGONATO, F.B. As atribuições do farmacêutico na Política Nacional de Medicamentos. *Infarma*, V.18, Nº 3/4, 2006.
- MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS / OMS, 2003. 373p.
- MENDES, E.V., et al. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2 ed. São Paulo –Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1994.
- MENDES, E.V., Uma agenda para a saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MENDES, E.V., Os Sistemas de Serviço de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. São Paulo: Hucitec, 2002a.
- MENDES, E.V., A Atenção Primária de Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002b.
- MENEZES, R.F., Da história da farmácia e dos medicamentos. Suplemento de farmacovigilância. CRF – São Paulo, 2005.
- MESTRINER, D.C.P.; O farmacêutico no serviço público de saúde: a experiência do município de Ribeirão Preto – SP. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTO (MEC), Diretrizes Gerais para Educação Farmacêutica no Brasil, Brasília, 1997.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/ CAMARA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO (MEC/CNE/CES). Parecer CNE/CES 1.300/200, trata das

Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial da União, 7 de dezembro de 2001.

- MOTA, D.M. et al. Assistência Farmacêutica no SUS do Ceará (Brasil): Gastos Públicos e Distribuição de Medicamentos. Fortaleza: SESA/CE, 2005.

- MOTA, D.M.; FERNANDES, M.E.P.; COELHO, H.L.L. Farmacoeconomia: um Instrumento de Eficiência para a Política Nacional de Medicamentos. Acta Farm. Bonaerense. v.22, n.2, p.177-186,2003.

- NAVES, J.O.S. Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Distrito Federal. 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

- NETO, J.F.M. Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde. São Paulo. ed. RX, 2005. 316p.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13 – 16 de dezembro de 1988; O papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população: Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto – 3 de setembro de 1993; Boas práticas em farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares/Organização Mundial da Saúde; Adriana Mituse Ivama; José Luis Miranda Maldonado – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Conselho Federal de Farmácia, 2004.

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde ; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde,2005.

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2005: Brasília, DF) Chamado a Ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde - Brasília. 2003.

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos. Relatório da oficina de trabalho. Fortaleza, 2001.

- PEDUZZI, M., Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, 2001.

- PEREIRA, F.E. Assistência Farmacêutica e Saúde Pública: Olhando o Passado - Refletindo o Presente. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária, Fortaleza 1997.

- PERIAGO, M.R., La Renovación de la atención primaria de salud en las Americas: la propuesta de la Organización Panamericana de la salud para el siglo XXI. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007
- PIRES, J.C.S; MACÊDO, K.B., Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. Revista de Administração Pública (RAP), 2005.
- PONTY, M.M., A Estrutura do comportamento. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- PONTY, M.M., A Fenomenologia da Percepção. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- PRO-ADESS. Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS), Relatório Final, Rio de Janeiro, 2003.
- ROBERTS, A.S., et al, Understanding Practice Changes in community pharmacy : a qualitative research in Australia. Research in social and administrative pharmacy, 2005.
- ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N., Epidemiologia e Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN (RPSG). Future Pharmacy Workforce Requirements: Workforce Modelling and Policy Recommendations. Pharmacy Workforce Planning & Policy Advisory Group. London, 2004.
- SALA, A., 1993. A avaliação de programas de saúde. In: *Programação em Saúde Hoje* (L. B. Schraiber, org.), pp. 117-138, São Paulo: Editora Hucitec.
- SANTANA, P.E.A. Uma breve análise didática dos métodos científicos Positivismo, Materialismo Histórico e Fenomenologia. Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, v. 13, n. 1, p. 25-35, jan./jun.2008.
- SANTICH, I.R.; GALLI, A. La Asistencia Farmacéutica en el Sistema Único de Salud de Ceará: Elementos para su transformación. SESA/Ceará, 1995.
- SANTICH, I.R.; GALLI, Guia para grupos de trabajo para definir la asistencia farmacéutica en el Sistema Único de Salud. Dep. de Assistência Farmacéutica/Escola de Saúde Pública/SESA/Ceará, 1995.
- SANTOS, M.R.; VARELLA, T.C., A graduação da Farmácia em Números. Estação de Trabalho IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2009.
- SAVAGE, D.A., The Professions in Theory and History: The Case of Pharmacy. Business and economic history, Volume 23, no. 2 Winter 1994.
- SCHEIN, E. Psicologia organizacional. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1982.

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS), Disponível em: [www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/index\\_sms.asp/](http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms_v2/index_sms.asp/), acesso em dezembro de 2007, às 15:00h.
- SILVA JR., D. B., Assistência Farmacêutica em um Município do Estado de São Paulo: diagnósticos e perspectivas, Ribeirão Preto – SP. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Faculdade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- SOLER, O. Assistência Farmacêutica Básica no Amapá: Descentralização e Processo. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido – PDTU, Pará, 2004.
- STARFIELD, B.; Atenção primária: **equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- TANAKA, O.Y. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):564-576, 2006.
- TOLFO, S.R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 1: 38-46, 2007.
- TRAKAS, D.J.; SANZ, E., *Studying Childhood and medicine use. A multidisciplinary approach*. Athens: ZHTA Medical Publications, 1992.
- TRIVINOS, A.N.S., *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1992.
- UNESCO. Saúde. Secretaria de Educação Fundamental. 1995.
- VIACAVA, F. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro, *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):711-724, 2004.
- VICTORA, G.C.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A., *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Ed. Tomo. 2000.
- VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1):213-220, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. WHO Policy Perspective on Medicines, n.8, mar. 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *How to develop and implement a national drug policy*. 2.ed. Geneva: WHO, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of a WHO consultative group on the role of the pharmacist: preparing the future pharmacist: curricular development. Vancouver, Canada, 1997.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Using indicators to measure country pharmaceutical situations. Department for International Development , 2006.
- ZEIND, C.S.; MCCLOSKEY, W.W. Pharmacists' Role In The Health Care System. Health Highlights - Harvard Health Policy Review. Vol. 7, No. 1: 147-154, Spring, 2006.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### Roteiro de Entrevista

---

Características do Farmacêutico

---

**Idade:**                      **Sexo:** (M) (F)    **Ano de Formação:**                      **Instituição Formadora:**

**Habilitação:** Bromatologia ( )  
                           Indústria        ( )  
                           Bioquímica    ( )

**Pós-graduação:** Especialização ( ) \_\_\_\_\_

                          Mestrado        ( ) \_\_\_\_\_

                          Doutorado      ( ) \_\_\_\_\_

                          Outra            ( ) \_\_\_\_\_

---

### PERGUNTAS

---

- 1) Há quanto tempo trabalha como farmacêutico?
- 2) Fale-me um pouco do início de sua experiência como farmacêutico desde a sua formação. Como você chegou até aqui?
- 3) Quando você iniciou as atividades na APS? A quanto tempo desenvolve essa atividade nessa unidade?
- 4) O que você faz como farmacêutico na Atenção Primária de Saúde? (destaque os aspectos positivos e negativos dessa experiência)
- 5) Fale-me sobre sua rotina de trabalho na APS (carga Horária, vínculo empregatício, atividades desenvolvidas)
- 6) Que atividades você desenvolve atividades com os usuários? Como se sente desenvolvendo?
- 7) Você desenvolve atividades com os profissionais de saúde? Como se sente desenvolvendo?
- 8) Existe algum encontro dos farmacêuticos e auxiliares que trabalham na farmácia? Pode falar um pouco sobre esses encontros?

- 9) Há algum estímulo por parte da instituição quanto a treinamentos (educação continuada). Fale-me sobre isso, como o Último Treinamento, tema abordado, quando e como.
- 10) Fale-me também da sua iniciativa em buscar esse aprimoramento.
- 11) O que você entende sobre o farmacêutico que atua na APS?
- 12) O que é pra você um profissional de saúde? O que ele desenvolve no serviço? Você se vê como profissional de saúde?
- 13) O que é pra você um farmacêutico da Atenção Primária?
- 14) Que papel o farmacêutico assume na APS?
- 15) Fale-me sobre a participação do farmacêutico na Política de Promoção à Saúde?
- 16) Fale-me sobre a formação do farmacêutico para atuar na APS.
- 17) Que sugestões você proporia para a atuação do farmacêutico na atenção primária.



**APÊNDICE 3**

Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Fortaleza, de de

**Ofício N°**

De: Prof<sup>ª</sup> Dra. Helena Lutécia L. Coelho.

A: Secretaria Regional

ATT: Chefia do Departamento de Atenção Básica de Saúde

O Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas busca contribuir com o Sistema de Saúde em Fortaleza através de projetos que visam identificar as necessidades que este apresenta em seus vários níveis.

Considerando a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal do Ceará para estudos na rede pública de saúde, solicitamos autorização para que possamos coletar dados nessa unidade para o projeto intitulado: A Percepção dos Farmacêuticos como Profissionais de Saúde no SUS.

Agradecemos antecipadamente o apoio e a colaboração.

---

Prof<sup>ª</sup> Dra. Helena Lutécia L. Coelho  
Coordenadora do Projeto

---

Alex Ferreira de Oliveira  
Pesquisador Principal

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Roteiro para Observação Etnográfica

#### Hora e Data:

#### **1) Os ambientes (Dentro e Fora da Farmácia)**

- Conteúdo e localização dos itens no espaço
- Relação entre ambiente interno e externo
- Relação das pessoas com o espaço
- Distância/proximidade de pessoas de um grupo num dado espaço
- Modificações na espacialidade ao longo do período de observação

#### **2) O(s) Comportamento(s) das pessoas no grupo (auxiliares, usuários, outros profissionais)**

- Postura Corporal
- Normas de conduta explícitas e implícitas
- Toques
- Contato visual

#### **3) A(s) Linguagem(s)**

- Verbal e não verbal
- Tom de voz
- Vocabulário êmico

#### **4) O(s) Relacionamento(s)**

- As pessoas observadas entre si
- As pessoas observadas com o observador
- Comportamento/participação do próprio observador nos eventos observados
- Como as ações dos informantes se relacionam com o que eles dizem fazer

#### **5) O(s) tempo(s) que ocorre(m) os processos observados (rotina)**

- Ciclo curto ou ciclo longo
- Seqüência dos eventos
- Diferentes momentos do objeto investigado

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FARMÁCIA CLÍNICA**

Eu, ....., abaixo assinado, declaro ter lido o presente documento, e compreendo o seu significado, que informa que concordo em participar da pesquisa **“A PERCEPÇÃO DOS FARMACÊUTICOS COMO PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUS.”**

O projeto tem como objetivo levantar informações sobre a percepção dos farmacêuticos que trabalham na Atenção Primária de Saúde no SUS de Fortaleza, assim como dos outros profissionais envolvidos.

Permito que minha entrevista seja gravada e que sejam anotados dados relativos ao meu relato.

Fui informado que a qualquer momento posso deixar de participar da pesquisa através da retirada de meu consentimento, sem prejuízo de atendimento em qualquer serviço de saúde de Fortaleza. Fui esclarecido ainda que os dados captados serão divulgados mas não o meu nome, que será mantido sob sigilo. Os dados obtidos nesta pesquisa poderão servir de base para reforçar a melhoria da qualidade dos serviços farmacêuticos oferecidos na Atenção Primária em Fortaleza.

Qualquer dúvida, poderei entrar em contato com o pesquisador principal, Alex Ferreira de Oliveira, no seguinte endereço: Rua Capitão Francisco Pedro. 1210 – Rodolfo Teófilo – CEP:60.430-370 –Fortaleza. Ceará. Fone: 33668058/ 87173567. Se tiver alguma dúvida ou consideração sobre a ética em pesquisa poderei entrar em contato com o comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará pelo telefone 33668338.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Ass. do Pesquisador Principal : \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_