



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**ANA PAULA PESSOA MACIEL**

**ATUAÇÃO COTIDIANA DO FARMACEUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A  
SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2018**

**ANA PAULA PESSOA MACIEL**

**ATUAÇÃO COTIDIANA DO FARMACEUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A  
SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor. Área de concentração: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Orientador: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

**FORTALEZA**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde  
Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Maria Naires Alves de Souza – CRB-3/773

---

M138a Maciel, Ana Paula Pessoa.  
Atuação cotidiana do farmacêutico na atenção primária à saúde../ Ana Paula Pessoa Maciel. –  
Fortaleza, 2018.  
119f. : il. color.  
Tese (Doutorado). –Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cuidado Farmacêutico. II. Título.

---

CDD 362.1782

**ANA PAULA PESSOA MACIEL**

**ATUAÇÃO COTIDIANA DO FARMACEUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A  
SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor. Área de concentração: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Aprovada em: 20 /06/2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

---

Profa. Dra. Marta Maria de França Fonteles  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Mirian Parente Monteiro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Tatiana Chama Borges Luz  
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

A Deus.

Aos meus pais, ao meu esposo e ao meu  
prozac.

## AGRADECIMENTOS

Ao SENHOR, a Ele toda honra, glória e adoração. Apenas pela Tua graça e misericórdia consegui chegar até aqui. JESUS, JESUS, JESUS.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Soares Gondim, pela sua disponibilidade, paciência e compreensão ante dos meus percalços nessa trajetória do doutorado.

A minha querida irmã, Luciana Pessoa Maciel, sem palavras para expressar a nobreza, o cuidado e a preocupação em todos os momentos nessa trajetória do doutorado. Sem suas contribuições, tenho plena consciência de que não teria sido possível finalizar esta tese. Obrigada, minha irmã! Que o Senhor te cubra de toda a graça em tua vida e família. Amo minha Maluzinha.

Aos meus pais - Antônio Damasceno Maciel e Luciene Pessoa Maciel - pelo encorajamento em alguns momentos. Amo vocês.

A uma grande parceira, conselheira, farmacêutica: Indara Bezerra Cavalcante - Compartilhando seus saberes e engrandecendo o conteúdo desta tese.

Ao Município de Fortaleza, especialmente ao Prof. Eugênio Vilaça e a Zu Moreira, pelas contribuições ricas da gestão para a consolidação deste estudo.

Aos farmacêuticos do Município de Fortaleza, profissionais de saúde que se disponibilizaram em contribuir com a tese.

Ao meu eterno amado Giovanni Ferreira que diante de alegrias e tristezas sou grata pelo seu amor e perdão.

Ao meu filhote - PROZAC que apareceu na minha vida, concedendo-me ânimo para continuar essa trajetória. Companheiro de todas as horas.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

“Ter desafios é o que faz a vida interessante e superá-los é o que faz a vida ter sentido.”

(JOSHUA MARINE)

## RESUMO

A atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde deve construir-se por meio de um cuidado holístico de maneira reconstrutiva e ontológica, superando a supervalorização do saber técnico e burocrático centrado no fármaco, mas que considere o usuário como detentor de um processo histórico e de saber próprio, trazendo esse e articulando com ele mesmo e os demais membros da equipe possibilidades para um cuidado ampliado. Esta tese objetivou compreender a atuação do farmacêutico em sua práxis cotidiana com vistas a uma integração na Atenção Primária à Saúde no Município de Fortaleza. A estratégia metodológica realizada na presente tese foi desenvolvida no campo da abordagem qualitativa. Os sujeitos que participaram da pesquisa foram: farmacêuticos, outros profissionais de saúde e gestores. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e grupo focal. A análise dos resultados estabeleceu-se por meio da hermenêutica e a dialética, originou-se quatro categorias essenciais: Descrição da atuação do farmacêutico nas APS; Identificação das práticas farmacêuticas na equipe; A visão dos farmacêuticos relacionada às suas práticas nas APS; A visão de outros profissionais de saúde relacionadas as práticas do farmacêutico nas APS; A visão dos gestores relacionadas às práticas do farmacêutico nas APS; Práticas farmacêuticas nas APS: Fatores que facilitam e dificultam a integração do farmacêutico na equipe; Perspectiva para integrar o farmacêutico na APS.

A Atenção Primária à Saúde remete a um espaço dinâmico que necessita ser integrado à equipe de saúde e não se reduzir à dispensação de medicamentos. É imperativo que o ‘fazer saúde’ desse profissional seja desviado do foco da prescrição médica e do medicamento para centrar-se no seguimento farmacoterapêutico e em ações interdisciplinares de promoção e educação em saúde. A inclusão do farmacêutico na atenção integral, coordenada, no entanto, contínua e segura permanece como desafio. Foi possível perceber que os farmacêuticos não demonstram uma compreensão plausível sobre a interdisciplinaridade como parte necessária para a implementação de um trabalho integral com a comunidade, não vislumbrando as ações que garantem o vínculo, acessibilidade e continuidade do cuidado como parte essencial de seu trabalho, não se percebendo, assim, como membros de uma equipe integrada.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Cuidado Farmacêutico.

## ABSTRACT

The pharmacist's role in Primary Health Care must be built through holistic care in a reconstructive and ontological way, overcoming the overvaluation of technical and bureaucratic know-how centered on the drug, but considering the user as having a historical and of self-knowledge, bringing this and articulating with himself and the other members of the team possibilities for extended care. This thesis aimed to understand the performance of the pharmacist in his daily praxis with a view to an integration in Primary Health Care in the Municipality of Fortaleza. The methodological strategy carried out in the present thesis was developed in the field of qualitative approach. The subjects that participated in the research were: pharmacists, other health professionals and managers. Data were collected through semi-structured interviews and a focus group. The analysis of the results was established through hermeneutics and the dialectic, originated four essential categories: Description of the performance of the pharmacist in the PHC; Identification of pharmaceutical practices in the team; The view of pharmacists related to their practices in PHC; The view of other health professionals related to PHC practices in PHC; The managers 'view regarding PHC practitioners' practices; Pharmaceutical practices in PHC: Factors that facilitate and hinder the integration of the pharmacist in the team; Perspective to integrate the pharmacist into PHC.

Primary Health Care refers to a dynamic space that needs to be integrated with the health team and not be reduced to the dispensation of medicines. It is imperative that the 'health' of this professional be diverted from the focus of the prescription and medication to focus on the pharmacotherapeutic follow-up and interdisciplinary actions of promotion and health education. The inclusion of the pharmacist in integral, coordinated, yet continuous, safe care remains a challenge. It was possible to understand that pharmacists do not demonstrate a plausible understanding of interdisciplinarity as a necessary part for the implementation of integral work with the community, not glimpsing the actions that guarantee the bond, accessibility and continuity of care as an essential part of their work, not thus perceiving themselves as members of an integrated team.

**Keywords:** Pharmaceutical Care. Primary Health Care. Pharmaceutical Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Unidades de Saúde do município de Fortaleza-CE.....	33
Quadro 2 – Descrição dos farmacêuticos participantes do estudo.....	57
Quadro 3 – Descrição dos profissionais de saúde e gestores participantes do estudo.....	57
Quadro 4 – Discursos entre os farmacêuticos sobre as facilidades e dificuldades para integrar as equipes de saúde na APS.....	77

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.....	30
Figura 2	– Mapa das Regionais de Fortaleza, 2017.....	31
Figura 3	– Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do Município de Fortaleza- CE.....	38
Figura 4	– Plano de análises: análise do material empírico.....	61
Figura 5	– Plano de análises: Classificação dos dados.....	61
Figura 6	– Análise final dos dados.....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
ACCP	Colégio Americano de Clinical Pharmacy
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CELAF	Célula de Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos Essenciais
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato de ação pública à saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
FENAFAR	Federação Nacional dos Farmacêuticos
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GT	Grupo de Trabalho
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OT	Oficina Terapêutica

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços Hospitalares
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPSUS	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PRM	Problemas Relacionados a Medicamentos
PROAICA	Programa de Atenção Integral à Criança e Adulto com Asma
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes Assistência de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria do Estado de Saúde
SERCEFOP	Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Trabalho Morto
TV	Trabalho vivo
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
URM	Uso Racional de Medicamentos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA DO OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Atenção Primária a Saúde: Conceitos.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Assistência Farmacêuticas na RAS com ênfase na APS.....</b>	<b>28</b>
<b>3.3</b>	<b>Atuação do Farmacêutico na APS: Aspectos conceituais e históricos.....</b>	<b>33</b>
<b>3.4</b>	<b>Atuação do farmacêutico em sistemas universais de saúde: Canadá e Europa.....</b>	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>54</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento da Pesquisa.....</b>	<b>54</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>56</b>
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos do estudo: população.....</b>	<b>56</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos para coleta de dados.....</b>	<b>57</b>
<b>4.4.1</b>	Descrição das técnicas e instrumentos de coleta das informações.....	57
<b>4.4.2</b>	Entrada no campo - Coleta de dados.....	58
<b>4.5</b>	<b>Plano de análise: caminhos para a compreensão.....</b>	<b>59</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>62</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>64</b>
<b>5.1</b>	<b>Abordagem Qualitativa.....</b>	<b>64</b>
<b>5.2</b>	<b>Descrição da atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>65</b>
<b>5.3</b>	<b>Identificação das práticas do farmacêutico, atuando na equipe de saúde....</b>	<b>70</b>
<b>5.3.1</b>	A visão dos farmacêuticos relacionada às suas práticas na APS.....	71
<b>5.3.2</b>	A visão dos outros profissionais de saúde, relacionadas as práticas do farmacêutico na APS.....	73
<b>5.3.3</b>	A visão dos gestores relacionadas às práticas do farmacêutico nas APS.....	75
<b>5.4</b>	<b>Práticas farmacêuticas na APS: fatores que facilitam e dificultam a integração do farmacêutico na equipe segundo a visão dos farmacêuticos, outros profissionais da saúde e gestores.....</b>	<b>77</b>
<b>5.5</b>	<b>Perspectiva para integrar o farmacêutico na APS.....</b>	<b>87</b>

<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>93</b>
<b>7</b>	<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>96</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>97</b>
	<b>APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista Individual Farmacêutico.....</b>	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista Individual: Gestores e Profissionais de Saúde.....</b>	<b>111</b>
	<b>APÊNDICE C - Roteiro do Grupo Focal.....</b>	<b>112</b>
	<b>APÊNDICE D - Termo De Consentimento Livre Esclarecido: Farmacêuticos, outros profissionais de saúde e gestores.....</b>	<b>113</b>
	<b>ANEXO A – Desenvolvimento da análise hermenêutica-dialética.....</b>	<b>116</b>
	<b>ANEXO B – Representação esquemática da confecção das categorias empíricas.....</b>	<b>117</b>
	<b>ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>118</b>

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA DO OBJETO DE ESTUDO

*“A melhor maneira de nos prepararmos para o futuro é concentrar toda a imaginação e entusiasmo na execução perfeita do trabalho de hoje” (DALE CARNEGIE).*

A proposta da tese versa sobre a atuação do farmacêutico, procurando identificar, caracterizar e compreender sobre o trabalho desse profissional que se estende no âmbito da equipe de saúde e como essa elaboração se dá na prática concreta dos farmacêuticos que atuam no contexto da Atenção Primária à Saúde.

A escolha desse tema originou-se da oportunidade em participar de um projeto de pesquisa aprovado no PPSUS/FUNCAP, intitulado *Cuidado Farmacêutico para as Redes de Atenção à Saúde no Ceará: proposta de um modelo integrado* e de estar como gestora farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. Assim, nessa prática e inserção no campo como gestora de Atenção Primária à Saúde e formação farmacêutica me despertou indagar sobre a atuação do farmacêutico na equipe de saúde e de perceber que o profissional não compreende a complexidade da APS. Esta realidade tornou-se sensível e questionável, quando emergi no terreno de prática profissional estando eu, farmacêutica, gestora na APS.

Além do espaço das instituições formadoras, minha experiência na gestão me permitiu que eu compreendesse que a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada no sistema de saúde e o local de cuidados contínuos (GIOVANELLA et. al, 2009).

Nessa realidade, já como profissional inserida na gestão da Atenção Primária à Saúde, algumas questões emergiram para reflexões em relação à formação do profissional farmacêutico e o consequente distanciamento do curso com a prática ativa na equipe multiprofissional. Tais circunstâncias me desafiava a compreender onde o farmacêutico poderia estar na ambiência da Atenção Primária a Saúde.

A ESF foi adotada como um modelo de reorientação assistencial à saúde, organizada com a implantação de equipes multiprofissionais em centros de saúde. A sustentação desse modelo acontece por meio do estabelecimento de um vínculo entre usuários e profissionais de saúde. Em sua atuação, a ESF tem como destaque a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, educação em saúde e mobilização comunitária para melhorias na qualidade de vida. O princípio da ESF é atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) de modo integral e contínuo, onde a equipe desenvolve o atendimento no centro de

saúde, nos domicílios e na comunidade (SENNA; ANDRADE 2015).

A aprovação da portaria nº 154/2008 do Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF lançou luzes sobre problemas relacionados à rotina do farmacêutico, na sua prática na APS. A atuação desse por meio da citada portaria foi garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo com a resolubilidade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, conforme estabelecem as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família, a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (SAÚDE, 2012; BRASIL, 1998; BRASIL, 2008; BRASIL, 2004). Embora tenha pontuado a prática profissional, ainda prioriza uma rotina tecnicista individual de atendimento, como a dispensação da prescrição médica e as atividades burocráticas do ciclo logístico.

Convém destacar o fato de que a revisão bibliográfica apontou uma atuação do farmacêutico com maior enfoque no objeto (medicamento) (EMMERICK, 2006). Os serviços farmacêuticos apresentam o objetivo de promover o acesso a medicamentos essenciais e seu uso racional. Ações coletivas propostas pela literatura são restritivas em produzir e distribuir materiais educativos sobre o uso correto de medicamentos ou em grupos terapêuticos e discutir riscos e o uso dos medicamentos (grupo de idosos, gestantes), além de desenvolver o seguimento farmacoterapêutico (ARAÚJO, 2008).

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do Ministério da Saúde (MS) publicou um documento onde divide os serviços farmacêuticos nas RAS em duas categorias: os técnicos gerenciais e os técnicos assistenciais (BRASIL, 2009). Essa estratégia não aproxima as políticas farmacêuticas às políticas de saúde, o que dificulta o desenvolvimento da atuação do farmacêutico em equipe, tornando o desafio ainda maior, visto que o percurso histórico da profissão foi descaracterizado como profissional da saúde e refere o farmacêutico como o profissional do medicamento (ARAÚJO et al, 2005; SILVA et al, 2013).

Com efeito, percebe-se que os documentos e as políticas farmacêuticas estabelecidas sobre a atuação do profissional na APS não conseguem ser desenvolvidas para atender práticas na gestão do cuidado com uma perspectiva da clínica ampliada.

A Clínica Ampliada, por sua vez, é compreendida pela capacidade de lidar com a singularidade, sem abrir mão da atenção às doenças, suas possibilidades de diagnóstico e intervenção (CUNHA, 2010). É uma ferramenta teórica e prática, com a finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade da saúde/doença, permitindo o enfrentamento da

fragmentação do conhecimento e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (BRASIL, 2008). Nessa perspectiva, os profissionais da ESF e do NASF enfocam o sujeito, a doença, a família e o contexto social, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas (CUNHA, 2010). Diante destes conceitos de clínica ampliada que visou uma atuação do farmacêutico na APS consolidada por meio do cuidado ao paciente e autonomia de forma prioritária e não no acesso e uso racional de medicamentos.

Nessa perspectiva, este estudo traz como perguntas norteadoras, as quais guiarão a concretude do seu caminhar, configuradas nas seguintes interrogações: Como as práticas farmacêuticas são desenvolvidas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde? Como a equipe multiprofissional percebe as práticas desenvolvidas pelos farmacêuticos? Quais são as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento das práticas dos farmacêuticos na APS? Como o profissional farmacêutico poderá se integrar à equipe na APS?

Percebe-se uma dificuldade na inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar, haja vista que a formação de políticas e documentos teve o foco no medicamento ou seguimento farmacoterapêutico que individualiza e fortalece o modelo biomédico (BRASIL 2009). A menos que se lance mão de estratégias efetivas, documentos, políticas, regulamentações, aspectos éticos e padronização de serviços farmacêuticos que na prática, tornem a integralidade um objetivo, visando a mudanças nos modelos de atenção e gestão, promovendo a produção de saúde e de subjetividades na afirmação do encontro clínico entre trabalhador de saúde e usuário, relação esta, de produção conjunta (BRASIL, 2009a).

A atuação do farmacêutico é um aspecto que deve ser compreendido e debatido em especial, quando diz respeito à identidade profissional, mesmo correndo o risco do encontro de um vazio que permeou historicamente a profissão (BOSI, 2010). Efetivamente, pois, propõe-se o resgate de um entendimento ampliado envolvendo as práticas do profissional farmacêutico na APS. Assim, a apreensão do conhecimento das políticas públicas e a sua inserção nas práticas e estratégias convergem para alguns pontos estratégicos onde o farmacêutico poderá se inserir, de maneira a contribuir para a melhoria da produção de trabalho da equipe. Entre esses pontos, têm destaque gestão, educação em saúde na comunidade, processos de educação permanente com a equipe e assistência em áreas afins, e que podem estar precarizadas no atendimento.

Esperamos propor, ante as concepções dos farmacêuticos, de outros profissionais de saúde e gestores, além das políticas e diretrizes do SUS e da Política Nacional da Atenção

Básica - PNAB, desafiar a categoria farmacêutica e a gestão para a formulação de uma nova proposição, visando uma atuação padronizada na APS, com processos de trabalho focado no paciente e integrados à equipe de saúde e na saúde coletiva.

Esta tese foi construída de modo a esclarecer o objeto do estudo com vistas na sistematização de conceitos que tornem o seu conteúdo explícito e esclarecedor. Nesse sentido, foi introduzida por conceitos definidores da assistência farmacêutica e necessidade do farmacêutico na APS englobando as diretrizes e importância das políticas públicas para a consolidação das práticas integradas. Foram situadas a motivação, a relevância social, a importância e o direcionamento do estudo com a delimitação do objeto da pesquisa do que nos propomos alcançar. Em seguida, são descritos os objetivos da tese, os quais buscam conduzir à compreensão, apreensão e identificação das propostas estabelecidas.

Na etapa seguinte, demandamos nos apropriar do tema por meio do seu aprofundamento. Para tanto, foi necessária a imersão em conteúdos pertinentes, tais como periódicos, artigos, teses e documentos, no intuito de aprofundar o conhecimento e fazer deste o aliado para o esclarecimento e consolidação de novos saberes. O fruto desse debruçar sobre a pesquisa foi a elaboração da fundamentação teórica, a qual, desenhada à luz da literatura, foi subdividida nos tópicos à frente, com vistas a organizar e sistematizar o entendimento do assunto e facilitar a posterior discussão do tema. São eles:

- Atenção Primária a Saúde: Conceitos
- Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde
- Atuação do farmacêutico na APS: Aspectos conceituais e históricos
- Atuação do farmacêutico em sistemas universais de saúde: Canadá e Europa

No decorrer da tese seguimos descrevendo minuciosamente a maneira pela qual o objetivo foi alcançado e, analogamente, com as fases de uma elaboração para que o produto fosse alcançado. Nessa perspectiva, a metodologia organizou-se na abordagem qualitativa.

A seguir foi organizado os resultados e discussões, alcançados pela coleta dos dados descritos na metodologia. Na Abordagem Qualitativa o estudo realizou as análises das categorias empíricas com base nos princípios conceituais discutidos na fundamentação teórica que também permitiu realizar a discussão, em que foi possível estabelecer um diálogo harmonioso entre o que foi visto no campo, a partir dos discursos dos participantes, com o que é referido na literatura. Desde então, foi possível destrinchar e discutir de maneira eficaz sobre o tema da tese, consolidando, assim, o pressuposto. Os processos discursivos se tornaram acessíveis ao entendimento por meio da criação de categorias advindas dos núcleos de sentido captadas pelas falas dos participantes, conforme está na sequência: Descrição da

atuação do farmacêutico na Atenção Primária; Identificação das práticas farmacêuticas na equipe; A visão dos farmacêuticos, dos outros profissionais de saúde e a visão dos gestores; Práticas farmacêuticas na APS: Fatores que facilitam e dificultam a integração do farmacêutico, profissionais de saúde e gestores e perspectiva para integrar o farmacêutico na APS.

O desfecho da tese se dá pela consolidação do discurso sobre atuação do farmacêutico e a importância de uma prática integrativa junto à equipe de saúde para a consolidação do papel desse profissional na APS. Tal conceituação é relatada nas considerações finais e recomendações desta tese.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a atuação do farmacêutico em sua prática cotidiana com vistas a uma integração na Atenção Primária à Saúde no Município de Fortaleza.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever as rotinas e ações do farmacêutico que atuam na Atenção Primária à Saúde.
- Compreender como o papel do farmacêutico é percebido pelos profissionais de saúde e gestores.
- Compreender as facilidades e as dificuldades para a atuação do farmacêutico na assistência farmacêutica inserido na Atenção Primária à Saúde.
- Identificar as perspectivas para o farmacêutico atuar de forma integrada na APS.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*“O prazer no trabalho aperfeiçoa a obra”*

(ARISTÓTELES)

A fundamentação teórica constituiu-se em quatro pilares. O primeiro se refere: Atenção Primária à Saúde: Conceitos; O segundo pilar refere-se à atuação do farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde: Da Assistência à atuação do farmacêutico. Neste tópico discutiremos sobre os conceitos no campo científico atribuídos à prática farmacêutica, especificamente na Atenção Primária à Saúde. No último pilar, dialogamos sobre a atuação do farmacêutico em sistemas de saúde: Canadá e Europa.

Essas fases são fundamentais desde o ponto de vista prático e científico e colaboram para uma reflexão mais ampla sobre as práticas de atuação do farmacêutico, desafiando a compreensão (ou até mesmo reconhecimento) do seu papel no âmbito das redes de atenção. Somada a isso, está a proposta da criação de apontar perspectivas para a efetiva atuação do farmacêutico no contexto de um cuidado com foco no paciente, o que possibilita a conquista de uma identidade profissional mais ampla e integrada à equipe de saúde.

Conhecer as características da população e os determinantes do processo saúde-doença é fundamental para iniciar uma relação entre a equipe de saúde e a comunidade. Para que isso aconteça, é preciso que os profissionais estejam próximos da população, de modo que aconteça a troca de informações sobre a saúde individual e familiar (SENNA; ANDRADE 2015).

#### 3.1 Atenção Primária à Saúde: Conceitos

Nesta tese assumimos a definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) que foi proposta na conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a Declaração dessa conferência, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo, assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um contínuo de atenção (OMS, 1978).

A Organização Mundial de Saúde – OMS defende a Atenção Primária à Saúde como a proposta de garantir melhor assistência à saúde baseada em cuidados primários desde 1978. Assim, quando adotou ser essencial a abordagem para a meta de “Saúde para

Todos”, foi estabelecido, pela OMS, o consenso mundial, onde podem ser observados elementos para construção da APS, entre eles: integração de serviços locais no sistema nacional, participação, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social. Assim, as hipóteses da formulação da APS se desenvolveram mundialmente em torno de dois polos, expressando respostas à necessidade de ordem econômica, política e social, mas também demandas oriundas dos movimentos sociais e setoriais (CONILL, 2008; BRASIL, 1978).

No contexto internacional a Atenção Primária à Saúde, Canadá (Quebec) aderiu, inicialmente, a princípios de cobertura universal, uma rede de porta de entrada do sistema hierarquizado e regionalizado, privilegiando a integralidade da atenção e uma dimensão familiar e comunitária dos cuidados. Diante de fatores econômicos, a atenção primária mudou para uma *performance* menos intersetorial e participativa, visando reduzir custos, racionalizar ofertas e facilitar o acesso e a coordenação dos cuidados (CONILL, 2008).

Na Europa (Inglaterra), foi organizado um sistema descentralizado e pluralista, sob controle Municipal, organizado de maneira centralizada, com três partes independentes: hospitais, serviços locais de saúde pública e serviços locais de assistência médica, odontológica, farmacêutica e de optometria. Anos depois, em 1974, foram instituídas autoridades regionais em gestão distrital, que com as mudanças de governos, avançou em uma maior integração de serviços, na tentativa de garantir e facilitar o acesso com a busca de maior integração entre os serviços, atribuindo o destaque para o papel na atenção primária (CONNIL, 2008).

Em 1990, o Observatório Europeu de Sistemas analisou reformas orientadas pela Atenção Primária à Saúde em países da União Europeia. Assim, a Atenção Primária assumiu a responsabilidade dos cuidados, transferida dos hospitais, havendo uma variedade nas habilidades de organizar e prestar serviços (CONNIL, 2008). As funções da atenção primária adotadas pelo observatório coincidem com os atributos sugeridos por Starfield (2005) para avaliar essas práticas - Primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade. Tais diretrizes passaram a ser incorporadas, mais tarde, pelas políticas públicas no Brasil (ASSIS, 2010).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo prioritário para a implementação das políticas públicas e direciona para as conquistas sociais necessárias para o alcance da qualidade de vida (DEMARZO, 2011).

A APS se orienta como uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, que se define como a porta de entrada desse sistema ou o primeiro nível de

atenção, sendo essencial para a mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde, baseados em processos de trabalho horizontalizado com vistas na longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No entanto, a Atenção Primária é implementada de acordo com o modelo de saúde em cada país. No Brasil, o modelo de saúde na APS é praticado por meio da estratégia da saúde da família. Fundamenta-se em três pilares - rede, regionalização e hierarquização que operam com uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2010). O Ministério da Saúde em 1994, adotou um desenho para a composição de uma equipe na lógica da saúde da família: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos ou auxiliares de enfermagem, odontologia e os agentes comunitários de saúde. Estas equipes de saúde possuem competências para sua atuação na APS - atenção integral, integrada e contínua, promoção da saúde, prevenção de doenças, e atendem às necessidades de saúde das pessoas com base em evidências, e utilizando os recursos disponíveis, segundo critérios de eficiência, efetividade e igualdade (BRASIL, 2006).

Em 2018, foram lançados estudos com diferentes experiências no Brasil, Cuba, Chile, Ghana, Argentina, Costa Rica e outros países que buscam fortalecer o desempenho de seu sistema de atenção primária à saúde (APS) por meio de caminhos de melhoria. Esses estudos de caso concentram-se em descrever como os países abordaram aspectos específicos da prestação de serviços, desde o fortalecimento do acesso financeiro ao engajamento das comunidades, até a prestação de cuidados de alta qualidade centrados na pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O exemplo de conquistas no Brasil, revelado neste estudo recente foi que desde meados da década de 1980, o Brasil converteu a estrutura de sua força de trabalho em um modelo baseado em equipe, no qual as equipes de saúde da família são compostas por um médico, um enfermeiro e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACSs promovem a promoção da saúde, prevenção, educação, triagem e coleta de dados, muitas vezes nas comunidades em que vivem, permitindo a formação de fortes relacionamentos com os membros da comunidade. Os médicos e enfermeiros coordenam-se com os ACS e uns com os outros para fornecer cuidados coerentes e coesos. O programa tem se mostrado bem-sucedido e econômico, melhorando a acessibilidade, a abrangência, a continuidade dos cuidados e os resultados de saúde para os pacientes, além de reduzir as disparidades de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A conquista desse novo modelo ascendeu às práticas com vistas à promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação. Como resultado do modelo da APS observou-se

melhoria de vários indicadores de saúde, fluxo dos usuários dentro do sistema mais qualificado, acompanhamento mais efetivo de condições crônicas, cuidado ampliado para uma equipe multiprofissional, valorização de práticas preventivas, melhoria do acesso aos serviços (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Assim, foram surgindo propostas no campo da saúde e dos serviços, alertando sobre a importância da subjetividade dos usuários e dos coletivos de trabalho. O surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), ante a experiência das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o despertar da necessidade de incentivo financeiro para as equipes no reordenamento da atenção básica que, em 1994, teve o documento ministerial redefinindo o Programa Saúde da Família em uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, com caráter substitutivo das práticas convencionais (FERNANDES, 2011; GIL 2006).

As diretrizes para atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que comportam as ESF embasam-se nas delimitações territoriais, ou seja, por áreas adstritas, mediante seu reconhecimento e mapeamento reabilitados a direcionar ações de saúde pautadas no risco familiar, com o objetivo de ampliar a integralidade e a continuidade do cuidado. Neste processo, a família surge como unidade de cuidado, cooperando na aproximação entre cliente e profissional (NAKATA et al., 2013).

Com efeito, a Atenção Básica (AB) se caracteriza por um conjunto de ações individuais e/ou coletivas que englobam a promoção, proteção e prevenção, diagnóstico, terapêutica, reabilitação e manutenção da saúde. Age como alicerce do sistema e ordenadora do cuidado, além de que deve ser o contato prioritário dos usuários (porta de entrada).

A APS se expande por intermédio de práticas sanitárias e gerenciais interativas e democráticas, por via de trabalhos multiprofissionais dirigidas aos clientes daquele território adstrito, pelos quais os profissionais assumem a chamada “responsabilidade sanitária”. Todos os participantes do processo de saúde devem ser orientados pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, responsabilização, humanização, acessibilidade, vínculo e continuidade, coordenação do cuidado e participação social (BRASIL, 2006).

O novo conceito ampliado de saúde insere-se no papel da APS que, ao conhecer as características da população e os determinantes do processo saúde-doença, constitui o passo primordial para estabelecer uma relação de confiança entre a equipe e comunidade, no objetivo de instituir ações de promoção e proteção da saúde. Para tanto, é imprescindível que os profissionais estejam próximos à população, de modo que favoreça a permuta de informações sobre a saúde individual e familiar. A informação é um instrumento útil na

administração e no gerenciamento das Unidades de Saúde, e constitui fonte rica para elucidação de prioridades, realização do diagnóstico de saúde da área de abrangência, a programação local, a organização do trabalho, a avaliação de ações em saúde e o norteamto do planejamento (SENNÁ et al., 2015).

A Atenção Básica é definida como o somatório de serviços e ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde em âmbito individual e coletivo, tendo em vista a intervenção sobre doenças e agravos que refletem na condição de saúde de uma população. A sistematização destes serviços é determinada pela Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.488/2011, que prevê normas e diretrizes que regem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), consolidados como modelos organizacionais da Atenção Básica (PNAB, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) resulta da experiência por conjunto de agentes envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores dos quatro esferas de governo (BRASIL, 2012).

A PNAB é um instrumento legal que descreve os princípios e diretrizes na atenção primária, as funções da rede de Atenção à Saúde, as competências das esferas do governo e os processos de trabalhos dos membros das equipes da atenção básica, bem como as atribuições comuns dos profissionais (BRASIL, 2012).

Tal instrumento legal descreve os seguintes processos de trabalhos das equipes de Atenção Primária: a definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das equipes; programação e implementação das atividades de atenção à saúde, o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado, acolhimento, controle social, atendimentos em domicílio e em locais do território e ações educativas. Esses processos de trabalho são pautados na valorização da autonomia e protagonismo dos variados sujeitos implicados na produção de saúde, no compromisso com a ambiência, com as condições de trabalho e cuidado (BRASIL, 2012).

A PNAB descreve, detalhadamente, a atribuição específica de cada membro da equipe de saúde: enfermeiro, auxiliar e técnico de Enfermagem, médico, cirurgião-dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde. Essas atribuições foram um avanço na constituição do SUS, nos atendimentos da equipe multidisciplinar, de modo horizontal, rompendo com um sistema verticalizado (BRASIL, 2012; PNAB, 2011).

A PNAB reafirma que a APS desempenha um papel crucial na constituição do sistema de saúde brasileiro em virtude de sua capacidade de intervir em indicadores de saúde

e de regular a utilização de serviços de variada densidade tecnológica. Para que o desempenho de suas funções, entretanto, seja adequado é fundamental que a Atenção Básica seja considerada a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, de modo que benefícios à saúde da população possam ser alcançados (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica, considerada hoje sinônima da Atenção Primária em Saúde (APS), é alicerçada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo universalidade, integralidade e equidade a toda a população, por meio do desempenho de medidas que promovam a saúde não somente em seu âmbito curativo, mas também preventivo. Assim, a Atenção Básica considera a saúde em sua perspectiva ampliada, como um estado de plenitude física, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças (FERREIRA; DIAS; FRANCISCON *et al*, 2014)

Então, é notório o fato de que os modelos buscam o mesmo objetivo final, a viabilidade da prestação de cuidado integral, mas assumem uma posição financeira diferente. Na Inglaterra e no Canadá, a prestação de cuidados ocorre por sistema de coparticipação. No Brasil, a organização do sistema de saúde foi idealizada totalmente gratuita, por meio do PSF (FERNANDES, 2011).

A ESF demonstrou avanços na prevenção, na consciência sanitária e na realização de visitas domiciliares. Porém, os avanços, no entanto, foram prejudicados pelo dimensionamento inadequado entre equipe e população. As dificuldades quanto ao acesso coincidiam com a percepção das famílias, para as quais a principal diferença decorria da atuação do agente comunitário. Com o aumento das proporções populacionais, a sobrecarga das equipes evoluía no problema, necessitando, assim, de ajuste para avançar em um sistema mais integrado (GIL, 2006; FERNANDES 2011).

O desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de saúde está bem elucidado por meio de instrumento legal para o qual o desenvolvimento dos trabalhos é estabelecido por meio de competências para os diversos níveis do processo decisório e de atenção. As competências englobam uma combinação integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes que levam a um desempenho no trabalho (MACHADO, 2007). Entre as competências para as boas práticas nas equipes de saúde foram estabelecidas a comunicação, a informação, a crítica e o tratamento humanista, com a devida competência.

A comunicação é considerada a principal ferramenta no trabalho dos integrantes da equipe, tanto para o relacionamento entre as pessoas como para interagir com a comunidade. A comunicação eficaz é essencial para a prestação de serviços de saúde de alta qualidade uma vez que melhora a satisfação do indivíduo, a compreensão, aderência ao

tratamento, resolução de conflitos entre as equipes e os resultados gerais da assistência de saúde prestada. Já informação de saúde responde à necessidade de estabelecer um sistema de avaliação do estado de saúde da população e das atividades de promoção, prevenção e assistência e saúde. A utilidade da informação é necessária para: assistência médica individual e populacional, planejamento, administração de centros de qualidade, formação profissional, pesquisa e requisitos legais. Enquanto que a competência crítica proporciona o conhecimento técnico especializado, aptidões e habilidades, necessários para o desempenho dos processos de trabalho. A competência humanista se refere aos valores éticos desenvolvidos pelo profissional para uso e aplicação dos conhecimentos adquiridos (SILVA, 2013).

Em 2008, por meio da Portaria nº 154, foram criados pelo Ministério da Saúde os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, com o intuito de fortalecer a Estratégia Saúde da Família, a fim de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. O NASF foi constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimentos, no intuito de atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família- ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando integradamente à rede de serviços (BRASIL, 2008).

Entre os grupos de profissionais que deve compor a equipe do NASF, está o farmacêutico. A proposta de atuação desse profissional no NASF, na APS, é de realizar intervenções (individuais e coletivas) para a orientação ao uso correto dos medicamentos, prevenção e ao tratamento da dependência química, utilização de plantas medicinais e dispensação de medicamentos. Em 2010, foi publicado o documento “Diretrizes do NASF”, abordando o processo do trabalho do NASF e aspectos operacionais, por áreas estratégicas. Assim, a atuação do farmacêutico foi desenvolvida de modo a apoiar a Estratégia Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, mediante troca de saberes entre os profissionais envolvidos no cuidado. Nesse contexto, o trabalho do farmacêutico a ser constituído ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, visando ao medicamento como insumo essencial por meio da garantia do acesso e uso racional (BRASIL, 2010).

Em 2001, a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica que atualizou conceitos da PNAB reconhece um conjunto maior de modelagens de equipes atuando junto aos NASF, especificamente o farmacêutico, em que a atuação das equipes deveria avançar para uma visão integral do sujeito e em seu contexto familiar, comunitário, e não apenas no medicamento, mas, também construir vínculos entre o profissional e o usuário e constar na agenda do profissional farmacêutico: reuniões de equipes de Saúde da Família,

gestão de farmácias, atendimento familiar e\ou individual, e educação permanente (BRASIL, 2010).

Para o farmacêutico atuar nessa nova lógica de trabalho, condizente com um modelo assistencial voltado à saúde, centrado no paciente e avançado para uma clínica ampliada, se faz necessário ressignificar o seu trabalho (BOSI, 2010; GOMES 2010).

Essa ressignificação, na perspectiva de Rodrigues e Araújo (2011), exige uma mudança na finalidade do processo, passando da cura à produção do cuidado, com o foco na autonomia do sujeito, orientada pela integralidade relativamente à fragmentação os processos de trabalho, e tendo como ferramenta a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe e a humanização, e, assim, avançando numa atuação voltada para a clínica ampliada (BARROSO, 2010).

Nesse sentido, o farmacêutico, inserido em uma equipe de saúde multiprofissional e com seu papel definido dentro de um processo de trabalho horizontalizado com vistas à implementação de ações que promovam a saúde da comunidade, consolida a sua atuação como defensor do modelo de Atenção Primária. Além disso, efetiva suas práticas dentro da clínica ampliada a qual busca a materialização para a promoção da efetividade das ações do farmacêutico.

A experiência norte-americana mostra a participação desse profissional dentro da equipe de saúde, materialização da Atenção Primária a Saúde, esteve associada à diminuição da taxa de mortalidade, tempo de internação e retorno ao serviço de emergência, bem como à melhoria da relação hospitalização/readmissão. Observou-se, ainda, melhoria da segurança do paciente avaliando-se a incidência de eventos adversos, reações adversas e erros de medicação (CHISHOLM-BURNS et al., 2010). No entanto, no Brasil não temos, ainda, a participação do farmacêutico dentro da equipe de saúde da família. A nossa experiência na APS, ainda tímida, veio por meio dos NASF com ações ainda não integradas a equipe de saúde.

Assim, é urgente que a profissão farmacêutica avance dentro da lógica de processos de trabalho ampliado e integrado com a equipe multiprofissional se materializando como protagonista, indutor e qualificador de ações que são condizentes com a lógica do modelo da Atenção Primária no que diz respeito ao primeiro contato com o usuário, práticas educativas com vistas à prevenção, articulação e gestão do cuidado, longitudinalidade e acesso efetivo (BRASIL, 2017).

### **3.2 Assistência Farmacêuticas na RAS com ênfase na APS**

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de variadas densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas técnico, logístico e da gestão, buscam assegurar a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, bem como eficiência econômica (BRASIL, 2010).

As RAS caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (MENDES, 2011).

No sentido de entender melhor o fundamento das RAS, é preciso compreender a APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e com base no qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) como normatização vigente do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem uma estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades da população, formando-se de arranjos organizativos de ações e serviços tecnológicos, e missões assistenciais, articulados de modo complementar com base no território. Uma das atribuições das redes é a Atenção Básica, estruturada como porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integralizando e coordenando o cuidado, atendendo as necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

Os elementos que compõem as RAS são: uma população adscrito à rede de atenção à saúde; uma estrutura operacional; os componentes da rede de atenção à saúde e um modelo lógico - o modelo de atenção à saúde. Para cada rede temática, devem ser estabelecidas as competências as responsabilidades do nível de atenção a serem descritas em uma linha guia específica para cada rede.

Na estruturação das RAS é necessário garantir a organização:

- 1) Dos níveis de atenção (primário, secundário, terciário);
- 2) Dos sistemas logísticos (prontuário eletrônico, cartão de identificação do usuário, sistema regulado, transporte sanitário);
- 3) Sistemas de apoio (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, sistemas de informação à saúde).

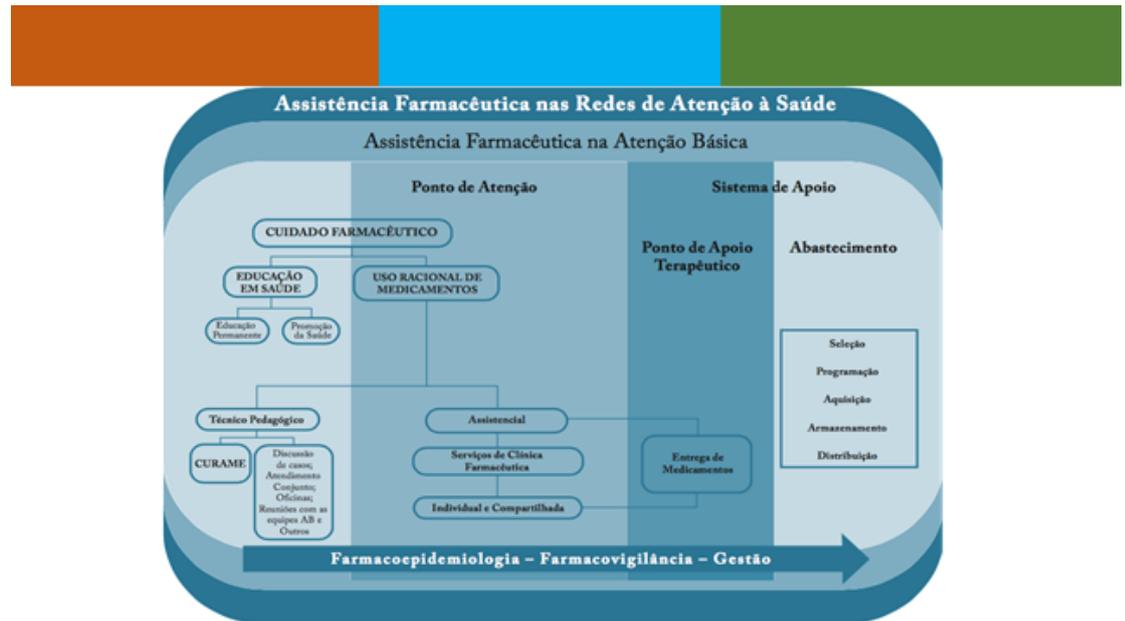
A Assistência Farmacêutica nas redes de atenção a saúde é estratégica para o sistema de saúde por promover o acesso, o uso racional por meio de ações voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde (ALENCAR, 2011).

No SUS, a Assistência Farmacêutica constitui um conjunto de serviço disseminado em toda a rede por meio de ações que priorizam o cuidado que visam garantir a integralidade, muito embora ainda, o modelo vigente prioriza a disponibilidade do medicamento não atendendo os princípios das RAS em sua totalidade (LINHARES, 2014).

No entanto, o Ministério da Saúde por meio do departamento da Assistência Farmacêutica (DAF\MS) está desenvolvendo a proposta de integração da assistência farmacêutica nas redes pensadas no serviço farmacêutico organizados nos três componentes: Sistemas de apoio; Pontos de atenção; Pontos de apoio terapêutico; Sistemas de governança.

Os serviços de apoio caracterizam pela seleção, programação, aquisição e distribuição integradas ao serviço Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica-HORUS. O ponto de atenção é responsável pelos serviços clínicos farmacêuticos, fortalecimento das atividades de farmacovigilância e farmacoepidemiologia. Os pontos de apoio terapêutico priorizam as ações do tele saúde e o sistema de governança contribui para avaliar toda a rede de atenção à saúde por meio de indicadores da assistência farmacêutica, monitoramento e avaliação e qualificação da gestão da assistência farmacêutica (BRASIL, 2018)

**Figura 1** – Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: Autoria própria

O Estado do Ceará é formado por quatro Macrorregiões de Saúde: Fortaleza, Sobral, Cariri e Sertão Central. A Macrorregião de Fortaleza engloba nove regiões representadas por Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca, Aracati, Russas, Limoeiro do Norte e Cascavel. Os serviços oferecidos pela rede dessa macrorregião é responsável pela cobertura de aproximadamente cinco milhões de pessoas (CEARÁ, 2018)

Ante o exposto, e seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde de Fortaleza divide o Município em sete regiões administrativas, chamadas de Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) que correspondem aos distritos de saúde.

A Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (SERCEFOP) passou de Secretaria Extraordinária para Executiva no dia 28 de dezembro de 2007. Desde então, presta serviços de execução, gerenciamento e assessoria de políticas públicas na área central, desenvolvimento de estudos socioeconômicos e elaboração de projetos técnicos para as secretarias temáticas e os demais órgãos públicos municipais. Dentre as responsabilidades administrativas da SERCEFOP estão: promover a análise crítica das ações propostas, em execução na área central, visando a aperfeiçoar sua implementação e resultados; desenvolver iniciativas voltadas a qualificar o atendimento ao público; promover estudos e ações que visem à revitalização do patrimônio histórico; e executar todas as atividades afins determinadas pela Prefeitura Municipal de Fortaleza. Esta “regional” abrange a área de 5.6255 km<sup>2</sup> que se delimita: ao norte, pelas avenidas Historiador Raimundo Girão, Almirante Barroso e Pessoa Anta, ruas Adolfo Caminha e Santa Terezinha, e avenida Presidente Castelo

Branco (Leste-Oeste); ao leste, pela rua João Cordeiro; ao oeste, pelas avenidas Filomeno Gomes e Padre Ibiapina; e ao Sul, pela Avenida Domingos Olímpio e início da avenida Antônio Sales (FORTALEZA, 2013).

**Figura 2** – Mapa das Regionais de Fortaleza, 2017.



Fonte: IPECE.

A Secretaria Regional I (SER I) localiza-se no extremo oeste da cidade e abrange 15 bairros: Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Barra do Ceará, Floresta, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Ellery, São Gerardo, Monte Castelo, Carlito Pamplona, Pirambu, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil. Nesta região, moram cerca de 360 mil habitantes. Historicamente, foi nessa área onde se iniciou a formação da Capital (FORTALEZA, 2013).

A Secretaria Executiva Regional (SER) II é formada por 20 bairros, onde moram 325.058 pessoas. Sua área abrange a Aldeota, Cais do Porto, Cidade 2000, Cocó, De Lourdes, Dionísio Torres, Engenheiro Luciano Calvalcante, Guararapes, Joaquim Távora, Manuel Dias Branco, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I e II, Salinas, São João do Tauape, Varjota, Vicente Pinzon (FORTALEZA, 2013).

A Secretaria Executiva Regional (SER) III conta com a população de 378.000

habitantes, distribuídos em seus 17 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha (FORTALEZA, 2013).

A Secretaria Regional IV foi inaugurada em 25 de abril de 1997. Com área territorial de 34.272 km<sup>2</sup>, abrange 19 bairros: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população se aproxima de 305 mil habitantes. O bairro mais populoso é Parangaba, com cerca de 32.840 mil habitantes; e o menos populoso é o Dendê, com apenas 2.480. A Regional IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. A rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança. A Regional possui ainda a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês.

A Secretaria Regional V (SER V) envolve uma população de 570 mil habitantes nos 18 bairros que a constituem: Conjunto Ceará, Siqueira, Mondubim, Conjunto José Walter, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Genibaú, Canindezinho, Vila Manoel Sátiro, Parque São José, Parque Santa Rosa, Maraponga, Jardim Cearense, Conjunto Esperança, Presidente Vargas, Planalto Ayrton Senna e Novo Mondubim (FORTALEZA, 2013).

Com população estimada em 600 mil habitantes, a Secretaria Executiva Regional (SER) VI atende diretamente aos moradores de 29 bairros, correspondentes a 42% do território de Fortaleza: Aerolândia, Ancuri, Alto da Balança, Barroso, Boa Vista (unificação do Castelão com Mata Galinha), Cambeba, Cajazeiras, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Conjunto Palmeiras (parte do Jangurussu), Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (antigo Alagadiço Novo), Messejana, Parque Dois Irmãos, Passaré, Paupina, Parque Manibura, Parque Iracema, Parque Santa Maria (parte do Ancuri), Pedras, Lagoa Redonda, Sabiaguaba, São Bento (parte do Paupina) e Sapiranga (FORTALEZA, 2013).

A rede de serviços de saúde do Município de Fortaleza forma-se por intermédio do vínculo com várias instituições, aquelas de natureza filantrópica, conveniadas ao Sistema Único de Saúde – SUS, públicas e privadas. Diversas instituições e vínculos constituem o Sistema de Saúde Municipal, cujo Modelo Assistencial da Regionalização da Saúde se dá pelo processo de implementação dos Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde (COAP).

(FORTALEZA, 2017).

**Quadro 1 – Unidades de Saúde do município de Fortaleza-CE**

<b>REGIONAIS</b>	<b>UNIDADES DE SAÚDE</b>
<b>Regional I</b>	Postos de Saúde - Regional I - Rua Alberto Oliveira JARDIM IRACEMA 60330-530
	Postos de Saúde - Regional I Rua Jacinto Matos , 944, JACARECANGA 60310-210
	Postos de Saúde - Regional I Avenida Francisco Sá , 6449, BARRA DO CEARÁ 60330-875
	Postos de Saúde - Regional I Avenida Castelo Branco, 4707, BARRA DO CEARÁ 60312-060
	Postos de Saúde - Regional I Rua Rio Tocantins , ,JARDIM GUANABARA 60340-110
	Postos de Saúde - Regional I Rua Ten José Barreira , 251, ÁLVARO WEYNE 60336-050
	Postos de Saúde - Regional I Rua Gal Costa Matos, 6, PIRAMBÚ 60310-690
	Postos de Saúde - Regional I Av. I, 982, VILA VELHA 60348-140
	Postos de Saúde - Regional I Rua Vila Velha, 101, BARRA DO CEARÁ 60331-291
	Postos de Saúde - Regional I Av. K , VILA VELHA 60348-530
<b>Regional I</b>	Postos de Saúde - Regional I Rua Saudade, 364, MOURA BRASIL 60010-200
	Postos de Saúde - Regional I Rua Bernardo Porto, 497, MONTE CASTELO 60320-570
	Postos de Saúde - Regional I Rua Profeta Isaiás, 456, PIRAMBÚ 60333-765
	Postos de Saúde - Regional I Rua Creuza Rocha , JARDIM GUANABARA 60346-352
	Postos de Saúde - Regional I Av. Mons. Hélio Campos, CRISTO REDENTOR 60336-800
<b>Regional II</b>	Postos de Saúde - Regional II Rua Trajano de Medeiros, 813, VICENTE PINZON 60132-080
	Postos de Saúde - Regional II Rua Jaime Leonel , 228, ENGENHEIRO LUCIANO CAVALCANTE 60811-320
	Postos de Saúde - Regional II Rua Henrique Firmesa, 82, CAIS DO PORTO 60182-025
	Postos de Saúde - Regional II Av. Abolição , 416, MUCURIBE 60165-080
	Postos de Saúde - Regional II Rua José Cláudio Costa Lima, 100, CAÇA E PESCA 60182-530
	Postos de Saúde - Regional II Rua Frei Vidal, 1821, SÃO JOÃO DO TUAPE 60120-100

	<b>Postos de Saúde - Regional II</b> Rua Cel. Jucá, 1636, ALDEOTA 60135-400
	<b>Postos de Saúde - Regional II</b> Rua Esperantina, , VICENTE PINZON 60180680
	<b>Postos de Saúde - Regional II</b> Rua 25 de março, 607, CENTRO 60060-120
	<b>Postos de Saúde - Regional II</b> Rua Belizário Távora , SÃO JOÃO DO TAUAPE 60130-830
	<b>Postos de Saúde - Regional II</b> Rua Alameda das Graviolas , 195, CIDADE 2000 60190-600
	<b>Postos de Saúde - Regional II</b> Rua Josias Paula de Souza, , VICENTE PINZON 60184-110
<b>Regional III</b>	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Delmiro de Farias, 1679, RODOLFO TEÓFILO 60430-170
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Cel. Matos Dourado, PICI 60511-745
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Bonward Bezerra, 100, PADRE ANDRADE 60356-490
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Tomás Cavalcante , 545, AUTRAN NUNES 60526-550
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Maceió, 1354, HENRIQUE JORGE 60525540
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Paraguai, 351, BELA VISTA 60442-242
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Tenente Lira, 41, QUINTINO CUNHA 60352-490
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Gal. João Couto, 470, QUINTINO CUNHA 60351-000
<b>Regional III</b>	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Hugo Victor, 51, ANTÔNIO BEZERRA 60360-820
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Virgílio Brígido,PRESIDENTE KENNEDY 60355-050
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Júlio Braga , 1331, JOÃO XXIII 60520-130
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua 06, QUINTINO CUNHA 60352-150
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Maria Quintela , 935, BOM SUCESSO 60520-790
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Araça , 440, BOM SUCESSO 60541-705
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Perdigão Sampaio, 820, ANTÔNIO BEZERRA 60527-450
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Prof. João Bosco, 213, PARQUE ARAXÁ 60430-690
	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Des. Luis Paulino, 109, HENRIQUE JORGE 60510-160

	<b>Postos de Saúde - Regional III</b> Rua Silveira Filho, 903, JÓQUEI CLUBE 60520-050
<b>Regional IV</b>	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Trav. Goiás, DEMÓCRITO ROCHA 60440-085
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> rua Betel, 1895, DENDÊ 60714-612
<b>Regional IV</b>	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Av. dos Eucaliptos, , DENDÊ 60714-660
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Rua Irmã Bazet, 153, DAMAS 60420-670
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Rua Monsenhor Agostinho, 506, VILA PERY 60730-182
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Rua Guarã, ITAOCA 60740-140
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Rua Benjamin Franklin, 735, SERRINHA 60741-090
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Rua Mal. Deodoro, 1501, BENFICA 60020-060
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Rua Elcias Lopes, 517, MONTESE 60421-100
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Rua Rio Grande do Sul, PAN AMERICANO 60440-131
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Rua Caio Prado, PARANGABA 60740-020
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Av. Borges de Melo, 910, FÁTIMA 60415-762
	<b>Postos de Saúde - Regional IV</b> Rua Gonçalves Souto, 420, VILA UNIÃO 60411-050
	<b>Regional V</b>
<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Avenida H, 2191, GRANJA LISBOA 60533-667	
<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Teodoro de Castro, , GRANJA PORTUGAL 60541-195	
<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua 106, 345, CONJUNTO ESPERANÇA 60763-550	
<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Gerardo Barbosa, 3230, GRANJA LISBOA 60540-345	
<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Juvêncio Sales, ARACAPÉ 60764-600	
<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Av. Senador Fernandes Tavora , 3161, GENIBAÚ 60534-281	
<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Alfredo Mamede, 250, MONDUBIM 60763-806	
<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Av. José de Araujo Lima, 1631, PREFEITO JOSÉ VALTER 60750-015	
<b>Regional V</b>	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Duas Nações , 461, GRANJA PORTUGAL 60545-241
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Delta, 365, MANOEL SÁTIRO 60713-440
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Travessa São José , 940, MONDUBIM 60760-000

	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Av. A, 1ª Etapa CONJUNTO CEARÁ I 60533-591
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Des. Frota, PARQUE SÃO JOSÉ 60730-270
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Gastão Justa , 215, MARAPONGA 60712120
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua 541 E, CONJUNTO CEARÁ I 60531-450
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Itatiaia, 889, CANINDEZINHO 60731-455
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Av. I, GENIBAÚ 60533-671
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Eng. Luis Montenegro, 485, SIQUEIRA 60732-548
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua João Areas , 1296, MANOEL SÁTIRO 60713-410
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Antônio Pereira , 1495, PLANALTO AYRTON SENNA 60760-525
	<b>Postos de Saúde - Regional V</b> Rua Geraldo Barbosa, 1095, BOM JARDIM 60543-335
<b>Regional VI</b>	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua 03, 88, DIAS MACÊDO 60860-490
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua José Nogueira , 180, PEDRAS 60874-670
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Alexandre Vieira , MESSEJANA 60871-750
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Av. Des. Faustino Albuquerque, 486, JARDIM DAS OLIVEIRAS 60821-440
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Reino Unido, 115, JARDIM DAS OLIVEIRAS 60820-140
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Edésio Monteiro, 1450, ANCURI 60874-110
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Iracema , 1110, MESSEJANA 60720-020
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Av. Floriano Benevides , 391, EDSON QUEIROZ 60811-690
<b>Regional VI</b>	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua 315, 80, CONJUNTO PALMEIRAS 60811-690
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Av. Evilásio Miranda, , SAPIRANGA 60833-760
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Av. Chiquinha Gonzaga, JANGURUSSU 60877-420
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua José Teixeira Costa, 643, PAUPINA 60872-502
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Iracema, 1516, CONJUNTO PALMEIRAS 60870-020
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua 05, BARROSO 60330-812
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua 5, 71, JANGURUSSU 60868-785
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Nelson Coelho, 209, LAGOA REDONDA 60831-410
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua B, 145, PARQUE DOIS IRMÃOS 60742-

	590
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Cap.Hugo Bezerra, 75, BARROSO 60862-730
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Av. dos Paroaras, 301, PASSARÉ 60744-040
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Guarany, 355, PAUPINA 60873-540
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Capitão Aragão , 555, AEROLÂNDIA 60851-150
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua H, 251, PARQUE DOIS IRMÃOS 60745-590
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Av. Alberto Craveiro, 1480, PASSARÉ 60861-212
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Av. Castelo de Castro, , CONJUNTO PALMEIRAS 60870-066
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Av. Recreio , 1390, LAGOA REDONDA 60831-600
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Av. Eng. Leal Lima Verde , 453, EDSON QUEIROZ 60833-175
	<b>Postos de Saúde - Regional VI</b> Rua Coelho Garcia , 25, PASSARÉ 60861-810

Fonte: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/65>

O Município organiza sua rede de atenção por meio de cinco redes temáticas: Rede Cegonha, que oferece serviços de pré-natal habitual, parto, nascimento de risco habitual e pré-natal de alto risco; Rede de Urgência e Emergência, abrangendo serviços de clínica, cirúrgicas, psiquiátricas, pediátricas gineco-obstétricas e causas externas; Rede Psicossocial; Doenças Crônicas e Rede de Deficiente Físico (PONTES, et al, 2013).

Observa-se a relevância estratégica da Atenção Primária em Saúde (APS) na organização e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a APS “é centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 9).

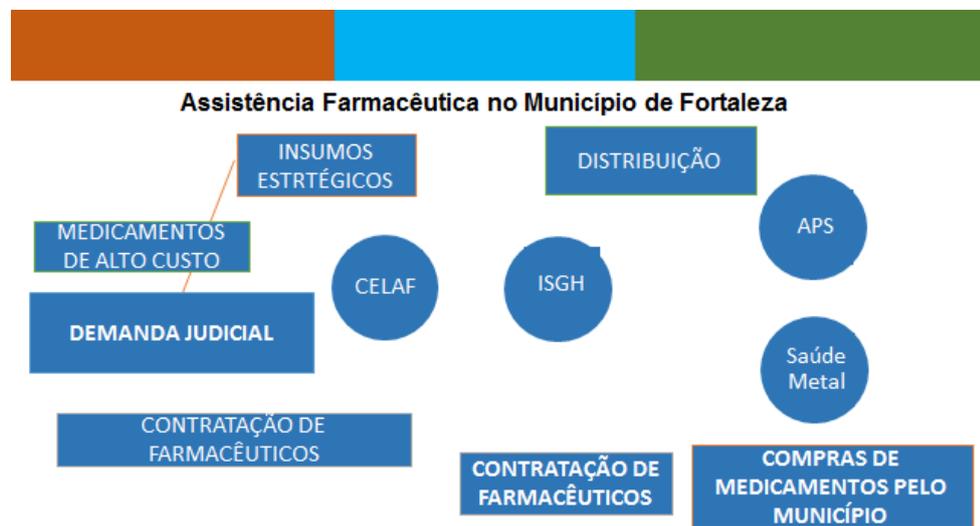
A assistência farmacêutica no município de Fortaleza está organizada em duas cogestões: CELAF (Município) e ISGH (Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar), que é uma organização Social – O.S, contratada pelo município).

A Célula de Assistência Farmacêutica –CELAF organiza-se na responsabilidade do ciclo logísticos dos medicamentos estratégicos , as demandas judiciais e as contratações e supervisões dos farmacêutico lotados na própria CELAF e nas regionais de saúde do município. O Instituto de saúde e gestão hospitalar – ISGH se responsabiliza no ciclo logístico da assistência farmacêutica para atender a demanda de medicamentos padronizados da atenção primária, saúde mental e para a contratação dos farmacêutico para atuar na atenção

primária e nos Centros de Apoio Psicossocial.

Assim, a Assistência farmacêutica tem se desenvolvido nesse cenário das Redes de Atenção a Saúde, agregando uma série de mudanças que se aproxime da saúde coletiva. No entanto, quando fazemos uma análise da construção histórica da atuação do farmacêutico e ou da própria assistência farmacêutica, as contribuições das políticas e as necessidades do indivíduo previstas não contribuíram muito para que atualmente a atuação do farmacêutico nas RAS, no ponto de vista prático, ser eficiente e resolutiva nas ações de saúde e incorporadas nas tecnologias leves para as transformações de fato da Assistência Farmacêutica nas RAS no campo da APS (ALENCAR, 2011; CEARÁ, 2016).

**Figura 3** - Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do Município de Fortaleza- CE.



### 3.3 Atuação do Farmacêutico na APS: Aspectos conceituais e históricos.

A profissão farmacêutica é objeto de transformações no decurso das últimas sete décadas. Nos anos de 1960, surgiu a “Farmácia Clínica”, que objetivava a aproximação do farmacêutico ao paciente e a comunidade, possibilitando o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia (MENEZES, 2000). Em 1970, foi redefinido o papel do farmacêutico em relação ao paciente, visando a nortear e estender a atuação desse profissional para as ações de Promoção da Saúde, tendo o medicamento como insumo estratégico e o usuário como foco principal. Ante tal redefinição de papéis que emergiu, nos anos de 1980, a expressão “*Pharmaceutical Care*”, foi traduzida no Brasil para Atenção Farmacêutica.

Atenção Farmacêutica é uma modelo de práticas específicas desenvolvida no

contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de modo integrado à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as especificidades biopsicossociais, sob a óptica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002).

Segundo o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002), outras ações estão incluídas da prática profissional para o exercício da Atenção Farmacêutica, tais como: Promoção do uso racional de medicamentos, orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades.

Apesar da ampliação e difusão dos conceitos de Atenção Farmacêutica, deve-se ressaltar que isso não substitui a Farmácia Clínica. A Atenção Farmacêutica é uma prática, ou seja, ferramenta que facilita a interação do farmacêutico com o usuário do sistema de saúde, ensejando melhor acompanhamento dos pacientes, controlando a farmacoterapia, prevenindo, identificando e solucionando problemas que possam surgir durante esse processo. Enquanto que a Farmácia Clínica é definida pela Sociedade Europeia de Farmácia Clínica como: uma especialidade da área da saúde, que descreve a atividade e o serviço do farmacêutico clínico para desenvolver e promover o uso racional e apropriado dos medicamentos e seus derivados (OMS, 1994).

Para o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica, alguns métodos foram propostos nos últimos 20 anos, entre os quais, estão o *Pharmacotherapy Workup*, desenvolvido por *Cipolle, Strand e Morley* e o *Método Dáder*, do Grupo de Pesquisa em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada. Esses métodos se destacam pelo número de farmacêuticos que os utilizam, total de pacientes atendidos e publicações envolvendo sua aplicação em distintas situações (CIPOLLE; STRAND et al 2004).

O método chamado PWDT - *Pharmacist Workup of Drug Therapy* (análise da farmacoterapia pelo farmacêutico) - é baseado em sistema que busca desenvolver um raciocínio clínico e sistema de documentação adaptado à prática farmacêutica, a ser utilizado na identificação e resolução de problemas relacionados com medicamentos específicos dos pacientes. Atualmente, esse método é denominado *Pharmacotherapy Workup* e conhecido por “*modelo Minnesota*”.

Um dos métodos de Atenção Farmacêutica mais utilizados por pesquisadores e

farmacêuticos é o espanhol *Método Dáder*, que alcançado como ferramenta de trabalho o seguimento farmacoterapêutico, onde se classificam os Problemas Relacionados à Farmacoterapia - PRM (MACHUCA, 2003).

O seguimento farmacoterapêutico é um processo de assistência ao paciente no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades relacionadas a medicamentos do usuário. É um instrumento que facilita o desenvolvimento de um processo lógico, passo a passo, com vistas a aperfeiçoar o plano farmacoterapêutico, possibilitando utilizá-lo como um “roteiro” que contribui para superar algumas barreiras de habilidades de comunicação e documentação necessárias ao apoio individual do tratamento farmacológico e do monitoramento da terapia farmacológica do paciente (MACHUCA, 2003).

A noção de cuidado farmacêutico foi baseada na Atenção Farmacêutica, sendo essa uma nova prática profissional com o objetivo de satisfazer uma necessidade do sistema de cuidados de saúde. Surgiu em razão de múltiplos prescritores de medicamentos para um paciente, “explosão” de produtos farmacêuticos e de informações farmacológicas no mercado, maior complexidade da terapêutica farmacológica, elevado grau de morbimortalidade relacionada com medicamentos e alto custo humano e econômico que podem ser produzidos (CIPOLLE, 2006).

Esta nova prática assume crescente importância nas discussões dos rumos e perspectivas da profissão e na consolidação do processo de integração do farmacêutico à equipe multiprofissional de saúde. A carência das diretrizes sólidas tornou o estudo sobre o cuidado farmacêutico muito heterogêneo, no que concerne a conceitos e métodos, além de estar suscetível a distorções pela influência de interesses econômicos no discurso e na prática (BRASÍLIA, 2003).

Essa prática profissional farmacêutica tem sua modalidade de trabalho desenvolvida por um conjunto de processos que envolvem coleta de dados, integração destes com o conhecimento, geração de informações, tomada de decisões, realização de avaliação clínica e documentação de resultados. Em seguida, é feito um planejamento de como será o cuidado ao paciente, onde são definidos objetivos, intervenções e as responsabilidades para que os problemas com medicamentos sejam resolvidos, os objetivos do tratamento possam ser alcançados e o farmacêutico previna o paciente de problemas futuros em relação ao fármaco.

A etapa final no cuidado com o paciente é a avaliação de seguimento, que é um encontro com esse, pessoalmente ou por telefone, que permite ao profissional coletar as informações necessárias para determinar se as decisões tomadas e ações empreendidas durante a análise da situação e planejamento do cuidado produziram resultados positivos. Esse

processo assegura a continuidade do cuidado farmacêutico, permitindo que o profissional deposite a filosofia do exercício em ação para o benefício do paciente (CIPOLLE, 2006).

Outra vertente sobre o cuidado farmacêutico no momento é o desenvolvimento da gestão clínica do medicamento, ações técnico-assistenciais, configurando-se como uma atividade assistencial. A gestão clínica do medicamento caracteriza-se pela provisão de serviços clínicos centrados no utente, de alta complexidade e baixa densidade tecnológica. Nessa vertente, o farmacêutico garante que o medicamento deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições de uso, e há que ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização pelo usuário. Essas ações técnico-assistenciais incluem dispensação especializada, acompanhamento da adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos, gestão de caso, atendimento à demanda espontânea e participação em grupos operativo-educativos e que, ao se integrar na equipe multiprofissional, podem contribuir decisivamente para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, centradas em uma práxis resultante de intervenções planejadas, estruturadas, articuladas, monitoradas e avaliadas (CORRER, 2011).

Esse modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde considera o cuidado farmacêutico de caráter clínico e deve atender a padrões de qualidade preestabelecidos, nos moldes da gestão da clínica e da acreditação em saúde. Estabelece que o cuidado farmacêutico, deve ocorrer por meio da interação direta profissional-utente e o farmacêutico há de assumir compromisso sanitário por uma população definida, buscando atender de maneira individualizada as necessidades relacionadas aos medicamentos de cada pessoas sob seus cuidados (CORRER, 2011).

Este fato é percebido quando observamos as origens das políticas farmacêuticas frente a representação dos medicamento como disparadores para a formação de políticas públicas no Brasil. Acontecimentos históricos, descrito a seguir, relacionados à disponibilização de medicamentos à população vêm perpassar em torno da Assistência Farmacêutica, evoluindo de uma prática profissional, onde o foco principal é o medicamento (o produto) para o foco no paciente (cuidado).

A Lei Eloi Chaves, decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, promovia o acesso aos medicamentos por preço especial por meio das caixas de aposentadorias e pensões criadas nas empresas ferroviárias. Em 1964, o decreto nº 53.612 estabeleceu a primeira lista, denominada básica e prioritária de produtos biológicos e materiais para uso farmacêutico humano e veterinário, priorizando os laboratórios estatais e privados de capital nacional.

De acordo com o decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971, foi instituída a

Central de Medicamentos (CEME), que objetivava organizar as atividades relacionadas aos medicamentos para os estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo. A CEME organizou o I encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, onde foram discutidas a expansão da assistência farmacêutica governamental e a inserção das ações referente à assistência farmacêutica no âmbito da implantação do SUS.

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, foi considerada um avanço importante para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no mundo, assegurando o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária à saúde (GIL, 2006). Tal evento permitiu que, em 1987, a CEME lançasse o Programa de Farmácia Básica e elaborasse a primeira lista de medicamentos essenciais, onde propunha o fortalecimento do Programa de Assistência Farmacêutica, objetivando o acesso universal aos medicamentos (MARIN, 2003).

Em 1975, o decreto n.º 75.985, de 17 de julho, foi instituído pelos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação e Cultura a primeira Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. O documento define os produtos farmacêuticos prioritários para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças prevalentes na população brasileira, competindo à CEME promover os estudos voltados à atualização periódica da RENAME, com a assistência especializada dos órgãos técnicos dos ministérios da saúde, previdência, assistência social, educação e cultura. A CEME (proposta de gestão) idealizou o suprimento do Programa da Atenção Básica selecionado da RENAME, que permitia o tratamento das doenças mais comuns e voltadas para a atenção básica (MARIN, 2003).

Nesse período, internacionalmente, surgiu a proposta de reorganização da assistência à saúde com âmbitos nos Cuidados Primários de Saúde, considerando o acesso a medicamentos essenciais um dos elementos fundamentais a serem incluídos nesta proposição, que influenciou a organização dos serviços de saúde no Brasil (ALMA-ATA, 1978). Esta influência de organização dos serviços de saúde foi o primeiro momento histórico em que o farmacêutico poderia se inserir na organização dos serviços de saúde, de modo mais proativo e essencial, por ser o acesso aos medicamentos um dos primeiros elementos para as mudanças nos serviços de saúde nacional, visto a promulgação da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. O artigo 60 determina, como campo de atuação do SUS, a “formulação de política de medicamentos [...]” e atribui ao setor de saúde a responsabilidade pela assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, como uma das ações a serem executadas pelo sistema de saúde (BRASIL, 2007a).

Em 1994, com o surgimento do Programa Saúde da Família, a Assistência Farmacêutica se permitiu continuar como sistema de apoio, objetivando apenas na distribuição de medicamentos gratuitos para as populações de baixa renda. A profissão farmacêutica, mais uma vez, ficava descomprometida relativamente à promoção da saúde, o que a levou isto a ser percebido como simples distribuição de medicamentos, sendo uma das causas da desativação da CEME em 1997 (OMS, 2009).

Em decorrência da desativação da CEME, foi aprovada, em 1998, pelo Conselho Nacional de Saúde e comissão intergestora à Política Nacional de Medicamentos, a adição da portaria MS nº 3.919, de 30 de outubro, com o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional de medicamentos e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

A Política Nacional de Medicamentos aprovada pela portaria 3.916/98 foi um marco importante no contexto da reforma sanitária. Esta política, permitiu um modelo de assistência farmacêutica básica, pautado no atendimento de necessidades, com o propósito de garantir segurança, eficácia, qualidade dos medicamentos, promoção do uso racional e acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998). Para priorizar o acesso aos medicamentos à população, o Ministério da Saúde adotou, em 2001, a estratégia de “Kits” de medicamentos para as Equipes de Estratégia de Saúde da Família- ESF. Esse programa, denominado Farmácia Popular, erradicava o papel do farmacêutico nas equipes de ESF e os objetivos da PNM já instituída. Os “Kits” de medicamentos possuíam quantidades fixas e iguais de medicamentos para todo o País sem considerar as características epidemiológicas regionais (BRASIL 2007).

Apesar dos avanços políticos na área, por meio da Política Nacional de Medicamentos, é necessário ampliar a atuação do farmacêutico na Assistência Farmacêutica, sob uma óptica de ações integrais, em consonância com os princípios do SUS, garantindo intervenções em saúde que envolve o uso dos medicamentos, explorando a cadeia da gestão do medicamento como foco de conceituação, possibilitando que o usuário do medicamento seja o centro das ações em saúde e que este uso pode ser determinante para a obtenção do menor ou maior resultado da assistência sob a óptica integral, pois não é integral quando é reduzida sob a logística do medicamento (BRASIL, 2010; OPAS 2011).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou o manual de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, com instruções técnicas. A edição orientava tecnicamente os municípios na organização da Assistência Farmacêutica e habilidades técnicas, gerenciais e políticas em relação à Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2002). Nesse mesmo ano, surgiu o manual da

Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Esse documento foi o primeiro na elaboração coletiva de promover a atenção farmacêutica no país. Neste documento encontram-se a contextualização, a proposta de consenso, com um conceito de Atenção Farmacêutica, componentes da prática profissional para o seu exercício, termos relacionados ao processo de trabalho em Atenção Farmacêutica e sua interface com a farmacovigilância (IVAMA, et al 2002).

Em 2003, aconteceu o 4º Congresso da FENAFAR, com um foco de estabelecer uma Política na Assistência Farmacêutica pautada no acesso e na qualidade. Ainda do mesmo ano, realizou-se a primeira Conferência Nacional de Medicamentos e da Assistência Farmacêutica, para efetivar o acesso, a qualidade, a humanização na assistência farmacêutica e o controle social (ANDRADE, 2004).

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, por meio da Resolução nº 338, com base nas diretrizes.

1. A adoção de relação de medicamentos essenciais – assim entendidos aqueles produtos essenciais e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população – compreende o estabelecimento de mecanismos que permitam a sistemática atualização desta relação.

2. Regulamentação sanitária de medicamentos deve ser enfatizadas, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, com base nas informações decorrentes da farmacovigilância.

3. Reorientação da assistência farmacêutica no SUS não se restringe às questões atinentes à aquisição e à distribuição de medicamentos, englobando também as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação, de modo a favorecer a disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população.

4. Promoção do Uso Racional de Medicamentos, um aspecto prioritário é a informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico no tratamento – principalmente em nível ambulatorial – de doenças prevalentes (BRASIL, 2004).

Em 2006, iniciou-se o debate da atuação do farmacêutico no SUS e a Política da Assistência Farmacêutica, no Congresso da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR). Essa discussão influenciou a portaria do Ministério da Saúde 698/96, onde relata a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária, articulando as atividades

farmacêuticas no âmbito da atenção básica, com ênfase na Estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A Atenção Primária à Saúde provê serviços de cuidados em saúde, integrados e acessíveis, realizados por profissionais responsáveis pela resolução da maioria das necessidades de cuidados pessoais de saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com os pacientes e praticando ações no contexto da família e da comunidade (MELO, 2009). Atualmente, a principal estratégia de configuração da APS no Brasil é a Saúde da Família, que recebe importantes incentivos financeiros, visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção (MELO, 2009).

A Estratégia Saúde da Família aprofunda os processos de territorialização e de responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe (PNAB, 2011).

Na visão da OPAS/OMS, sobre a Atenção Primária à Saúde, o medicamento deve ser apenas um dos elementos essenciais na busca da garantia da atenção integral, integrada e contínua das necessidades e problemas da saúde da população. Assim, o farmacêutico terá que desenvolver uma atitude prática que possa desenvolver serviços farmacêuticos aceitáveis à população e que aumentem a equidade (OPAS 2011).

Essa orientação da OPAS sobre o medicamento se fortaleceu por meio do decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de setembro de 1990, que dispõe, dentre outros aspectos, sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Particularmente, a organização do SUS no formato de rede pressupõe uma estruturação planejada, com linhas de cuidado e pontos de atenção à saúde, diferente do modelo estrutural anterior, que demonstrava uma organização piramidal do SUS, com distintos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Neste foco formaliza o que a OPAS/OMS vem sugerindo mudanças do enfoque de políticas e que a Assistência Farmacêutica não se baseie somente nos medicamentos e, sim, em uma nova perspectiva, em que as pessoas sejam inseridas em seus contextos familiares e comunitários. De tal modo, a Assistência Farmacêutica deve ser reorientada em novo modelo de atenção à saúde, compreendendo a situação de saúde de determinado território vivo para se poder atuar na sua realidade (OPAS, 2011; DONABEDIAN, 1990).

Corroborando que é preconizado e com vistas a articular o farmacêutico em atividades de caráter integral com foco na pessoa e na sua coletividade, o *Colégio Americano*

*de Clinical Pharmacy* (ACCP) define serviços farmacêuticos como uma disciplina das Ciências da Saúde, na qual esses provêm da atenção aos pacientes para otimizar a terapia medicamentosa e promover a saúde, o bem-estar e a prevenção de doenças (COSTA, 2015). Assim, tem que ser redefinido o papel do farmacêutico nos serviços de saúde, baseado na pessoa, na família e na comunidade com vistas ao princípio da integralidade, motivados pelas práticas de saúde na APS e incorporados componentes efetivos das políticas farmacêuticas. Pois, percebo que o nosso papel ainda não está pautada na saúde coletiva e que a articulação do farmacêutico para agregar as equipes de saúde torna-se mais complexa diante de um papel ainda reducionista ao cuidado do paciente especificamente com os medicamentos e suas reações (DONABEDIAN, 1990; BRASIL 2011).

No entanto, vale ressaltar que as conquistas do farmacêutico no SUS foram importantes, no entanto, a integralidade junto a equipe de saúde permanece ainda um desafio.

A conquista pela integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), e ação norteadora da equipe de saúde, implica no repensar e no redirecionamento dos saberes com vistas à organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde, fato que pode ser conquistado pela valorização e concentração das ações no cidadão, não como partes de um processo de saúde, mas como um indivíduo pertencente a uma comunidade, detentor de saberes, valores, limitações e potencialidades e que precisa usufruir e fazer parte de um sistema maior (FRACOLLI, L.A., et al, 2011).

As práticas em saúde devem ser entendidas como a maneira pela qual os profissionais colocam em prática sua atuação enquanto seres entendedores de um processo de trabalho que visam, acima de tudo, entender o seu paciente dentro da dimensão da integralidade. Nesse contexto, essas práticas podem conceber o cuidado dentro de duas lógicas: ora baseado na instrumentalidade, com ênfase nos procedimentos e nas intervenções técnicas, ora com foco na relação de encontro entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (ANÉAS; AYRES, 2011)

Na orientação de uma prática de saúde com a priorização da Atenção Primária como modelo a ser implementado pela equipe multiprofissional, as ações devem priorizar a lógica que condiz com a potencialização de práticas integrais para com a comunidade. A integralidade é concebida na práxis das equipes considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orientando as políticas e ações de saúde para o acesso à rede de serviços (FRACOLLI, L.A., et al, 2011).

Nessa perspectiva a integralidade deve ser pensada como diretriz fundamental

para o farmacêutico dentro de suas práticas na APS como forma de promover uma linha de cuidado continuada que se inicia pela porta de entrada do sistema. Nesse contexto, esse profissional, por meio de ações que incluem a farmacoterapia, farmacovigilância e o cuidado farmacêutico de maneira ampliada, poderá ter seus saberes e práticas alinhados com ações não fragmentadas e que visualiza uma rede interligada, conduzindo o usuário para a diferentes níveis, a iniciar pela APS, de modo a conquistar a sua saúde integral (LINHARES, 2014).

Mas para o Conselho Federal de Farmácia defende a ideia de que o processo de cuidado ao paciente envolve a provisão serviços com registros de processo de atendimento, incluindo as condutas selecionadas, e elaborar documentos destinados ao paciente, familiares, cuidadores e, quando for o caso, outro profissional ou serviço de saúde. Assim, vem elaborando modelos de documentos que sejam úteis aos farmacêuticos que atuam clinicamente em um formato individualizado (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

Com efeito, para o desenvolvimento desses modelos pelo CFF referencia toda uma compreensão que tem como consequência o resultado de consciência histórica da atuação do farmacêutico e diante dessa realidade percebe-se a importância de enfrentar um discurso sobre a atuação do farmacêutico frente o seu papel definido nas políticas farmacêuticas e se de fato o que foi construído é capaz de dar conta de uma atuação que promova um cuidado holístico e integrado a equipe de saúde na atenção primária a saúde.

### **3.4 Atuação do farmacêutico em sistemas universais de saúde: Canadá e Europa**

Em 1977, durante a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, a Organização Mundial de Saúde – ONU lançou o chamado movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000” e, como marco inicial dessa programação, foi estruturada e consolidada a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão. Tal conferência, que contou com a participação de membros das mais diversas instâncias mundiais, conduziu na elaboração da Declaração de Alma-Ata, a qual reafirmava o sentido e a significância da saúde como um direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria social (MENDES, 2004).

Tendo como tema “Saúde Para Todos no Ano 2000”, a Declaração de Alma-Ata versou sobre ações para a redução da desigualdade social, práticas que condissessem com a saúde universal e ações que diminuíssem a lacuna entre os países em desenvolvimento e os Estados desenvolvidos. Nessa perspectiva, os países deveriam propor metas, buscando investimento em atenção primária. Essa seria a chave para uma promoção da saúde equânime

e abrangente, por via de medidas de prevenção e educação em saúde. Nesse sentido, a promoção da saúde foi conceituada como sendo essencial para o desenvolvimento econômico e social, à manutenção da melhoria da qualidade de vida das pessoas e à manutenção da paz mundial (MENDES, 2004).

Após essa Conferência, inicial, outras foram organizadas no intuito de moldar as conceituações e estratégias que colocassem em prática ações consolidadoras de um modelo de atenção à saúde ampliada que fugisse da lógica biológica e fosse centrada em estratégias universais, equânimes e integrais com vistas a prevenção à promoção da Saúde.

No nosso país, a reforma sanitária, iniciada nos anos de 1970 e que fomentou ideais em uma movimentação que lutava pela concretização de direitos sociais já estabelecidos pelo ONU, em uma conceituação mais ampla da saúde, culminou, em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde. Esta representou um marco decisivo sobre a concepção de saúde e doença e a urgência na implementação de estratégias que atingem a população em contexto amplo com as dimensões biológicas, fisiológicas e socioculturais com vistas à qualidade de vida à posse da saúde como direito social e obrigação do Estado (WESTPHAL, 1992).

As propostas discutidas na Oitava Conferência foram base para o capítulo que versa sobre a saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988, cabendo ao Estado garantir saúde a toda a população. Com esse objetivo, pois, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como doutrinas norteadoras universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2012).

A Constituição de 1988 e as leis nº 8.080 e nº 8.142, que se seguiram em 1990, reconhecem a saúde como direito de todos e dever do Estado, pautados no acesso universal e igualitário, que destina serviços e ações de saúde à promoção, proteção e reabilitação do bem-estar da população. Além deste fato, inserem um novo modelo sistemático de saúde embasado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, sob um método organizacional hierárquico, descentralizado, regionalizado e participativo (OLIVEIRA et al., 2016).

O SUS simboliza a materialização de uma inovadora concepção a respeito da saúde no Brasil. Anteriormente, a saúde era compreendida como um estado de não doença, fazendo com que toda lógica acerca da vitalidade e bem-estar permeiassem práticas meramente curativistas. Atualmente, há um novo entendimento. Mais do que remediar causas que sempre retornam, a saúde está centrada na promoção da saúde e prevenção de agravos. Passa a ser relacionada com qualidade de vida e incorpora aspectos, como: nível de renda, alimentação, saneamento básico, educação, vigilância sanitária, meio ambiente, trabalho,

dentre outros (BRASIL, 2000).

Subsequentemente, no ano de 1994, foi projetada pelo Governo brasileiro um modelo de atenção para reordenar as ações de saúde no país, o chamado Programa de Saúde da Família (PSF), hoje nomeado de Estratégia Saúde da Família (ESF), destinado a otimizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e a reafirmar/garantir os princípios e diretrizes firmados pela Constituição de 1988. Além disso, a Estratégia surge como reorganizadora do nível primário de atenção, inserindo um novo conceito de multidisciplinaridade no âmbito profissional e assistencial, com foco na família (SOUZA et al., 2013).

O processo de trabalho é a transformação de um objeto em um produto, por meio da atividade humana, utilizando-se de instrumentos (ASSIS, M. M. A., *et al.* 2010). Esse pode ser dividido nos seguintes componentes: objeto de trabalho, instrumento de trabalho, agentes, finalidade e produto. Esses elementos são considerados a dinâmica nuclear que privilegia as dimensões do processo de trabalho, e do trabalho em saúde, permanecendo, assim, a necessidade de compreendê-los (PEDUZZI, 2001).

No contexto da Atenção Primária à Saúde, o processo de trabalho é decisivo para a elucidação das diretrizes e concretização de práticas efetivas que assegurem o atendimento integral do indivíduo e o reconhecimento da coletividade.

Segundo Merhy e Franco (2003), o processo de trabalho combina em ato e consumo de produto feitos em trabalhos anteriores, assim, pode ser considerado em trabalho morto (TM), relacionado aos instrumentos em que já se aplicou sobre ele um trabalho pregresso para sua elaboração, ou trabalho vivo (TV), aquele que está produzindo no momento. A razão entre os dois é considerada a composição técnica do trabalho (MERHY; FRANCO, 2003). O TM reflete o processo de trabalho voltado à produção de procedimentos, instrumentos e estrutura física para a elaboração dos produtos de trabalho, sendo considerado tecnologia dura. Na predominância do TV, haverá uma produção do cuidado centrado em tecnologia leve, envolvendo as relações entre os sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos como respeito acolhimento e vínculo. Já o conhecimento técnico, saberes próprios da profissão, protocolos clínicos, diretrizes e normas de conduta são considerados tecnologias leves - duras, pela existência de uma parte estruturada e outra que diz respeito ao modo singular de cada profissional aplicar seu conhecimento para produzir cuidado (MERHY; FRANCO, 2003).

A formação assistencial das equipes de saúde esteve centrada nas tecnologias duras e leves\duras, sendo a organização do trabalho voltado à consulta médica, e o saber médico à estrutura do trabalho dos demais profissionais, contribuindo para a hegemonia do

trabalho morto sobre o trabalho vivo. Assim, a mudança do modelo assistencial visa a uma transição tecnológica (e, principalmente, filosófica) para a hegemonia do trabalho vivo, sendo a produção da saúde baseada nas tecnologias leves, e a produção do cuidado centrada nas necessidades dos usuários (MERHY; FRANCO, 2003).

O processo de trabalho de uma equipe, especificamente na ESF, deve fugir da centralização do médico e fomentar a oportunidade de outros profissionais e mostrar em seus conhecimentos técnicos, contribuindo de maneira articulada com o cuidado da saúde da população assistida, por meio do planejamento de ações, da troca de ideias, dos princípios e orientações e, desse modo, possibilitando a formação de uma comunidade discursiva e de intervenções técnicas com vários profissionais atuando coletivamente (CECILIO, 2009).

As equipes, no entanto, enfrentam problemas com relação ao modo de atuação, ao perfil dos componentes e ao atendimento à população. A atuação do farmacêutico na Atenção Primária, entretanto, é um processo que não existe, a não ser por meio do NASF, mas que não está concluído ante a proposta de uma atenção primária renovada, na constituição de uma prática voltada para a clínica ampliada (CUNHA, 2010). Assim, é uma tarefa urgente, a ser realizado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores da saúde, esse estabelecimento de novos modelos que possibilitem combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas de resultados, cura e proteção por meio da clínica ampliada (RODRIGUES; ARAÚJO, 2001).

Na perspectiva de consolidar o modelo assistencial voltado para uma atenção integrada que envolve o indivíduo e a coletividade, levando-se em consideração os determinantes sociais que podem interferir diretamente na saúde – doença, surge o conceito da clínica ampliada. Essa tenta superar somente o indivíduo, compreendendo os aspectos coletivos e políticos com vistas à gestão e controle da vida, levando em consideração complexidade histórica, política e social (DETTMANN; ARAGÃO; MARGOTTO, 2016).

A clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Consiste na articulação e diálogo que envolvem os diversos saberes com vistas a incluir o usuário como participante dos processos decisórios que envolvam as condutas necessárias para o alcance da sua qualidade de vida de maneira individual e dentro da sua coletividade (BRASIL, 2009).

Um dos resultados dessa clínica ampliada é o encontro entre sujeitos ou mais, seja um profissional com o usuário, seja a equipe com o usuário tendo o desejo de criar o chamado sujeito coletivo, detentor de saberes, crenças e valores, e que deve ser valorizado em sua plenitude e reconhecido para o alcance de sua saúde em uma dimensão ampliada. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser considerado o produto das discussões coletivas

na ampliação da clínica, onde os saberes são compartilhados, as condutas são expostas e as metas negociadas, levando em consideração a singularidade do usuário e as possibilidades em se adequar as condutas de acordo com os processos históricos e culturais que o cerca (SUNDFELD, 2010).

O conceito de clínica ampliada pressupõe valorizar a escuta qualificada, tentar compreender os diversos saberes/competências que o paciente (usuário) desenvolve acerca da sua doença, discutindo junto com ele as possibilidades do diagnóstico e de seu tratamento. Isso traz autonomia e protagonismo aos usuários, fortalecendo sua participação efetiva no processo (CUNHA, 2010).

Entretanto, a clínica existe na interface com a política, pois o encontro ocorre entre modos de subjetivação, fabricados no coletivo, no social, em que o instituído e o novo são forças em movimento (CUNHA, 2010; CECILIO, 2009).

Nesse modelo de clínica ampliada está expressa a valorização dos diversos saberes profissionais e do trabalho em equipe, como meio de possibilitar a complementaridade do tratamento, atendendo todas as necessidades de saúde do sujeito, ou seja, não só as que foram o motivo da visita do usuário ao serviço. Assim, o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Humaniza - SUS (2009), propõe esse novo modelo de atendimento e gestão, buscando-se a percepção do profissional para além do diagnóstico, presente, incorporando as singularidades dos seres humanos. Reportamos este fato à inclusão de pessoas que naturalmente possuem os mais variados problemas. Essa amplitude sugere que exista diálogo com o usuário (CUNHA 2010; SUNDFELD, 2010).

A clínica ampliada prevê, de acordo com a necessidade dos usuários, a articulação entre os serviços de saúde e outros setores e políticas públicas tidas como recursos para promoção da saúde, por compreender que esta constitui gerenciamento de vetores sociopolíticos, socioculturais, socioeconômicos, num mesmo plano de imanência (SUNDFELD, 2010).

De efeito, a proposta da clínica ampliada busca se constituir em uma ferramenta de articulação e inclusão dos distintos enfoques e disciplinas, tornando-se importante o compartilhamento, com os usuários, dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente (BRASIL, 2009).

O contexto da clínica ampliada surge para fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, ousando superar as dificuldades em fazer um atendimento integral e que leve em consideração a história de vida e os determinantes sociais interferente na saúde. A concretização dessa prática por parte da equipe, embora tenha havido evolução, ainda está

alguém do ideal, uma vez que as condutas ainda são centradas em ações hierarquizadas e verticalizadas, concentradas na queixa - conduta e no saber do profissional, subestimando o indivíduo e a comunidade (SOUSA CAMPOS, et al 2007).

A atuação do farmacêutico na Atenção Primária à saúde deve construir-se por meio de um cuidado holístico e dessa ampliação da clínica, de maneira reconstrutiva e ontológica, superando a supervalorização do saber técnico e burocrático centrado no fármaco, mas que considere o usuário como detentor de um processo histórico e de saber próprio, trazendo esse e articulando com ele mesmo e os demais membros da equipe possibilidades para um tratamento ampliado. Tal posicionamento ocorre para competências e atitudes que legitimam as diretrizes da APS como parte essencial do processo de formação do profissional farmacêutico (BOSI, 2010; CECILIO, 2009).

Também a atuação do farmacêutico não condiz com a clínica ampliada e ainda está longe de uma interação positiva que enseje frutos por um processo de trabalho eficaz na Atenção Primária à Saúde, seja por falta de conhecimentos, seja pela valorização de ações centradas em um modelo biológico, individual e especialista (LYRA, 2011). Este fato fortalece o modelo vigente no Brasil, o chamado modelo biomédico, em cuja lógica o farmacêutico se insere como profissional que analisa a prescrição (OMS, 2011; RICIRI, 2007).

A atuação do farmacêutico na APS deve ser estabelecida por meio do desenvolvimento de atitudes articuladas ao cuidar, quando o sentido de intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde, mas também o da relação entre finalidades e meios e seu sentido prático para o paciente. Tal meta pode ser alcançada pela via de um diálogo mais simétrico entre profissional e usuário, reorientando as práticas no novo modelo de cuidado mais participativo e integrado, refletindo a necessidade do farmacêutico na atenção primária à saúde (JUNIOR, 2011; CECILIO, 2009).

Assim, esse cuidado deve ser conceituado sob o prisma da reconstituição das práticas de saúde por meio de ações integradas, promoção da saúde, humanização e vigilância em saúde, fortalecendo à humanização (AYRES, 2004).

Refletir uma prática baseada em ações sob as quais o farmacêutico vá além da dispensação do medicamento, gerenciamento de insumos, burocratização do atendimento e tradução simples de uma prescrição, é um desafio para que a categoria possa ser encarada como parte essencial de uma equipe que contribui para a consolidação de ações que visem à valorização e ao empoderamento da APS (ARAUJO, 2008).

O farmacêutico, no contexto da clínica ampliada, deve focar sua atuação em uma

prática que aborde o usuário e a comunidade de maneira integral e equânime, e que busque a longitudinalidade do cuidado (ARAUJO, 2008, CECILIO 2009). O profissional deve compreender e apreender que essa ação exclusiva de sua classe é o vínculo primordial e definidor de uma atuação que busque a excelência do cuidado de maneira a transpor seu conceito essencial. Há que demandar compreensão de que a assistência não se resume em ações contingentes em torno do medicamento, mas busca uma interação profissional – paciente que o compreenda de maneira holística e, assim, implementar seu cuidado sob a óptica da integralidade das ações de saúde dentro da atenção primária (AYRES, 2010).

Em sendo assim, mesmo a intervenção terapêutica do farmacêutico configurando um objeto de trabalho, compreendemos que o cuidado farmacêutico na APS não deve estar focado, substancialmente, nesse objeto de maneira soberana e superior às demais (AYRES, 2010; BARROSO 2010). O profissional há de desenvolver habilidades para uma intervenção que entenda o indivíduo na sua essência, como, também, parte de uma coletividade. Constante a ele desenvolver competências que abordem de maneira a cumprir práticas de Promoção em Saúde com vistas ao empoderamento de um saber contemplado pela prevenção, continuidade e longitudinalidade das suas ações (SOUSA CAMPOS, 2007).

Ante essa realidade da clínica ampliada, por conseguinte, a troca de experiências, a valorização do saber do usuário, o entendimento que esse possui uma história determinada pelas suas relações dentro da comunidade e o respeito ao trabalho e à opinião de outros profissionais, pressupõe a busca de um novo percurso de atuação do farmacêutico, visando a ampliar a discussão e aprimorar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde na APS (SILVA, et al 2013).

## 4 METÓDOS

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”.

(PAULO FREIRE)

A estratégia metodológica realizada na presente tese foi desenvolvida no campo da abordagem qualitativa.

### 4.1 Delineamento da Pesquisa

A abordagem qualitativa está relacionada ao levantamento de dados sobre as motivações de um grupo em compreender e interpretar determinados comportamentos, a opinião e as expectativas dos indivíduos de uma população (MYNAYO, 2013).

De efeito, a abordagem qualitativa cuida da reflexividade nas pesquisas e privilegia o tipo de investigação que inclui o pesquisador na cena e sua relação de intersubjetividade com os grupos sociais sob o ponto de vista ético. Vale salientar que a abordagem qualitativa é constante sobre como e o que ocorre no contexto empírico, afetando o pesquisador e sua obra o que, por sua vez, afeta o campo e a vida social e recebe o nome de reflexividade. Nesses casos, não é possível isolar o conhecimento produzido da pessoa que o originou, portanto, a prática da reflexividade é considerada ciência compreensiva e reflexiva que constitui um campo científico como todos os outros, pois “a cientificidade não pode ser reduzida a só uma forma de conhecer” (MYNAYO, 2013).

O estudo foi baseado nos teóricos: Habermas, 1987; Minayo, 2003, 2010; Assis e Jorge, 2010, pois diante dessa fusão metodológica há uma complementaridade entre a hermenêutica e a dialética, que busca, no ser humano, a consolidação ético-política do pensamento, a partir da própria realidade.

A hermenêutica move-se como: Compreensão, liberdade, necessidade, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes de significado. A compreensão é a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação. Gadamer (1997) esclarece que o caminho da compreensão é percorrido, não buscando a intenção do autor, pois as palavras e discursos dizem muito mais do que quem os escreveu. Com efeito, a dialética é a ciência da arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia, buscando nos fatos, na linguagem, no símbolo e na cultura, os núcleos obscuros e

contraditórios para realizar a crítica (MYNAYO, 2010). Compreender, também, não é contemplar, tampouco é o mero ato de captar a vontade ou os planos que as pessoas fazem, pois nem o sujeito se esgota na conjuntura que vive, nem o que ele chegou a ser foi apenas fruto da sua vontade, inteligência e personalidade (MINAYO, 2008, p. 330).

Consoante revela Minayo (2010), do ponto de vista metodológico, a Hermenêutica procura esclarecer o contexto dos distintos agentes sociais e de suas propostas; acredita que existe um teor de racionalidade e de responsabilidade das variadas linguagens comunicativas que contextualizam fatos, relatos e observações dos atores e se posicionam sobre o que ouve e observa e, além disso, produz um relato dos fatos em que todos os atores se achem contemplados. No mesmo sentido metodológico, a dialética demanda criar instrumentos de crítica e apreensão das contradições na linguagem; compreender e analisar os significados desde o contexto das práticas sociais; tenta valorizar os processos e as dinâmicas onde se constituem os consensos e as contradições, ressaltando o condicionamento histórico das falas, relações e ações.

Nessa articulação hermenêutica-dialética, constitui-se um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas, onde se evidencia a subjetividade (MINAYO, 2010). Habermas (1987) sugere a operacionalização metodológica dessa fusão filosófica, permeada pelas arenas da fenomenologia, do interacionismo simbólico e da etnometodologia. Entretanto, afirma que é preciso avançar para a articulação contextual e não apenas se deter na linguagem em si.

Assis e Jorge (2010) reconhecem que esse tipo de metodologia é um campo em constituição que comporta uma multiplicidade de abordagens com suporte nas Ciências Sociais, como um movimento de saberes, práticas e políticas que pode ser articulado à produção de conhecimento na saúde.

Baseado nos teóricos supracitados (HABERMAS, 1987; MINAYO, 2003, 2010; ASSIS; JORGE, 2010), este ensaio acadêmico propõe trabalhar diante dessa fusão metodológica, entendendo que há uma complementaridade entre a hermenêutica e a dialética, que busca, no homem, a consolidação ético-política do pensamento, a partir da própria realidade. Esta realidade, portanto, tem o horizonte no conceito da saúde, voltado para a compreensão e crítica da atuação do farmacêutico na APS.

## **4.2 Local do estudo**

Esta proposta foi desenvolvida no Município de Fortaleza- CE, capital do Estado do Ceará. Está localizada no litoral atlântico, com 34 km de praias e é a capital de maior densidade demográfica do País, com 8001 hab\Km<sup>2</sup>. É a cidade mais populosa do Ceará, a quinta do Brasil e a 91<sup>a</sup> mais populosa do Mundo, possuindo 2.643,24 habitantes na Região Metropolitana de Fortaleza (FORTALEZA, 2018).

O cenário da pesquisa foram as unidades de saúde do Município de Fortaleza onde no momento da pesquisa possuíam o farmacêutico atuando: CELAF, UAPS Edmar Fujita, UAPS Alarico Leite, CORES VI, UAPS Jenival de Almeida, (CORES VI) Anastácio Magalhães (CORES III). O espaço para a realização do grupo focal e para o treinamento dos farmacêuticos foi na UFC.

## **4.3 Sujeitos do estudo: população**

Os sujeitos do estudo foram classificados em três categorias profissionais: farmacêuticos, outros profissionais de saúde e gestores. Foram selecionados os farmacêuticos que desenvolviam atividades na Atenção Primária à Saúde. Em relação aos profissionais de saúde, foram entrevistados os trabalhadores que exercem atividades nas Unidades de Atenção Primária de Saúde – UAPS, onde possuía farmacêutico atuando. No concerne aos gestores, foi entrevistado os profissionais articuladores da atenção primária e consultores no planejamento da implementação das redes de atenção do Município de Fortaleza.

Participaram da pesquisa 12 farmacêuticos, dois profissionais de saúde não farmacêuticos, dois gestores e incluídos no estudo com amparo nos seguintes critérios de inclusão: farmacêuticos que estavam atuando no Município no momento da pesquisa nas redes de atenção; profissionais de saúde que desenvolviam atividades nas UAPS onde possuía e gestores informantes-chaves que estavam implementando a rede de atenção no Município. Para garantir o sigilo e os direitos preservados, os sujeitos envolvidos no estudo foram identificadas com a inicial F-E para farmacêuticos entrevistados, F-GP para os farmacêuticos que participaram do grupo focal, PS para profissionais de saúde e G para gestores, seguindo-se uma numeração – por exemplo, FE1, F-GP 2, PS2, G1.

**QUADRO 2** – Descrição dos farmacêuticos participantes do estudo

FARMACÊUTICOS	TEMPO DE SERVIÇO	LOTAÇÃO	CARGA HORÁRIA semanal
1	6 meses	CELAF	40
2	2 anos	NASF	20
3	2 anos	NASF	20
4	2 anos	NASF	20
5	2 anos	UBS	20
6	4 anos	UBS	20
7	8 anos	CAPS	40
8	2 anos	CAPS	20
9	12 anos	REGIONAL	20
10	12 anos	REGIONAL	20
11	2 anos	REGIONAL	20
12	2 anos	REGIONAL	20

**QUADRO 3** - Descrição dos profissionais de saúde e gestores participantes do estudo

PROFISSIONAIS	TEMPO DE SERVIÇO-	LOTAÇÃO	CARGA HORÁRIA semanal
GESTOR-CONSULTOR	30 anos	SMS	40
GESTOR	30 anos	REGIONAL	40
MEDICO ESF	6 anos	UBS	30
DENTISTA ESF	6 anos	UBS	30

Consoante preserva a literatura, a seleção deve ser representativa, no sentido de ser capaz de apontar a relevância do fenômeno sob estudo em termos de experiências e envolvimento dos participantes da pesquisa com esse fenômeno (FLICK, 2008).

#### 4.4 Procedimentos para coleta de dados

Na expectativa de conhecer, principalmente, sobre a atuação do farmacêutico na Atenção Primária foi realizado, além das entrevistas, um grupo focal especificamente para os farmacêuticos, com o objetivo de avaliar a capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação das pessoas.

##### 4.4.1 Descrição das técnicas e instrumentos de coleta das informações

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: Grupo focal (Apêndice C), e entrevista semiestruturada (Apêndices A, B). Essas técnicas foram selecionadas para cumprir um rigor da pesquisa, por permitirem a obtenção de informações que tratam da reflexão dos sujeitos sobre a realidade vivenciada e busca de compreensões e aprofundamentos de grupos sociais (MINAYO, 2015b).

Com o guia das entrevistas semiestruturadas e do grupo focal, seguiu um roteiro

para facilitar o diálogo com os sujeitos, baseando-se no referencial teórico e nos objetivos desse experimento. Os roteiros das entrevistas e do grupo focal foram compostos por perguntas norteadoras, envolvendo as seguintes temáticas: caracterização do sujeito (sexo, formação, local de trabalho), rotinas de trabalho, integração das atividades, as facilidades e dificuldades da integração e perspectiva de atuação do farmacêutico.

Para Minayo et al (2008), a técnica de grupo focal é bastante utilizada nas pesquisas de avaliação, de modo combinado com entrevistas ou exclusivamente. Os princípios de definição amostral se baseiam na busca de aprofundamento e compreensão de um grupo social ou uma organização. A partir desses princípios, o foco se volta para questões acerca de quais serão os grupos a quem e o que observar. O grupo focal como técnica de pesquisa visa a abordar questões em maior profundidade pela interação grupal. Assim, cada grupo focal não deve ser grande, ficando sua dimensão de seis a doze pessoas.

A entrevista é uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas e possibilita a obtenção de informações, com apoio nos discursos dos entrevistados. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato de os sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos num mesmo âmbito e, portanto, vivenciam também o espaço onde está focalizada a investigação. Quando a entrevista é realizada em profundidade, ou aberta, tem como roteiro a descrição sucinta, breve e, ao mesmo tempo, abrangente, do objeto da investigação, que orientará os rumos da fala do interlocutor. Este tipo de instrumento exige muito do pesquisador, permitindo-lhe, durante a entrevista, buscar pontos que ajudem o entrevistado a abranger níveis cada vez mais profundos em sua exposição. Assim, o instrumento fica na memória do investigador, que testa sua capacidade de ver, concatenar fatos, mas, sobretudo, ouvir e conduzir o entrevistado para que explicita, da maneira mais abrangente e profunda possível, o seu ponto de vista (MINAYO, 2008, p.190).

Em síntese, a coleta do material empírico mantém os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados.

#### 4.4.2 Entrada no campo - Coleta de dados

Inicialmente, foram convidados para compor o grupo focal os profissionais farmacêuticos que, no momento da investigação, estavam atuando nos serviços do Município. Tal convite se fez por intermédio da gestora responsável pela Assistência Farmacêutica de

Fortaleza, sendo escolhido o espaço físico da Universidade de Federal do Ceará para a realização dos encontros do grupo focal.

O propósito dessa etapa foi compreender a organização da rotina dos farmacêuticos no Município e o entendimento sobre atuação desse profissional nas Redes de Atenção à Saúde – RAS, dialogando sobre alguns conceitos relacionados à sua práxis, como: cuidado farmacêutico e serviços farmacêuticos.

Em seguida, foi proposto um curso sobre Cuidado Farmacêutico, uma sugestão do projeto do PPSUS, para atualizar e afinar conceitos sobre a prática farmacêutica e uniformizar conceitos, assim como sugerir atividades no ponto de vista prático em seu campo de atuação.

No segundo momento, foram realizadas as entrevistas, com esses farmacêuticos que realizaram o curso, sobre o cuidado farmacêutico, e que ainda permaneceram no Município de Fortaleza desenvolvendo suas atividades, especificamente na APS. Esta etapa foi importante, pois, possibilitou a compreensão do panorama geral sobre a atuação desse profissional e revelou lacunas do conhecimento quanto à temática sobre exame. Esta fase permitiu também realizar o mapeamento onde esses farmacêuticos atuam especificamente na APS, no entanto identificamos a dificuldade do tamanho da amostra, pois alguns profissionais que participaram do grupo focal no primeiro momento já não faziam parte do quadro de contratação funcional do Município. O profissional sem vínculo empregatício favoreceu uma amostra menor durante as entrevistas individuais.

No campo, foram realizadas também, entrevistas individuais com os profissionais de saúde, onde os farmacêuticos atuam. A tomada foi aleatória, uma vez que os entrevistados foram os que estavam disponíveis no momento de suas atividades de rotina do serviço na Atenção Primária.

Na sequência, foram realizadas entrevistas com gestores - chave que, no momento da pesquisa, estiveram vinculados à reorganização das Redes de Saúde do Município examinado. O objetivo nesta etapa foi discutir com os gestores acerca de seus conhecimentos sobre a atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde e o impacto em seus campos de atuação.

#### **4.5 Plano de análise: caminhos para a compreensão**

Na análise qualitativa por meio da hermenêutica e a dialética, originou-se quatro categorias essenciais: descrição da atuação do farmacêutico nas Redes de Atenção à Saúde; Identificação das práticas farmacêuticas na equipe: A visão dos farmacêuticos, outros

profissionais de saúde e dos gestores; Práticas farmacêuticas nas Redes de Atenção à Saúde: fatores que facilitam e dificultam a integração do farmacêutico na equipe.

Assis e Jorge (2010) reconhecem que a hermenêutica - dialética é um tipo de metodologia em constituição que comporta uma multiplicidade de abordagens com apoio nas Ciências Sociais, como um movimento de saberes, práticas e políticas que pode ser articulado à produção de conhecimento no campo da saúde. Nesse sentido, essas autoras discutem a perspectiva da análise de dados em pesquisa qualitativa, permeada pela elaboração teórica e tratamento do material empírico, estabelecendo um confronto dialeticamente integrado entre categorias empíricas (situadas no plano concreto operacional) e teóricas (referencial teórico norteador). Para tanto, elas propõem um fluxograma analisador (figura 2) para desenvolver uma análise que articula a hermenêutica e a dialética, partindo da trajetória interpretativa de Minayo (ordenação, classificação e análise final), e da experiência e aplicabilidade em outros estudos (ASSIS, JORGE, 2010).

O Anexo A expressa, sistematicamente, as etapas da análise hermenêutica - dialética propostas por Assis e Jorge (2010) que, mesmo expressadas separada e sequencialmente, são inter-relacionadas, dinâmicas e inter - complementares.

O primeiro passo foi a justaposição dos dados, que consiste na ordenação das entrevistas, do grupo focal e do conjunto do material de observação. Nesta fase incluiu transcrição das entrevistas e do grupo focal; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem; e organização dos dados de observação. Esta ordenação estabelecida por meio de um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo.

O segundo passo correspondeu à classificação dos dados. Essa fase permite a construir os indicadores empíricos que serão tomados como base a origem na teoria que sustenta a pesquisa e nos pressupostos teóricos elencados previamente. Neste sentido, a taxonomia exprime, com fins de sistematização.

Momento I - realizada leitura flutuante e exaustiva dos textos. E momento inicial de contato com o material de campo exigiu uma leitura de cada entrevista, do relatório do grupo focal e do diário de campo. Isso possibilitou a visualização das ideias centrais sobre o tema-foco, representando os núcleos de sentido oriundos do material empírico. Paralelamente, estabelece sínteses horizontais (MYNAIO, 2010).

Momento II - Efetuada a leitura transversal de cada corpo de comunicações, fazendo a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto. Procurar, portanto, estabelecer o confronto entre as diferentes representações dos sujeitos e grupos e, assim, se identificar as ideias convergentes, divergentes, complementares e o diferente nos quadros

confrontados, construindo um refinamento e aprofundamento classificatório, o que tornou possível elaborar e refazer as categorias empíricas e confrontá-las com as categorias analíticas previamente elencadas, buscando as relações dialéticas entre ambas.

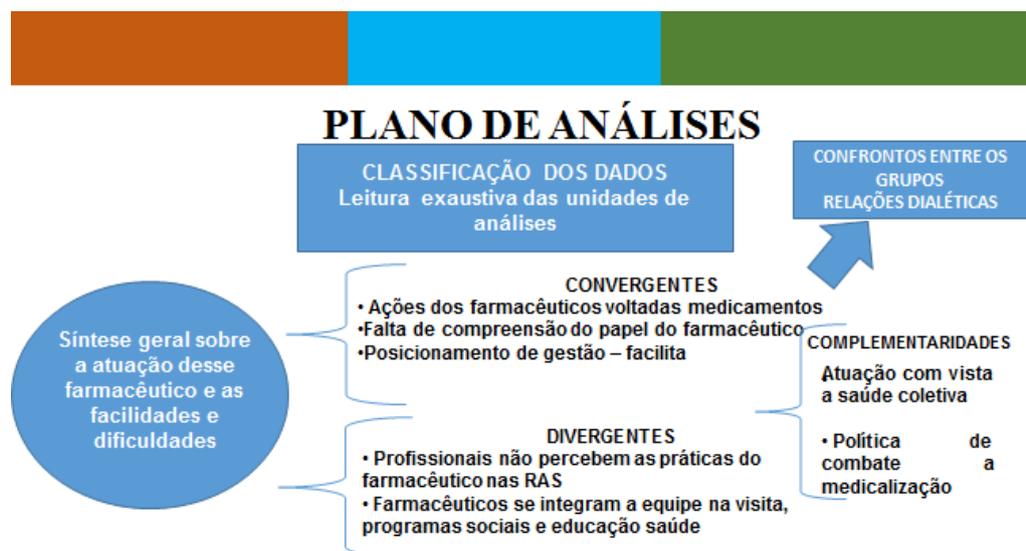
O terceiro e último momento da análise buscou contextualizar o objeto com a realidade, ou seja, sintetizou o encontro do objeto pela experiência dos atores sociais envolvidos com as relações estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social.

**Figura 4** – Plano de análises: análise do material empírico

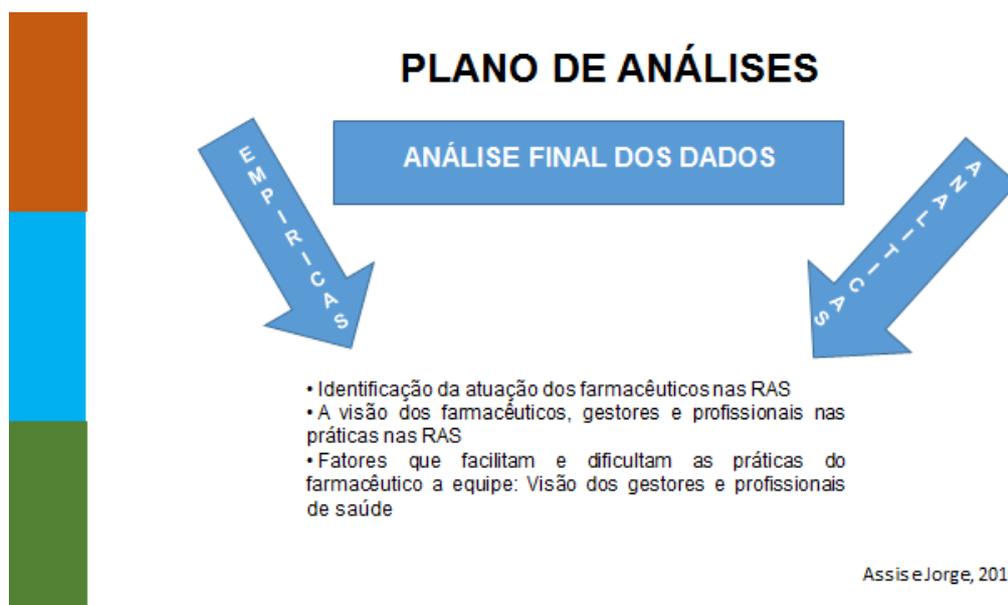


Fonte: Autoria própria

**Figura 5** – Plano de análises: Classificação dos dados



Fonte: Autoria própria

**Figura 6** – Análise final dos dados

O Anexo A representa esquematicamente a categorização empírica das falas das entrevistas. O mesmo foi realizado nos grupos focais.

Portanto, a hermenêutica e dialética se expressaram como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais e, por conseguinte, em relação a saúde e doença, constituídos de maneira complexa como um híbrido ou como se realizando pela mediação da cultura. É verdade que saúde e doença são realidades biológicas em primeiro lugar, porém a contribuição potencializada pela análise do componente social desse híbrido revela que os fenômenos biológicos são mediados pela cultura, e que sua complexa abordagem pode ser trabalhada medida pela combinação entre Hermenêutica e Dialética.

#### 4.6 Aspectos Éticos

Este estudo integrou-se a uma pesquisa mais ampla denominada “Cuidado farmacêutico para as redes de atenção à saúde no Ceará: Proposta de um modelo integrado”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP da Universidade Federal do Ceará – UFC, sob Parecer nº 059255132.1001.5054, financiado pelo PPSUS – REDE-MS/CNPq/FUNCAP/SESA (Anexo C), de onde foram organizados dos dados da Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa foi efetuada após o conhecimento livre e esclarecido dos participantes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), com breve apresentação de nossa pessoa como pesquisadora. Assim, esclarecer devidamente o

assunto a ser pesquisado e garantimos o sigilo das informações coletadas, assegurando a privacidade e garantia da não utilização das informações em seu prejuízo, pedindo, assim, cordialmente, a colaboração do respondente, sendo-lhe entregue uma cópia do termo. Em qualquer momento, o voluntário poderia obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na investigação e nas modalidades de divulgação dos resultados. Puderam também, ter a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isto pudesse trazer prejuízo ao seu cuidado e tratamento.

Foram obedecidas e respeitadas as exigências das diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos conforme resolução nº 466/2012, do conselho nacional de saúde do conselho nacional de saúde – CNS, a qual é baseada nos princípios da beneficência, autonomia, e no respeito à dignidade e justiça (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

*“Loucura é esperar resultados diferentes fazendo sempre as mesmas coisas”.*  
(Albert Einstein)

### 5.1 Abordagem Qualitativa

O estudo buscou realizar as análises das categorias empíricas com base nos princípios conceituais discutidos na fundamentação teórica. A partir dos aspectos abordados e dos objetivos proponentes na presente tese e tendo como base as entrevistas com os farmacêuticos que compuseram o grupo focal, assim como os outros profissionais de saúde e gestores, os resultados se estruturaram nas seguintes categorias: Descrição da atuação do farmacêutico nas APS; Identificação das práticas farmacêuticas na equipe; A visão dos farmacêuticos relacionada às suas práticas nas APS; A visão de outros profissionais de saúde relacionadas as práticas do farmacêutico nas APS; A visão dos gestores relacionadas às práticas do farmacêutico nas APS; Práticas farmacêuticas nas APS: Fatores que facilitam e dificultam a integração do farmacêutico na equipe; Perspectiva para integrar o farmacêutico na APS.

No grupo focal participaram 10 farmacêuticos que desenvolviam suas atividades em diferentes lugares na Rede de Atenção à Saúde do Município: Atenção básica (3), CAPS (2), Regionais (3) e CELAF (1). A média de tempo trabalhado pelos farmacêuticos eram de dois anos no Município com carga horária de 20 horas semanais. Um dos farmacêuticos do CAPS tinha 8 anos de serviço no município com uma carga horária de 40 horas por semana. Em relação ao tempo de serviço dos profissionais que atuavam na regional, dois tinham mais de 10 anos com carga de 40 horas semanais e um farmacêutico desenvolvia suas atividades há um ano com 30 horas semanal. A farmacêutica gestora da CELAF atuava no serviço há 6 meses com carga de 40 horas semanal. Foi observado que os farmacêuticos que desenvolviam atividades diretamente com a gestão do município cumpriam uma carga horária mais estendida comparados àqueles ligados apenas à assistência.

Para complementar as informações apreendidas no grupo focal, foram entrevistados seis farmacêuticos que desenvolviam suas atividades na APS. Todos possuíam uma carga horária de 20 horas semanais, sendo que um deles complementava suas atividades de assistência com a de gestão farmacêutica, complementando sua carga horária em 40 horas por semana. Dos seis farmacêuticos entrevistados, quatro estavam no município desenvolvendo suas atividades há dois anos e os outros dois em torno de 6 anos, sendo que o

farmacêutico que atuava na assistência e gestão estava há 3 meses no município e não participou das atividades à época do grupo focal. Vale ressaltar que todos os farmacêuticos entrevistados ou que participaram do grupo focal não possuíam vínculo empregatício com o município, sendo o regime de contratação temporário.

Os dois profissionais de saúde, não farmacêuticos, que se disponibilizaram em participar das entrevistas foram um médico e um cirurgião dentistas que desenvolviam suas atividades na atenção primária. Esses profissionais desenvolviam suas atividades há 6 anos com carga de 30 horas semanais e eram servidores públicos do município.

Os dois gestores entrevistados eram responsáveis pela construção de um novo modelo de Redes de Atenção à Saúde – RAS no Município de Fortaleza. Um deles era dentista de formação e o outro enfermeiro. Estes gestores, mestres em saúde pública, tinham suas experiências profissionais na atenção primária e possuíam mais de 30 anos atuando e desenvolvendo trabalho na APS. Um deles foi contratado pelo município para ser consultor e implementar os processos de trabalho da RAS na Atenção Primária no Município. A outra gestora era coordenadora regional e desenvolvia suas atividades com carga horária de 40 horas semanais.

## **5.2 Descrição da atuação do farmacêutico nas Atenção Primária à Saúde**

Por meio das entrevistas com os farmacêuticos atuantes nas RAS, foram identificados as seguintes práticas: atividades internas na farmácia, atenção farmacêutica, acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, entre elas Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e Diabetes Mellitus – DM, Programa de Atenção integral a criança com ASMA -PROAICA, formulação e controle do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde -PGRSS e acompanhamento da comunidade nos programas sociais do governo como o bolsa família. Os profissionais que atuavam na saúde mental do Município desenvolviam práticas de acolhimento, visita domiciliar e grupos psicoterapêuticos.

No grupo focal, por participarem farmacêuticos que desenvolviam suas práticas em diferentes lugares da Rede de Atenção (CAPS, Regionais, CELAF), foram identificadas mais atividades ligadas aos aspectos gerenciais e logísticos relacionados às práticas profissionais. Esses desempenham suas atividades focando em mapas de registros de psicofármacos e relatórios gerenciais envolvendo a gestão farmacêutica. Tais ações, no entanto, eram desenvolvidas sem conformidade com um cuidado integral ou uma atenção coletiva.

A assistência farmacêutica engloba o processamento de práticas que objetivam a obtenção da melhoria e aprimoramento da qualidade de vida da comunidade adscrita. Para tal, faz-se necessário a consolidação de ações que superem a lógica reducionista ao medicamento, vislumbrando, nesse sentido, a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, acolhimento, atenção integral e gestão (SANTOS; ROSA; LEITE, 2017).

No presente estudo, no entanto, foi possível perceber que a maioria dos farmacêuticos restringe suas atividades ao setor físico da farmácia o que dificulta as práticas de um cuidado pautado em conceitos amplos e que promovam a qualidade de vida da população que necessita de um cuidado integral. Tal realidade deixa o farmacêutico à margem da equipe de saúde nos serviços (BRASIL, 2016).

Neste contexto, mesmo a intervenção terapêutica do farmacêutico sendo um objeto de trabalho, há de se compreender que o cuidado nas redes de atenção não deve estar focado, substancialmente, nesse objeto de maneira soberana e superior às demais (BRASIL, 2016).

O profissional deve desenvolver habilidades para uma intervenção que entenda o indivíduo na sua essência como também como parte de uma coletividade. Deve desenvolver competências que abordem o cuidado de maneira a cumprir às práticas de promoção em saúde com vistas ao empoderamento de um saber contemplado pela prevenção, continuidade e longitudinalidade das suas ações (ASSIS, 2010).

Nas entrevistas e no grupo focal com os farmacêuticos, foi possível perceber que os discursos apresentavam falta de compreensão sobre trabalho em equipe. Os profissionais pareciam não compreender a importância de um trabalho interdisciplinar como parte necessária para a implementação de um trabalho integral com a comunidade. Nessa perspectiva, afirmaram desenvolver atividades que deveriam ser realizadas em equipes (visita domiciliar) e afirmaram fazer um atendimento individual (seguimento farmacoterapêutico) durante as visitas. Tal posicionamento fica claro na fala que se segue:

Eu faço também acolhimento e visitas domiciliares (...) tento fazer o seguimento farmacoterapêutico e também educação e saúde sobre o uso correto de medicamentos (farmacêutica-CAPS).

O trabalho em equipe, como parte de uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo conduz a uma aproximação entre os diferentes atores da assistência em saúde, irá ser decisiva para a consolidação de ações mais sólidas que consigam atingir os anseios da

comunidade. Nesse sentido, os saberes compartilhados, dentro da construção coletiva entre os profissionais de saúde, poderão permitir o alcance de um modelo assistencial que conceda a articulação de diversas intervenções, onde a soma das diferentes disciplinas e conhecimentos permitam preencher as lacunas necessárias para o alcance da promoção da saúde (SANTOS, *et al*, 2016).

No contexto das redes de atenção o processo prático de cuidar, constitui um espaço de reflexão ação, fundado em saberes científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas além de contribuir para a transformação social (CECILIO, 2011).

Os farmacêuticos realizam palestras de forma individual e fortalecem o cuidado apenas com o uso do medicamento. Além disso, ficaram explícitas as suas atuações com foco nas atividades burocráticas e desarticuladas com uma assistência direcionada ao acesso, longitudinalidade e gestão do cuidado, diretrizes primordiais da APS. Diante dessa realidade, as práticas do trabalho farmacêutico no grupo focal e nas entrevistas apresentam-se tímidas, isoladas e sem fazer parte da composição de uma rotina de trabalho. Tal vertente pode ser visualizada nos fragmentos de discurso que se seguem:

(...) faço os mapas das unidades, solicitação de medicamentos, tento fazer palestras em algum momento e faço algumas orientações aos pacientes sobre seus medicamentos (Farmacêutica-APS).

(...) realizo mais atividades burocráticas: mapas, registro e dispensação nos livros de controle especial (...) (Farmacêutica-CAPS).

(...) as vezes eu faço também acolhimento e visitas domiciliares (Farmacêutica-APS).

As atividades voltadas para a promoção de saúde (ações individuais e coletivas) são mínimas com a participação em grupos coletivos sobre o uso racional de medicamentos e acompanhamento em visitas domiciliares junto a equipe de saúde. Percebe-se um desalinhamento do farmacêutico no cuidado, nos processos de trabalhos voltados para atividades coletivas e pactuadas pelas diretrizes da atenção primária, como educação em saúde, acolhimento e atenção domiciliar, sem o reconhecimento de suas contribuições a população.

Os farmacêuticos revelaram, em suas falas, realizar práticas de educação em saúde; porém, referiram essas ações ainda tímidas e isoladas, não compondo a sua rotina de trabalho, sendo de caráter externo. Além disso, parecem não compreender a definição da educação em saúde e a sua importância na consolidação da atenção primária.

(...) faço educação em saúde, faço palestras na verdade. Realizo treinamento das equipes sobre uso de medicamentos, faço minhas atividades nos grupos terapêuticos, oficinas temáticas para trabalhar as questões de automedicação e treino das equipes sobre uso de medicamentos (Farmacêutico- APS).

A prática de educação em saúde, acolhimento e visita domiciliar percebida nos discursos dos farmacêuticos, onde alguns realizam grupos terapêuticos para falar de questões de automedicação, demonstra suas práticas reducionistas, sem o reconhecimento da integralidade e do princípio de cuidar (BOSI, 2010; AYRES, 2004).

Educação em saúde é um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas sob o risco de adoecer, baseado no conceito de saúde onde é um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (BARROSO, 2010).

O acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde habilitado para ouvir todos que o procuram de modo universal e sem diferenciações excludentes. Nesse sentido, todos os profissionais pertencentes a essa unidade e que promovem o seu funcionamento devem se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de dar resolutividade seja à curto, médio ou longo prazo para os problemas de saúde, ou pelo menos minimizar o sofrimento de quem procura essa unidade (COELHO, *et al* 2012).

A visita domiciliar, por sua vez, tem como principal objetivo assistir e atender à saúde do indivíduo e da comunidade, promovendo a continuidade da atenção e do cuidado. Nesse sentido, os profissionais engajados nessa estratégia de atenção estendem seu olhar para a detecção das necessidades e realizam a promoção da saúde e um cuidado ampliado. A atenção domiciliar, por meio da visita, oportuniza a implementação do vínculo entre o profissional, pacientes e seus familiares por meio da escuta qualificada e do acolhimento, favorecendo a produção de saúde para os indivíduos e para a coletividade (COELHO, *et al*, 2012).

Educação em saúde é um processo que abrange a participação de toda a população

no contexto de sua vida cotidiana e não apenas sob o risco de adoecer, baseado no conceito de saúde relacionado à um estado positivo e dinâmico em busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (BARROSO, 2010). Porém, a ideia de educação em saúde percebida nos discursos dos farmacêuticos, remete, algumas vezes, à prática de grupos terapêuticos, sem o reconhecimento da integralidade e do princípio de cuidar (BOSI, 2010). As narrativas demonstraram, que apenas esporadicamente, os farmacêuticos realizam visitas domiciliares e acolhimento, práticas essas consideradas essenciais para a implementação do vínculo, longitudinalidade e gestão do cuidado. Percebe-se, pois, que esses profissionais não percebem a implementação dessas ações como parte essencial de seu trabalho e podem não se sentirem como membros de uma equipe integrada que realiza tais atividades como necessárias para o reconhecimento e fortificação da APS

Nesse contexto, a educação em saúde, acolhimento e atenção domiciliar, são algumas das ações essenciais e que fazem das práticas dentro da APS decisivas para o alcance dos princípios como a universalidade, integralidade e equidade. Colocar em prática essas vertentes significa produzir saúde baseando a sua prevenção e promoção dentro da comunidade. Assim, o farmacêutico deve entender e colocar em práticas atitudes e habilidades que condizem com tais diretrizes de tal maneira que essas sejam colocadas em prática com vistas a interdisciplinaridade, articulando-as com as ações inerentes a sua assistência farmacêutica.

O momento da dispensação do medicamento representa um encontro singular, o qual pode ser aproveitado para a orientação sobre o uso racional, para ações de educação em saúde, formação de vínculo, etc. O aproveitamento dessa oportunidade pode significar a excelência da atuação do farmacêutico em consolidar práticas que visem uma atenção integral. Porém, no território, essa prática não se realiza de forma eficiente (BRASIL, 2016).

O farmacêutico deve focar sua atuação para uma prática que aborde o usuário e a comunidade de modo a promover a longitudinalidade da atenção, buscando a excelência do cuidado de maneira a transpor o seu conceito essencial já definido e conquistado nas regulamentações. Na presente tese, revelou-se o desafio a ser conquistado na profissão farmacêutica que versa no cuidado anterior ao medicamento, compartilhando responsabilidades junto a equipe de saúde, compreendendo o cuidado ao paciente de maneira holística, podendo, assim, inserir suas práticas sob a óptica da integralidade das ações de saúde dentro da Atenção Primária.

### 5.3 Identificação das práticas do farmacêutico, atuando na equipe de saúde

A atuação dos profissionais nas redes de atenção à saúde deve consolidar práticas que visem a implementação das diretrizes que estruturam esse modelo de atenção como a porta de entrada para o Sistema de Saúde. Nesse sentido, a integralidade, gestão do cuidado e longitudinalidade são premissas que devem ser incorporadas e implementadas por toda equipe. O farmacêutico, como profissional integrante da equipe, deve se vestir de um cuidado próprio que o faça detentor de práticas e implementador das diretrizes do SUS. Assim, colocar em prática essa rotina no intuito de aprimorar a sua pertença à atenção primária e, com isso, contribuir para a consolidação e valorização dessa.

No presente estudo, alguns farmacêuticos revelaram em seus discursos que realizam pontualmente visitas domiciliares, além de acolhimento, atendimentos e orientações aos pacientes. No entanto, foi possível identificar que a maioria não se sente pertencente e integrado a equipe de saúde que realiza atividades essenciais e necessárias para o reconhecimento e fortalecimento das práticas, estando alheio às ações implementadas por essa. Nesse contexto, esses farmacêuticos não vislumbram as ações que garantem o vínculo, acessibilidade e continuidade do cuidado como parte essencial de seu trabalho, não se percebendo como membros de uma equipe integrada. Tal fato pode ser observado nos discursos que se seguem:

Hoje no meu serviço na unidade faço a visita domiciliar, acolhimento, atendimento e orientação sobre medicamentos. Nos dias que disponibilizam carro para a visita tenho o direito de ir para a visita. Quem está fazendo hoje a visita sou eu e mais a assistente social, fazemos relatório, em relação a medicamentos (Farmacêutica-APS).

No intuito de facilitar o entendimento da fragmentação e desarticulação das ações dos farmacêuticos, refletidas na contramão preconizada pela atenção primária, coloca-se, a seguir, as visões desses profissionais, dos gestores e demais membros da equipe de saúde em relação a sua atuação dentro da ESF. Nessa perspectiva, foi possível entender uma miscelânea de compreensões, como também as percepções desses autores acerca da integração do farmacêutico com a equipe na APS.

### 5.3.1 A visão dos farmacêuticos relacionada às suas práticas na APS

Foi possível perceber por meio dos farmacêuticos, que o momento identificado de integração com a equipe se dá durante as visitas domiciliares. Durante o atendimento domiciliar, as ações implementadas são direcionadas ao atendimento focado no uso racional dos medicamentos, com foco na patologia e nos eventos adversos aos fármacos.

Existem as visitas, mas por conta da atual conjuntura política e reorganização da atual gestão não estão sendo realizadas como gostaria, mas já participei com a médica, assistente social, ou até mesmo sozinha” (Farmacêutica-CAPS).

Em relação as atividades com foco na educação em saúde, cruciais para o empoderamento da comunidade e consolidação da promoção da saúde, essas foram pontuadas pelos farmacêuticos como práticas isoladas e realizadas em momentos diferentes dos demais membros da equipe. Tais atividades, da mesma forma que na visita domiciliar, estão focadas em temas que convergem ao reducionismo do usuário ao medicamento, seu uso racional, efeitos adversos e demais temáticas centradas na doença. Nesse contexto, não são realizadas ações integradas com os demais membros e que contemplem os problemas de saúde articulado com questões da análise situacional da comunidade que possam interferir diretamente no seu processo saúde – doença, com vistas a uma construção coletiva. Essa vertente pode ser confirmada nos discursos que se seguem:

(...) tentamos fazer palestra sobre alguns tipos de cuidados de utilização de medicamentos” (Farmacêutica APS).

Eu realizo minhas atividades dentro dos grupos terapêuticos e em alguns momentos realizo oficinas temáticas para trabalhar as questões da automedicação de cuidados e conservação de medicamentos” (Farmacêutica-CAPS).

Os farmacêuticos compreendem o cuidado em saúde na APS associado à logística farmacêutica, associando às ações relacionadas ao uso dos medicamentos, da dispensação e da ação individual como aconselhamento farmacoterapêutico.

Do ponto de vista conceitual, o termo cuidado farmacêutico não foi definido dentro de uma visão amplificada do cuidar em saúde com vistas a rede de atenção à saúde. Para Provini (2010), conceituar o cuidado farmacêutico no contexto da Atenção Farmacêutica,

onde cuidar se resume em identificar uma necessidade social focada no paciente, deve ser focado em um olhar que identifique, resolva e previna os problemas da terapêutica farmacológica. Assim, esse cuidado está centrado em ações sistemáticas da busca e resolução de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM), contidas no conceito de seguimento farmacoterapêutico (BRASIL, 2014).

A visão do cuidado na assistência farmacêutica deve ser construída por meio do desenvolvimento de atitudes articuladas ao cuidar, quando o sentido de intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente, reorientação das práticas no novo modelo de cuidado mais participativo e integrado; necessidade do farmacêutico na atenção primária à saúde (LAVRAS, 2011).

O cuidado farmacêutico é estar disponível para realizar educação em saúde, dar informações, realizar palestras, produzir folders. É estar focando no paciente, promovendo uso racional de medicamentos (Farmacêutico-APS).

[...] é importante permanecer presente em todo o ciclo da Assistência Farmacêutica e estar presente na farmácia do centro de saúde, no gerenciamento da farmácia, no cuidado farmacêutico, promoção da saúde e na prevenção (Farmacêutico-CAPS)

Foi possível evidenciar que não há um conceito para o cuidado farmacêutico. Os farmacêuticos definem o cuidado no produto fim (medicamento), onde mesmo afirmando priorizar o paciente, demonstra em suas atitudes o trabalho técnico em torno do medicamento (CORRER, 2011).

A dificuldade de conceituar o cuidado de forma reconstrutiva e ontológica, vai além da burocratização e tecnicismo, encontrando suas bases tanto na falta de legitimidade das práticas em saúde, como também na própria identidade formadora do profissional farmacêutico. A carência de uma consolidação e posicionamento corporativo diante do sistema público de saúde dificulta a compreensão de suas práticas no cuidado, o que denota em ações ainda individuais, medicamento-centradas e fragmentadas. Esse contexto corrobora com o paradigma da saúde que ainda impera no Brasil, o chamado modelo biomédico (BEZERRA, 2016; OMS, 2011).

Destacamos que do total dos farmacêuticos entrevistados, apenas um profissional

demonstrou desenvolver um trabalho bem articulado com os demais membros da equipe. Nesta unidade, o farmacêutico realiza acompanhamento de forma integral e mais bem articulada a equipe multiprofissional, onde se percebe pertencente a uma rede organizada com entendimento mais refinado sobre as diretrizes e preceitos da APS.

Temos um grupo de adesão onde focamos vários problemas de adesão terapêutica seja ela medicamento, aceitação ao tratamento ou a doença e identificação do paciente que tiveram vários problemas e que hoje são referências para outros pacientes que apresentam dificuldades de adesão. Assim, coordeno esse grupo que acontece uma vez por mês na unidade e temos uma rede “lincada” com os outros serviços disponíveis. Hoje trabalhamos de forma transversal, que está vinculado a atenção primária, escolas, PSE (Programa de Saúde na Escola), prevenção de saúde e palestras e estamos também “linchados” na rede terciária que é o hospital de referência (Farmacêutico APS).

O cuidado nas redes de atenção à saúde, vai além da educação em saúde, aconselhamento e medidas de prevenção. As tomadas de decisões clínicas, diagnósticas e terapêutica não são suficientes para atender ao contexto complexo da RAS. A assistência farmacêutica deve ser vista sob uma ótica de um cuidado em uma categoria reconstrutiva, por meio de uma prática farmacêutica voltada ao diálogo aberto e produtivo, prestando uma assistência mais no cuidado, sem a interação apenas pelo objeto de intervenção terapêutica.

Com efeito, é necessário que os farmacêuticos incorporem em suas práxis novas formas de agir e pensar, baseados na ampliação do olhar sobre a saúde, ressignificando e inovando sua rotina de trabalho para construir o cuidado farmacêutico de forma plena.

### 5.3.2 A visão dos outros profissionais de saúde, relacionadas as práticas do farmacêutico na APS

O estudo demonstrou que os demais profissionais, pertencentes a equipe de saúde, não enxergam o farmacêutico como um profissional articulado com as ações consolidadoras de uma atenção que garanta a integralidade do serviço.

A figura do profissional farmacêutico é visualizada como um mero dispensador de medicamentos ou insumos, ficando esse profissional retido ao espaço físico da farmácia e imbuído de ações burocráticas ou meramente tecnicista, sem nenhum grau de complexidade ou articulada com a atenção a saúde da comunidade. Algumas vezes, o farmacêutico passa

desapercebido pelos demais profissionais, reforçando a sua postura desarticulada e alheia às ações da saúde. Tal realidade pode ser verificada no fragmento de discurso que se segue:

Imagino que o farmacêutico na atenção primária deva receber os medicamentos, organizar os medicamentos, fazer um organograma, distribuir, prestar contas. Na minha visão o trabalho dele é exclusivo naquele local, naquela sala de trabalho Aqui (...) que eu saiba não tem farmacêutico formado, só o auxiliar que fica na farmácia” (Dentista APS).

Refletir uma prática baseada em ações onde o cuidado do profissional farmacêutico vai além da dispensação do medicamento, gerenciamento de insumos, burocratização do atendimento e tradução simples de uma prescrição é um desafio para que a categoria possa ser encarada como parte essencial de uma equipe que contribui para a consolidação de ações que visem à valorização e o empoderamento da atenção básica (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, é factível que os demais membros entendam que os farmacêuticos possuem atribuições específicas e pontualmente ligadas ao fármaco e seus efeitos, no contexto técnico e na prática de prescrições, não possuindo a detenção do cientificismo, ações integrativas, formalidades ou padronizações em suas atividades em saúde. Sendo assim, possuem uma visão limitada que se restringem em conceituações burocráticas e não identificam a importância do farmacêutico na gestão do cuidado e integrado junto a equipe. Comprova-se na fala que se segue:

Aqui tem farmacêutico que até faz a farmácia clínica, mas os pacientes vão lá fazer a orientação dos medicamentos, parece que não é uma coisa formal, mas só o contato mesmo e uma conversa com o paciente, na dúvida a gente vai e pergunta alguma coisa (Dentista APS).

Na prática das equipes nas unidades de saúde, as atividades do profissional farmacêutico não são evidenciadas e ainda se considera a assistência farmacêutica como um simples sistema de apoio às redes de atenção à saúde, verticalizando a assistência, dificultando a horizontalidade do cuidado e a integração do farmacêutico na equipe (MENDES, 2012; ARAUJO, *et al* 2008).

Este fato corrobora para que o profissional farmacêutico restrinja suas atividades

apenas no setor físico da farmácia tornando-se refém de um sistema mal compreendido da assistência farmacêutica, o que dificulta as práticas de um cuidado pautado em conceitos amplos e que promovam a qualidade de vida da comunidade que necessita de um cuidado integral para o desenvolvimento da assistência farmacêutica. Tal realidade coloca o farmacêutico às margens da equipe de saúde do serviço, reduzindo suas práticas para ações administrativas se distanciando da promoção da saúde (RICIERI, 2006).

Neste contexto, o cuidado na APS terá que romper com o modelo profissional tecnicista, voltando-se para a reconstrução das práticas de saúde por meio de ações integradas de promoção da saúde e com vistas as tomadas de decisões que visem atitudes multidisciplinares (BRASIL, 2016).

### 5.3.3 A visão dos gestores relacionadas às práticas do farmacêutico nas APS

Esse tópico representa o entendimento dos gestores a respeito da integração das práticas farmacêuticas. Neste momento, foram entrevistados dois gestores que estavam implementando no município a rede de cuidados na APS. Assim, buscamos compreender como esses gestores enxergam esse farmacêutico na rede de atenção à saúde, bem como se eles identificam a integração desse profissional na equipe de saúde APS.

Entre os gestores existe uma compreensão mais ampla e conceitual sobre a assistência farmacêutica, bem como sua integração com a equipe de saúde. No entanto, embora os gestores percebem a importância da atuação do profissional como decisiva nos processos de gestão do cuidado dentro da rede de saúde, ainda não conseguem visualizar as práticas bem estruturadas do farmacêutico no nível da rede de atenção, seja por falta de integração com as diretrizes, seja por falta de priorização de suas ações. Isso é refletido na fala que segue:

A primeira questão seria o modo de desenvolvimento da Assistência Farmacêutica, porque ela é entendida como uma dispensação, ela não é entendida como um campo da saúde coletiva aonde o indivíduo se relaciona com processos farmacológicos, que deles demanda seu tratamento, a cura, a prevenção e a promoção da sua saúde (...) gente nunca teve uma política de combate a esse processo de medicalização, a gente nunca discutiu isso no sistema de saúde de Fortaleza, a gente nunca desenvolveu um processo de assistência farmacêutica sustentável do ponto de vista dos fitoterápicos pelo menos no município de Fortaleza” (Gestora APS).

Ainda na visão do gestor, percebeu-se uma conceituação distorcida sobre as atribuições clínicas dentro da assistência farmacêutica, valorizando uma prática mais gerencial e ainda focada em práticas burocráticas e menos articulada com a assistência ou integralidade com a equipe e com a rede. No entanto, esse fato pode estar alicerçado devido a perpetuação de que a prática farmacêutica está estruturada na APS por atitudes tecnicistas e meramente farmacológicas.

O farmacêutico tem várias alternativas. Você tem o ciclo logístico e você tem a farmácia clínica que chama de atenção farmacêutica. O que ocorre é que no Brasil como em vários países, a gente privilegia o ciclo logístico, seja selecionar, programar, adquirir. Enfim... e se falar da farmacoeconomia também que quase não tem (...) mas eu pessoalmente acho que o que nos falta hoje é farmacêutico na clínica, a gente até tem na hospitalar, mas na atenção primária não (Gestor - consultor).

O Ministério da Saúde lançou em 2014, manuais de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, afirmando a importância da Assistência Farmacêutica nas redes de atenção e serviço de saúde. Percebe-se, pois, estratégias para implementar as políticas públicas da Assistência Farmacêutica com a ampliação de recursos financeiros para a garantia do acesso aos medicamentos (BRASIL, 2014).

As estratégias do Cuidado Farmacêutico por meio do Qualifica SUS, Hórus, organização do financiamento por bloco financeiro e os serviços de clínica farmacêutica abordados no Manual do Cuidado Farmacêutico do Ministério da Saúde evidencia a importância da Assistência Farmacêutica na APS como garantia do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. Essa estratégia não contempla, no entanto, a diretriz da Política Nacional da Assistência Farmacêutica onde preconiza os serviços farmacêutico no ponto de vista de atenção integral, coordenada, contínua e segura, efetivando as necessidades e os problemas dos usuários, das famílias e da comunidade (BRASIL, 2014).

Para os gestores a assistência farmacêutica está concentrada para promover o acesso aos medicamentos por meio da prática individualista da prescrição. Os gestores visualizam um problema na assistência farmacêutica, onde necessita de uma discussão no processo e a superação de um modelo biomédico e com uma gestão focada em resultados.

#### 5.4 Práticas farmacêuticas na APS: fatores que facilitam e dificultam a integração do farmacêutico na equipe segundo a visão dos farmacêuticos, outros profissionais da saúde e gestores.

Entre os 12 farmacêuticos entrevistados que informaram sobre os fatores que facilitam e dificultam a integração com equipe revelaram como fatores que facilitam: O posicionamento firme da gestão, encontros de discussão sobre condutas terapêuticas e a construção de normas e protocolos facilitariam a atuação do farmacêutico na APS. Em relação aos fatores que dificultam os profissionais apontaram: fragilidade da gestão e das políticas de saúde envolvendo o farmacêutico, modelo de gestão com foco em metas e resultados, o tecnicismo das atividades, rotatividade da gestão, precariedade de insumos e medicamentos. Assim, o quadro 1 descreve as facilidades e as dificuldades revelada pelos profissionais farmacêuticos durante as entrevistas de acordo com os discursos.

**Quadro 4** – Discursos entre os farmacêuticos sobre as facilidades e dificuldades para integrar as equipes de saúde na APS

FACILIDADES	DIFICULDADES
<p><i>“E acho que o reconhecimento de fato da instituição da Secretária Municipal de Saúde, por que assim, boca a boca, muitas vezes não fica claro até que ponto posso discutir a conduta terapêutica. E aqui a gestora da unidade é uma enfermeira e estranha minha atitude”</i> (Farmacêutico - APS).</p>	<p><i>“Eu realizo mais atividades burocráticas: mapas, registro e dispensação nos livros de controle especial [...]”</i> (Farmacêutico-APS).</p>
<p><i>“Encontro com a equipe de saúde para agente discutir os casos. Para isso preciso conversar com a equipe e me repassar os casos, o diagnóstico e compreender a conduta médica para eu saber onde realmente poderei intervir”</i> (farmacêutico-CAPS).</p>	<p><i>“O atendimento dos profissionais em sua maior parte é individual. Eu não conheço a demanda, não existe uma distribuição racional [...], falta a padronização das ações nas unidades básicas, não possui indicadores e não tem estrutura na farmácia”</i> (Farmacêutico-APS).</p>

Fonte: própria autora, 2017

A pesquisa revelou que os farmacêuticos acreditam que um posicionamento firme

da gestão municipal elucidando as atividades do farmacêutico para a equipe de saúde, facilitaria a realização das atividades na APS. Esses profissionais expuseram que encontros para discussão sobre as condutas terapêuticas fomentaria a construção de normas e protocolos que facilitaria as intervenções farmacêutica.

Nesse sentido, a consolidação de normas e rotinas alicerçadas nas diretrizes já existentes e que valoriza a atuação do farmacêutico de maneira mais efetiva dentro de ações assistenciais, com foco nas estratégias ministeriais, poderiam contribuir para uma atuação mais bem articulada com a equipe e com a comunidade. Tais atividades, seriam normatizadas e padronizadas dentro da rede de atenção, onde todos esses profissionais implementariam suas atividades de maneira eficaz e direcionado pelas políticas públicas.

Para esses profissionais, a inexistência de protocolos que pontuem a real função do farmacêutico na APS, o que colocaria como membro ativo e necessário para as práticas de gestão do cuidado, privilegia as ações curativistas, fragmentada, individualizada e meramente burocratizadas, não colocando em prática seus modos de cuidar.

Encontros entre profissionais que induzissem aos processos de discussão sobre os deveres do farmacêutico, formação de grupos de trabalhos que elucidassem suas práticas e rotinas, incentivos da gestão para consolidar suas funções e valorizar seus saberes dentro da equipe seriam estratégias cruciais para o empoderamento profissional e, com isso, a elucidação de uma atuação mais positiva. Pode-se observar tal perspectiva nas falas que se seguem:

Durante o estudo, os farmacêuticos elencaram, ainda, dificuldades que limitam suas ações e práticas enquanto profissionais centrados em um cuidado mais integral dentro na APS. Muitas vezes essa realidade é condicionada pela própria fragilidade não apenas da gestão, mas também de uma articulação que envolva melhor o profissional farmacêutico com as políticas de saúde.

De acordo com a OMS os serviços farmacêuticos devem estar articulados para o desenvolvimento na APS, vinculados às políticas públicas, a organização e gestão de serviços farmacêuticos, serviços vinculados diretamente a gestão do medicamento, vínculos aos indivíduos, família e comunidade, a pesquisa e ao próprio desempenho profissional (OPAS 2013).

No entanto, a atuação do farmacêutico no território estudado está reduzida às funções vinculadas a organização e gestão dos serviços farmacêuticos. O controle de estoque, a aquisição de medicamentos e insumos, o “mapa” (tabela onde são contabilizados os itens recebidos e os itens dispensados - para que no sistema logístico possa ser reabastecido

conforme a demanda), o preenchimento de relatórios e alimentação de programas, consomem o tempo de trabalho do profissional.

Os resultados mostram que os farmacêuticos não conseguem atuar em sua prática farmacêutica junto a equipe, pois, segundo visão desses o que facilitaria essa articulação seria o fato de a gestão fomentar um documento padronizando essas atividades, o que não existe na formalidade. A inexistência dessa realidade privilegia as ações curativas e o trabalho individual dos profissionais de saúde não facilita aos farmacêuticos consolidar de maneira efetiva seus modos de cuidar aos pacientes na rede de atenção.

Dentre os fatores pontuados, foi discutido sobre o modelo da atenção priorizado pela gestão. Tal modelo, centrado em uma postura estruturalista com foco em metas e resultados a curto prazo com vistas no acúmulo de recursos financeiros, conduzem a práticas burocratizadas, tecnicistas e sem direcionamento de uma atenção voltada para a integralidade.

Somado a isso, as mudanças de gestão, precarização dos vínculos trabalhistas, número reduzido de farmacêuticos para as demandas do serviço, precariedade de insumos, material de expediente e medicamentos, foram outros pontos citados que evidenciam dificuldades dentro da atenção básica.

É fato que a quantidade de farmacêuticos atuando na saúde pública tem crescido significativamente em resposta às novas políticas de saúde, porém, percebe-se as fragilidades na estruturação das práticas, ainda com uma atual organização que exigem do farmacêutico atividades burocráticas e gerenciais em detrimento de sua atuação junto aos usuários (RICIERI, et al, 2006).

A desvalorização da profissão farmacêutica por parte dos gestores e demais profissionais, onde não são vistos como parte da equipe em suas atribuições e atividades desempenhadas, além da resistência para contratação de farmacêuticos, endossam as dificuldades que obstruem a capacidade desses profissionais em desempenhar de maneira efetiva as práticas integrativas que promovam uma saúde equânime, universal e de qualidade. Tal fato contribui para uma dispensação simplificada de medicamentos e ações meramente técnicas, pontuais, desarticuladas e simplistas. Nesse sentido uma prática de qualidade e que busque uma atuação centrada nos padrões e respostas do usuário ficam deficitárias frente a uma grande demanda reprimida diante do reduzido e limitado número de profissionais.

Esta realidade reforça a compreender que o desenvolvimento do farmacêutico no SUS interfere na efetivação da dispensação e conseqüentemente na promoção do uso racional de medicamentos, assim percebe-se que é necessário preparar o farmacêutico para atuar nos

serviços de atenção à saúde e desenvolvimento de competências que possa vincular conhecimentos, habilidades e atitudes, alcançando resultados concretos na melhora da qualidade de vida do paciente, conscientizando sobre a sua importância na atenção à saúde e na responsabilidade nos processos.

Na prática, os discursos ressaltam que o reconhecimento das competências que facilitaria a atuação do farmacêutico não pode ser restrito ao reconhecimento de uma gestão. O farmacêutico ainda se encontra fragilizado nessa prática de cuidado. Nesse sentido, vale ressaltar que a dimensão do profissional farmacêutico deve se fundamentar em sua competência técnica, ética e a sua capacidade de construir vínculos com a equipe e com quem precisa de seus cuidados (CECILIO, 2011).

O modelo organizacional do município de Fortaleza divide a cidade em sete regiões sanitárias/administrativas. Os farmacêuticos estão distribuídos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) eleitas para ocorrer a dispensação de psicofármacos ou medicamentos de alto custo. Assim, as ações dos farmacêuticos no município envolvem, quase que exclusivamente, a dispensação e logística em torno do medicamento (FORTALEZA, 2016).

Em 2016 o município lançou a primeira edição do “Manual de Uso Racional de Medicamentos e Insumos na Atenção Primária à Saúde”, cujo objetivo visa orientar, segundo as normas da Organização Mundial da Saúde, quanto às atividades relacionadas à seleção, padronização, farmacovigilância e educação continuada à equipe da saúde e assim, tentar se aproximar de práticas de uso seguro e racional do medicamento, quando não há a presença do farmacêutico nas unidades básica de saúde (BRASIL, 2016).

Entretanto, a implementação dessa ferramenta corrobora com a desvalorização do farmacêutico como membro integrante da equipe de saúde, afirmando o não reconhecimento da importância de seus serviços, onde o cuidado é essencial para somar benefícios à qualidade das pessoas por meio da sua assistência, correspondendo à uma lacuna que necessita ser saneada.

Com efeito, a APS precisa garantir a presença do farmacêutico no cuidado integral ao usuário e fundamentar suas ações nas necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade na perspectiva sistêmica, uma vez que a Atenção Primária a Saúde desenvolve ações intersetoriais com a promoção do cuidado em espaços de saúde, na educação e promoção de saúde (BOSI, 2010; OMS, 2008);

O reconhecimento do cuidado farmacêutico como priorização de suas práticas dentro da APS deve ser visualizado e valorizado precocemente desde sua formação

acadêmica. Assim, poderá ser possível a aproximação e inclusão dessa categoria com vistas a uma implementação mais efetiva da profissão nas RAS. Nesse sentido, a construção de saberes deve ser uma premissa e uma bandeira na luta dos farmacêuticos em exercer seu labor com eficiência, superando as dificuldades.

Diante dessa realidade o ato de cuidar na contemporaneidade não está sendo direcionado à manutenção da saúde, mas ao controle da doença inerente a capacidade terapêutica dos profissionais de saúde em dominar a doença, assim não cuidam de pessoas, mas de suas mazelas (COSTA, 2012).

Na presente categoria, destacamos o direcionamento do olhar dos demais profissionais de saúde e gestores sobre os fatores que poderiam facilitar e aqueles que dificultam as suas práticas integradas a rede de saúde. Nesse sentido, foi possível balizar entre as argumentações que convergiriam na ajuda dessa integração e as que põem obstáculos na atuação do farmacêutico condizentes com os princípios e diretrizes da APS.

A pesquisa revelou um certo grau de dificuldade, por parte dos demais profissionais de saúde, em pontuar quais fatores facilitariam para uma maior integração e contribuição dos farmacêuticos dentro da equipe multiprofissional, refletindo e comprovando a fragilidade de compreender o real valor e importância do farmacêutico na equipe.

Para esses profissionais, uma espécie de consultoria, por parte dos farmacêuticos, onde esses elencassem os fatores farmacológicos, princípios ativos, efeitos e ações dos medicamentos em si tanto para a comunidade como para os demais profissionais iria contribuir para sua maior interação e resultados dentro da equipe. Durante a identificação das facilidades para integração do farmacêutico na equipe da APS, por parte dos profissionais de saúde, foi perceptível a dificuldade de apontarem quais seriam os pontos facilitadores que melhorassem a atuação do farmacêutico. Tal vertente é um reflexo de uma compreensão deficitária e de uma visualização superficial do real papel do farmacêutico dentro da equipe. Dessa forma, não respondem claramente a pergunta, mas indica onde ele poderia se inserir na APS.

(...) então é importante o farmacêutico como profissional graduado, orientar a população quanto o remédio, trabalhar com a gente também, nos ajudar a orientar, porque ninguém melhor do que ele para ter esse conhecimento. Nos ajudar também é ajudar a comunidade (...)  
(Profissional APS).

Para os demais profissionais de saúde, a ausência do farmacêutico nos espaços da

APS e na própria comunidade, a sua pouca participação nos processos de planejamento das ações da equipe e sua limitada influência nos processos decisórios favorecem a não percepção ou a falta da necessidade do profissional no serviço junto a equipe. Ainda nessa perspectiva, apontaram que a própria comunidade visualiza a figura daquele profissional apenas como o dispensador do remédio, ficando, muitas vezes o farmacêutico acomodado e resiliente diante de tal situação.

(...) é exatamente a falta de necessidade que a gente não vê nesse trabalho. Porque a população só quer o remédio (...) porque para o povo saúde boa é quando tem distribuição de remédio, aí está ótimo. Pode está tudo funcionando, a gente fazendo tudo, mas se não tem o remédio, é uma porcaria. Então o que dificulta é isso aí é a falta da valorização de um profissional desse na unidade de atenção básica (Profissional de saúde).

Eu acho que tem muito comodismo mesmo dos profissionais (Profissional de saúde).

As compreensões pontuadas pelos gestores no que diz respeito as facilidades e dificuldades na integração do farmacêutico dentro da equipe foram mais subjetivas, quando comparadas aos demais participantes da pesquisa. Os gestores apontam que o conhecimento e habilidades do profissional farmacêuticos são peculiares e essenciais para equipe, comunidade e gestão. No entanto, essas potencialidades ainda não foram bem processadas pelos próprios farmacêuticos, muito menos pela administração pública seja por falta de uma real percepção destes, seja por subestimação do seu real papel. Para os gestores, os farmacêuticos ainda não se percebem pertencentes as propostas da APS, não cultivando suas ações fora do espaço físico da farmácia. Para os gestores, ainda falta uma associação do conhecimento clínico com o farmacológico e a aplicação dessa articulação dentro do conhecimento coletivo. Isso é perceptível na fala do gestor que se segue:

O conhecimento do farmacêutico é um conhecimento peculiar, mas ele é escondido. Porque o farmacêutico não atua na equipe de saúde da família, a gente não tem essa experiência, aqui eu nunca vi... Então a primeira coisa seria essa integração, onde é na saúde coletiva a inserção desse campo da assistência farmacológica, que eu chamo de farmácia clínica (Gestor).

(...) vocês focam no medicamento, focam no ciclo logístico, como selecionar, como programar, como comprar, como estocar, como distribuir, não que isto não seja importante, o medicamento ele é tratado como uma mercadoria na sociedade capitalista de consumo (Gestor).

Tal realidade ganha força quando o gestor aponta as limitações econômicas de contratação e valorização desse profissional, ainda carente e aquém do que seria necessário. Ainda se tem muita restrição, por parte da gestão financeira do município, em perceber que esse profissional teria vantagens na farmacoeconomia da administração pública, não sendo mais um aumento de custos no sistema de saúde.

O trabalho de Mendes (2009) aponta para a resistência dos gestores na contratação de farmacêuticos na APS como uma das principais dificuldades de uma atenção qualificada por parte desse profissional. Tal fato contribui para uma dispensação simplificada de medicamentos e ações meramente técnicas. Nesse sentido uma prática de qualidade e que busque uma atuação centrada nos padrões e respostas do usuário ficam deficitárias frente a uma grande demanda reprimida diante do reduzido número de profissionais.

Os gestores, nesse sentido, embora reconheçam a importância do farmacêutico, apontam essas dificuldades administrativas e financeiras como grande embate que embarreira uma ação mais atuante daquele profissional. Fato esse, evidenciado nas falas:

A secretaria do município acha que colocar farmacêuticos na equipe de saúde aumenta custos, quando na realidade um farmacêutico economiza muito porque as prescrições no geral são muito caras do ponto de vista econômico(...) existe muita prescrição errada e o farmacêutico não só irá economizar o recurso como ele vai atuar fortemente na adesão terapêutica (Gestor).

O farmacêutico faz tudo isso e põe o medicamento na unidade, e lá não tendo o farmacêutico sai muitas prescrições indevidas. Então o farmacêutico é uma figura essencial na unidade (Gestor).

Nesse sentido, vale ressaltar que a dimensão do profissional farmacêutico deve se fundamentar em sua competência técnica, ética e a sua capacidade de construir vínculos com a equipe e com quem precisa de seus cuidados (CECILIO, 2011). Acredito que nos profissionais precisamos nos empoderar diante da gestão e registrar mais os serviços nas unidades, pois mesmos incipientes em algum momento percebi na minha jornada de gestora

na Unidade de Saúde que o farmacêutico faz algo, mas não são registrados, não apresenta relatórios de sua própria atuação apresentando-se invisível à gestão tornando-se um custo “aparente”.

O farmacêutico têm competências que lhe permita colocar em prática e registrar suas habilidades. Porém, (OMS, 2005) mesmo descrevendo as funções do farmacêutico vinculadas a saúde pública, ao paciente, família e comunidade, as compreensões do profissional farmacêutico devem aproximar-se mais do foco proposto pela Política da Atenção Básica (OZORIO, 2007).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) elaborou um documento sobre o papel do farmacêutico. Esta publicação descreve as sete principais competências necessárias ao farmacêutico, conhecida por “Farmacêutico Sete Estrelas” (WHO, 2006). As competências descritas neste documento compreendem comunicação, liderança, prestador de serviços farmacêuticos com a equipe de saúde, capaz de tomar decisões, educador, pesquisador e gerente.

Assim, o farmacêutico poderá desenvolver as habilidades descritas no documento da OMS e desenvolver competências para se aproximar com autoridade na rede de serviços da APS, exercendo uma prática que promova a transição de paradigmas entre o cuidado centrado no medicamento e o cuidado ou serviço farmacêutico integral, o qual integra ações de educação em saúde, incluindo atividades de educação permanente para a equipe multiprofissional e atividades promotoras do uso racional de medicamentos e o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnica e pedagógicas (BRASIL, 2014).

Dentre as atividades assistenciais que devem ser praticadas nos serviços de atenção, estão incluídos os serviços de clínica farmacêutica, os quais podem ser ofertados ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros profissionais. As atividades de caráter técnico -pedagógicas, de forma complementar, visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2014).

Diante desse fato, a prática farmacêutica precisa que seja claramente uniformizada e incorporada como um componente essencial nas Políticas Nacionais de Saúde e Farmacêuticas e em seus marcos regulatórios, tornando-se urgente atualização e adaptação para que seja visível para os membros da equipe de saúde.

No universo analisado, as práticas do farmacêutico na atenção primária são pontuais e justificadas sob o ponto de vista da legislação que exige a presença do profissional para a dispensação de medicamentos de controle especial. Desse modo, demonstra-se uma

urgência em discutir um novo paradigma da prática farmacêutica, sobretudo no cenário das RAS, principalmente com relação a iniquidade do acesso aos medicamentos e a fragmentação dos processos que são observados sob a teoria das políticas farmacêuticas (LYRA, *et al* 2011).

O reconhecimento do cuidado como priorização das práticas farmacêutica na RAS deve ser visualizado e valorizado precocemente desde sua formação acadêmica. Assim, poderá ser possível a aproximação e inclusão dessa categoria com vistas a uma implementação mais efetiva da profissão. Nesse sentido, a construção de saberes deve ser uma premissa e uma bandeira na luta dos farmacêuticos em exercer seu labor com eficiência, superando as dificuldades.

Essa prática demasiadamente gerencial do farmacêutico e que de maneira deficitária se dedica as práticas coletivas que vise o empoderamento da comunidade pode estar intrinsecamente ligada a Política Nacional de Medicamentos direcionada a garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2004).

A quantidade de farmacêuticos atuando na saúde pública tem crescido significativamente em resposta às novas políticas de saúde, porém, percebe-se as fragilidades na estruturação das práticas, como por exemplo, a fraca atuação desse profissional na dispensação de medicamentos.

Gestores apontam a resistência na contratação de novos farmacêuticos na APS como uma das principais geradoras de dificuldades de uma atenção qualificada dentro desse nível de atenção por parte desse profissional. Tal fato contribui para uma dispensação simplificada dos medicamentos e ações meramente técnicas diante de tal ação. Nesse sentido uma prática de qualidade e que busque uma atuação centrada nos padrões e respostas do usuário ficam deficitárias frente a uma grande demanda diante do reduzido número de profissionais (MENDES, 2009). Para mim, esta resistência da gestão é fortalecida pelo modelo biomédico, populista e político que abre oportunidades cada vez mais para um uso indiscriminado de medicamentos.

A maior parte dos gestores nos municípios quando contratam o profissional farmacêutico percebe as fragilidades na estruturação das práticas na APS, tais como baixa atuação do profissional na dispensação de medicamentos, a incipiente existência e atuação de Comissão de Farmácia e Terapêutica e prioriza as atuações na gestão e logística de medicamentos (MARGONATO, 2006). Esse fato é reflexo também da construção histórica das nossas políticas farmacêuticas e da formação profissional que se fragiliza diante da atuação com vistas a saúde coletiva.

Nesse contexto de visão da gestão sobre a práxis do farmacêutico de forma reconstrutiva e ontológica e que vá além da burocratização e do tecnicismo ocorre devido a falta de legitimidade das práticas em saúde, como também da própria identidade formadora do profissional farmacêutico. A carência de uma consolidação e posicionamento dentro da saúde pública do farmacêutico dificulta a compreensão de suas práticas no cuidado pela gestão. Nesse sentido, define suas práticas e institui seu cuidado de uma maneira mal resolvida, construindo um conceito do campo farmacêutico ainda individual, hospitalocêntrico e especialista. Este fato fortalece o modelo vigente no Brasil, o chamado modelo biomédico, onde nesta lógica o farmacêutico insere-se como profissional que analisa a prescrição (OMS, 2011; RICIRE, 2006).

As políticas farmacêuticas vigentes têm se apresentado ineficientes na obtenção de resultados satisfatórios com a real concepção da assistência e da atenção farmacêutica, encontrando - se ainda desarticulada com os processos de cuidado em saúde. Essas ações não dão conta de responder à necessidade de atenção integral à saúde, fortalecendo a prática tecnicista do profissional farmacêutico (BRASIL, 2008; MARGONATO, 2006).

Somada a essa dificuldade, observa-se que a dinâmica das unidades de saúde está excessivamente centrada no atendimento médico, nos programas de saúde e nos medicamentos, e, sobretudo no atendimento individual, uma realidade nada favorável para a prática do profissional farmacêutico. Este modelo evidencia a doença e não a experiência da pessoa, em todas as singularidades, justificada como uma dimensão mais complexa de atuação (LIMA, et al 2011).

A ementa publicada recentemente da PNAB, em 2017 deixou entrelinhas que não prioriza, não pactua mais como modelo de investimento na atenção primária a estratégia saúde da família, bem como suas diretrizes e ações. Diante dessa realidade, na atenção primária não terá mais a obrigatoriedade de um território adescrito, construções de vínculos e equipe mínima ou a garantia da continuidade do atendimento ao paciente no território. A equipe não terá mais a obrigatoriedade do Agente comunitário de Saúde- ACS. E ainda os blocos de financiamentos não terão mais o repasse financeiro, porém o ministério da saúde repassará o investimento por um bloco único que não necessariamente será para a atenção primária.

Assim, percebe-se um retrocesso no desenvolvimento do modelo de atenção primária à saúde no Brasil, onde fortalece a precarização profissional, fragmentação das ações. Diante dessa nova realidade reformulada na atenção primária à saúde ficará mais complexa a atuação do farmacêutico em um contexto de cuidado junto a equipe. Desse modo,

demonstra-se uma urgência em discutir um novo paradigma para a prática farmacêutica, sobretudo no novo cenário da APS, principalmente com relação a iniquidade do acesso aos medicamentos e a fragmentação dos processos que são observados sob a teoria das políticas farmacêuticas e na conjuntura da estratégia saúde da família (LYRA, et al 2011).

O contexto da APS no processo prático de cuidar, deve ser constituído por um espaço de reflexão, ação, fundado em saberes técnico, científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas além de contribuir para a transformação social (BOSI, 2010; GIL, 2016).

Nesse sentido, a construção de saberes dos profissionais farmacêuticos deve ser uma premissa e uma bandeira na luta da categoria no intuito de crescer dentro da atenção básica e superar as dificuldades. Com efeito, é necessário que os farmacêuticos incorporem em suas práxis novas formas de agir e pensar, baseados na ampliação do olhar sobre a saúde, ressignificando e inovando sua rotina de trabalho para construir o ‘cuidado farmacêutico’ de forma plena.

Assim, neste contexto a tese faz uma reflexão de como poderemos reconstruir uma perspectiva para integrar o farmacêutico na APS independente de caminhos adversos, fragmentados e ou modelos biomédicos estejam se emaranhando nas políticas vigentes no país para que o profissional farmacêutico seja capaz de construir vínculos com a comunidade, com foco na paciente e não na doença.

Dentro dessa perspectiva, a prática do farmacêutico deverá ser compreendida como um conjunto de ações técnicas e restrita do farmacêutico, mas também como a ferramenta que visa a implementação de práticas integrativas para o alcance de um cuidado com vistas a promoção e prevenção da saúde no território (GOMES, 2010).

## **5.5 Perspectiva para integrar o farmacêutico na APS**

Diante das facilidades e dificuldades apontadas pelos atores sociais envolvidos na pesquisa, refletidos pelas concepções apresentadas, anseios, angustias e compreensões apreendidas sobre a atuação do farmacêutico, verifica-se a urgência na consolidação de um modelo como perspectiva que garanta a integração definitiva do farmacêutico na APS.

As ações exercidas pelo farmacêutico são componentes essenciais para a implementação da política de medicamentos, crucial para a concretização do sistema de saúde, tornando-se, desse modo, um requisito para a chamada da “transformação do novo modelo assistencial de vigilância à saúde” o qual será consolidado pela organização nos

diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase no setor público, com a priorização da atenção primária, vista essa como a porta de entrada para a rede de atenção (ARAÚJO, 2006).

As ações integradas do farmacêutico, pautadas nas diretrizes e preceitos na APS, tornarão o seu processo trabalho condizente e aproximado com a comunidade sob sua responsabilidade sanitária. Nessa perspectiva, esse profissional concretiza a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e fortalece as vulnerabilidades presentes nos usuários à descritos na sua área, entre essas, o sofrimento psíquico que acomete uma boa parte dessa comunidade. Sendo assim, a aproximação do farmacêutico na APS irá contribuir sobremaneira para o atendimento psicossocial nessa porta de entrada como também irá permitir que o profissional coloque em prática os processos de referência e acolhimento necessários para o cuidado ampliado e consolidação da rede.

Nesse contexto, desenvolver um modelo de pratica profissional padronização que estabeleça as intervenções necessárias para a valorização das práticas do farmacêutico, detentor de conhecimento técnico – científico peculiar e transformador no ponto de vista da articulação entre a assistência, gerencia de insumos com as práticas que garantam a integralidade do serviço é imperativa.

Assim, as suas habilidades conduzem com as ações direcionadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, necessárias para organização dos serviços, como também para o intercâmbio de saberes necessários a redução de danos e vulnerabilidades dentro da comunidade assistida (ARAÚJO; PEREIRA; FREITAS, 2008).

A perspectiva desse modelo se refere a um mecanismo que possa formalizar as ações e práticas do farmacêutico dentro da atenção primária de modo que esse profissional possa ser investido de responsabilidades específicas e decisivas para um trabalho interdisciplinar, para o fortalecimento da gestão do cuidado, além da consolidação da assistência farmacêutica como instrumento decisivo para a promoção do gerenciamento, assistência e qualidade do serviço.

Para o alcance, faz-se necessário a pactuação de pontos os quais caminhem a favor da elaboração de critérios que coloquem em prática as ações decisivas para o fortalecimento das práticas do farmacêutico. Para tanto, se propõe uma atuação estratégica dentro dos programas estratégicos da saúde família na qual sejam elencadas as metas e objetivos para conquista e solidificação de tal desafio da mesma forma que é lançada a equipe de saúde.

Para sanar esse vácuo presente na assistência farmacêutica, deve-se fortalecer, inicialmente, as relações entre o ensino e o serviço. Desde a academia, torna-se imperativo a

elucidação e aprofundamento do conhecimento sobre a importância e necessidade de práticas farmacêuticas mais integrativas com a equipe multiprofissional.

A integração ensino-serviço tem sido instrumento para diversos estudos e debates, visando a transformação das práticas dos profissionais de saúde, bem como a visão do atual acadêmico e futuro profissional, a partir da reflexão sobre a realidade e a produção de cuidado, visando à modificação do modelo de formação e assim do modelo assistencial. Para tanto, o que se percebe na realidade a integração ensino-serviço na atenção primária ela ocorre superficialmente, pois o aluno não é acompanhado na unidade pelo professor preceptor que articula ações da saúde coletiva com esse aluno.

Entende-se por integração ensino-serviço um processo complexo de trabalho coletivo, acordado, articulado e integrado entre instituições ensino e serviços de saúde, cuja finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento e satisfação dos profissionais dos serviços (ALBUQUERQUE, 2008).

Uma vez fortalecida e melhor articulada as práticas do ensino dentro do serviço, onde o farmacêutico, na figura de preceptor, já demonstra sua prática para alunos, pode possibilitar, de maneira precoce, uma visão amadurecida das diretrizes da APS e a sua articulação com o serviço de um cuidado amplo, sem a premissa de um seguimento que fortaleça um modelo individual e biomédico.

Após firmar essa maior articulação do ensino – serviço com as universidades, outra estratégia seria a criação de um Grupo de Trabalho (GT), organizado e composto por farmacêuticos que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde do município. Tal grupo, iria articular, fomentar e construir um protocolo com base nas políticas e diretrizes e que consonassem com a atuação do farmacêutico nos diferentes serviços, pontuando os deveres, requisitos, ações e posturas de maneira padronizadas e viável para a sua execução. Esse protocolo seria construído como o resultado final do GT e seria apresentado a gestão como uma estratégia de valorização e articulação das ações do farmacêutico dentro da Rede.

Outro desafio primordial é a abertura de espaços para que possam ser discutidos e deliberados os processos de trabalho do farmacêutico com a gestão. Essa última precisa reconhecer esse profissional como necessário e imprescindível para os processos de gestão e assistência, onde o seu conhecimento pode ser essencial para o bom funcionamento da equipe e qualificação dos trabalhos.

Além desses pontos, faz-se necessário os processos de educação continuada e permanente como estratégias de empoderamento da profissão e concretização das práticas

elencadas. Para tanto, a formulação de programas de aperfeiçoamento que garantam ao profissional farmacêutico participar e (re) aprender suas práticas dentro da APS se tornam imperativas para o aprimoramento de sua visão e consolidação das ações.

Nessa perspectiva, observa-se que a consolidação de pontos estratégicos que envolvam o fortalecimento da academia dentro do serviço, a composição de grupo de trabalho disposto a criar um documento comum com vistas às ações do farmacêutico na APS, a ampliação de canais de escuta e valorização do trabalho pela gestão além do processo permanente e continuado da educação são as linhas fundamentais e que devem ser seguidas no intuito de se direcionar a construção de práticas integrativas do farmacêutico, com isso, fortalecer os processos de gestão do cuidado, longitudinalidade, acesso, vínculo articulado com a assistência farmacêutica.

A atuação do farmacêutico na APS tem que ser prioritariamente com vistas no território e não mais no uso racional do medicamento proposto por meio da reformulação das políticas farmacêuticas do Programa Nacional de Qualificação da AF (Qualifar - SUS). Esse Programa foi criado em 2012 com o intuito de inserir cada vez mais a AF nas Redes de Atenção à saúde como também pensar na integralidade do cuidado. Foi utilizado como modelo orientador o projeto Sentinela, com foco em gestão da AF, farmacovigilância e URM.

O Qualifar-SUS contribuiu para uma prática de obtenção de informações sobre desempenho do uso de medicamentos fora do ambiente controlado dos ensaios clínicos, a fim de se evitar os efeitos prejudiciais da má utilização. No entanto, embora represente um avanço, esse projeto não agrega a atuação da prática do farmacêutico integrado ao cuidado, mas somente fortalece a PNM e o Uso Racional de Medicamentos que só visa assegurar a disponibilização dos medicamentos alinhada à operacionalização do sistema público de saúde. Nesse sentido, a PNM é uma permanente agenda inconclusa, construída apenas para regulamentar o sub financiamento dos medicamentos no SUS sem o desenvolvimento das diretrizes que integram o farmacêutico junto ao território (BRASIL, 2012; VASCONCELOS et AL 2017).

As atribuições técnicas-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no SUS regulamentadas na resolução do CFF 578 de 26 de julho de 2013 foram: participações e planejamento de políticas e ações de controle social, participação do ciclo logístico dos medicamentos (seleção, aquisição e armazenamento de medicamentos), elaborar a aquisição de medicamentos, desenvolver ações de uso racional de medicamentos e participação de gerenciamento de resíduos de medicamentos.

Estas atribuições repetitivas ao longo do processo histórico das políticas

farmacêuticas não favorecem a construção de rotinas com vistas as diretrizes da atenção primária e, conseqüentemente, fortalece a superficialidade nas atribuições técnicas gerenciais onde o verbo conjugado nas atribuições da Resolução 578 de 2013 é a participação de ações e não mais, o farmacêutico autor principal da atribuição.

Assim, faz-se necessário uma atuação do farmacêutico pautada com os princípios e diretrizes da APS nas redes de atenção à saúde com vistas ao cuidado ampliado. Tal atuação deverá ser consolidada por meio de grupos de trabalhadores com base na educação permanente e nas discussões entre o farmacêutico e a gestão. Como sugestão a presente tese exemplifica atuação do farmacêutico que poderá ser formulado por meio de atividades estratégicas realizadas pelo farmacêutico na APS: Acolhimento, saúde mental, Programas sociais, puericultura, visitas. A logística do medicamento deverá excepcionalmente respeitados os aspectos epidemiológicos do território e aspectos farmacoeconomicos.

O farmacêutico junto à comunidade e a equipe é capaz de desenvolver trabalhos envolvendo aspectos individuais e comunitários tais como: horta e fitoterápicos; grupos de discussão com agentes de endemias e agenda comunitários com temas relevantes e com foco na vigilância em saúde; presença do farmacêutico na sala de imunização; campanhas de vacinas; e sala de procedimento.

Quando o farmacêutico está efetivamente inserido no contexto de atribuições na APS se faz possível uma discussão interdisciplinar junto à equipe de saúde para se delimitar sobre os cuidados necessários ao paciente, condizendo com a clínica ampliada. Diante de tais discussões podem ser definidos por meio de Procedimentos Operacionais Padrão –POP, uma organização padronizada e divulgar na comunidade.

Diante da valorização exacerbada sobre a doença e o medicamento, os dispositivos políticos que vem sendo apoiados pelas políticas farmacêuticas regulamentadas, são condizentes com uma sociedade capitalista de consumo que visualiza como mercadoria as condições de saúde da sociedade. Nesse contexto, se faz urgente as mudanças de paradigma de irmos além do uso racional de medicamento e ousar mais com a implementação de políticas de desmedicalização na comunidade.

Nesse contexto, com a aprovação da EC 95/2016, que estabelece o congelamento do orçamento direcionado a despesas primárias do governo federal pelos próximos 20 anos, e sendo o financiamento um dos aspectos centrais para a efetivação da política de saúde, incluindo assistência farmacêutica, corre-se o risco de que os poucos avanços conquistados, mobilizadores de desafios permanentes, venham a se tornar memória saudosa. Diante dessa realidade torna-se urgente a implementação de diretrizes que padronizem as práticas

integrativas sugeridas nessa tese para que, enfim, a consolidação do farmacêutico na Atenção Primária e Atenção Psicossocial Infanto-juvenil com vistas no território, comunidade, equipe e principalmente ao paciente, possa se tornar uma realidade.

Assim, a análise qualitativa nos permitiu compreender a importância e os motivos que permitiram a ausência dos farmacêuticos na APS integrados a equipe de saúde e, assim apontar para os desafios da consolidação das práticas vista as políticas de saúde e a consolidação do profissional na APS no contexto do SUS.

A participação dos gestores e outros profissionais de saúde nos permitiu avaliar a percepção desses em relação aos processos de trabalho do farmacêutico na APS. Tal fato pode contribuir para a formulação e interpretação de conceituações que pudessem convergir para a construção de uma prática farmacêutica ampliada e integrada as equipes de saúde.

## 6 CONCLUSÕES

*“É impossível progredir sem mudança, e aqueles não mudam suas mentes não podem mudar nada.”* (GEORGE BRDARD SHAW).

Esta tese se destinou a compreender a atuação do farmacêutico em sua prática cotidiana integrada com a equipe de saúde na Atenção Primária a saúde. Haja vista os objetivos propostos, convergiram resultados pertinentes a fim de compreender a atuação do farmacêutico em sua prática cotidiana com vistas a uma atuação mais integrada na Atenção à Saúde no Município de Fortaleza - CE os quais condizem para a necessidade da ampliação do papel do farmacêutico. Nesse contexto, o estudo demonstrou os seguintes resultados:

- Existem facilidades e dificuldades que limitam ou favorecem a atuação do farmacêutico na Assistência Farmacêutica na APS;

- A percepção dos farmacêuticos relacionada as suas rotinas e ações da Assistência Farmacêutica ainda se encontram limitadas ao produto do medicamento com conhecimentos e atitudes desintegradas de práticas integrais e condizentes com as doutrinas da APS;

- Os membros da equipe de saúde e gestores não compreendem o papel fundamental do farmacêutico dentro da APS encarando esse como mero dispensador de medicamento e com ações precarizadas;

- As perspectivas da atuação dos farmacêuticos que contemplem competências, habilidades e atitudes específicas do farmacêutico alinhadas a saúde coletiva pode ser determinante para a consolidação do saber e fazer desse profissional dentro da equipe;

Com os resultados foi possível perceber que os farmacêuticos não demonstram uma compreensão plausível sobre a interdisciplinaridade como parte necessária para a implementação de um trabalho integral com a comunidade, não vislumbrando as ações que garantem o vínculo, acessibilidade e continuidade do cuidado como parte essencial de seu trabalho, não se percebendo, assim, como membros de uma equipe integrada.

Ficou compreensível que os outros profissionais de saúde percebem o farmacêutico como um mero dispensador de medicamentos ou insumos, que fica imbuído de ações burocráticas ou meramente tecnicistas, sem nenhum grau de complexidade ou articulada com a atenção a saúde da comunidade. Enquanto que para os gestores, a assistência farmacêutica está concentrada no acesso aos medicamentos por meio da prática individualista da prescrição. Os gestores enxergam esse problema como algo enraizado nos processos de financiamento deficitários onde investir em profissional qualificado e que traga resultados positivos para a equipe de saúde são desvalorizados pelo poder executivo. Visualizam, ainda,

um problema na assistência farmacêutica, onde necessita de uma discussão do processo e a superação de um modelo biomédico e ou com uma gestão focada em resultados.

Os farmacêuticos apontam que o posicionamento da gestão elucidando as atividades do farmacêutico na equipe de saúde e encontros para discussões com a equipe sobre as condutas terapêuticas, facilitariam suas práticas na APS.

Os gestores não percebem as potencialidades do farmacêutico, atuando na equipe de saúde, como conseqüências não são registradas estas potencialidades pela administração pública. Assim, o farmacêutico não cultiva suas ações na saúde pública fora do espaço físico da farmácia e parece, algumas vezes, conformar-se em realizar atividades reproduzidas sem imbuir valor ou produção significativa na APS.

Assim, diante dos discursos apresentados e das diretrizes que regem a Atenção Primária a Saúde, porta de entrada para o sistema de saúde e local decisivo para a resolução da maior parte dos problemas e demandas da comunidade, faz-se urgente que a gestão, outros profissionais de saúde e, principalmente, o farmacêutico reconheçam a importância e o papel do farmacêutico como componente decisivo e necessário para o processo de trabalho eficaz e que garanta resultados favoráveis para os usuários e famílias adscritos no território.

Para tanto, uma estratégia crucial, interessante e exequível seria a construção de uma agenda padronizada aplicável em todos os pontos da Rede onde o profissional farmacêutico se fizesse atuante. Essa agenda, proposta na presente tese, sugere etapas como criação de Grupo de Trabalho, implementação de cursos educacionais, diálogo com a gestão e criação de protocolo e documento que regeria a atuação do farmacêutico inseridas dentro de uma política de assistência farmacêutica.

Esse documento, refere-se a um instrumento com as rotinas, deveres, práticas e estratégias, condizentes com as diretrizes da APS, e que seria implementado por todos os farmacêuticos de maneira integrada com a equipe. Nesse, o profissional não se reduziria as atividades burocráticas e com o foco no medicamento, e principalmente, com vistas a uma clínica ampliada com resultados positivos para as estratégias, campanhas, consultas, educação em saúde, gestão do cuidado, entre outras.

Nessa perspectiva, faz-se urgente e imperativo a constante busca pela valorização do farmacêutico, desde a formação, até os pontos onde a sua atuação se faz presente. Reconhecer-se como membro essencial da equipe, dotado de conhecimento científico suficientemente fortalecido para que suas concepções sejam visualizadas pela equipe e pela comunidade é o primeiro desafio para que suas ações, dotadas de competências e atitudes, sejam consolidadas na APS. O reconhecimento por parte de outros profissionais

seria uma consequência plausível e alcançável se os próprios farmacêuticos refletissem a significância que são próprias deles e colocassem em prática um cuidado bem articulado e que trouxessem resultados positivos para a comunidade.

A precarização do trabalho, com a fragilidade dos vínculos, ainda reflete uma dificuldade adicional quando se pensa em articulação e implementação eficaz do trabalho do farmacêutico na APS. Nesse sentido, é necessário que a gestão reconheça o farmacêutico como parte essencial para a consolidação das políticas públicas e que perceba nesse profissional, detentor de um conhecimento técnico – científico peculiar, um agente fundamental e indispensável no cumprimento da integralidade das ações de saúde na gestão, na articulação e prática das políticas de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, na consolidação da Estratégia de Saúde da Família e nas ações da Vigilância à Saúde de um município.

## **7 RECOMENDAÇÕES**

Para caminhar no sentido mais amplo de atuação do profissional e romper paradigmas das políticas este trabalho faz recomendações ousadas e desafiadoras para as instituições superiores.

1. Construção da Política Estadual e Municipal de Assistência Farmacêutica destacando a atuação do farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde;
2. Fortalecimento de práticas para a promoção do Uso Racional de Medicamentos
3. Reformulação das políticas farmacêuticas: PNM e PNAF com vistas nas práticas farmacêuticas no território
4. Implantação de preceptoría farmacêutica na APS pautada na saúde coletiva.
5. Na universidade, curricularização das disciplinas de Saúde Coletiva e práticas integrativas com vistas em uma formação acadêmica mais integral.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H.A.; SAMPAIO, M.X.; DIAS, O.V.; LUGARINHO, R.M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança de formação superior de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. médica [online]**, v.32, n.3, p. 356-362. 2008.
- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3939-3949, 2011.
- ALMA-ATA, O. M. S. **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud**. 1978.
- AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, AMERICAN SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE. Disponível em: <http://www.phcperformanceinitiative.org/tools/promising-practices>. Acesso em: 01 de maio de 2018.
- ANDRADE, Marcieni Ataíde; DA SILVA, Marcos Valério Santos; DE FREITAS, Osvaldo. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Semina: ciências biológicas e da saúde**, v. 25, n. 1, p. 55-64, 2004.
- ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Meanings and senses of healthcare practices: fundamental ontology and the reconstruction of healthcare. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.38, p.651-62, jul./set. 2011.
- ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um Modelo Tecnológico em Atenção Primária à Saúde. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 26, n.2, p.87-92, 2005.
- ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um Modelo Tecnológico em Atenção Primária à Saúde. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 26, n.2, p.87-92, 2005.
- ARAÚJO, A.F.O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Rev Bras Ciênc Farm.**, v.42, n.1, p.137-46, 2006.
- ARAÚJO, A.F.O.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13(Supl.), p.611-7, 2008.
- ARAÚJO, Aílson da Luz André de; PEREIRA, Leonardo Régis Leira; UETA, Julieta Mieko; FREITAS, Osvaldo de. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.13, suppl., p. 611-617, 2008.
- ASSIS, M. M. A., et al. (orgs). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários [online]**. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7.
- ASSIS, M.A.A.; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA,

J.S.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. (orgs.). **Pesquisas, métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Ed. UEFS, 2010. P. 139-159.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73- 92, Feb. 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.10, n.3, p.549-560, 2005.

BARRETO, Joslene Lacerda; GUIMARÃES, Maria Do Carmo Lessa. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, Iss 6, p 1207-1220, 2010.

BARRETO, Joslene Lacerda; GUIMARÃES, Maria Do Carmo Lessa; BARROSO et al. Avaliação da qualidade na Atenção Básica. **Enfermería Global.**, n. 12, p. 1-10, 2008.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, v.44, n.2, p. 318-324.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº MPAS/MS/MEC 03 de 15 de dezembro de 1982**. Dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

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, 2008.

BRASIL. **Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>. Acesso em: 21 ago. 2015.

BRASIL. **Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

BRASIL. **Resolução CNS no 338/2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/resolucaocns338/cns.htm>. Acesso em: 21 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e Programas. Atenção básica e a saúde da família**. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo: Saúde mais perto de você- Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS princípios e conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, CONASS, 2007, p.13-36.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 344/ 1998**. Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: [www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br). Acesso em: 15 de set de 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2014. 108p. (Cuidado Farmacêutico na atenção básica; caderno 1)

BRASIL Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL . **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007, p.13-36.

BRASIL. **Decreto nº 53.612, de 26 de Fevereiro de 1964**. Aprova relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto n. 52.471, de 1963, e dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal. Diário Oficial da União - Seção 1 - 9/3/1964, Página 2260 (Retificação).

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, DE 28 DE Junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. 2012. Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br/comissao/CONEP](http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/CONEP).

BRASIL. **Decreto-lei 4.682/23.** DOU de 28/01/1923.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes do NASF–Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. **Relatório Final:** efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a; Série D:154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Política nacional de atenção básica.** Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégico. Departamento de Assistência Farmacêutica e insumos estratégicos. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde 2014. 108p. (Cuidado Farmacêutico na atenção básica, caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25) .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 33 p.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.4279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado a Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hórus:** sistema nacional de gestão da assistência

farmacêutica. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/sistema-horus>. Acesso em: 2018.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Atenção integral na rede de saúde**: módulo 5. 6. ed. Brasília: Secretaria Nacional, 2014. 108 p.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Cien Saude Colet**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde. Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/>. Acesso em: 2018.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 545-555, 2009.

CENTRAL DE MEDICAMENTOS (CEME,). ENCONTRO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, 1.. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

CHISHOLM-BURNS, M. A. et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Medical Care**, v. 48, n. 10, p. 923-933, out. 2010.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical Care Practice – The Clinician's Guide**. 2a. Ed. New York: McGraw-Hill, 2004.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. Um novo exercício profissional. In: CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **O exercício do cuidado Farmacêutico**. Tradução de Denise Borges Bittar. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006. 396p.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; ARAÚJO, Maria Elidiana de. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 440, 2012.

COMITÉ DE CONSENSO. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. **Ars Pharmaceutica**, v.43, n. 3-4, p.179-87, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Notícias gerais. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=3396&titulo=Profissional+indispens%C3%A1vel>. Acesso em: 2018.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008.

CORRER, C. J.; SOLER, O.; OTUKI, M. F. Assistência Farmacêutica integrado ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.2,n.3, p.1-9,

2011.

COSTA LIMA-DELLAMORA, Elisângela; PEAK, Matthew. Pesquisa translacional e a contribuição de farmacêuticos clínicos nos serviços de saúde. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 4-5, 2015.

COSTA, Evandro Medeiros; RABELO, Aneide Rocha; LIMA, José Gildo. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 1, p. 81-88, 2014.

CUIDADO Farmacêutico para as Redes de Atenção à Saúde no Ceará: capacitação de recursos humanos e aplicação. In: CEARÁ. Secretaria da Saúde (Org.). Pesquisa para o SUS Ceará: coletânea de artigos do PPSUS ? 4. 4ed. Fortaleza: SESA, 2016, v. 2, p. 9-232.

CUNHA, G. T. Peculiaridades da Clínica na atenção básica. In: \_\_\_\_\_. **A Construção da Clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Ed Hucitec, 2010. P. 21-38.

DEMARZO, M.M.P. **Reorganização dos Sistemas de Saúde**: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde - Módulo Político Gestor. UNIFESP, Universidade Aberta do SUS – UNASUS, 2011.

DETTMANN, A. P. S; ARAGÃO, E. M. A.; MARGOTTO, L.R. Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. Fractal: **Revista de Psicologia**, v. 28, n. 3, p. 362-369, set.-dez. 2016.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, p. 115-1118, 1990.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores. Defesa: março/2006. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir do problema**: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS, 2000. P.51-57.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1667-1677, set. 2011.

FICK, Donna M. et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 22, p. 2716-2724, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. Yendis, 2005.

FORTALEZA. Prefeitura. **A Cidade**. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/a-cidade>. Acesso em: 2018.

FORTALEZA. Prefeitura. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza**: 2018-2021. Fortaleza, 2017. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/Plano-Municipal-de-Saude->

[de-Fortaleza-2018-2021 .pdf](#). Acesso em: 2018.

FORTALEZA. Prefeitura. **Regionais**. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais> Acesso em: 15 out. 2016.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **A Secretaria**. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-327>. Acesso em: 12 fev. 2018.

FRACOLLI, L. A. et al; Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.5, p.1135-41, 2011.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 1, p. 109-122, mar. 2005.

GADAMER, H.G. Mistério da saúde. In: GADAMER, H.G. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa: Edições 70,1997. P. 101-111.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1171-81, jun.2006.

GIOVANELLA, Ligia et al. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. In: **Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde**, 2005. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper\\_10-ago-05\\_Por.pdf](http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2013.

GIOVANELLA, L. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GOMES, C.A.P. et al. **A assistência farmacêutica na atenção á saúde**. 1ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves, 2010.

GONDIM, A. P. S; MACIEL, A. P. P; MONTEIRO, M. P. Abordagem Terapêutica e sua relação entre as características sociais e econômica de crianças nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. **Revista paulista de pediatria**,v.35, n.4, p.383-390, 2017.

GONDIM, Ana Paula Soares; MACIEL, Ana Paula Pessoa; MONTEIRO, Mirian Parente. Abordagem terapêutica e sua relação entre as características sociais e econômicas de crianças nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 383-390, Dec. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822017000400383&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000400383&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 Maio 2018.

GRONDIN, J. **Introdução à hermenêutica filosófica**. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

HABERMAS, JÜRGEN. **Dialética e Hermenêutica**. Tradução de Álvaro Valls. Porto Alegre, Ed. L&PM, 1987, 136p.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas e saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-53, 1999.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.

IVAMA, A. M. et al. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos-relatório 2001-2002**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

LARA, Maristela Oliveira; BRITO, Maria José Menezes; REZENDE, Lilian Cristina. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 673-680, 2012.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, Leilson Lira de et al. “**Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá**”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária. 2014.

LIMA, R. T.; SILVA E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Rev. bras. ciênc. Saúde**, v.15, n. 1, 2011.

LINHARES, Paulo Henrique Arruda; LIRA, Geison Vasconelos; ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 195-208, 2014.

LYRA JUNIOR, D. P.; PORTO, J. G; SOUZA, L. S. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, p. 403 -410, 2011.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M.J. **Método Dáder**. Guía de Seguimiento Farmacoterapêutico. Granada: Universidad de Granada, 2003.

MARGONATO, F. B. As atribuições do farmacêutico na Política nacional de medicamentos. **Infarma**, v. 18, n° ¾, 2006.

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

MEDICAMENTOS. [S.l.]: **Ars Pharmaceutica**, v. 43, 2002.

MELO, Rutinéia Jacob de. **Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde: Os Discursos Ideo-Políticos do Ministério da Saúde**. Dissertação de mestrado em política social apresentada Universidade Federal do Espírito Santo. Junho de 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

MENDES, I.A.M. Desenvolvimento e Saúde: A Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n.3, p.447, 2004.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **CEBES CDD 362.1**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAYO, M. C. D. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008. 407p.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. Hermenêutica: Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, Maria Cecília Souza de; DESLANDES, Suely Ferreira (org). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 83-107.

MINAYO, M.C.S. ( organizadora). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 14a ed. Petrópolis: Vozes: 1999.

MORETTO, C. C.; CONEJO, S. P.; TERZIS, A. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. **Revista Nesme**, v. 1, n. 5, p. 1-99, 2008.

NAKATA, P. T. et al. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1088-1095, Set/Out 2013.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, Apr. 2005.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B. V.; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, 2011.

OLIVEIRA, A. M. C.; DALLARI, S. G. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde e o Servizio Sanitario Nazionale: a reforma da reforma - a adoção do Ticket Sanitário. **Saúde e soc.**, v. 25, n. 4, p. 895-901, Out/Dez 2016.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66(esp), p.158-64, 2013.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos**. Scielo- Editora Fiocruz, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde 2008:** Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. **Pesquisa avaliativa de uma rede de centro de Atenção Psicossocial:** entre a saúde coletiva e a saúde mental. (Edital MTC-CNPQ/MS-ScTIE-DECIT/CT-Saúde-n. 07/2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, ago. 2005.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I., (orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. clínica e política na experiência do contemporâneo. **Psicologia clínica**, v. 13, n. 1, p. 89-100, 2001.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEREIRA, Nathália Cano; LUIZA, Vera Lucia; CRUZ, Marly Marques da. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015.

PHARMACIST Scope of Practice. [S.l.]. **Ann Intern Med**, v. 136. 2002 .

PONTES, R.J.S. et. al. **Modelo de Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará.** Projeto de Pesquisa financiado pela Fundação Cearense de Apoio a Pesquisa/FUNCAP, com recursos do Programa Pesquisa para o SUS/ PPSUS-REDE, 2013.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

PORTELA, A.S.; LEAL, A.A.F.; WERNER, R. P. B; SIMÕES, M.O.S;MEDEIROS, A.C.D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**,v.31, n.1, p.09-14, 2010.

PROVIN, Mércia Pandolfo et al. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2010.

RIBEIRO, M. S. **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental.** UFJF, 2007. 296 p.

RICIERI, M. C. et al. O farmaceutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta? **Visão Acadêmica**, v. 7, n. 2, 2006.

RODRIGUES, Maísa Paulino; ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza. **O fazer em saúde:** um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Observatório RH, NESC/UFRN. Natal, 2001.

SANT'ANA, P.J.P.; ASSAD, A.L.D. **Programa de pesquisa em produtos naturais:** a

experiência da CEME. **Quím Nova**, v. 23, n.7, p.508-12, 2004.

SANTOS, R. R, et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.18, n.1, p.130-139, jan./ mar. 2017.

SANTOS, V. B; ROSA, P.S; LEITE, F. M. C. A importância do papel do farmacêutico na Atenção Básica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.19, n.1, p.39-43, jan./mar. 2017.

SARAIVA, S.L.; CREMONESE, E. Implantação do Modelo de Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Florianópolis,SC. In: TRABALHOS PREMIADOS NO III CONCURSO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **Anais ...** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.. P.37-48.

SCANDOLARA, A. S.; ROCKENBACH, A.; SGARBOSSA, E. A.; LINKE, L. R.; TONINI, N. S. Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel- PR. **Psicologia & Saúde**, v. 21, n. 3, p. 334-342, 2009.

SENNA, M. H.; ANDRADE, S. R. Indicadores e Informação no Planejamento local em Saúde: Visão dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015.

SILVA, Patrícia Andréia et al. **Atuação em equipes multiprofissionais de saúde**: uma revisão sistemática. 2013.

SOLER, O. et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família. **Rev. Bras Farm.**, v.91, n.1, p.37-45, 2010.

SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner; DO AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

SOUSA, E. A.; DOS SANTOS, A. M. A; JACINTO P. A. Efeitos da educação sobre a saúde do indivíduo: uma análise para a região nordeste do Brasil. **Rev. Econ. NE**, v. 44, n. 4, p. 911-930, Out./Dez. 2013.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Q.**, v.83, n.3, p.457-502, 2005.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STRAND, L.M.; CIPOLLE, R.J.; MORLEY, P.C.; FRAKES, M.J. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. **Curr. Pharm. Des.**, v.10, n.31, p.3987-4001, 2004.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2010.

TRIPARTITE, GRUPO INTERGESTORES DA COMISSÃO INTERGESTORES. **Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: Grupo Intergestores da Comissão Intergestores Tripartite, 2010.

TRIVINOS, A.N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992 (1987).

VASCONCELOS, Daniela Moulin Maciel de et al . Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, ago. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002802609&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802609&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 05 dez. 2017.

WESTPHAL, M.F. **Participação popular e políticas municipais de saúde**: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO) . **Health Service Delivery**. 2018. Disponível em [https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_section1\\_web.pdf](https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section1_web.pdf) . Acesso em: 2018.

# APÊNDICES



**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO DA ENTREVISTA INDIVIDUAL**  
**Farmacêutico**



**Características do Farmacêutico**

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

**Pós-graduação:** Especialização ( ) \_\_\_\_\_  
 Mestrado ( ) \_\_\_\_\_  
 Doutorado ( ) \_\_\_\_\_  
 Outra ( ) \_\_\_\_\_

Local do trabalho: ( ) UAPS ( ) SMS ( ) CAPS ( ) Centro de especialidade ( ) outros.

---

**PERGUNTAS**

---

- 1) Como é sua rotina de trabalho?
- 2) Como o farmacêutico pode integrar suas atividades à equipe de saúde?
- 3) Essa integração ocorre nesta unidade? Com quem?
- 4) Em que momentos elas ocorrem?
- 5) O que facilitaria a integração do farmacêutico a equipe de saúde?
- 6) O que dificulta a integração do farmacêutico a equipe de saúde?
- 7) Como o farmacêutico poderia atuar na atenção primária?
- 8) O que você compreende por modelo de cuidado farmacêutico?
- 9) O que você entende por serviços farmacêuticos?
- 10) Quais seriam os serviços farmacêuticos que o farmacêutico poderia realizar?
- 11) Como deveria ser a rotina de trabalho do farmacêutico na atenção primária?
- 12) Você realizou o treinamento da farmácia clínica proposto pela UFC e PMF? Você conseguiu colocar na prática os conhecimentos adquiridos?



**APÊNDICE B**  
**ROTEIRO DA ENTREVISTA INDIVIDUAL**  
**Gestores e profissionais de saúde**




---

**Características do Profissional**

---

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

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

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

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

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

**Local do trabalho:** ( ) UAPS \_\_\_\_\_ ( ) CAPS \_\_\_\_\_

( ) Centro de Especialidade ( ) Outro \_\_\_\_\_

---

**PERGUNTAS**

---

1- Você reconhece que as atividades do farmacêutico podem integrar às ações da equipe de saúde? Esta integração ocorre nesta unidade de saúde? Em que momento elas ocorrem? Se sim, quais as facilidades? Se não quais as dificuldades?

2- Como o Farmacêutico poderia atuar na atenção primária? Como atuaria nas condições crônicas (hipertensos, diabéticos, gestante, asma, saúde mental) e sua atuação no ciclo da vida (idoso, criança)?

3- O que você compreende por modelo de cuidado farmacêutico?

4- O que você entende por serviços farmacêuticos?

5- Quais seriam os serviços farmacêuticos que competiria para o farmacêutico atuar na atenção primária? Como realiza-los na atenção primária/saúde mental?

6- Como você observa a rotina de trabalho do farmacêutico na atenção primária?



## APÊNDICE C

### ROTEIRO GRUPO FOCAL



- 1- Fale sobre sua rotina de trabalho.
- 2- Aponte as facilidades que você encontra na sua rotina de trabalho.
- 3- Aponte as dificuldades que você encontra na sua rotina de trabalho
- 4- Defina Assistência Farmacêutica
- 5- Defina Atenção Farmacêutica
- 6- Defina Cuidado Farmacêutico
- 7- Como o Farmacêutico poderia atua na APS.

**APÊNDICE D:**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE  
ESCLARECIDO: FARMACÊUTICOS, OUTROS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES**



Venho convidá-lo (a) a participar, como voluntário(a), na pesquisa intitulada “*CUIDADO FARMACÊUTICO AMPLIADO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE: UM CAMINHO A SEGUIR*” cujo objetivo é desenvolver uma proposta de agenda como ferramenta de atuação do farmacêutico na rede de atenção à saúde. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Deste modo, venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa, disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar as seguintes informações confidenciais sobre: idade, sexo, formação e perguntas sobre as rotinas de trabalho.

Esclareço que:

- As informações coletadas por meio de gravadores e formulários serão somente utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa.
- Que o (a) senhor (a) ou responsável tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.
- Não se antecipa nenhum risco e/ou desconforto nem haverá nenhum bônus ou ônus por sua participação na pesquisa.
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado.
- Em nenhum momento o (a) senhor (a) terá riscos em relação ao seu trabalho.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, sinta-se à vontade para entrar em contato com a pesquisadora principal, no endereço:

Nome: Ana Paula Pessoa Maciel

Endereço: Av. Chico Feitosa cococci, 910 – Ap 603- Bambú, Luciano Cavalcante.

Telefone: (85) 989141628.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador(a)

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Fone: (85)3366-8344.

Expresso o fato de que sua participação será de enorme importância para a pesquisa.

**Dados do participante:**

Nome:

Endereço:

Número de contato:

Data do nascimento:

**Consentimento Pós – Esclarecimento**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “*“CUIDADO FARMACÊUTICO AMPLIADO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE:UM CAMINHO A SEGUIR”*” onde fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre a pesquisa e seus procedimentos. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer dano ou penalidade.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha – 01

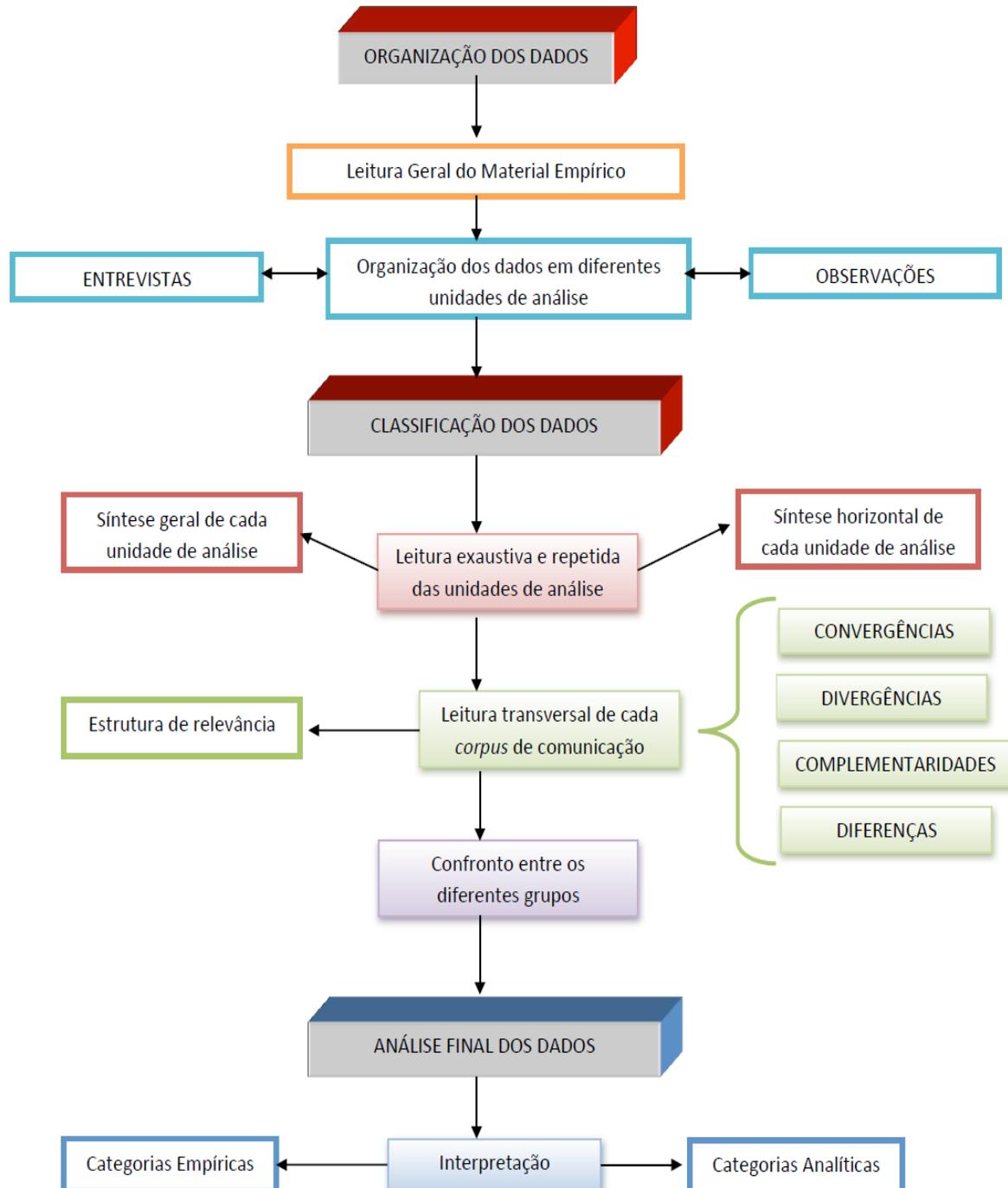
\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha – 02

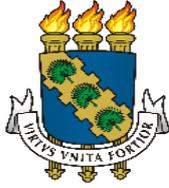
# **ANEXOS**



## ANEXO A

### Desenvolvimento da análise hermenêutica-dialética





**ANEXO B**  
**Representação esquemática da**  
**confeção das categorias empíricas**



Núcleos de Sentido	Participante 1	Participante 2	Participante ...	Síntese Horizontal
1				
2				
3 ...				
Síntese Vertical				Síntese Final

Fonte: BEZERRA, 2016

**ANEXO C**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO**  
**DO CEP**

**Nº 05925513210015054**

