

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Série Políticas e Práticas Sociais, 16

Títulos em catálogo

Práticas do Serviço Social: espaços tradicionais e emergentes, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Assessoria: inovações e avanços da prática do serviço social, de *Marylin Jos & Sílvia do Valle Pereira*.

Ética e Cidadania: olhares da filosofia latino-americana, organizado por *Cecília Pires Pinto*.

Moral Moderna: a alteridade antropológica na filosofia cartesiana, de *Jesus Eurico Niranda Regina*.

Cidadania: considerações e possibilidades, de *Rita Inês Hofer Bonamigo*.

América Latina: Crescimento no Comércio Mundial e Exclusão Social, organizado por *Carlos Nelson dos Reis*.

Onde está o dinheiro – Pistas para a Construção do Movimento Monetário Mosaico, organizado por *Henk van Arkel, Paulo Peixoto de Albuquerque, Camilo Ramada e Heloisa Primavera*.

Ainda além do medo: filosofia e antropologia do preconceito, de *Ricardo Timm de Souza*.

Novo Voluntariado Social: teoria e ação, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Atores Sociais, Participação e Ambiente, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Luta Ambiental e Cidadania, de *Caio Lustosa e Eva Benites*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: acesso e disponibilidade de medicamentos no Sistema Único de Saúde, organizado por *Paulo Mayorga, Ronaldo Bordin e Maria Ceci Misoczky*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: avaliação dos pontos críticos, organizado por *Paulo Mayorga, Maria Ceci Misoczky e Ronaldo Bordin*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: do acesso aos medicamentos à vigilância em saúde, organizado por *Ronaldo Bordin, Paulo Mayorga e Maria Ceci Misoczky*

CONSELHO EDITORIAL DACASA EDITORA

Carmem Délia Sanches (Porto Rico)

Danu A. Platas Fabre (México)

Edward Dew (EUA)

Jacqueline Oliveira Silva

Jack W. Meek (EUA)

Marcos A Pedlowski

Paul Douglas Fisher

Paulo Eduardo Mayorga Borges

Roger dos Santos Rosa

Ronaldo Bordin

MARIA CECI MISOCZKY

RONALDO BORDIN

PAULO MAYORGA

Organizadores

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DACASA EDITORA

2009

Esta Publicação foi financiada pelo Ministério da Saúde através do Convênio MS/FAURGS/50/2006

G393 Gestão em assistência farmacêutica – regionalização e descentralização no Sistema Único de Saúde/ org, por Maria Ceci Misoczky, Ronaldo Bordin e Paulo Mayorga . – Porto Alegre: Dacasa Editora, 2009. 244 p.; 16 x 23 cm. - (Série Políticas e Práticas Sociais)

Inclui bibliografia.

ISBN 978 858607275-3

1. Saúde Pública – gestão farmacêutica. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) – gestão farmacêutica. 3. Medicamentos – gestão farmacêutica. 4. Gestão farmacêutica – regionalização. I. Mayorga, Paulo, org. II. Bordin, Ronaldo, org. III. Misoczky, Maria Ceci, org..

CDU 35.07:615.014

CIP – Catalogação na fonte: Paula Pêgas de Lima CRB 10/1229

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação
Publicato Design Editorial
www.publicato.com.br

© DO AUTOR

Direito de Publicação
Dacasa Editora
Caixa Postal 5057
90041-970 | Porto Alegre | RS
www.dacasaeditora.com.br
dacasa@logic.com.br

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM BELÉM - PA**

Cristina Maria Maués da Costa
Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO

As ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, fazem parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990). Para tal, a Política Nacional de Medicamentos foi estabelecida para garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Assistência Farmacêutica, conceitualmente, é constituída por uma série de etapas denominadas de ciclo da Assistência Farmacêutica, como a produção, seleção, programação, aquisição, o armazenamento, a distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos. Participam desse ciclo multiprofissional, farmacêuticos, médicos, enfermeiros e outros, objetivando a proteção ou a recuperação da saúde individual e coletiva. A fim de assegurar a oferta de medicamentos, em quaisquer níveis de atenção à saúde, mediante critérios de necessidade, quantidade, qualidade, risco/benefício, custo/benefício e acessibilidade do usuário (DUPIM, 1999).

A reorientação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde fez-se necessária pela necessidade de promover a ampliação da resolutividade das ações de saúde, em especial no Programa Saúde da Família (PSF) segundo o Relatório de Gestão da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (2002).

O Pacto pela Saúde 2006¹ adotou como uma das prioridades a Atenção Básica à Saúde e como um dos objetivos a consolidação e qualificação da estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

Como o Programa Saúde da Família (PSF) foi considerado uma estratégia para implantação de um novo modelo, foi responsável por nortear as mudanças progressivas nos serviços de saúde, principalmente nos de baixa complexidade. Passando de um modelo assistencial centrado na doença e no atendimento da demanda para um modelo de atenção integral à saúde, com priorização de ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção da doença (SOUZA, 2000: p.7-16).

¹ PORTARIA n.º 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Ou seja, é uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O PSF deveria estar organizado para prestar o atendimento integral à saúde da população, mas a experiência de 10 anos de implantação do PSF tem demonstrado fragilidades quanto ao acesso e uso racional de medicamentos, entre as quais estão o uso inadequado de medicamentos (falta ou inadequação de insumos, estrutura física e organizacional deficiente). Além disso, a dificuldade em conceber o medicamento como um insumo estratégico para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2001: p.19).

Como a questão dos medicamentos no PSF foi considerada como “um dos nós críticos do sistema de saúde, tanto do ponto de vista do seu abastecimento e qualidade, quanto de seu uso racional” (CFF, 2003: p.7-8), este estudo objetivou investigar a Assistência Farmacêutica no PSF, especificamente no Município de Belém (Pará), por ser no momento da realização do estudo:

- um dos municípios brasileiros a “assegurar a presença do farmacêutico em tempo integral nas farmácias e drogarias” (PMB, 2003).
- um dos cinco municípios brasileiros componentes da Câmara Técnica do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).
- um dos poucos municípios do país a capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no uso correto de medicamentos e no uso de plantas medicinais na comunidade.
- responsável pela implantação de uma versão diferente do PSF preconizado pelo MS, o Programa Família Saudável (PFS), envolvendo algumas mudanças de concepção e operacionalização na rede de serviços.

Assim, este estudo tem o intuito de realizar o diagnóstico da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família do Município de Belém-PA. Descrever as diferentes percepções dos profissionais e gestores sobre a Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém; identificar as dificuldades enfrentadas no ciclo da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém; e identificar as estratégias utilizadas para garantir o acesso e o uso correto dos medicamentos no Programa Saúde da Família em Belém.

As discussões no campo do PSF direcionaram o foco do estudo para a estrutura e o processo de trabalho das Equipes de PSF quanto às atividades relacionadas ao ciclo da Assistência Farmacêutica. Foram realizados estudos exploratório, descritivo, com pesquisa de campo, e documental, (TOBAR, 2001), expondo características da Assistência Farmacêutica no PSF do Município de Belém, descrevendo suas especificidades, estabelecendo relações entre a valorização incipiente dada às ações de Assistência Farmacêutica pelos gestores no PSF, o modelo de organização operacional e a concepção do PSF com a falta e/ou inadequação de medicamentos nesse campo.

A coleta dos dados foi realizada no período de 2002 a 2003, na Secretaria Municipal de Saúde, a partir de pesquisa documental, cópias das prescrições de médicos e enfermeiros, relatórios entregues à Coordenação do PSF, projetos de capacitação, entrevistas semiestruturadas e aplicação de questionários aos profissionais envolvidos com o PSF, seja

na função gerencial, seja na função executora de ações que envolvem o ciclo da Assistência Farmacêutica.

Os locais estudados foram as Unidades do Programa Saúde da Família (Casas-família) e a direção da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SESMA) do município, com diversos níveis de gestão. No momento da coleta dos dados, existiam 63 (sessenta e três) equipes do PSF cadastradas no Sistema de Atenção Ambulatorial - SIAB (2002), com um percentual de cobertura de 21% da população e 57.185 famílias cadastradas (cerca de 270.682 pessoas), distribuídas por sete, dos oito Distritos Administrativos do município.

Foram empregadas como fonte de informação:

- Documentos: relatórios e manuais da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde, publicações em revistas de Conselhos de Classe, resumos de apresentações do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e documentos oficiais sobre o Programa Saúde da Família, prescrições de médicos e enfermeiros do PSF.
- Profissionais das Equipes do Programa Saúde da Família (assistentes administrativos, médicos e enfermeiros).
- Farmacêuticos, coordenadores ou executores da Política de Medicamento local.
- Gestor da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SESMA) no período da criação do Programa Saúde da Família em Belém.

No município, havia equipes do PSF tanto em Unidades Municipais de Saúde (UMS), onde coexistiam os dois modelos de atenção, como em unidades separadas, exclusivamente do PSF – as Casas-família. O critério para a seleção das Unidades para estudo foi o de abrigarem exclusivamente equipes do PSF, no total de 20 (vinte) Casas-família, distribuídas em 7 Distritos Administrativos do Município: DAICO, DAOUT, DABEN, DAMOS, DASAC, DAGUA e DAENT. A pesquisa foi realizada em 10 (dez) Casas-família.

O diagnóstico da Assistência Farmacêutica no PSF foi realizado segundo quatro técnicas de coleta de dados, complementares entre si, quais sejam:

1. Elaboração do roteiro e posterior realização de seis entrevistas semiestruturadas com profissionais da SESMA ligados direta ou indiretamente ao PSF, mas envolvidos com a implantação da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica do Município. Os entrevistados serão identificados ao longo do texto como E1... E6.
2. Elaboração, validação pela equipe de especialistas formada por seis farmacêuticos das UMS, e aplicação do questionário para os profissionais do PSF. O questionário continha questões abertas e fechadas sobre a descrição das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica desenvolvidas nas Casas-família:

Foram entregues 51 questionários a três categorias profissionais: médico, enfermeiro e assistente administrativo, dos quais 26 foram devolvidos, de 10 Casas-família, com amostra de cinco Distritos Administrativos (DAICO, DAOUT, DABEN, DAMOS e DASAC).

3. Elaboração e seleção dos aplicadores do instrumento e preenchimento do formulário de avaliação das prescrições no PSF, recolhidas em visitas às Unidades do PSF, no total de duas mil prescrições para serem avaliadas posteriormente.
4. Pesquisas documentais na SESMA e no Ministério da Saúde, relativos às questões dos medicamentos no PSF e análise de 2.000 prescrições colhidas das Casas-família.

A análise foi operacionalizada de acordo com os passos propostos por MINAYO (1996, p.234-235):

- 1º. Ordenação dos dados, das entrevistas, dos questionários, dos formulários e dos documentos institucionais referentes à Assistência Farmacêutica no PSF; transcrição das fitas cassete; releitura do material; organização dos relatos em concepção do PSF e de Assistência Farmacêutica desenvolvida no município, a questão dos medicamentos no PSF, problemas e perspectivas de solução das dificuldades vivenciadas sobre os medicamentos.
- 2º. Classificação dos dados via leitura flutuante dos textos: pontuando as ideias centrais apresentadas sobre o tema em estudo; e constituição de vários “corpus” das informações: entrevistas com os gestores de saúde e com profissionais responsáveis pelos medicamentos nas UMS (usando complementarmente o Instrumento de Análise de Discurso); relato dos profissionais que trabalham nas Unidades do Programa Saúde da Família sobre as condições de trabalho e o desenvolvimento das atividades ligadas aos medicamentos no PSF; o relato documental de experiências consideradas inovadoras quanto aos medicamentos como o programa de fitoterapia e capacitação dos ACS na promoção do uso correto de plantas medicinais e de medicamentos.

Após leitura exaustiva das entrevistas semiestruturadas dos farmacêuticos, foi feita a tabulação dos depoimentos verbais, convertendo as Ideias Centrais e expressões-chave obtidas de algumas respostas das questões abertas em uma mesma fala, como se fosse de apenas um sujeito, o chamado Discurso dos Sujeitos Coletivos - DSCs (LEFÈVRE, 2002).

A análise das dificuldades relatadas pelos pesquisados foi realizada pela técnica do Diagrama de causa e efeito ou “espinha de Peixe” ou “diagrama de Ishikawa”, a fim de identificar e ressaltar as possíveis causas de um determinado problema (TAJRA, 2003).

REFERENCIAL TEÓRICO

Os referenciais teóricos apresentados foram divididos em Assistência Farmacêutica, Programa Saúde da Família e contextualização do município estudado.

A Assistência Farmacêutica

Um dos slogans da Organização Mundial de Saúde (OMS) é “salvemos vidas respeitando o direito de receber medicamentos”. A estratégia da OMS para os países membros, no

período de 2004-2007, é o de melhorar o acesso aos medicamentos essenciais, fortalecer as Políticas Nacionais de Medicamentos, promover a qualidade, segurança e uso racional dos medicamentos OMS (2004): “a estratégia farmacêutica da OMS é essencial para alcançar os resultados sanitários e fortalecimento do sistema de saúde”.

Medicamentos essenciais são os que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde de uma determinada população, devendo estar disponíveis nos sistemas de saúde a todo o momento, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, sendo asseguradas a qualidade e informação adequada quanto ao seu uso. Os medicamentos essenciais são uma das principais ferramentas para melhorar e manter o nível de saúde da população (OMS, 2002, p.1).

A OMS, preocupada com os inúmeros problemas de saúde causados pelo uso incorreto ou mesmo a falta de medicamentos nos serviços de saúde, convocou a Conferência sobre o Uso Racional dos Medicamentos (NAIROBI, 1985), que elegeu como prioridade melhorar as práticas de uso dos medicamentos. O uso racional de medicamentos requer que “pacientes recebam a medicação apropriada para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo possível para eles e sua comunidade” (OMS apud Sobravime, 2001, p.50).

Nos últimos 20 anos, dobrou o número de pessoas que tem acesso aos medicamentos essenciais, mas cerca de um terço da população mundial ainda não o tem. Para minimizar essa situação mundial, principalmente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, foram propostas pela OMS (2000) quatro estratégias:

- Política Nacional de Medicamentos: representa um marco referencial de atuação para os produtos farmacêuticos dentro de uma política nacional de saúde, reunindo todas as partes interessadas para determinar o compromisso político, o financiamento e os recursos humanos necessários para melhorar o setor farmacêutico.
- Acesso aos medicamentos essenciais: prioridade fundamental para a OMS, devendo obedecer quatro princípios: a) seleção racional com base em uma lista nacional de medicamentos essenciais e de protocolos de tratamento, b) preços aceitáveis para os governos, os agentes provedores de serviço de saúde e os consumidores, c) mecanismos de financiamento equitativos das diversas esferas de governo, d) combinação/complementaridade de sistemas de serviços públicos e privados confiáveis.
- Garantia de qualidade e segurança dos medicamentos: grande esforço tem sido realizado para melhorar a legislação reguladora ao nível nacional e internacional, como as normas, regras e diretrizes para os medicamentos, legislação sanitária com sistemas de controle da garantia e qualidade na fabricação de medicamentos e do controle e uso dos medicamentos psicotrópicos e narcóticos.
- Uso racional de medicamentos: para melhorar o uso de medicamentos por parte dos responsáveis pela prescrição, farmacêuticos, outros profissionais da saúde e comunidade, em geral, no setor público e privado.

O Brasil adota a Política Nacional de Medicamentos pela Portaria n.º 3.916/GM, em 30 de outubro de 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituindo um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Citando a Lei 080/90, que em seu artigo 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS – a ‘formulação da política de medicamentos’ (...) de interesse para a saúde (...) O seu propósito precípuo é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Orientadas pelos princípios da OMS, a Política Nacional de Medicamentos adota oito diretrizes:

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito estejam balizadas pelas diretrizes a seguir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a,p.12).

– Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais:

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender à maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva (Idem, 2001a,p12)

– Regulamentação Sanitária de Medicamentos:

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, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância. (Idem, 2001a,p13)

– Promoção do Uso Racional de Medicamentos:

Atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes (...) ênfase ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados (...) todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. (...) Promover-se-á a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde. (...) a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, (...) a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável 'o farmacêutico'(Idem, 2001a,p16)

– Desenvolvimento Científico e Tecnológico:

A revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, (...) o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas. (...) apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País. (Idem, 2001 a,p17)

– Promoção da Produção de Medicamentos:

Efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional). A capacidade instalada dos laboratórios oficiais – que configura um verdadeiro patrimônio nacional – deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender às necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS. (Idem, 2001a,p18)

– Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos:

Cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. (Idem, 2001a,p19)

– Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos:

O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial de modo que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade (...) a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersetorial articulada. A Lei define como mecanismo fundamental a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias(Idem, 2001a,p20)

– Reorientação da Assistência Farmacêutica:

O modelo de Assistência Farmacêutica será reorientado de modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (...) A Assistência Farmacêutica no SUS, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e a dispensação, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos. (Idem, 2001a,p14-16)

O histórico da Assistência Farmacêutica na década de 1980 foi representado no Brasil pela Central de Medicamentos (CEME), tendo como principal papel a aquisição e distribuição de medicamentos para a rede de serviços ambulatoriais do país pelos recursos financeiros do antigo INAMPS. Em 1990, com a Lei n.º 8080, o SUS foi instituído e, com ele, os princípios de descentralização da gestão e de municipalização da atenção básica configuram um cenário no qual não era mais possível a centralização da aquisição e distribuição de medicamentos pela esfera federal. Somando-se ainda o grande número de

perdas em estocagem nos níveis central, estadual e regional de alguns itens e a falta de outros medicamentos, pois existia um padrão de suprimentos para todo o país, em que as características regionais e as particularidades do perfil epidemiológico não eram usadas como critério, pondo fim em 1997 a CEME (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9-10).

Este histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil demonstra que ainda há grande carência nessa área, em especial no que se refere ao acesso e à organização de serviços farmacêuticos qualificados. (Idem, 2002, p. 11)

Considerando a Resolução n.º 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, a qual aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabeleceu como uma das ações as referentes à atenção farmacêutica, como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida pelo farmacêutico em interação direta com o usuário, visando melhorar a qualidade de vida do indivíduo pelo acompanhamento da farmacoterapia.

Além disso, a reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica proposta pela Política Nacional de Medicamentos está fundamentada na:

- descentralização da gestão;
- promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos;
- otimização e na eficácia das atividades envolvidas na Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle de qualidade e utilização de medicamentos).

FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

O financiamento da Assistência Farmacêutica desde 1999, com a publicação da Portaria GM n.º 176, estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com recursos provenientes das três esferas de gestão do SUS destinados à aquisição de medicamentos essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001c).

O município tem a responsabilidade de assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica de saúde a sua população, integrando sua programação à do estado, visando ao abastecimento de forma permanente e oportuna.

Em 5 de julho de 2005, foi publicada a Portaria GM n.º 1105, que estabeleceu novos valores, mecanismos e responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a qual foi substituída pela Portaria n.º 2.084 de 26 de outubro de 2005, com os novos valores da pactuação em vigor: R\$ 1,65 por habitante/ano do governo federal e R\$ 1,00 por habitante/ano, como mínimo, pelos governos estadual e municipal, cada.

No cálculo dos recursos que compõem o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, deverá ser considerada a população dos municípios conforme a Resolução n.º 2 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 21 de julho de 2003.

Essa portaria levou em consideração:

- O desenvolvimento das ações básicas de saúde nos municípios deve ser considerado essencial para garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.
- A necessidade de aumentar o valor do repasse ao incentivo da Assistência Farmacêutica básica a fim de estimular mudanças na sua organização no país.
- A necessidade de evitar sobreposições de responsabilidades, a duplicação de elencos de medicamentos, bem como contribuir para o entendimento da Assistência Farmacêutica não apenas como fornecimento de medicamentos, mas também um conjunto de ações inseridas no contexto mais amplo da atenção à saúde, dentre outras.

Os municípios e estados deverão assinar um Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica e elaborar um Plano de Assistência Farmacêutica Básica, discutido e aprovado pelos respectivos Conselhos de Saúde. Esse Plano deve conter os princípios do pacto estabelecido entre o estado e seus municípios quanto aos valores financeiros, forma de repasse, relação de medicamentos selecionados, compromissos e responsabilidades de cada nível de gestão.

Em 2000, com a regulamentação do Incentivo à Assistência Farmacêutica, tornou-se indispensável um instrumento para o acompanhamento da execução dos recursos destinados a esse incentivo – o Sistema de Acompanhamento à Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB), um software em que é feita mensalmente a prestação de contas dos recursos alocados para a aquisição de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 d).

O repasse federal dos recursos da Assistência Farmacêutica Básica será automaticamente suspenso quando for constatada irregularidade na utilização de recursos do incentivo; atraso de mais de 45 (quarenta e cinco) dias na prestação de contas ou o descumprimento da Portaria GM N.º 176/99. (Idem, 2001 d, p. 14)

Com o Pacto pela Vida, o Sistema Único de Saúde, passa a ter cinco blocos de financiamento: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica: A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de Assistência Farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. (...) se organiza em três componentes: Básico, Estratégico

e Medicamentos de Dispensação Excepcional. (...) O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo: Parte Fixa: valor com base per capita para ações de Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica, (...) conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios. Parte Variável: valor com base per capita para ações de Assistência Farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. A parte variável do Componente Básico será transferida ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos Programas específicos².

O estudo realizado pela Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do MS, no período de 2000 a 2002, elegeu os problemas que mais contribuíram para a desorganização da Assistência Farmacêutica, dificultando o acesso e favorecendo o uso incorreto do medicamento, a seguir:

- Ausência da área de Assistência Farmacêutica no organograma de grande parte das secretarias municipais e algumas secretarias estaduais.
- Grande fragmentação das atividades do ciclo de Assistência Farmacêutica, além de sérias dificuldades na operacionalização de várias etapas.
- Dificuldades técnicas, administrativas e operacionais no gerenciamento dos recursos financeiros.
- Dificuldades de interlocução entre as esferas gestoras, fragilidades nas pactuações e os entraves políticos e burocráticos.
- Descompasso entre as áreas técnicas e as decisões políticas.
- Recursos humanos insuficientes e pouco preparados ao desempenho das atividades.
- Superposição de serviços e atividades.
- Sistema de informação deficientes e por vezes inexistentes.
- Carência de material técnico institucional.
- Falta de planejamento, acompanhamento e avaliação, de modo geral.

Muitos dos problemas relatados anteriormente podem ter sido reconhecidos pelos leitores deste trabalho, como pesquisadores, profissionais ou gestores da área de saúde. A seguir, algumas ações realizadas no período de 2000-2002 pelo nível federal para reestruturar o ciclo da Assistência Farmacêutica no país, descritas no Relatório de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002):

- Ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais por meio da revisão da RENAME-2002 e da elaboração do Elenco Mínimo Obrigatório para a pactuação na Atenção Básica – portaria SPS n.º 16/00.

² PORTARIA n.º 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.

- Otimizar a programação de medicamentos, viabilizando recursos financeiros nos Programas da Assistência Farmacêutica Básica e do Programas Estratégicos (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hemoderivados, AIDS, controle de endemias e Saúde Mental), como o *software* para a programação dos medicamentos tuberculostáticos e hansenostáticos.
- Capacitar Recursos Humanos na promoção do uso racional de medicamentos por meio de projetos-piloto de cursos para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na promoção do uso racional de medicamentos, cursos para formação de multiplicadores na promoção da prescrição racional de medicamentos, cursos de pós-graduação em Gestão da Assistência Farmacêutica.
- Inclusão de medicamentos fitoterápicos na Assistência Básica por meio de um diagnóstico situacional de programas estaduais e municipais de fitoterapia, criação de banco de dados sobre o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da CEME.
- Ampliar o grau de resolutividade das ações de saúde por meio da inserção da Assistência Farmacêutica Básica no Programa Saúde da Família (PSF), com a criação do incentivo ao PSF, Portaria n.º 343, de 21 de março de 2001, criando o “KIT FARMÁCIA POPULAR” ou “KIT PSF” como ficou conhecido, com 32 itens inicialmente de medicamentos, como analgésicos, antibióticos, antiasmáticos, para tratar úlceras gástricas, dermatites, antianêmicos, anti-hipertensivos, antiparasitários, antidiabéticos, antieméticos; distribuídos trimestralmente aos municípios com equipes do Programa Saúde da Família implantadas e em funcionamento que tivessem recebido os recursos financeiros referentes ao mês anterior.
- A realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, em setembro de 2003, marco histórico do ponto de vista da reunião de diversos segmentos da sociedade para discutir e propor caminhos para a garantia do acesso a medicamentos de qualidade e promoção do seu uso racional no país.

Dentre as propostas aprovadas nessa Conferência, destaca-se:

- a) A retomada pelos municípios do poder de gerenciamento dos medicamentos necessários ao perfil epidemiológico regional, levando em consideração etnia, orientação sexual, gênero, com a permanência dos medicamentos estratégicos e excepcionais sob a competência do Ministério da Saúde.
- b) A implantação de uma política única de Assistência Farmacêutica, ampliando os recursos atuais com o repasse fundo a fundo e prestação de contas únicas dos recursos usados pelos municípios, com fiscalização dos conselhos e planejamento participativo das três esferas de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 2003).

A Organização da Assistência Farmacêutica por meio da inclusão na NOAS³, promovendo a sua regionalização e estabelecendo um sistema de referência e contrarreferência de acordo com os níveis de complexidade e em locais-polo também foi uma das propostas

aprovadas na I^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Alguns autores (MARIN, 2003, p.18) acreditam que a NOAS-SUS 01/2001 refere-se à Assistência Farmacêutica apenas como suprimento de medicamentos enquanto que a Lei 8080 e a NOB-SUS/96 preconizavam uma atenção integral da Assistência Farmacêutica.

Uma das questões também apresentadas refere-se a “Integrar à assistência e atenção farmacêutica ao PSF, em especial no acompanhamento de idosos e pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos”. Recomenda-se incluir esses procedimentos nas codificações do SUS, específicas de atos não-médicos no nível superior. (MINISTÉRIO DA SAÚDE – I^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 2003).

O conceito de Atenção Farmacêutica no parágrafo anterior reporta-se ao Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (IVAMA, 2002, p.16):

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

Os componentes da atenção farmacêutica, segundo esse consenso, seriam:

1. Educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos).
2. Orientação farmacêutica.
3. Dispensação de medicamentos.
4. Entrevista farmacêutica.
5. Acompanhamento/segmento farmacêutico.
6. Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

Experiências de atenção farmacêutica no PSF foram relatadas em Ponta Grossa – PR (SANTI, 2003a e SANTI, 2003b), onde a falta de orientação e/ou acompanhamento dos pacientes com diabetes e hipertensão arterial evidenciaram a necessidade da implantação da atenção farmacêutica, tendo como objetivo a busca ativa de pacientes novos ou já diagnosticados e sem tratamento. Os pacientes tiveram esclarecimentos sobre as patologias e mudanças de hábitos de vida.

³ NOAS-SUS 01/2001: “Dentre as ações cuja oferta deve estar localizada o mais perto possível da residência dos cidadãos, estão as ações de suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica”

O acompanhamento terapêutico dos pacientes era realizado pelas consultas farmacêuticas e pelo trabalho educativo para aumentar a adesão terapêutica e estimular as mudanças de hábitos.

O foco principal da atenção farmacêutica desenvolvida é a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Seis farmacêuticos atuam diretamente nas 15 equipes do PSF, acompanhando 2.345 pacientes diabéticos e 4.333 portadores de hipertensão arterial. Cabe ressaltar que os protocolos de atenção farmacêutica foram elaborados pela equipe multidisciplinar do PSF (médicos, farmacêuticos, enfermeiros), estabelecendo critérios de acompanhamento e as responsabilidades de cada profissional da equipe no acompanhamento dos pacientes. No primeiro ano de trabalho, 66% dos pacientes tiveram melhora nos níveis glicêmicos, levando a equipe e os gestores de saúde à satisfação tanto com a melhora da qualidade de vida dos pacientes quanto à redução de custos gerados com o farmacêutico na equipe do PSF. São atendidos pelos farmacêuticos em média 300 pacientes hipertensos e/ou diabéticos (SANTI, 2003b, p.50-51).

Também foi relatado por SANTI (2003b) que ocorreu uma diminuição do número de internamentos de pacientes diabéticos no período de acompanhamento farmacoterapêutico pelos farmacêuticos do PSF, inclusive com queda das internações por complicações.

Outras experiências têm sido relatadas quanto à presença dos farmacêuticos no PSF, como a inserção desses profissionais na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, descrita por PACHECO (2003), como uma possibilidade de “um campo de prática e experimentação quanto à atuação desse profissional na atenção básica e na estratégia do PSF, alinhando a esta os princípios da Política Nacional de Medicamentos quanto à reorganização da Assistência Farmacêutica”, e em SARTOR (2003b):

O farmacêutico desenvolve atividades específicas no âmbito da Assistência Farmacêutica com foco na gestão e atenção farmacêutica. Nas atividades compartilhadas por todo o farmacêutico contribui com olhar técnico específico e exercita habilidade de trabalhar sob a ótica da produção social da saúde. Dentre estas se têm: planejamento de saúde local, educação em saúde (controle social, trabalhos nas escolas e grupos e contribuição na formação de Recursos Humanos em saúde), atenção domiciliar, acolhimento, visitas a pacientes hospitalizados e momentos de integração. As atividades do farmacêutico estão em crescente desenvolvimento principalmente na atenção farmacêutica e o usuário não mais o confunde com outro profissional, (...) O farmacêutico contribui no trabalho multiprofissional baseado na construção do saber interdisciplinar e intersetorial através da intervenção na promoção à saúde, prevenção das doenças/acidentes e de atenção curativa, em nível individual, familiar e coletivo.

Outros autores, ao falarem sobre a Assistência Farmacêutica no PSF, referem à ausência ou importância do farmacêutico na equipe do PSF, como (TAKI, 2004):

A questão é: por que o farmacêutico, até hoje, não foi inserido neste programa, se há a dispensação de medicamentos, e esta é uma atribuição privativa do profissional farmacêutico? (...) O papel do farmacêutico é muito mais que a simples dispensação do medicamento, mas principalmente a orientação, a informação, o acompanhamento ao paciente, que passa a ser o foco central deste profissional.

O presidente do Conselho Federal de Farmácia defende a inclusão do farmacêutico no PSF como forma de não comprometer os recursos do SUS, referido abaixo:

Os programas, aparentemente brilhantes, escondem um equívoco grosseiro: a ausência do farmacêutico. Com este profissional, os benefícios sanitários seriam maiores e os custos do SUS com o medicamento cairiam em cerca de 50%. Se participassem desses programas, a primeira providência do farmacêutico, ao iniciar o seu trabalho em um Município, seria o de levantar o perfil epidemiológico do lugar, ou seja, conhecer o conjunto das enfermidades mais prevalentes dali, com vistas a padronizar os medicamentos indicados para o combate das mesmas. (...) o armazenamento, por desconhecimento dos leigos que estão à frente das farmácias municipais, hospitalares ou não, armazenam o medicamento em lugares impróprios. Porões e outros cômodos mal-iluminados, com temperatura e umidade inadequados, são uma preferência dos leigos, que acham que o espaço que sobra, no hospital ou em outro prédio qualquer da prefeitura, deve ser o armazém. Nessas condições, o desperdício é inevitável, quanto inevitável é o comprometimento da qualidade do fármaco e a dificuldade de tratamento. Outra etapa importantíssima a cargo do farmacêutico é a da dispensação do medicamento. Trata-se de um ato exclusivo – e intransferível do farmacêutico e vem cercado de inúmeros cuidados, todos eles amparados no seu conhecimento científico. Aliás, o farmacêutico é dotado de saberes de farmacologia, farmacocinética, fisiologia, fisiopatologia etc., que o fazem uma autoridade em paciente e sua relação com o medicamento. A negação da atenção primária com a participação do farmacêutico significa reincidência da doença, internação hospitalar, risco para o paciente, gastos com mais medicamentos e prejuízos para o SUS (SANTOS, 2001, p.3).

A INSERÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DO FARMACÊUTICO NO PSF

Como prioridade do Pacto pela Vida, a Estratégia Saúde da Família deverá ter a organização dos serviços farmacêuticos ligados direta ou indiretamente às suas equipes reformulada para ampliação do grau de resolutividade do sistema.

De um modo geral, na Assistência Farmacêutica, existem dificuldades quanto ao acesso e à organização de serviços farmacêuticos qualificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.11). No PSF, em que não existe o profissional farmacêutico na equipe mínima de profissionais, observa-se na grande maioria das Unidades, o relato de dificuldades na operacionalização de várias das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica.

A oficina de trabalho “Inserção das Ações de Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família”, em setembro de 2000, pontuou a importância da estratégia da saúde da família no cenário nacional como política de redefinição do modelo de atenção à saúde vigente no Brasil. Pontuou, também, uma preocupação – “em meio a tantas mudanças, as ações de Assistência Farmacêutica têm sido pouco valorizadas pelos gestores” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A reconstrução da cultura de uso de medicamentos nos serviços de saúde deveria estar sendo priorizada nas equipes do PSF, pois o medicamento teria um papel importante nas atividades terapêuticas desenvolvidas pelas equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Diretrizes Fundamentais para a inserção da Assistência Farmacêutica no PSF:

- Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aptos a promover o uso correto de medicamentos.
- Equipe do PSF e os demais profissionais de saúde sensibilizados e capacitados para as atividades da Assistência Farmacêutica.
- Farmacêutico preparado para interagir com as equipes do PSF, demais profissionais e comunidade a fim de promover o uso racional de medicamentos.
- Polos Estaduais de Capacitação em Saúde da Família promovendo ações de capacitação e educação continuada voltadas à inserção da Assistência Farmacêutica no PSF.
- Níveis federal, estadual e municipal articulados para financiar e desenvolver experiências e ações de implementação da Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica no PSF.

A partir dessa oficina, foram adotadas estratégias de capacitação de profissionais para promover o uso racional de medicamentos pela capacitação de prescritores e agentes comunitários de saúde por todo o país, mesmo sob protesto de Conselhos de Classe, que acreditavam que ao capacitar ACS não se resolveria o problema do uso racional:

É preocupante a criação do curso de capacitação dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso racional dos medicamentos, entre outros fazeres no campo farmacêutico (...) o Conselho Federal

de Farmácia concorda com organismos de saúde, quando afirmam que o uso racional deve ser um esforço de todos os profissionais de saúde. Mas daí a querer que agentes comunitários, dentro do PSF, atuem no campo farmacêutico e – o que é pior ainda – sendo monitorados por enfermeiros e médicos é, no mínimo, uma provocação à categoria e um atestado de incapacidade de enxergar quem é quem em cada profissão (SANTOS, 2003, p 3).

O curso de capacitação de ACS na promoção do uso correto de medicamentos suscitou tantas polêmicas que não poderíamos deixar de registrar tais acontecimentos. Dez municípios no Brasil foram selecionados para realizar o projeto-piloto desse curso, dentre eles, o município estudado neste trabalho. Na apresentação dos resultados e discussões, voltaremos a este ponto.

O Programa Saúde da Família (PSF)

No final da década de 1980, experiências de práticas em saúde com agentes comunitários no país, semelhantes aos agentes de saúde da Pastoral da Criança, eram disseminadas. Em 1991, foi criado oficialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), composto por um enfermeiro e os agentes, ligados à Unidade de Saúde tradicional, que acompanhavam famílias cadastradas de uma área adstrita, com o objetivo, segundo SOUZA (2000), de contribuir para o enfrentamento dos elevados indicadores de morbi-mortalidade infantil e materna na região nordeste do país.

Este programa já estava pautado em princípios indutores da mudança de modelo, provocava a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde. O agente comunitário representava o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde. (...) identificado com seus valores e costumes, passou a contribuir significativamente no resgate e na valorização do saber popular (SOUZA, 2000).

O PACS apresentava resultados concretos nos indicadores de mortalidade infantil, sendo reconhecido pela população atendida, mas com baixa resolutividade e com um enfoque no atendimento predominantemente curativo (SOUZA, 2000).

Melhorando o trabalho dos ACS, o governo federal institucionalizou, em 1994, o PSF, atualmente também denominado de Estratégia Saúde da Família, criando o repasse financeiro aos procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na Tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

SOUZA (2000), diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde na época, descreve com propriedade essa estratégia para reorganização da atenção básica nos municípios:

Valorizava os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia da integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, com ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, dentre outros.

O trabalho do PSF deveria ser em uma área adstrita atendendo de 600 a 1.000 famílias cadastradas e acompanhadas por uma equipe mínima, formada de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O repasse financeiro do governo federal é baseado em ações a serem executadas somente pela equipe mínima de profissionais (ANDRADE, 2001: p.137), que pode ser ampliada e acrescida de outros profissionais, caso do odontólogo.

O Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo apontado pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia para reorganização do modelo assistencial hegemônico no Brasil, que dá mais atenção à cura do que a prevenção de doenças, hospitalocêntrico e centrado na atenção médica, passando a eleger a família e o contexto onde está inserida como objeto do trabalho em saúde, desenvolvendo ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde segundo o modelo de vigilância à saúde (ANJOS, 2003. p.247).

O Financiamento para o Programa é proveniente do Piso de Atenção Básica (PAB) composto por uma parte fixa, que varia de R\$10,00 a R\$18,00 por habitante ao ano. A parte variável destinada aos incentivos voltados a programas, estratégias ou ações prioritárias para a reorganização da Atenção Básica nos municípios, dentre estes o incentivo ao PACS e PSF e a Assistência Farmacêutica que depende das condições de gestão estabelecidas na NOB/96 (ANDRADE, 2001, p.83).

A implantação do PSF já tem 10 anos no país e ainda não há um consenso sobre a estratégia ser capaz de mudar o modelo de saúde centrado na doença.

A análise dos resumos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Brasília, 2003), promovido pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO, 2003), detectou alguns pontos em debate sobre o PSF:

- Necessidade de rever o gerenciamento dos serviços.
- Paralelismo entre o PSF e a atenção básica tradicional.
- Baixa cobertura do PSF nos municípios.
- Baixa resolutividade.
- Não reconhecimento da unidade do PSF como porta de entrada do sistema.
- Alta rotatividade dos profissionais.
- Profissionais, principalmente médicos, não identificados com as normas/diretrizes do programa.

- Insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho.
- Deficiência no processo de capacitação dos profissionais.
- Infraestrutura deficitária para realização das atividades (transporte, medicação, equipamentos e materiais técnicos).
- Sistemas de referência e contrarreferência ineficazes.
- Número reduzido de equipes para a quantidade de famílias a serem atendidas.
- Processo de trabalho fragmentado na equipe, quanto à definição dos objetos, meios e espaços de intervenção da equipe.
- Organização do trabalho centrada na oferta de assistência médica individual e consultas voltadas para a dimensão biológica do adoecer.
- Dificuldade de fazer uma abordagem clínica ampliada.
- Simplificação da atenção.
- Trabalho nas equipes desgastante, com sobrecarga tanto quantitativa quanto qualitativa.
- Baixa adesão terapêutica.
- Exclusão da família na consulta como contexto de risco ou de proteção à saúde, dentre outros.

A necessidade das equipes multiprofissionais de estabelecer as competências para resolução dos problemas encontrados nas áreas atendidas é aprofundada nos aspectos do trabalho em equipe e na mudança de foco do modelo da promoção e prevenção de doenças como um dos elementos para o desenvolvimento do trabalho no PSF.

Para tal, ALMEIDA & MISHIMA (2001) apontam desafios, como a integração entre os membros da equipe: “se esta integração não ocorrer, correremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social”.

PEDUZZI (2002), estudiosa do processo de trabalho em saúde, afirma que para introduzir novos modelos organizacionais/gerenciais no PSF, é necessária a qualificação profissional técnica-política-comunicacional, promovendo o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas de saúde, redimensionamento da autonomia profissional produzida nos serviços.

A noção de equipe de saúde (...) refere-se, não a justaposição, mas a articulação e integração de diferentes processos de trabalho, pois cada trabalho parcelar ou especializado constitui um processo peculiar, com objetivos, saberes e instrumentos próprios. (PEDUZZI, 2002)

QUEIROZ (2003) reforça a autonomia técnica no exercício das funções dos profissionais das equipes de PSF, em que o processo de trabalho deve ser coletivo, cooperativo, fruto da contribuição específica das diversas especializações do trabalho.

O trabalho nas equipes do PSF corre o risco dos profissionais assumirem a atitude que predominantemente já assumiam no modelo tradicional de saúde: isolando-se em seus “núcleos de competência”, entendidos por ALMEIDA & MISHIMA (2001) como “o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissional (médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico, agente comunitário e outros) tem seu núcleo específico de competência”. Ou ainda, realizando ações de forma isolada e justaposta com vários planos de fragmentação na organização do trabalho, dos saberes e da integração entre os atores envolvidos, referido por Peduzzi & Palma (apud SOUZA, 2003):

“Portanto, a idéia de recomposição na direção da integralidade da atenção não tem se mostrado possível por meio de mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais no mesmo local de trabalho, sendo necessário que os profissionais construam uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um ‘campo de produção de cuidado’ que seja comum à maioria dos trabalhadores”.

FERNANDES & ANDRADE (2003) relatam que apesar da orientação das equipes do PSF estar voltada para ações de promoção e prevenção “a importância do atendimento global e em equipe não foi percebido ainda pelos usuários, recorrendo estes quando necessitam apenas aos médicos das equipes a fim de serem medicados”. Tendo como bases os programas do Ministério da Saúde, atuando fragmentados, como pacotes fechados, implicando na manutenção da lógica de consultas médicas-medicamentos.

ALVES e colaboradores (2003) desenvolvem um estudo para observar a relação médico-paciente no PSF e constatam que a escuta do problema de saúde, bem como o seu esclarecimento, a definição diagnóstica e formulação de um plano de tratamento frequentemente não se realizava. Relatos de CAPOZZOLO & CAMPOS (2003) confirmam as dificuldades do trabalho médico, com uma grande quantidade de consultas individualizadas, dificultando uma abordagem clínica ampliada.

GUIMARÃES (2003) questiona o “modelo de assistência”, o “enfoque no curativo” e a “prática hospitalo-medicocêntrica” como não tendo contribuído para resultados na mudança do perfil de morbi-mortalidade da população. Além disso, ele diz que a prática das profissões de saúde ainda está orientada pelo enfoque no diagnóstico e tratamento das enfermidades, não tendo sido modificada nos últimos tempos. Sabe-se que melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida não se restringe, apenas, a curar doenças e prescrever medicamentos; é preciso atuar sobre as condições sociais que são determinantes e condicionantes da saúde.

⁴ Abraham Flexner era um educador americano, que em 1910, produziu um relatório sobre a educação médica nos Estados Unidos da América, recomendando o ensino da medicina estruturado sobre um alicerce científico, com sólida fundamentação nas ciências básicas e em estudos clínicos, marcado pela especialização, pelo foco na doença, na prática médica curativista, individualista, e biologicista (MAMEDE:2001).

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais do PSF são produtos de uma formação biomédica flexneriana⁴ de concepção cartesiana, mecanicista de pensar a saúde. Para CAPRA (1997, p. 147), “a abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica e a terapia médica, leva a um pensar fragmentado, no qual as doenças são entidades bem definidas que envolvem mudanças estruturais em nível celular” sendo essa linha de raciocínio causadora de problemas conceituais da medicina contemporânea.

MENDES (1999) descreve quatro bases do paradigma flexneriano, em especial:

- Individualismo: objeto é o indivíduo, excluindo os aspectos sociais.
- Especialização: o conhecimento específico em detrimento do holístico.
- Tecnificação: o ato médico, como central, mediador entre os homens, os profissionais e a doença.
- Curativismo: ênfase no diagnóstico e na terapêutica, com enfoque no processo fisiopatológico, entendendo a saúde como ausência de doença.

A superação do paradigma flexneriano decorre da “construção de novo paradigma que permita dar conta da saúde vista em sua positividade e como processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes” (MENDES, 1999).

O PSF, como estratégia estruturante do SUS, deveria trabalhar com explicações mais abrangentes e complexas do processo de adoecer humano, transformando a concepção saúde-doença:

Saúde é resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano (...) seja individual, seja coletivamente. Isso pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1999, p.237).

Parece difícil pensar na totalidade, na visão mais global do processo saúde-doença quando a formação profissional da área da saúde ainda é baseada no modelo cartesiano.

Seguindo essa linha de raciocínio, fazendo-nos refletir sobre a abordagem das equipes do PSF, é explicada por LAURELL apud EGRY (1996) a relação entre biológico e o social no processo saúde-doença:

Modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução (...) momentos particulares na presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.

A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença, descrita por FONSECA (1997), complementa essas indagações sobre as construções feitas nas equipes a partir da realidade, se estão procurando relacionar a forma como a sociedade está organiza-

da, ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam os processos de adoecer e morrer da comunidade atendida. Sendo este um dos desafios apontados para os profissionais e gestores da saúde na atualidade.

Para enfrentar esses desafios, medidas educativas na condução dos processos de trabalho têm sido realizadas. Pontos positivos foram mencionados, como a contribuição dessas atividades educativas (palestras, reuniões de grupos, campanhas diversas e visita domiciliar) para promoção e prevenção da saúde, melhoria da qualidade de vida e vínculo com a comunidade, assim como pontos negativos: recursos precários do Ministério da Saúde, falta de espaço na unidade, descaso dos usuários, falta de consideração dos familiares e o não envolvimento médico (BEZERRA et al., 2003).

Autores como PEDUZZI (2002); PEDUZZI & PALMA apud SOUZA (2003); Almeida e colaboradores (2003); MENDONÇA e colaboradores I (2003); BARROSO (2003); BATISTA e colaboradores (2003); ARRUDA & TRAD (2003); BLOCH (2003); SILVA (2003); CAPOZZOLO e colaboradores (2003) afirmam que a reorientação da prática da atenção primária em saúde depende da articulação dos saberes e práticas dos diferentes profissionais de saúde em uma nova organização do trabalho e no PSF existem condições favoráveis, porque a família ganhou destaque e valorização nas políticas sociais no Brasil. Dessa forma, é necessária a compreensão de como foi pensada uma estratégia que visa atender à família na sua integralidade, focalizando a assistência na promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e grupos familiares inseridos na comunidade.

GOULART (2003) sintetiza a trajetória do PSF, desde 1994, destacando alguns aspectos:

- a) Era de formulação e ensaios: com a consolidação doutrinário-normativa e o desenvolvimento de ensaios operativos, iniciando-se com os primeiros passos do programa e durando até o início da implementação da NOB 96.
- b) Era de expansão: de 1998 até 2001, com a adesão de municípios às condições de gestão da NOB 96, ampliando o número de equipes e o percentual de cobertura nos municípios.
- c) Era de desafios, de incertezas, de realismo, de enfrentamento de faces sombrias, com crescente necessidade de definir rumos e corrigir desacertos: de 2001 até os dias de hoje.

Estamos na “era dos desafios”. Em 2001, foi realizado o II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica – Saúde da Família para discutir os avanços alcançados e os novos desafios a serem superados pelo PSF como principal estratégia de organização da atenção básica em saúde no Brasil. Já em 2002, o Ministério da Saúde comemorou a marca de 50 milhões de brasileiros acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para auxiliar a compreender essa “era de desafios”, OLIVEIRA (2003), apresentou referenciais teóricos dos modelos de atenção à saúde e as práticas em saúde coletiva, apontando pistas sobre a superposição de atividades no PSF, a centralização governamental

e a prática programática em saúde, levando a um programa verticalizado e centrado em ações pontuais.

MENDES (1999) apresentou aspectos históricos das mudanças no modelo de saúde na América Latina e Brasil, chegando a Estratégia da Saúde da Família. A proposta de “Saúde na transformação produtiva com equidade” para América Latina e Caribe, no final da década de 1980, baseada em três valores: qualidade, produtividade e equidade. Deslocando as políticas dos países para a ação intersetorial no âmbito da saúde, com a implementação de “cestas básicas” de serviços de saúde e a focalização de programas e de ações de saúde, dirigidos aos grupos vulneráveis (quanto à renda, ao risco, gênero, à origem étnica, ocupação e localização geográfica) ou grupos com carências, desde que apresentem características semelhantes entre si. Dentre outros aspectos, a reforma setorial da saúde, nesses países, deveria fazer uma reformulação dos modelos assistenciais em especial na atenção ambulatorial promocional e preventiva, a fim de ampliar a cobertura dos serviços, o desenvolvimento de novas formas de contratação de serviços e a formação de redes eficientes de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de Assistência Farmacêutica.

A trajetória da Saúde da Família é descrita por MENDES (1999), lembrando passos decisivos obtidos na Conferência de Alma-ata, em 1978, com “a catalogação da atenção primária como doutrina” e a Assembleia Mundial da Saúde, em 1979, com a meta a alcançar os países membros de “Saúde para Todos no ano 2000”, ambas foram aprovadas, em 1980, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Várias foram as interpretações de atenção primária, dentre elas a que mais se aproxima do modelo brasileiro, diz respeito à “atenção primária como programa com objetivos restritos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinados de grupos humanos considerados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos” (MENDES, 1999, p.271).

Esse autor ainda afirma que a atenção primária vista por esse ângulo, reconhece a função do estado na saúde é o de:

Desenvolver políticas compensatórias que vão cristalizar as desigualdades pessoais e regionais presentes (...) reconhecendo a impossibilidade de superar as desigualdades relativas, quanto ao acesso aos serviços de saúde e às possibilidades de adoecer, morrer ou incapacitar-se, dos diferentes grupos sociais, nas diversas regiões do país (MENDES, 1999, p.271).

No entanto, o conceito mais atual de atenção primária é: “nível de atenção, que a concebe como estratégia que já não será a de reordenar todo o sistema de saúde, mais seu nível de atenção primária (...) por meio da saúde da família, irá catalisar o reordenamento dos níveis secundário e terciário” (MENDES, 1999, p.272-273).

O processo de concepções de políticas públicas é complexo, vimos anteriormente

questões sobre a atenção primária norteadora do modelo brasileiro, voltando ao recorte de nossa pesquisa, podemos entender mais sobre a concepção de “programa” e mais recentemente de “estratégia” dados à Saúde da Família.

SILVA Jr. (1998) traça um quadro sintético de três experiências no país de conformação dos modelos assistenciais, no campo da saúde coletiva, provenientes de correntes do “movimento sanitário” com as dimensões não consensuais (Quadro 1).

O Programa Saúde da Família, que, a princípio, se concentrou nas figuras do Médico da Família e dos Agentes Comunitários, foi marcado pelas propostas dos Silos e Saudicidade, com uma tensão entre a escolha de “extensão de cobertura” ou de “racionalização de recursos” (SILVA Jr., 1998, p.123):

No Brasil essas propostas são incorporadas, pelo caráter “racionador” de custos, perdendo na discussão de estratégia de organização da rede de assistência e de práticas sanitárias. É oferecido um Médico de Família, na maioria das vezes sem formação adequada, “desvinculado” do resto da rede de serviços, com forte apelo popular e legitimação social. Não é à toa que a medicina de grupo privada usa essa imagem em seu marketing.

FRANCO & MERHY apud RIGHI (2002) fazem críticas ao PSF por encontrarem contradições entre o modelo de saúde proposto historicamente pela “reforma sanitária” e as características do PSF proposto pelo Ministério da Saúde.

- Existências de contraposição entre o modelo clínico e epidemiológico.
- Concepção hierárquica dicotomizada: a atenção primária (centrada no coletivo) tem como instrumento básico a epidemiologia e os níveis mais complexos de atenção (centrados no indivíduo), tem a clínica como o seu instrumento básico.

MENDES apud RIGHI (2002) colocam em lados opostos níveis de atenção complementar “como se o modelo clínico fosse o mal, sem a possibilidade de uma nova ética com acolhimento, vínculo, responsabilidade e compromisso” (BUENO apud RIGHI, 2002). Essa separação deve-se à vinculação do modelo clínico, exclusivamente ao modelo flexneriano, relatado anteriormente, centrado no curativismo, prestigiando o diagnóstico e a terapêutica, sendo um dos principais pontos de oposição no modelo pensado a partir do processo saúde-doença, com enfoque na promoção e na prevenção.

Como dizia a Professora Maria Rita Bertolozzi: “não podemos jogar a criança fora, junto com a água do banho”. A qualidade nos serviços de saúde também deve levar em consideração a adequação do componente clínico, como se refere STARFIELD (2002): “a forma na qual a saúde e os problemas relacionados a elas são tratados. (...) os aspectos que exigem consideração são: reconhecimento dos problemas e das necessidades, a avaliação diagnóstica, as intervenções terapêuticas e as reavaliações”.

Quadro I: Modelos tecnoassistenciais no Brasil

Modelos/Dimensões	Silos - Bahia	Saudicidade	Em defesa da vida
Concepção de saúde e doença	Incorpora os determinantes sociais, a Epidemiologia social e o Coletivismo amplo.	Incorpora os determinantes sociais, a Epidemiologia, o Coletivismo amplo, o Planejamento Urbano e as Políticas articuladas.	Incorpora os determinantes sociais, a Epidemiologia, o Coletivismo amplo, a redefinição da Clínica e a Psicanálise, ressalta as individualidades.
Hierarquização	Clássica	Flexibilizada	Flexibilizada
Nível primário	Pronto Atendimento e Ações programadas (predominante).	Pluralidade de tipos de Unidade. Pronto Atendimento e Ações programadas.	Unidade Básica que incorpora tecnologia conforme a demanda local. Revaloriza a clínica.
Níveis de referência	Articulação clássica com mecanismo de referência e contrarreferência. Sem proposta de revisão da assistência hospitalar.	Articulação variada devido à heterogeneidade das Unidades. Sem proposta de revisão da assistência hospitalar.	Maior articulação na rede básica e de referência. Revisão do modelo hospitalar. Integração de equipes.
Articulação intersetorial	Valorização de forma ampliada.	Ênfase maior da proposta ao nível local e ao nível de governo.	Valorização de forma ampliada.

Fonte: Conformação Dos Modelos Tecnoassistenciais No Brasil: A Saúde Coletiva (Silva Jr. 1998, P.118).

MISOCZKY apud SILVA JR. (1998) e em MISOCZKY (2002), já afirmava que o PSF corria risco de certas “simplificações” ou “racionalizações” identificadas com as orientações do Banco Mundial, mostrando-se descontente com os rumos traçados na organização da atenção à saúde no país tanto na “contradição” entre vigilância em saúde x atenção à demanda como na maneira de simplificar o planejamento de forma puramente descritiva, normativa; ou no uso da noção de território apenas como espaços geográficos, mapeando áreas e microáreas de risco, usados em estudos de perfil epidemiológico, sem a contextualização econômica, política, ideológica e cultural da localidade.

A discussão sobre o território merece ser vista com relevância. Por ser área restrita de atuação das equipes do PSF, foi pensada para aprofundar o olhar sobre a comunidade atendida, e segundo um dos conceitos norteadores do Distrito Sanitário de MENDES e colaboradores (1993):

a concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. Esse território, então território-solo e, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico. Esse é o território do distrito sanitário entendido como processo social de mudanças das práticas sanitárias e é o que permitirá exercitar a hegemonia do modelo sanitário.

Ao observar a realidade das Unidades do PSF em Belém, questiona-se a capacidade estrutural e organizacional para funcionar como modelo de atenção à saúde básica no município. Os dados obtidos no mapeamento e cadastramento das famílias não têm funcionado como referência no planejamento das Políticas Públicas para a área da saúde, ao menos na Assistência Farmacêutica, com queixas frequentes do padrão de consumo inadequado dos medicamentos básicos (falta de medicamentos), do encaminhamento constante de pacientes das Unidades do PSF para Unidades mais complexas para receber medicamentos básicos, prescritos pelos profissionais do PSF (baixa resolatividade dos serviços), além da infraestrutura inadequada para o armazenamento e dispensação de medicamentos (comprometendo a qualidade do produto e da eficiência do tratamento farmacológico).

Segundo GOULART (2003), o Saúde da Família está na era do enfrentamento dos problemas e este é um momento oportuno para olhar os problemas relacionados aos medicamentos no PSF.

O Contexto do Município estudado

O município de Belém, capital do estado do Pará, faz parte da 1ª Regional de Proteção de Saúde do Pará. Foi fundado em 12 de janeiro de 1616, contando com 1.322.682 habitantes, sendo 74% residentes na zona urbana e 26% na zona rural (FIBGE, 2001), distribuídos em uma Região Continental e uma Região Insular (39 ilhas),

Apresenta Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, contando com uma rede de serviços de saúde distribuída, no momento do estudo, em oito Distritos Administrativos, a saber: 1º Distrito Administrativo do Mosqueiro – **DAMOS**; 2º Distrito Administrativo do Outeiro – **DAOUT**; 3º Distrito Administrativo de Icoaraci – **DAICO**; 4º Distrito Administrativo do Bengui – **DABEN**; 5º Distrito Administrativo do Entroncamento – **DAENT**; 6º Distrito Administrativo da Sacramenta – **DASAC**; 7º Distrito Administrativo de Belém – **DABEL** e 1º Distrito Administrativo do Guamá – **DAGUA** (SEGER, 1999).

Os Distritos Administrativos mais populosos são **DAGUA**, **DASAC** e **DABEL** (não tem equipe do PSF, mas é o Distrito com maior número de equipamentos de saúde de nível primário, secundário e terciário). A cobertura da população assistida pelo PSF é de 21%.

O Distrito com maior percentual de cobertura do PSF é o DAMOS (100%), formado pela Ilha do Mosqueiro, com baixa densidade demográfica devido a sua área territorial, de 21.254,67km, distando em linha reta do centro de Belém até a ilha 32km, e cujo acesso terrestre passa por inúmeros municípios⁵.

Mais da metade das casas dos cadastrados no PSF é de madeira. Como o clima é quente e úmido, com chuvas frequentes, e áreas de várzea, alagadas ou a margem de rios e igarapés, essa população fica mais exposta ao risco de adoecer. Áreas como DAICO e DABEN apresentam menos de 20% dos domicílios com água filtrada e 60% sem nenhum tipo de tratamento, expondo essas pessoas a doenças transmitidas por contaminantes veiculados pela água como parasitoses e doenças dermatológicas. Apenas 13,52% das famílias cadastradas do PSF tinham acesso a esgotamento sanitário, com predomínio do uso de fossas no destino de fezes/urina.

Da população atendida pelo PSF em 2002, aproximadamente metade se encontrava na faixa etária de 20 a 39 anos, indicando atenção especial para questões ligadas à prática sexual segura, métodos contraceptivos e exames preventivos tanto de homens quanto de mulheres. Entretanto, cerca de 94% das pessoas de 15 anos ou mais é alfabetizada. O perfil nosológico preliminar, em função da recente implantação do Programa e da baixa cobertura populacional, aponta para a prevalência de doenças como hipertensão (5%) e diabetes (2%).

Proposta de reorganização do sistema local de saúde em Belém

Até 1997, o município não estava habilitado em nenhum tipo de gestão, havia um pronto-socorro municipal, poucas Unidades Básicas (14 UMS) e cerca de mais 14 Unidades Básicas gerenciadas pelo estado. Portanto, uma rede dividida e insuficiente para desenvolver um novo modelo de atenção à saúde. O primeiro passo foi ampliar a rede de atenção, habilitar o município em Gestão Semiplena, segundo NOB-93, discutir a descentralização das Unidades de Saúde Básicas em poder do estado para ter uma rede mais uniforme.

Foram pensadas estratégias complementares voltadas para segmentos específicos, visando à ampliação da rede básica, como atenção à saúde mental, a portadores de AIDS, saúde bucal e saúde da mulher.

Foram qualificadas as unidades existentes e mudada a estrutura de gestão da secretaria, com a criação de Referências Técnicas, dentre elas a Referência Técnica da Política de Assistência Farmacêutica. Além disso, foi criado um colegiado de gerentes das unidades básicas, referências técnicas e coordenadores da SESMA para discutir estratégias para modificação do modelo de atenção.

⁵ BELÉM. SECRETARIA MUNICIPAL DE COORDENAÇÃO GERAL DO PLANEJAMENTO. Anuário Estatístico do Município de Belém. Belém, 1999.

O entrevistado E2 referiu o modelo cubano para escolha do sistema de dispensação de medicamentos em Belém:

Vieram dois profissionais de Cuba, um médico e uma enfermeira para a implementação do PFS (...) Em Cuba, só medicamento sintomático, não é pra agrave. Lá só são dispensados os medicamentos sintomáticos, não são dispensados os medicamentos pra tratamentos de agravo, por isso que existe a questão da casa-família e da unidade de saúde. (E2)

Cuba teria um sistema de referência e contrarreferência, em que outros profissionais das policlínicas atuam em apoio às equipes. No Brasil, essa proposta foi adequada como medida de racionalizar recursos, “perdendo na discussão de estratégia de organização da rede de assistência e de práticas sanitárias” (SILVA JR, 1998, p. 124).

A priorização de ação sobre o tratamento de doenças de fácil tratamento como a diarreia e a pneumonia poderiam trazer impactos positivos sobre a redução da mortalidade infantil, e esse é um dos impactos mais esperados e propagados do PSF.

O modelo desenvolvido em Belém foi um misto do PSF nacional e do modelo cubano. VASCONCELOS (1999) faz um contraponto entre o Programa Saúde da Família brasileiro com o modelo cubano de Médico de Família:

em Cuba não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para as áreas rurais e pobres do país (...) ao contrário da simplificação, é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e dos seus grupos vulneráveis.

Conforme VASCONCELOS (1999), a economia de recursos e a intervenção direcionada para as famílias mais vulneráveis ao adoecimento e à morte deixam mais distantes a perspectiva de uma atenção integral à população.

Configuração do Programa Saúde da Família em Belém

O Programa Família Saudável começou a ser implementado em 1998, sendo compreendido como uma estratégia de reformulação da atenção básica, pautado pelos princípios do SUS, com perspectiva de inverter o modelo de atenção à saúde em nosso município, reorientando-o prioritariamente para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e expansão da assistência básica. Estava implantado em quase todos os distritos da cidade, com 63 equipes do Programa Família Saudável.

A estratégia de modificação do modelo de atenção à saúde foi pensada em Belém, no

final da década de 1990, como uma reestruturação de todos os níveis de atenção. A Saúde da Família era apenas uma parte da mudança no modelo de atenção, segundo o gestor na época dessas mudanças “foi uma parcela, não foi uma estratégia específica”, mudando a lógica do trabalho nas Unidades de Saúde com a criação de vínculo, responsabilização e acolhimento do usuário.

A seguir, as diferenças entre o Programa Saúde da Família nacional da Estratégia adotada em Belém:

- No município, o PSF é denominado Programa Família Saudável (PFS) : a princípio, apenas um trocar de palavras para diferenciar do Programa nacional, com diretrizes uniformes, aplicadas de forma indistinta, independente da região do país. Na proposta de Belém, o foco seria a família, com o objetivo de colaborar por meio de várias ações para a obtenção de condições para serem famílias saudáveis. Como referida por NITSCHKE (1999), dentre as condições para ser uma família saudável está “ter condições de viver”, ter trabalho, comida, moradia, dinheiro, condições de praticar esportes, ter momentos de lazer, amar as pessoas que vivem ao nosso redor e ser amado, olhar mais para a comunidade, saber ouvir, tolerar, refletir, repartir, ter um relacionamento com o meio ambiente de forma a preservá-lo para as próximas gerações.
- A composição da Equipe do PFS era além do que era esperado da equipe mínima, pois tinha médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, contava com o assistente administrativo e com o auxiliar de serviços gerais, além dos ACS, que dependendo da área a ser trabalhada pela equipe poderia ter até 10(dez) ACS, enquanto a média nacional era de 6 (seis), devido à dispersão populacional muito grande do município.
- O PFS deveria ter maior nível de complexidade de atenção, sendo qualificado pelo apoio das várias Referências do Departamento de Ações em Saúde (DEAS) como Saúde Mental, Bucal, de Medicamentos, entre outras.
- A escolha dos locais a serem cadastrados pelo PFS era decidida pelo orçamento participativo, uma estratégia de compartilhamento de gestão adotado pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), como relata ARAÚJO NETO (1999):
O Plano Municipal de Saúde (...) é pensado como uma estratégia de planejamento ascendente, participativo e descentralizado, que envolve o segmento de usuários, trabalhadores de saúde e gestores no debate da realidade concreta do município, da área de abrangência de cada Unidade de Saúde – Casa Família e dos Distritos, (...) além de servir como instrumento para negociação nas plenárias de saúde do orçamento participativo.

O PFS foi implantado dentro de Unidades Básicas de Saúde, a fim de causar um impacto

positivo na resolutividade, criar um vínculo e humanizar a atenção, funcionando como demonstração de um novo modelo de pensar e agir em saúde, segundo o entrevistado E1. Uma das dificuldades, ainda de acordo com esse entrevistado, foi a impossibilidade de uma política de remuneração mais adequada para as UMS, pois os profissionais contratados para o PFS ganhavam, na época, até quatro vezes mais que os das Unidades Básicas, gerando um conflito de interesses.

Se nós queremos privilegiar a atenção básica como espaço de resolução de problemas, porta de entrada, precisamos valorizar quem trabalha na atenção básica e a lógica sempre foi a inversa, de privilegiar o nível mais complexo. (E1)

O PFS não é considerado como “a estratégia de transformação do modelo assistencial”, mas uma parte do processo de modificação do modelo de atenção. Para E1, “é uma estratégia que auxilia em alguns casos, mas não auxilia em outros”.

Tem um papel relevante nessa modificação do modelo de atenção, não vejo o Saúde da Família separado, é um espaço organizacional, pode ser um tencionador das lógicas organizacionais tradicionais da atenção básica. Trazendo para dentro da atenção uma outra lógica com novas perspectivas, novos valores, novas formas de lidar com a relação interna da equipe, com a relação entre a equipe e os usuários, etc. (E1).

Segundo o entrevistado E1, o Programa Saúde da Família traz para o palco da atenção básica uma cultura organizacional diferente:

espaço que produz uma nova cultura organizacional, uma outra lógica de atenção, com novas perspectivas, novos valores, novas formas de lidar com a relação interna da equipe, com a relação entre a equipe e os usuários, que permite alterar e tencionar várias questões que são estruturantes do Modelo de Atenção. É a grande contribuição que o Saúde da Família pode trazer para a organização da saúde. (E1)

AKTOUF in CAVEDON (2003, P.54) considera a cultura como “complexo coletivo feito de ‘representações mentais’ que ligam o imaterial e o material (...) a imaterialidade simbólica se inscreve nas estruturas, vivências do cotidiano, portanto, o simbólico manteria uma relação com o material, sendo este último anterior ao primeiro”.

Por diversas ocasiões no trabalho com a Coordenação do PSF, foi ouvido o ditado popular “o uso do cachimbo, faz a boca ficar torta” fazendo alusão à estrutura do PSF, em que profissionais e usuários mudariam sua concepção de trabalhar e perceber a saúde, segundo um novo modelo de atenção, a partir do desenho das Casas-Família, dos fluxos internos do programa, desde a rotina dos profissionais, dividida em dois turnos, um como o trabalho nas Unidades do PSF, com atendimentos individuais, consultas, curativos, entrega

de medicamentos e no outro turno de visitas domiciliares e palestras na comunidade, trabalhando 8 horas por dia, em período integral, para conhecer e criar vínculos com a comunidade cadastrada.

SCHEIN in CAVEDON (2003, p.54) definiu cultura organizacional como:

O modelo dos pressupostos básicos, que determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e interna. Tendo funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, esses pressupostos são ensinados aos demais membros como sendo a forma correta de se perceber, de se pensar e sentir em relação a esses problemas.

Para CAVEDON (2003, p.54), são elementos importantes para compreendermos a cultura de uma organização:

O nível dos artefatos e das criações; (a arquitetura, o layout, os modelos de comportamentos visíveis e invisíveis, a maneira como as pessoas se vestem (...) o nível dos valores; em geral valores manifestos; o nível dos pressupostos inconscientes; as pessoas compartilham valores que levam a determinados comportamentos que ao se mostrarem adequados na solução de problemas vão se transformando em pressupostos inconscientes.

Esse estudo pontuou alguns elementos do nível de artefatos no PSF como a construção, o layout e o processo de trabalho nas Unidades do PSF.

As Casas-família construídas são unidades simples, pensadas inicialmente com um ou dois consultórios, um do enfermeiro e outro do médico, dependendo do número de equipes, uma área do arquivo e recepção dos usuários, uma sala de vacina, uma sala de curativos, banheiro, copa-cozinha, área para expurgo de materiais contaminados, lavagem e esterilização de material, além de áreas de espera (corredores internos).

O processo de trabalho na equipe do PSF é organizado de forma multiprofissional, a partir de um diagnóstico da situação de saúde da comunidade, com cadastramento prévio dos usuários da área restrita ao trabalho da equipe, usando indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. O ACS é necessariamente um morador da área de atuação da equipe há, pelo menos dois anos, fazendo com que os profissionais conheçam seus usuários e criem vínculos com a comunidade.

Em síntese, foi realizada revisão teórica em dois subitens: Política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos na OMS, no Brasil e em Belém, por meio de boletins, manuais técnicos e legislação pertinentes, assim como as questões relativas ao Programa Saúde da Família como as concepções, experiências e dificuldades enfrentadas, como em FONSECA

(1997), LAURELL apud EGRY (1996), MENDES (1999), PEDUZZI (2002), (ABRASCO, 2003), dentre outros.

A realização de uma fotografia da Assistência Farmacêutica no PSF do Município foi obtida por um estudo exploratório, com atores envolvidos diretamente com o Programa Saúde da Família como enfermeiros, médicos, farmacêuticos e assistentes administrativos e gestores na época da concepção desse programa no município de Belém. Foram usados questionários, entrevistas semiestruturadas, análise de prescrições do PSF e de documentos da Secretaria Municipal de Saúde sobre a questão dos medicamentos no município estudado.

RESULTADOS

Organização Assistência Farmacêutica no PSF

Neste item, foram consolidados os dados e as falas, não descritas em uma ordem cronológica, mas na medida em que os elementos foram sendo interligados. O ciclo da Assistência Farmacêutica para fins didáticos, foi dividido em etapas concomitantes, de acordo com a Política adotada pelo gestor.

A definição da Política de Assistência Farmacêutica foi desenvolvida, segundo o entrevistado E1, para minimizar um problema de suprimento nas Unidades. Faltavam muitos insumos, assim como os medicamentos estratégicos para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.

Uma das estratégias adotadas no município foi a criação, em 1998, do programa de fitoterapia – Programa Farmácia Nativa, para produzir fitoterápicos para a rede básica de saúde, como alternativa para a linha dos alopáticos convencionais. Estava prevista também a capacitação de raizeiros, benzedeiros e a eliminação de práticas não interessantes, mas que faziam parte da cultura popular. Outras práticas complementares, como homeopatia e acupuntura, também foram criadas.

Mudar a lógica da política de Assistência Farmacêutica não teve impacto do ponto de vista de mudar a lógica da prescrição de medicamentos porque isso está muito enraizado na própria prática médica, e isso não se muda com muita facilidade (E1).

Quanto à intenção de mudar a lógica do pensamento clínico e da própria prescrição médica, Starfield (2002) aponta a abordagem da medicina, com base em evidência, como capaz de melhorar a qualidade da atenção por fornecer ferramentas para pensar adequadamente sobre a melhor conduta terapêutica, o melhor medicamento para uma dada situação clínica, incluindo uma boa prescrição (legível, com posologia completa, identificação do profissional e do paciente, outras orientações pertinentes, etc.)

Onde há este tipo de evidência, ela fornece uma poderosa ferramenta para pensar sobre o que é adequado e inadequado na prestação de serviços clínicos, não importando se o serviço é de atenção primária ou especializada.

(...) O argumento de que ‘a evidência’ deveria ser a base para a prática médica fornece a fundamentação para o desenvolvimento de diretrizes clínicas para essa prática. (STARFIELD, 2002, p.462)

A concentração do atendimento nas farmácias das Unidades foi observada no início da gestão como um problema, pois havia um descontrole, desperdício, dispensação errada, clientelismo interno:

Quanto menos a gente concentrar em um lugar apenas a dispensação de medicamentos, mais facilmente a gente vai evitar estes problemas, que acabam, em última análise, dificultando o acesso dos usuários aos medicamentos. (E1)

A noção de desconcentração da dispensação de medicamentos marcou profundamente a lógica dos medicamentos nas Casas-família, projetos como as “farmácias comunitárias” do Ministério da Saúde, ou as “farmácias distritais” no município, tiveram pouca adesão dos gestores, pois essas propostas foram vistas como centralizadoras, dificultando o acesso aos medicamentos, principalmente no PSF, segundo relatos informais de profissionais ligados ao Programa.

Recurso financeiro da Assistência Farmacêutica Básica

Os recursos financeiros pactuados para a Assistência Farmacêutica Básica também deveriam ser usados para o PSF, mas o observado demonstra que o “incentivo” ou “pacote” do Ministério da Saúde causam dependência aos municípios, que não incluem os medicamentos básicos como um todo.

Foi relatado que a relação de medicamentos essenciais ou padrão de consumo do PSF foi constituído pelo Kit PSF do Ministério da Saúde, assim como pelo Programa Hiperdia. Segundo PMB (2003, p.9), o Município estava em Gestão Plena do Sistema Municipal, habilitado pela deliberação: CIB 77, de 09 / 03 / 98 Portaria MS n.º 2564, de 04/05/98. Portanto, recebendo R\$ 1.322.682,00 da União, R\$ 661.341,00 do estado e R\$ 661.341,00 do município, totalizando R\$ 2.645.364,00 anuais para a Assistência Farmacêutica Básica.

Está em discussão na Câmara Técnica de Medicamentos da Atenção Básica a ampliação do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica com a consequente extinção do KIT PSF. Não basta brigarmos por mais recursos, precisamos modificar a maneira de gerenciar os

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Farmácia Comunitária do SUS: uma estratégia para organização dos serviços. Brasília, 2002. (Mimeo). HIPERDIA - Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, (Portaria GM n.º 371) e estabelece repasse de medicamentos (Hidroclorotiazida, captopril, propranolol, metformina e glibenclamida) pelo Ministério da Saúde diretamente aos municípios, mediante cadastro dos pacientes pelas Unidades Ambulatoriais.

serviços e de trabalhar em saúde (MERHY et al, 1994,p.118), bem como compreender o valor do medicamento para a saúde.

Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica Municipal para o PSF

Concepção do medicamento no PSF

No Município de Belém, a lógica do medicamento no PSF era diferente das Unidades Básicas:

A ideia era fazer um caminho de acesso mais fácil, (...) é mais cômodo para o próprio profissional que está fazendo a prescrição ter a possibilidade de estar fazendo a dispensação do medicamento, (...) o usuário recebe lá, já sai direto, você evita mais uma fila, mais uma caminhada, mais uma coisa (E1).

Enquanto na Unidade de Saúde existia uma farmácia com profissionais para fazer a dispensação dos medicamentos, nas Casas-família o medicamento deveria ser entregue na própria consulta, de prescritor para paciente ou responsável por este. O caminho mais fácil não implica caminho mais seguro.

Relatos foram feitos de pacientes que, ao chegarem aos consultórios, sentiam o mal-estar de acordo com o que viam nas prateleiras dos medicamentos.

O medicamento não é só um objeto técnico, ele também representa satisfação psicológica e sociológica na relação médico-paciente, do senso comum de que para cada “mal-estar” existe um medicamento, representa a capacidade de intervenção de um médico frente a um problema de saúde do paciente (DUPUY, 1979. p 181).

A partir do momento que um programa desses não inclui ou não trabalha o medicamento, ou seja, o medicamento tem um valor sanitário e econômico e ele continua, na realidade, tendo o mesmo tratamento, o fato do programa não trabalhar com profissionais farmacêuticos, pra mim, o medicamento continua sendo visto meramente como uma bala mágica (E2).

As pessoas veem no medicamento algo além do que simplesmente uma base farmacológica, que venha a restabelecer as suas funções biológicas. Então, o medicamento está relacionado com coisas, além disso, hoje em dia, a gente vê pessoas fazendo o manuseio, utilizando o medicamento e, às vezes, nem é necessário (E3).

LEFÈVRE (1991, p.18) estudioso das várias dimensões que o medicamento se apresenta no imaginário da sociedade, descreve que na sociedade brasileira o medicamento tem três dimensões principais: um agente farmacológico, uma mercadoria e um símbolo.

A Saúde foi então, historicamente, adaptando-se à lógica do mercado. É o processo que aparece, no pensamento sanitário, sob a rubrica de 'medicalização' da sociedade, mas que é, em geral, mal compreendido porque está vinculado à noção funcionalista de 'disfunção social' ou 'desvio' (a ser corrigido por bem-intencionados sanitaristas) e não aos mecanismos estruturais, ligados à ampliação e generalização do 'mercado' (LEFÈVRE, 1991, p.21).

No Quadro 2, são representadas as dimensões do medicamento na sociedade, obtidas dos discursos dos entrevistados:

Essa posição de acesso ao medicamento, como mais cômoda ao usuário, não é demonstrada na prática, pois os estudos realizados demonstram a entrega de medicamentos por outros profissionais, como assistentes administrativos, não capacitados ou orientados sobre as informações sobre o uso dos medicamentos.

Esse aspecto torna crítica a situação do uso dos medicamentos pelos usuários do PSF, pois há diferenças entre entregar e orientar sobre o uso de forma correta. DUPIM (1999) enfatiza a necessidade de verificar a existência de pessoal qualificado “para realizar a abordagem do paciente, a análise da prescrição, a inspeção física dos medicamentos dispensados, a orientação e educação ao paciente e como se registram os medicamentos dispensados”.

O modelo adotado em Belém foi feito com base na experiência cubana e na figura do médico de família, a fim de estender a rede básica a lugares de difícil acesso. Isso influenciou na priorização da escolha das áreas, na organização da rede de serviços e na questão do medicamento no PSF:

Foi baseado no modelo cubano, inclusive, para a implementação vieram dois profissionais de Cuba, um médico e uma enfermeira.(...) Em Cuba, só são dispensados os medicamentos sintomáticos, não são dispensados os medicamentos pra tratamento de agravo, por isso que existe a questão da casa-família e da unidade de saúde (E2).

A percepção de que a prática de atenção PSF não deveria ser centrada no medicamento foi evidenciada nas falas de vários entrevistados:

Parte do princípio de que o programa saúde da família é uma estratégia da invenção do modelo de saúde, ou seja, saía do modelo biomédico que é individualista centralizado e especialista e passava para o modelo da promoção. Pra mim, o fato do medicamento continuar como central não está havendo inversão do modelo (E2). O PSF até onde eu entendo, foi criado com o objetivo de fazer uma promoção da saúde, não seria pra tratar doenças, seria pra prevenir essas doenças como funciona

em outros países, como Cuba, mas lá funciona muito bem, é feita uma prevenção, ou seja, você evita que a pessoa adoça, (...) evita com alguns conselhos, evita desnutrição com os agentes sanitários indo nas casas, pegando e olhando as crianças. Isso pra mim seria o PSF. Até onde eu entendo o objetivo do PSF é fazer promoção e prevenção da saúde, e não tratar doenças (E4).

Eu acho que o fator principal da família saudável seria a promoção e prevenção. O que eu tenho visto ultimamente é que eles estão mais preocupados com a enfermidade em si e com a busca pelo medicamento. Então, a saúde tá muito ligada à própria prevenção, pra gente evitar que não tenham patologias, evitando através de programas de saúde, saneamento básico, alimentação que também tem a ver com a cura, pra mim tem a ver muito a prevenção (E5).

Orientar a prática da medicina à prevenção mais do que à cura, oferecendo prioridade ao saneamento, abastecimento de água e nutrição adequada, são aspectos que a Sobravime (2001) apresenta como importantes para a mudança de percepção da saúde e da doença tanto na sociedade como entre os profissionais da saúde.

Por meio dos relatos anteriores, percebe-se uma mudança quanto à concepção de saúde no enfoque da promoção e prevenção de saúde:

No meu entendimento, saúde é algo mais abrangente, que apenas não tem nenhuma patologia clínica, ela requer o que seria um quadro de saúde em si, seria você estar bem emocionalmente, fisicamente, ter uma qualidade de vida boa, você estar passando por uma situação boa de vida, não está tendo problemas que te afetem, acho que você conseguir isso seria o quadro ideal de saúde (E3).

O desprestígio da questão do medicamento está ligada à construção mental de que o PSF não deveria tratar doenças, portanto não deveria ter medicamentos. Isso se deve, em parte, à confusão criada de que o uso de medicamentos na prevenção, cura ou no alívio de situações mórbidas pode encobrir os fatores causadores de doença derivados da ação do homem (LEFÈVRE, 1991, p.51).

Contraditoriamente, a experiência e a convivência com os usuários do PSF, em Unidades Básicas (UMS), fizeram com que esses mesmos profissionais reconhecessem a importância da garantia do acesso aos medicamentos a esse segmento:

'Ah, a pessoa tá doente' tratar doença é na Unidade Básica, vai se consultar e se tratar, só que hoje em dia não é feito isso. Hoje em dia, o PSF faz consulta eu te digo que ele faz consulta porque chega gente com receita lá, é receita de tudo: hipertenso, diabético, tuberculose, hanseníase, tudo sem distinção, qualquer tipo de doença. Então, não é bem uma promoção e prevenção da saúde, você não só previne e pro-

move, você também tá tratando quem você encontra doente naquela área (E4).

Eu acho que alguns medicamentos sim (...) acho importante, mas não fundamental, porque já que trata de atenção primária básica, tem as casas pra se detectar o possível problema e você continua tendo as Unidades de Saúde pra que seja encaminhado pra tratar aquele problema (E6).

No Quadro 3, adaptado de LEFÈVRE (2000, p.49-54), apresenta os temas, e as ideias centrais das entrevistas analisadas para retratar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e para deixar transparecer o discurso presente entre os farmacêuticos sobre PSF. Sobre a estrutura da Casa-família, as dificuldades das UMS de referência em relação às equipes do PSF, o papel da Assistência Farmacêutica nas ações de saúde, a inversão do modelo de assistência e o conceito de Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica.

Os Farmacêuticos entrevistados das Unidades Municipais de Saúde do DAMOS, DAI-

Quadro 2: Dimensões Do Medicamento, Segundo O Discurso Dos Entrevistados

FARMACOLÓGICO	MERCADOLÓGICO	SIMBÓLICO
O medicamento é de suma importância, porque a gente sabe que dentro do programa de assistência à saúde de todos os pacientes ele é peça fundamental, pois na maioria das vezes a gente tem que recorrer a ele para restabelecer o estado fisiológico e emocional da pessoa, então acaba sendo necessária a presença. O acesso deve ser livre e espontâneo para todos, igualitário, só que a função dele acaba sendo de um mediador das ações dos próprios pacientes. (E3)	Há o desvio de medicamento, porque tem valor comercial, então, ele tem um valor muito alto pra sociedade. Muitas vezes ele é mal-interpretado na questão de que pessoas vão atrás daquele medicamento não porque elas tão necessitando realmente, por que elas sabem que tem valor, elas vão conseguir, vender e fazer alguma coisa com aquele medicamento, mas não necessariamente porque ela precise. É assim que eu entendo. (E5)	Às vezes, a pessoa procura até mesmo, juntando com o conceito de saúde, um atendimento por ela estar deprimida ou com um problema. Ela não consegue identificar que aquele problema é de ordem emocional, é um problema que ela deve trabalhar, então vai em busca de um atendimento, e vê em um medicamento, em uma base farmacológica uma solução para alguns problemas pessoais que ela tem. (E3) Nem todo mundo que procura esse medicamento é por que realmente estão necessitando, você vê que tem pessoas assim, que vão na unidade que eu trabalho que tem um problema, mas não é um problema de saúde, é um problema socioeconômico, tá desempregado. (E5)

Quadro 3: DSC sobre a estrutura das casas-família

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Estrutura da Casa-família:	O medicamento não foi considerado como bem sanitário no planejamento do PSF:	O medicamento não é percebido no PSF como um bem sanitário, as casas-família não foram projetadas para acomodar ou dar condições de armazenamento, segurança e de qualidade aos medicamentos. É comum medicamentos estarem sendo armazenados no banheiro ou em outros locais inapropriados.
	Condições inadequadas para o armazenamento de medicamentos:	Já foram recolhidos medicamentos das casas-família dentro do prazo de validade, mas estragado, as condições são as piores possíveis, é um quatinho que não tem ventilador, não tem nada, uma “gradezinha” e tudo entocado, um “cubiculozinho”, os medicamentos ficam encostados na parede perto daquelas sacas de leite, aquelas garrafas de álcool e os medicamentos todos amontoados.
	Condições de trabalho precárias:	O programa de saúde da família é uma teoria muito bonita, com uma ideia pra ajudar muito o povo, mas na hora de implementar, de colocar em prática faltou estruturação, as condições de trabalho são precárias, o SUS também não estava preparado para receber essas casas-família.
	Falta de informação dos profissionais quanto ao descarte de medicamentos vencidos ou avariados e legislação de medicamentos de controle especial:	Há uma falta de informação, alguns profissionais não sabem o que fazer com o medicamento, quando estão estragados, não sabem pra onde mandar, nem como é pra fazer nem nada, os médicos que clinicam, que atendem nos PSF). Os PSFs não tem receituário azul, não tem receitas de controle, quando eles vão passar talidomida não tem aquela ficha de responsabilidade médica, tão pouco aquela de orientação ao paciente.
	Falta um responsável pelo medicamento na Casa-família:	Não tem uma pessoa responsável pelos medicamentos, não há levantamento das necessidades daquela área, ninguém que se responsabiliza, quando não tem na casa-família encaminha para a Unidade Básica mais próxima.

continua >

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Estrutura da Casa-família:	Dicotomia entre a resolução do atendimento e o abastecimento existente (quantidade e qualidade):	<p>Não existe você entrar numa comunidade que nunca teve um apoio, “a criança tá lá cheia de verme, botando verme pela boca”, você vai chegar lá, “mãezinha põe a sandália nele e não vai passar um remédio pra ele?” Não existe isso.</p> <p>O programa saúde da família não consegue fazer a prevenção, ele clinica, prescreve o medicamentos, mas o SUS não comporta, porque não estava preparado pra atender essa demanda nova de atendimento e as casas-família não recebem o medicamento suficiente.</p> <p>Você tem uma criança que está doente, está com febre, com vômito, com qualquer sintoma que ela precisa ser medicada, então se você tem o atendimento, está disposto, tem acesso, você tem o médico, você tem o enfermeiro, então você tem condições plenas de fazer o atendimento, fazer uma dispensação, fazer o acompanhamento daquele paciente, mas não tem o medicamento, tem que encaminhar para a Unidade Básica para resolver o problema de saúde daquela criança, assim não dá.</p>
	Falta um controle maior do estoque de medicamentos:	<p>No PSF, acho que a enfermeira é quem entrega, os medicamentos que tem lá, agora se é feito controle, se eles tem controle absoluto, porque “tu sabes que um problema muito grande é funcionário, quando eu recebo o medicamento, é uma briga com funcionário, porque o que tem de funcionário com receita, querendo pegar medicamento, é muita gente, e é pro tio, pro primo, pro sobrinho, então você tem que dar uma de chata, porque tu diz não pro funcionário, não dá, não tenho, vou te dar só um pouco, até os médicos querem levar medicamentos, que são pessoas que podem comprar, mas querem levar de graça.</p>

Quadro 4: DSC sobre as dificuldades das UMS para atender ao PSF

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Dificuldades encontradas na Unidade de Referência (UMS) para atender ao PSF:	Baixo salário, demanda elevada:	As condições de trabalho, que não é só no PSF, as Unidades Básicas também passam pela mesma situação, são condições gritantes, (...) porque o funcionário se estressa, o paciente se estressa, porque você trabalha no calor, a demanda é muito grande pro número pequeno de pessoas pra atender. Isso causa um “estresse” e as condições realmente de trabalho que você não tem, se você tivesse uma estrutura pra trabalhar seria totalmente diferente, acho que o agravante, hoje, é o fato do município pagar pouco, não ter os melhores profissionais, porque ele tem os profissionais que ele pode pagar.
	Falta de conhecimento da demanda real de pacientes do PSF:	Não temos o controle de quantos pacientes são encaminhados do PSF, por não ter o medicamento disponível na Casa-família, não temos como fazer previsão do pedido de medicamentos para UMS.
	Falta de recursos para funcionar como apoio do PSF:	O Sistema do Serviço Público não tem como absorver toda demanda, há uma carência de médicos, de consultas, de vagas. Agora, também o que dá pra perceber que é complicado você fazer promoção e prevenção da saúde numa população que é pobre, miserável, porque falta tudo.
	Espaço físico inadequado da Farmácia da UMS:	A farmácia da UMS também não é um ambiente propício para o paciente ficar recebendo medicamento, são desumanas as condições que existem, é quente na farmácia, é quente na Unidade, não tem espaço pra você atender o paciente é uma janelinha assim, é um buraco na parede que fizeram, pra você atender todo aquele pessoal, e fica todo mundo misturado, gestante, idoso, tuberculoso, gente com hanseníase, gente gripada, tossindo, todo mundo misturado aquilo ali é um meio de contaminação muito grande, não era pra funcionar daquele jeito, e só pelo fato de eu ter essa consciência, quando eu vejo aquilo, já me estressa.

continua >

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Dificuldades encontradas na Unidade de Referência (UMS) para atender ao PSF:	Falta de uma política de valorização dos recursos humanos:	<p>Não temos pessoas pra trabalhar dentro da farmácia, não tem funcionário, e o único funcionário que eu tenho dentro da farmácia se estressa porque é uma demanda imensa pra ele atender, ele não consegue sair no horário dele, ele não consegue trabalhar direito no outro emprego, a prefeitura paga pouco e a gente tem que trabalhar em outro lugar pra sobreviver e não consegue estudar.</p>
	Prescrições inadequadas:	<p>A dificuldade maior que eu tenho visto infelizmente é em termo da prescrição do AIDPI (Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) porque tem medicamentos que entram e saem da lista, então nós, aqui, não recebemos uma lista atualizada. A última vez que eu conversei com a enfermeira que tinha feito uma atualização, ela falou pra mim que tinham entrado novos medicamentos, só que muitas vezes tem enfermeiros que respeitam o que eles podem prescrever e outros extrapolam.</p> <p>As enfermeiras prescrevem razoavelmente bem, mas, às vezes, prescrevem e não sabem nem o nome do medicamento direito, escrevem errado o nome do remédio, é complicado, mas aí a gente vai lá e diz, olha, está errado, porque não é esse nome. Já teve enfermeira que foi lá comigo e perguntou qual é a (posologia) de cada medicamento que ela pode prescrever, está no (AIDPI), mas ela não sabe como prescrever, isso quer dizer que não recebeu treinamento, ai eu digo pega a parte do (AIDPI) lê, esta aí, então abro a folha e digo está aqui o remédio assim: passado de 6 em 6 horas, criança de 0 a 5 anos. É assim que tu podes prescrever segundo o (AIDPI).</p>
	A saúde não é obtida apenas com médico e remédio:	<p>A saúde não pode ser vista só como médicos, equipes de saúde, ela tem que ser vista como toda uma infraestrutura de moradia, de alimentação, porque se não, não vai ter fim é uma coisa irônica, você trata aqui amanhã o paciente tá doente de novo, porque as condições de vida dele não foram melhoradas e enquanto não tiver uma concepção de que a saúde do paciente não é só atendimento médico, remédio, Unidade, Pronto-socorro.</p>

Quadro 5: DSC sobre o papel da Assistência Farmacêutica nas casas-família

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Papel da Assistência Farmacêutica na integralidade das ações saúde:	É preciso garantir o acesso aos medicamentos na Casa-família:	É ilusão você pensar que vai montar um posto de saúde, uma equipe de saúde, um enfermeiro e um médico pra fazer só prevenção e promoção. Porque você vai ter que atender paciente, os pacientes doentes vão chegar lá, eu entendo o médico, o médico não vai deixar de atender, eu se fosse médica eu ia atender e passar a receita, agora como ele vai conseguir o medicamento eu não sei, mas eu daria a consultar, porque eu sei que uma consulta pra ele é muito difícil.
	Contar com o farmacêutico realizando as ações das equipes no PSF:	Eu acho que foi uma falha muito grande não terem previsto a necessidade de termos medicamentos na casa-família, tanto é que não existe farmacêutico no PSF, não foi previsto no projeto todo, porque não eram previstos medicamentos em si, tanto é que no PSF é previsto uma cota de medicamentos. Pra atender aquela região, a prefeitura ganha um adicional que vem direto do governo federal.
	Contribuições do farmacêutico nas equipes do PSF:	O farmacêutico pode explicar para os colegas enfermeiros que prescrevem, os riscos que eles vão correr e assumir. Ainda falta muita informação de que o medicamento não causa só um efeito benéfico, mas pode levar a uma intoxicação, a problemas sérios de saúde por causa do mal uso. Então, se o farmacêutico tiver presente, ele pode fazer palestras, fazer com que o colega se conscientize de que ele não deve extrapolar.

Quadro 6: DSC sobre a assistência farmacêutica como consumo de medicamentos

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Assistência Farmacêutica como padrão de consumo de medicamentos</p>	<p>A Assistência Farmacêutica voltada ao abastecimento de medicamentos:</p>	<p>Para fazer a Assistência Farmacêutica devemos primeiro conhecer o perfil epidemiológico de cada setor que a gente trabalha e, em cima disso, fazer a aquisição, seleção de medicamentos, a distribuição, a dispensação. Só que eu tenho conversado lá na Unidade que eu trabalho e tenho visto que o perfil epidemiológico de lá está defasado.</p>
		<p>Pelo menos duas vezes ao ano, deveríamos verificar se está modificando algum tipo de patologia, conforme a época do ano, pra poder ter uma noção dos medicamentos que mais deveriam ser dispensados, os que vão ser mais prescritos. Eu acho que lá tá defasado, até porque eu tenho visto que lá são 55 pacientes cadastrados na Unidade de hipertenso, sendo que a maioria que vai lá não é cadastrado. Não temos acesso a dados fidedignos.</p>
		<p>A Assistência Farmacêutica que eu vejo, é a do padrão de onde eu trabalho, não foi mais reformulado. Então deveria ser uma coisa contínua não só assim: produzia Assistência Farmacêutica já está bom, acho que deveria haver, pelo menos duas vezes por ano, uma reformulação geral do que está acontecendo.</p>

Quadro 7: DSC sobre conceito de Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Conceito de Assistência Farmacêutica confundida com o de Atenção farmacêutica</p>	<p>Percepção da Assistência Farmacêutica reduzida ao seu processo final – prescrição e dispensação</p>	<p>Assistência Farmacêutica é assistir o paciente desde a saída do consultório, para ver se ele vai se adequar ao tratamento, porque tem pessoas que não respondem ao tratamento, e é necessário dar toda orientação quanto à administração, posologia, colocar os riscos do não cumprimento, os riscos de estar fazendo uso incorreto, acompanhar mesmo o tratamento do paciente e tá em contato com o médico no caso, “olha, doutor o paciente veio aqui, mas ele não respondeu o que a gente vai fazer”.</p>
		<p>Assistência Farmacêutica pra mim é poder sentar numa mesa, ter a minha ficha, meu arquivo de paciente como têm os médicos. Então faria um acompanhamento, aquele paciente que faz uso do medicamento teria toda uma ficha dele, tudo que ele já tomou na vida, o que ele é alérgico, quais foram às doenças que ele já teve, com que médico ele se trata, se ele tem alguma doença crônica, quais são as doenças que existem na família dele: câncer, diabetes, hipertensão. Pra você ter uma avaliação, os exames que ele fizesse ele levaria pra você, seria um segundo prontuário, mas relacionado à vida dele, alergia, hábitos alimentares, uma radiografia do estilo de vida que ele tem, aí você poderia ter uma noção realmente.</p>
	<p>Não foi implementada por falta de infraestrutura e disponibilidade do farmacêutico para esta atividade:</p>	<p>Fizemos o curso de Atenção Farmacêutica pra que a gente atenda os pacientes, mas atualmente a realidade e que o farmacêutico não consegue ficar na farmácia atendendo paciente, porque ou você corre atrás pra conseguir gazes, esparadrapo e luva, medicamento, ou você não atende ninguém, a Unidade vai parar de funcionar.</p>

Quadro 8: DSC sobre a inversão do modelo de assistência à saúde

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Inversão do modelo de assistência	Há necessidade do trabalho mais complexo por meio de uma equipe multiprofissional mais ampliada:	Não acredito que a estratégia que se propõe inverter o modelo de saúde possa trabalhar somente com médicos e enfermeiros, pra mim o programa em si deveria contemplar todos os profissionais da área de saúde, inclusive outros profissionais que estão aí: assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos para um atendimento integral da assistência aos cadastrados.
	O enfoque precisa ser na qualidade de vida do paciente:	Quando a pessoa está desnutrida, anêmica ou não se alimenta, o médico passa o sulfato ferroso o paciente toma 3 meses esse sulfato ferroso, passa o exame ele tá bonzinho. Quando retorna na próxima consulta, ele esta de novo anêmico, porque o paciente não se alimenta porque não tem o que comer. Isso é um problema crônico, ou seja, ou você vai manter aquele paciente com Sulfato Ferroso, ou você vai melhorar as condições de vida dele.
	As cidades têm que proporcionar saneamento básico, tratamento de água e esgoto:	<p>A mesma coisa o remédio pra verme, não adianta você dar pra o menino remédio pra verme se ele vai mergulhar ali no igarapé, e vai engolir aquela água cheia de coliformes fecais,. Hoje ele toma remédio pra verme, amanhã ele está cheio de verme de novo, tem que fornecer saneamento básico para todos.</p> <p>A cidade não tem saneamento, não tem infraestrutura pra pessoa viver. Eles vivem naquela imundice, ali, consomem aquela água poluída, tem que lavar roupa com aquela água, têm que tomar banho com aquela água, se alimentam quando podem se alimentar direito, só pode ter deficiência de nutrientes, precisam de vitaminas, uma coisa que não vai ter fim, remédio pra verme não vai ter fim, porque não tem saneamento básico na cidade,</p>

CO, DASAC e DAENT sentem as mesmas dificuldades quanto ao recebimento da demanda do PSF, descritas no DSC do Quadro 4.

No Quadro 4, dentre as principais dificuldades apresentadas pelas UMS de referência ao PSF, está a dificuldade em conhecer a real demanda de atender pacientes do PSF e também a falta de um planejamento para estruturar as Unidades de Referência porque não há medicamento, recursos humanos e estrutura física adequada para o atendimento do PSF, assim como uma interlocução entre Casas-família e UMS, inclusive do ponto de vista técnico, com o recebimento de prescrições de enfermagem inadequadas. Esse ponto está em debate nos serviços de saúde, a normatização e divulgação do elenco de medicamentos prescritos pelos enfermeiros, respaldada pelo Conselho de Classe dessa categoria.

Nos Quadros 5 e 6, a Assistência Farmacêutica assumiu um papel fundamental na garantia da integralidade do atendimento aos usuários do PSF e a presença do farmacêutico facilita a organização e minimiza as perdas com recursos e aumenta a eficiência do atendimento. Ao falar de Assistência Farmacêutica o enfoque ainda é no abastecimento e na dispensação de medicamentos.

Essa visão restrita em BRASIL (2002) é causada pela falta de apoio político às propostas de superação da concepção tradicional de Assistência Farmacêutica voltadas para a compra e distribuição de medicamentos.

A discussão de Atenção Farmacêutica é recente, muitos farmacêuticos ainda não têm o conceito de Assistência Farmacêutica distinto de Atenção Farmacêutica como é observado no Quadro 7.

O discurso do coordenador, por quase oito anos, da Política de Medicamentos local demonstra a visão mais ampla do conceito de Assistência Farmacêutica, que ao conhecer a Política mais global da saúde, do papel do medicamento e da Assistência Farmacêutica pode-se compreender o seu conceito na teoria e na prática a seguir:

A Assistência Farmacêutica inclui todo o ciclo da assistência na programação, aquisição, armazenamento, distribuição especialmente dispensação de medicamento, não apenas a dispensação em si, mas o que a gente chama hoje de atenção farmacêutica ou monitoramento acompanhamento e avaliação que realmente a estratégia da intervenção de estar promovendo ou cumprindo o objetivo estabelecido. Em Belém, a assistência no PSF está organizada em nível distrital, em cada distrito temos oito distritos, cada distrito tem um farmacêutico distrital que está trabalhando na supervisão e na implementação da Assistência Farmacêutica. Nesses estados, é interessante que aos poucos a gente vá ocupando esses espaços (E2).

Como o campo de pesquisa é dinâmico, desde o início do estudo até as primeiras conclusões, a presença do farmacêutico como apoio às ações do PSF passou de um membro da Coordenação Geral do PSF, a Coordenadores Distritais da Assistência Farmacêutica, e, no final de 2004, houve a extinção direta do farmacêutico no PSF.

No Quadro 8, o DSC reafirma a inversão do modelo de atenção ampliando o foco da saúde na busca de melhores condições de vida para a população atendida, como sendo um dos princípios básicos a serem trabalhados pelo PSF, trabalhando com medidas educativas. No entanto, a simplificação da assistência põe em risco a estratégia da Saúde da Família por não fornecer atendimento integral à saúde.

BUSS (2002) compartilha a ideia de promoção de saúde como atividades dirigidas prioritariamente à transformação dos comportamentos dos indivíduos “focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e no ambiente das ‘culturas’ da comunidade em que se encontram” e em atividades voltadas para o coletivo e ao meio ambiente “compreendido de ambiente físico (natural e construído), social, político, o que só seria possível através de políticas públicas intersetoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde”.

Nesse sentido, a prefeitura de Belém desenvolveu ações intersetoriais que tiveram como pontos convergentes o uso de recursos naturais como fonte de geração de emprego e renda, aliada a Política de Saúde, Meio Ambiente e de Economia, por meio dos Projetos de Desenvolvimento Infantil no Santana do Aura – Belém⁸, e do Projeto Farmácia Nativa em parceria com a prefeitura italiana de Pontassieve e com a Região da Toscana, descrito posteriormente.

Relação de Medicamentos Essenciais para o PSF

A Relação de Medicamentos Essenciais demonstrou não ser adequada para atender às necessidades dos usuários, e a distribuição para rede de serviços era considerada muito ruim, segundo “E1”:

O padrão de insumos era o mesmo, não levando em consideração o perfil nosológico, com áreas faltando ou sobrando. (...) redefinir a necessidade de abastecimento de unidades em função dos perfis epidemiológicos da região, com padrão particular para cada Unidade, facilitando o acesso, pois assim minimizava a falta de medicamentos.

A seleção de medicamentos é o eixo da Assistência Farmacêutica, segundo Marin

⁸ BELÉM. SESMA. Projeto de Desenvolvimento Infantil no Santana do Aurá. O projeto foi iniciado, em 2000, e, a partir de 2002, contou com o financiamento da UNICEF. Foi desenvolvido, em uma área próxima ao lixão da cidade, com ações desenvolvidas de promoção à saúde, com atendimentos médicos, nutricionais, de enfermagem, farmacêuticos, com o desenvolvimento de hortas comunitárias de plantas medicinais, hortaliças e criação de pequenos animais para fins de comercialização e suprir as carências nutricionais das crianças das áreas atendidas pelo PSF. Teve como objetivo geral: garantir condições favoráveis de desenvolvimento para as crianças de 0 a 6 anos da comunidade de Santana do Aura. Os objetivos específicos foram reduzir os agravos à saúde nas crianças de 0 a 6 anos, possibilitando impacto sob a morbi-mortalidade; suprir as carências nutricionais nas crianças e gestantes de baixo peso; superar o atraso de crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos; gerar alternativa alimentar e econômica para as famílias-alvo do projeto; introduzir o uso de plantas medicinais e da fitoterapia como alternativas terapêutica e econômica nos agravos da saúde; despertar a comunidade para o papel de gestor e contribuir para a redução de impactos socioambientais.

(2003, p.133-134), é a partir dela que se desenvolvem as outras etapas do seu ciclo. É necessário conhecer e considerar a estrutura e particularidades socioeconômico-culturais locais, por isso a autora considera como peças-chave “os gestores, gerentes, profissionais da instituição – particularmente os prescritores –, entidades representativas e os Conselhos de saúde”.

Na prefeitura de Belém, na Coordenação de Política de Medicamento e Assistência Farmacêutica (SESMA, 2003,p.8), são listados como critérios usados na seleção de medicamentos essenciais do município: diagnóstico do perfil de morbidade; protocolos de tratamento; conhecimento e utilização de protocolos de tratamento; relação de medicamentos essenciais do serviço, conhecimento e utilização da Relação de Medicamentos Essenciais, Memento Terapêutico e protocolo de inclusão e exclusão de medicamentos.

A lista de medicamentos essenciais do município varia quantitativa e qualitativamente de acordo com a complexidade e clientela atendida de cada nível de atenção. Em todas as Unidades Básicas e Pronto-Socorro, havia, pelo menos, um farmacêutico responsável, em um total de 76, inclusive na coordenação do PSF.

Em entrevista, o Coordenador da Política de Medicamentos & Assistência Farmacêutica (E2) relatou os critérios de escolha do elenco de medicamentos do PSF:

Na realidade, a lista de medicamentos do PSF foi uma discussão em nível nacional que estabeleceu o elenco de 31 itens, e no município de Belém nós ampliamos para 44 itens, atendendo às especificidades de alguns serviços, de alguns bairros. Não era o perfil epidemiológico, mas o tipo de serviço em questão. (...) No início, era preconizado que o PSF somente utilizaria medicamento sintomático e que os usuários seriam referenciados pelas unidades de saúde. Como em Belém tem uma questão de acessibilidade, uma distância muito grande entre casa-família e a unidade de saúde, aos poucos foram implementados, foram incluindo alguns produtos farmacêuticos para atender àquelas necessidades daquela casa-família em determinado bairro ou local da cidade. Em um primeiro momento, eram só medicamentos sintomáticos, medicamentos mais elaborados ou com risco maior seriam utilizados pelas unidades. Isso na época que tínhamos consultores cubanos. Depois quando houve implementação, gradativamente foram solicitados alguns medicamentos chegando ao ponto inclusive de solicitar medicamentos pra saúde mental e hoje trabalhando com alguns medicamentos também pra urgência e emergência.

A Relação de Medicamentos Essenciais do PSF sofreu modificações influenciadas pela Política Nacional de Medicamentos e pela estratégia de tratamento e resolutividade das equipes do PSF.

A primeira relação (padrão mensal) de medicamentos continha 138 (cento e trinta e oito) itens e a partir do Kit padronizado para o PSF foi reduzido para 35 itens, saindo todos

os medicamentos injetáveis usados para urgências ou para pequenas cirurgias. Estava em discussão a reformulação do Padrão do PSF, pois não havia consenso entre as Referências Técnicas e profissionais ligados ao PSF, uma vez que o grau de resolutividade está diretamente ligado à estrutura física e de recursos disponíveis para resolver os problemas de saúde da população atendida.

O PSF deveria ter de 80 a 90% de resolutividade nas áreas de atuação, afirmou o entrevistado, E1: “Quando é feito o mapeamento da área, obtêm-se o mapeamento da prevalência, o perfil nosológico, com a participação dos ACS, equipe do PSF. Pelas Referências Técnicas, deveria ter sido elaborado um padrão de consumo para cada área de atuação ou pelo menos por cada Unidade do Saúde da Família”.

Foi possível verificar, quanto aos padrões de medicamentos do PSF, a aplicação de uma fórmula matemática: foi estabelecido um elenco de medicamentos e um quantitativo referente ao consumo de um mês, de uma equipe do PSF, a partir de então se uma Casa-família abrigava uma equipe, seria um padrão de medicamentos, se fossem duas – duas vezes o mesmo padrão, e assim sucessivamente (essas informações foram obtidas pelo estudo comparativo dos padrões de consumo das Casas-família).

Essa fórmula de estabelecer os padrões de consumo do PSF, de maneira uniforme, pode facilitar inicialmente a programação de estimativa de compras desses itens, mas traz problemas do ponto de vista da otimização dos recursos, pois faltam ou sobram medicamentos, como demonstramos a seguir nas Tabelas 1 e 2:

- Quantidade consumida é menor que a padronizada (30 frascos/mês).
- Algumas Unidades ouvidas referiram não possuir o aparelho nebulizador.

Tabela 1: Medicamentos do PSF não solicitados no padrão mensal do programa⁹

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO PSF	UND.	N.º Casas-família que não fizeram pedido do produto	%
1. Ac. Acetilsalicílico 500mg: aas - comprimido	Comp.	12	48 %
2. Fenoterol 20ml 7,5mg/5ml - solução oral	Frasco	22	88 %
3. Furosemida 40mg - comprimido	Comp.	7	28 %
4. Neomicina 5mg + bacitracina 250u.i bisnaga 15g/20g - pomada	Bisnaga	10	40 %
5. Penicilinag procaína + potássica 300.000ui + 100.000 ui + diluente - frasco	Frasco	19	76 %
6. Propranolol, cloridrato 40mg. - comprimido	Comp.	14	56 %

⁹ Dados obtidos do estudo de abastecimento nas Casas-família realizado no período de 23 de abril a 13 de maio de 2003, a partir das solicitações dos padrões mensais de consumo de medicamentos entregues no Departamento de Recursos Materiais (DRM) da SESMA.

O conhecimento de como está organizada essa etapa é de fundamental importância, uma vez que o seu resultado pode sensibilizar a quem tem poder de decisão para propor mudanças no Serviço de Assistência Farmacêutica prestada, na medida em que pode oferecer a dimensão do desperdício de recursos (DUPIM, 1999, p.62).

Tabela 2: Medicamentos do padrão mensal do PSF não fornecidos pelo DRM¹⁰

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO PSF	UND	N.º Casas-família que não receberam o produto pedido	%
1. Amoxicilina pó suspensão oral 50 mg/ml	Frasco	17	68 %
2. Benzoato de benzila 25% frasco 100ml	Frasco	26	100 %
3. Cloreto de sódio 0,9% solução isotônica 500ml - frasco	Frasco	15	60 %
4. Glibenclamida 5mg - comprimido	Comp.	22	88 %
5. Metronidazol (benzoil) suspensão 4%	Frasco	15	60 %
6. Sulfametoxazol 400mg + trimetoprima 80mg - comprimido	Comp.	16	64 %
7. Sulfato ferroso comp. 40mg/fe	Comp.	7	28 %

Temos que considerar os aspectos gerais para a programação de medicamentos como a existência de protocolos de tratamento, multiplicidade de apresentações de um mesmo produto, responsáveis pela programação questões (DUPIM, 1999), infraestrutura existente, dentre outras questões.

Devemos observar se o desabastecimento desses produtos pode estar relacionado a uma subestimativa, não considerando a demanda de cada Unidade de Saúde da Família.

KIT do PSF

A inserção da Assistência Farmacêutica no PSF foi dada pelo elenco de medicamentos destinados às equipes do PSF na distribuição trimestral e no incentivo à criação de equipes com a disponibilidade inicial de um *Kit* do PSF para a nova equipe (uma dificuldade apontada quanto aos medicamentos essenciais trata-se dos pacotes

¹⁰ Idem

prontos do Ministério da Saúde, como do HIPERDIA, KIT do PSF (Farmácia Popular), Programa Saúde da Mulher e de Saúde Mental, pois a composição quantitativa e qualitativa era a mesma para todo o país. A concepção de “pacote”, segundo relatos colhidos nas visitas as Unidades do PSF, sugerem que o Ministério da Saúde ainda trabalha com a lógica da antiga CEME, comprar e distribuir, levando ao desperdício de recursos. Um exemplo é o próprio Kit do PSF, entregue trimestralmente, proporcional ao número de equipes cadastradas no SIAB, independentemente do perfil nosológico.

Em 2003, o Ministério da Saúde entregou ao município de Belém, um total de 250 Kits do Incentivo à Assistência Farmacêutica vinculados ao PSF (BRASIL, 2004b). Conforme comparação entre o padrão de consumo de medicamentos de uma equipe do PSF e o elenco do Kit (corresponde a três meses de medicamento para uma equipe), existe uma variação quantitativa significativa entre os dois padrões, mais da metade dos itens entregues no Kit PSF. Alguns itens têm mais de 400% a mais do quantitativo do padrão do município, como demonstramos na Tabela 3.

A Tabela 3 compara o padrão de consumo mensal de medicamentos do PSF com o padrão do Kit de medicamentos entregue trimestralmente ao município pelo Ministério da Saúde, de acordo com o número de equipes do PSF cadastradas no SIAB. Os resultados indicam que pode estar havendo desperdício de recursos, devido à inadequada estratégia de abastecimento às equipes do PSF.

Coelho¹¹ (2003) refere-se à Política adotada pelo Ministério da Saúde pelos dos “Kits” como estratégia fragmentada, com pouco impacto sobre a saúde da população:

O medicamento é a mercadoria privilegiada, de uso compulsório. A ‘empurroterapia’ assola o mercado e as ‘cestas’ e ‘Kits’ infestam o Ministério da Saúde. É ‘cesta básica’, ‘Kit mulher’, ‘Kit PSF’, ‘Kit ser-tão’, entre outras ‘pérolas’ da Assistência Farmacêutica fragmentada, dispersiva e com baixa resolutividade.

Outro exemplo é o Kit Saúde da Mulher, entregue pelo Ministério da Saúde aos municípios, em que o quantitativo é insuficiente e os municípios não complementam esta demanda, havendo a falta de itens essenciais como o relato em SESMA – PSF (2001)¹² no qual profissionais de uma Unidade do Programa Saúde da Família comunicavam a suspensão do Programa de Planejamento Familiar, por não ter medicamentos anticoncepcionais em número suficiente para atender à demanda.

¹¹ COELHO, Clair Castilhos. De Bagdá a Brasília, 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Caderno da Conferência, Brasília, 2003.

¹² SESMA - PSF. Documento enviado à Coordenação do PSF Belém. 2001. (Mimeo)

Tabela 3: Comparação entre o padrão de consumo mensal de medicamentos do PSF x padrão do Kit PSF

Item	Unidade	Padrão mensal do PSF	KIT Trimestral	KIT/Mês	% quantitativo do KIT sobre o padrão mensal do PSF
1. Ac. Acetilsalicílico 100mg - comprimido	Comp.	700	1000	333	48 %
2. Aminofilina 100mg - comprimido	Comp.	40	500	167	417 %
3. Amoxicilina susp. 250mg fr. 60ml	Fr.	60	100	33	56 %
4. Ampicilina cáps.500mg	Cáp.	1000	500	167	17 %
5. Benzoato de benzila 25% fr. 100ml	Fr.	40	50	17	42 %
6. Captopril 25mg -comprimido	Comp.	300	500	167	56 %
7. Cimetidine 200mg. - comprimido	Comp.	150	1000	333	222 %
8. Dexametasona 1%/10g - creme	Bis.	50	100	33	67 %
9. Glibenclamida 5mg - comprimido	Com.	40	500	167	417 %
10. Hidroclorotiazida 50mg. - comprimido	Com.	300	2000	667	222 %
11. Mebendazol 100mg - comprimido	Com.	600	300	100	17 %
12. Mebendazol 100mg./fr. 30ml - suspensão oral	Fr.	250	50	17	7 %
13. Metildopa 500mg - comprimido	Fr.	250	500	167	67 %
14. Metronidazol 250mg - comprimido	Comp.	400	500	167	42 %
15. Neomícina 5mg + bacitracina 250u.i bisnaga 15g/20g - pomada	Bis.	200	50	17	8 %
16. Paracetamol 200mg/fr. 15ml - gotas	Fr.	30	100	33	111 %
17. Paracetamol 500mg - comprimido	Comp.	400	500	167	42 %
18. Propranolol, cloridrato 40mg. - comprimido	Comp.	100	1000	333	333 %
19. Sulfato ferroso 300mg - drágea	Drág.	400	1000	333	83 %

CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF

Segundo MARIN (2003, p. 129-130), “todos os componentes do ciclo da Assistência Farmacêutica podem e devem contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos”, uma tarefa prioritária para organizar os serviços de atenção básica seria o de resgate das atividades pertinentes à Assistência Farmacêutica que encontram-se dispersas e desestruturadas.

Uma das indagações deste estudo é feita à Gestão do Medicamento no PSF? Como são efetuadas as diversas etapas envolvidas no ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF. Quais são as atribuições e competências dos membros das equipes nessas etapas?

Para responder essas questões, será apresentada a estruturação das Casas-famílias e posteriormente a organização do ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF.

Para MARIN (2003), as palavras administração, gestão e gerência são sinônimas, diferenciadas apenas pelas funções exercidas e pelo nível hierárquico.

A gestão como administração de nível superior, seja municipal, estadual ou federal; a gerência como administração de nível intermediário e a supervisão como administração de nível operacional (MARIN,2003,p.54)

Caracterização das Casas-família

O tipo de situação do imóvel tem uma relação direta com a estrutura das Casas-família, porque as construídas, além de estarem em melhores condições de conservação, apresentam áreas desenhadas, segundo as necessidades pensadas para o programa, enquanto as casas alugadas representam um problema na adaptação de espaços para funcionar como uma Unidade de Saúde. A escolha das “casas” obedece à localização da área de atuação da equipes. Como, prioritariamente, o PSF foi implantado em áreas pobres da cidade, até a construção das Unidades definitivas, foram constatadas precárias às condições de algumas Casas-famílias e, de acordo com o tamanho da casa, eram “criados” serviços, como a farmácia que, no projeto inicial, não seria necessária, porque os medicamentos ficariam apenas nos consultórios médicos e de enfermagem.

O entrevistado E4 fala com preocupação da escolha dos locais para abrigar o PSF:

“... na casa-família não tem estrutura pra funcionar (...) “é uma casa” realmente pegaram uma casa e colocaram os funcionários lá dentro pra trabalhar. É assim que funciona a casa-família” (E4).

Serviços oferecidos à comunidade

Imunização; farmácia; consultas médicas e de enfermagem; curativos; PCCU; DST; teste do pezinho; aplicação de injetáveis; pré-natal; controle de hipertensão; controle de diabetes; controle de tuberculose; controle hanseníase; planejamento familiar; pró-ame; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos; visitas domiciliares; encaminhamentos para serviços especializados e palestras na comunidade.

Perfil dos profissionais do PSF

Na Tabela 4, são apresentados os profissionais que responderam aos questionários. O gênero feminino foi predominante com 77% da amostra, havendo uma paridade entre as três categorias analisadas: médicos, enfermeiros e assistentes administrativos. A idade dos profissionais variou de 23 a 52 anos de idade, de recém-formados a aposentados. O tempo de participação nas equipes do PSF variaram de 3 anos (desde o início da implantação do programa), a um mês, embora alguns entrevistados referirem ser funcionários públicos/CLT.

Tabela 4: Perfil dos profissionais pesquisados

PROFISSIONAIS	QUANTIDADE	GÊNERO	
		FEMININO	MASCULINO
MÉDICO	08	06	02
ENFERMEIRO	08	08	-----
AGENTE ADMINISTRATIVO	10	06	04

Os agentes administrativos antes de trabalharem no PSF exerceram funções administrativas ou trabalharam até como locutores de rádio, músicos, enquanto os médicos e enfermeiros já haviam trabalhado em outros níveis de atenção ou ainda estavam no seu primeiro emprego.

Um dos problemas relatados por TRAD (2003) é a alta rotatividade dos profissionais em decorrência da não identificação com as normas do programa e com as condições de trabalho.

Quando indagados sobre as atividades desenvolvidas no PSF, os profissionais relataram grande número de atividades, tempo curto para realizá-las, aumento na demanda de atendimento e acúmulo de funções de outros profissionais, demonstrado no Quadro 9:

Quadro 9: Atividades realizadas no dia a dia da casa-família

MÉDICO	ENFERMEIRA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
Consultas médicas, principalmente aos grupos prioritários.	Consultas de enfermagem (planejamento familiar, TB, MH, AIDPI).	Serviço de administrativo.
Visitas domiciliares.	Visitas domiciliares.	Acolhimento à comunidade.
	Educação continuada.	Controle da frequência.
	Supervisão do corpo de enfermagem.	Atendimento de farmácia.
		Entrega de vale-transporte e contracheque.

continua >

MÉDICO	ENFERMEIRA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
		Serviços externos.
		Auxiliar de médicos, enfermeiros, técnicos e ACS sobre impressos, etc.
		Entrega de vale-transporte e contracheque.
		Serviços externos.
		Auxiliar de médicos, enfermeiros, técnicos e ACS sobre impressos, etc.

Atividades desenvolvidas pelos profissionais do PSF na gestão de medicamentos

Os medicamentos percorrem um longo caminho, desde a solicitação até a utilização pelo paciente. Cada etapa deve ser considerada como importante para garantir o acesso e uso racional e deve contar com a participação da equipe do PSF.

A Tabela 5 demonstra que o médico participa predominantemente na prescrição e orientação do uso de medicamentos e pouco nas outras atividades.

Tabela 5: Atividades desenvolvidas no ciclo da assistência

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	MÉDICO	ENFERMEIRO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
Seleção dos medicamentos padronizados para o PFS	03	02	03
Recebimento de medicamentos	02	04	10
Armazenamento/Estocagem de medicamentos	02	04	10
Conservação de medicamentos	01	02	07
Programação de medicamentos (padrão mensal de medicamentos)	02	05	08
Controle de estoque de medicamentos	01	01	06
Distribuição de medicamentos para os diversos setores	—	01	07
Prescrição de medicamentos	08	08	—
Orientação do uso correto dos medicamentos	07	07	01
Dispensação/Entrega dos medicamentos ao paciente/ usuário	04	05	09
Controle de qualidade de medicamentos	02	02	03

O enfermeiro é o profissional de nível superior, que atua em todas as etapas e o assistente administrativo participa de todo o processo, com exceção da prescrição de medicamentos. De acordo com a Figura 1, a rotina operacional da equipe é a seguinte:

1. Definição das necessidades: feita pela equipe de acordo com a demanda e com o estoque existente.
2. Solicitação: é feita por um Padrão de Consumo Mensal, preenchida pelos enfermeiros e assistentes administrativos na maioria dos casos.
3. Recebimento: é realizado na recepção da Unidade, no arquivo/farmácia. Uma das queixas frequentes é quanto à entrega pelo DRM/SESPA, não há tempo de avaliar todos os itens necessários, pois há muita pressa do setor de entrega.
4. Conferência: fica prejudicada, como já relatado, e os produtos em desacordo só podem ser observados no momento da guarda dos medicamentos.
5. Armazenamento: em 58% das Casas-famílias visitadas há almoxarifado ou os medicamentos podem ser armazenados no arquivo e/ou nos consultórios médicos; existem deficiências de equipamentos como ar-condicionados ou ventiladores em funcionamento, tornando essas áreas impróprias para o armazenamento de medicamentos.
6. Dispensação: conceitualmente, seria “o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado” (BRASIL, 2002), mas, no caso do PSF, como não há farmacêutico, a entrega do medicamento pode ser feita pelo

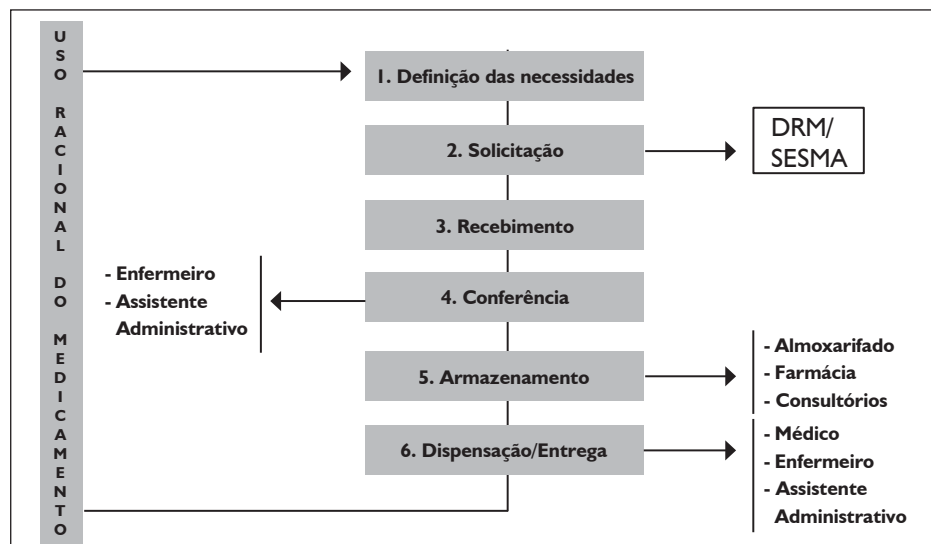


Figura 1: Fluxograma dos medicamentos no PSF

Figura adaptada de SILVA (2000) - Fluxograma de medicamentos no QUALIS

médico, enfermeiro ou assistente administrativos (que não receberam nenhuma capacitação sobre a orientação e sobre o uso de medicamentos e atendimento de prescrições).

7. Uso racional de medicamentos: está diretamente relacionado à seleção de medicamentos essenciais e à escolha terapêutica dos prescritores, podendo ser acompanhada e avaliada pelos profissionais por meio de indicadores citados por MARIN anteriormente.

Seleção dos medicamentos

O ponto de partida dos medicamentos no ciclo da Assistência Farmacêutica é a seleção, sendo fundamental a adoção de critérios eficazes e seguros para o atendimento da população, a partir do diagnóstico prévio da área de atuação, como as doenças mais prevalentes, a fim de garantir os medicamentos essenciais para o tratamento dos possíveis pacientes daquela área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 b.p.31).

Isso seria possível e poderia reduzir o problema da falta de medicamentos.

Não existia uma Comissão de Farmácia e Terapia (CFT) legalmente constituída no município e os profissionais do PSF desconheciam os critérios adotados para a escolha do elenco de medicamentos para o PSF.

Quanto à seleção de medicamentos, os pesquisados descreveram critérios a adotar para a escolha do elenco de Medicamentos do PFS:

- de acordo com o número de hipertensos e diabéticos e as medicações mais usadas nesses grupos, assim como para crianças e para o planejamento familiar.
- que fossem analisadas as peculiaridades de cada casa-família, por exemplo: maior incidência de doenças de pele, número de DSTs, etc.

Em relação a outros medicamentos que julgavam necessários no Padrão dos Medicamentos responderam que:

- Medicamentos do Programa Farmácia Nativa (fitoterápicos): pela sua eficácia e efeitos colaterais que não existem.
- Medicamentos para vômito.
- Ambroxol, clortrimazol, voltaren injetável, hidróxido de alumínio, pois a comunidade é supercarente (A25).
- Penicilina G benzatina 1.200.000U, hidróxido de alumínio, soro fisiológico nasal.
- Secnidazol, devido ao grande número de gardinerela, assim como metronidazol (creme), medicamentos de TB e MH, assim com também p/ reações do tipo 1 e 2 de MH.
- Pela necessidade constante deles: cefalosporinas, penicilinas, AINES.

Os itens julgados necessários foram escolhidos segundo a experiência clínica, mas não com o auxílio das evidências científicas, o que pode levar a erros na seleção do medicamento mais adequado.

Devem ser incluídos medicamentos que comprovem a vantagem sobre a relação dos já existentes, selecionar de acordo com o perfil epidemiológico, priorizar os medicamentos considerados básicos para atender à maioria dos problemas de saúde da população (Idem,2001b,p.33).

Quando analisados os dados, observa-se que os profissionais pesquisados ainda veem limitada a participação na seleção de medicamentos, pois 31% acreditam que o médico deve opinar no processo de seleção e 12% que ele deve ser informado; enquanto que os enfermeiros devem opinar em 35%, e participar, supervisionar, avaliar e ser informados em 12% das respostas.

O ASC e o auxiliar de enfermagem devem ser informados de acordo com 15% dos profissionais. O farmacêutico deveria, em 15%, planejar e decidir sobre a seleção de medicamentos e em, 12%, o farmacêutico deve ser responsável, participar e supervisionar esse processo.

O assistente administrativo, em 27% dos relatos, deveria ser o responsável pela seleção dos medicamentos no PSF, em 23%, planejar a seleção dos medicamentos e, em 20%, opinar e participar efetivamente, devendo avaliar o processo de seleção dos medicamentos.

Levando em consideração que os questionários foram respondidos por médicos, enfermeiros e assistentes administrativos, demonstram não compreender a complexidade e importância dessa etapa.

Programação dos medicamentos

A programação de medicamentos deve estimar as quantidades a serem adquiridas, a fim de atender à demanda do serviço, em um determinado período de tempo, tendo impacto direto sobre o abastecimento e conseqüentemente sobre o acesso aos medicamentos. (Idem,2001b,p.37).

No PSF, o padrão de consumo é abastecido mensalmente como um dos critérios para o aumento do padrão é comprovar a insuficiência do quantitativo de medicamentos para uma determinada demanda, no PSF, isto não é possível, pois não há registro de demanda não-atendida, dificultando o planejamento e a avaliação do padrão de abastecimento.

O critério adotado para a programação é o do Consumo Médio Mensal (CMM), quando perguntados sobre o significado dessa sigla, que consta do formulário do padrão mensal, apenas os assistentes administrativos responderam corretamente, pois haviam feito uma capacitação para almoxarifados pela equipe de farmacêuticos do DRM.

O enfermeiro e o assistente administrativo são os responsáveis pelo preenchimento do padrão de consumo, feito em duas vias, uma para a Unidade e outra do DRM. O assistente administrativo encaminha o pedido ao Departamento de Recursos Materiais – DRM, onde fica a Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) do município.

Os profissionais acreditam que os problemas com a inadequação da programação são decorrentes da própria filosofia do programa, que leva a um acúmulo de tarefas, impossibilitado uma avaliação mais detalhada.

Recebimento dos medicamentos

Os medicamentos são recebidos pelos assistentes administrativos, na maioria das vezes, e na sua ausência pelo médico ou enfermeiro.

O recebimento segue uma programação previamente divulgada de entrega pelo DRM, mas, segundo relatos, é comum o atraso nessa programação.

O recebimento é feito na recepção da casa-família, onde são observados prazo de validade, lotes, acondicionamento, quantidade pedida e a entregue, conservação e integridade das caixas.

Foi relatado que a pressa dos entregadores do DRM dificulta a conferência desses itens, quando se detecta algum item em desacordo, é mais difícil para devolver ou cobrar o restante.

A recepção de medicamentos é uma das etapas críticas do armazenamento e controle de estoque, por consistir em um exame detalhado entre o que foi pedido e o que foi recebido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b.p.56).

O controle de estoque é deficiente na casa-família, pois o profissional responsável é o assistente administrativo, que não dispõe de tempo para preencher a ficha de prateleira diariamente, em que são feitos os controles de entrada e saída dos medicamentos.

Armazenamento dos medicamentos

Quanto à estocagem e guarda, dependem do número de cômodos da casa-família. Algumas têm almoxarifado, outras os medicamentos são guardados no setor de arquivo e/ou recepção.

Foi descrito que o número de estantes de aço para organizar os medicamentos é insuficiente, não existe controle de temperatura, existem medicamentos em contato com o chão. As áreas de armazenamento não estão protegidas de poeira e insetos e não há problemas quanto à umidade.

Quando há vencimento dos medicamentos, eles são separados pela enfermeira e pelo assistente administrativo, que informam à Coordenação Distrital do PSF que recolhe e entrega à Vigilância Sanitária Municipal para ser incinerado. Se for necessário o preenchimento do termo de baixa dos produtos vencidos e/ou alterados, ele é assinado pelo médico, enfermeiro, assistente administrativo e coordenador distrital.

Foi relatado que não há uma frequência em se fazer inventários. Nesse aspecto, perde-se o controle sobre o estoque, o que permite a não detecção de desvios de medicamentos.

Na área de armazenamento, foram informados que na metade dos casos todos os membros da equipe do PSF tem acesso irrestrito aos medicamentos armazenados.

O entrevistado E3 já havia se referido às condições de armazenagem e de falta de controle dos medicamentos, descrito a seguir:

Ao ingressar na casa-família em termos da dispensação dos medicamentos foi observada uma situação muito adversa, pois era desorganizado, não havia uma

organização lógica, os medicamentos não eram acondicionados em locais ideais, eram caixas espalhadas pelo chão, eram colocadas em qualquer lugar, em contato com umidade; os materiais técnicos também não eram acondicionados em locais adequados e, o principal, não havia controle de entrada, de saída, era um desvio de medicamentos, entrava qualquer funcionário, qualquer pessoa dentro do local de dispensação, pegava os medicamentos, se quisesse deixava a receita, senão ia embora, levava, quer dizer, uma falta de organização total, sem ninguém para tomar conta, ter responsabilidade sobre aquilo. (E3)

Em um local para o armazenamento de medicamentos, não devem existir condições que possam contribuir para os riscos de perda, deterioração, desvios e incêndios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b.p. 63)

Distribuição dos medicamentos

Esta atividade consiste em suprir de medicamentos as diversas áreas onde estes são necessários, em quantidade, qualidade e tempo hábil para possibilitar sua dispensação posteriormente. (Idem, 2001b. p.86)

Os locais mais frequentes para onde são distribuídos os medicamentos são: consultórios médicos (42%) e de enfermagem (46%), farmácia (39%), sala de curativos (27%) e sala de vacina (11,5%), segundo informações dos pesquisados.

Na maioria das vezes, são os próprios profissionais que abastecem seus locais de trabalho.

A situação mais crítica foi encontrada em duas casas-famílias, uma Unidade alugada, onde a área era imprópria para o uso, com calor excessivo, umidade, rachaduras e sem a mínima segurança e outra definitiva, construída para abrigar o PSF, onde não haviam previsto nenhuma área para armazenar em grande quantidade os medicamentos, sendo que estes foram colocados na sala usada para esterilização de materiais, próximo à estufa.

Prescrição dos medicamentos

As práticas da prescrição nos serviços de saúde representam indicadores básicos do uso do medicamento OMS (1993), como o número médio de medicamentos por prescrição, percentual de medicamentos prescritos da lista de medicamentos essenciais dos serviços, dentre outros.

A prescrição, como “é o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento” (Portaria GM n.º 3.916/98), representa uma das ferramentas de usar racionalmente os medicamentos. Aspectos legais de uma prescrição servem de parâmetro para avaliar a qualidade da prescrição e consequente uso dos medicamentos, segundo a legislação brasileira, são itens obrigatórios (Art. 35 da Lei 5.991/73):

- a) Legibilidade da prescrição.
- b) Posologia descrita na prescrição (escrita por extenso, denominação genérica, forma farmacêutica, dosagem, técnica de administração, horário de administração, via de administração, duração do tratamento e data).
- c) Identificação do usuário na prescrição (nome e endereço).
- d) Identificação do prescritor (assinatura e carimbo).
- e) Número de medicamentos por prescrição.
- f) Presença de medicamentos da relação de medicamentos essenciais.

No estudo realizado de 2.000 prescrições analisadas de várias Casas-famílias os aspectos mais preocupantes foram:

- Apenas 59% das prescrições médicas indicavam a forma farmacêutica.
- Apenas 47% das prescrições médicas continham o horário de administração dos medicamentos.
- Quanto à duração do tratamento, 0% e 9,8%, respectivamente de enfermeiros e médicos, informaram a duração do tratamento.
- 50% das prescrições do enfermeiro continham carimbo ou COREN presentes.

Mais de 82% dos medicamentos foram prescritos pelo nome genérico, o que facilita o conhecimento do paciente quanto ao tratamento, pois o nome comercial costuma confundir o usuário. No entanto, quanto à legibilidade, 72% das prescrições dos médicos estavam ilegíveis, enquanto as dos enfermeiros estavam 100% legível, como demonstra a Figura 2.

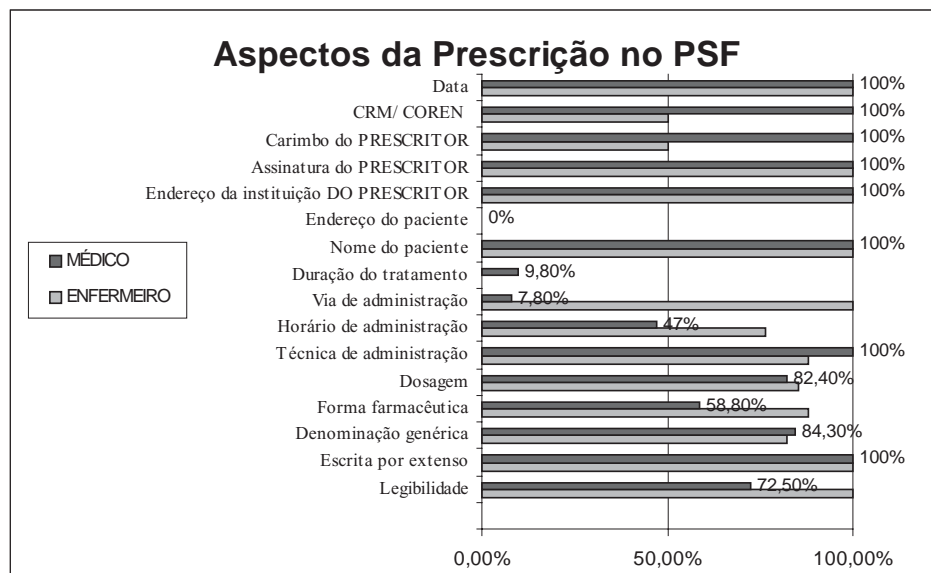


Figura 2 - Prescrição de médicos e enfermeiros do PSF

Quanto ao número médio de medicamentos por prescrição, a média no PSF foi de 2,5 medicamentos por prescrição, a média aceitável é de 2 (dois) medicamentos segundo OMS apud MARIN (2003). Portanto, a média do PSF encontra-se próxima dos limites estabelecidos.

Entrega e uso dos medicamentos

Houve falta de qualificação do profissional na entrega dos medicamentos, de acordo com a Tabela 6, o assistente administrativo não recebeu nenhuma capacitação para tal, como aspectos sobre a indicação; contraindicação; via de administração; duração de tratamento; dosagem; posologia; cumprimento de horários; influência dos alimentos; interação com outros medicamentos, dentre outros (BRASIL,2001).

Tabela 6: Entrega de medicamento no PSF

PROFISSIONAL	Total de profissionais	% que entregaram os medicamentos
1. ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	22	85,0
2. ENFERMEIRO	14	54,0
3. MÉDICO	11	42,0
4. AUXILIAR DE ENFERMAGEM	08	31,0
5. AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	03	11,5
6. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	01	4,0

Dentre as informações dadas aos pacientes no PSF, estão a conservação dos medicamentos e o tempo de conservação após o uso.

O termo de entrega de medicamentos foi utilizado para diferenciar da dispensação, realizada apenas pelo farmacêutico, sendo considerada um ato mais complexo que uma simples entrega de medicamentos. Segundo MARIN (2003, p.239), a importância da dispensação deve-se ao fato de que este é o momento em que os profissionais de farmácia interagem diretamente com os usuários. No caso do PSF, a interação ocorre com o assistente administrativo, médico e enfermeiro, pois não há um farmacêutico na equipe nem mesmo um auxiliar de farmácia capacitado para tal.

Aspectos para justificar uma adequada dispensação (Idem):

- a) Redução da internação hospitalar.
- b) Número crescente de pacientes com doenças crônicas, que demandam uso de medicamentos por longo tempo (em especial idosos).
- c) Maior foco na medicina preventiva e na educação em saúde.
- d) Maior custo-efetividade das intervenções terapêuticas por usar adequadamente os medicamentos.

O procedimento da dispensação deve assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada; que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e que seja embalado de forma a preservar a qualidade do produto. (MSH in MARIN, 3003, p.241)

Os lugares onde são dispensados os medicamentos no PSF são respectivamente: consultório de enfermagem (46%); consultório médico (42%), farmácia (42%) e almoxarifado (27%) segundo a pesquisa. A ideia inicial era que os próprios prescritores fizessem a entrega dos medicamentos e a orientação aos usuários quanto ao uso dos medicamentos.

A capacitação dos profissionais em alguns temas, também mereceu atenção:

Identificação de alterações de medicamentos (73%); reações adversas a medicamentos (62%); medicamentos genéricos (54%); interação entre medicamento X medicamento (50%) e seleção de medicamentos (42%).

Segundo MARIN (2003, p.245), o dispensador (o farmacêutico) deveria estar atento para:

- Interpretação errada da prescrição.
- Troca de medicamento.
- Dose errada.
- Contagem, composição imprecisa.
- Desconhecimento da adesão ao tratamento.
- Tempo insuficiente para conversar com os pacientes acerca de seus medicamentos.
- Dificuldade em se comunicar com o paciente e de ser compreendido por ele.

A dispensação é uma etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica que deve ser tratada com mais cuidado no PSF, pois pessoas não capacitadas podem comprometer a qualidade do serviço e trazer riscos de intoxicações e de ineficiência do tratamento medicamentoso.

Desafios com relação aos medicamentos no PSF

- Falta de controle de estoque dos medicamentos: segundo informações da pesquisa, 46% dos profissionais do PSF responderam que todos os profissionais do PSF têm acesso aos locais onde são armazenados os medicamentos.
- Não há manual de normas ou procedimento descrevendo as funções, autoridades e responsabilidades da equipe quanto aos medicamentos.
- Não qualificação do assistente administrativo para dispensar medicamentos.

- O controle de entrada e saída de medicamentos na Casa-família é feito de maneira irregular.
- A falta/inadequação de medicamentos reduz a resolutividade do programa:

Não adianta você implantar um programa, conseguir trazer a população, conseguir fazer um acompanhamento com idosos, com hipertensos e, quando ele mais precisa do medicamento que é onde vai manter a sua qualidade de vida, você não tem para atender aquele paciente. Isso causa uma certa rejeição, o que acaba trazendo transtorno, porque ele acaba desacreditando no programa, e você está perdendo um elo importante com quem você está trabalhando, então (...), eu acho que deveria ser um ponto que deveria ser trabalhado melhor até a própria estruturação, se repensar, sentar, fazer uma avaliação do que está sendo feito, porque dentre os locais de trabalho em que eu tenho contato, e que outros colegas tem contato, a gente tem passado por dificuldades por falta do medicamento.(E3)

A adesão terapêutica no grupo de idosos em uma equipe do PSF de Belém demonstrou que as maiores dificuldades enfrentadas, primeiramente, foi de que o atendimento ao idoso requer maiores cuidados (52,94%) e em segundo lugar foi a falta de adesão ao tratamento com 41,8% dos relatos, os profissionais afirmaram que “a principal dificuldade encontrada por eles era que os pacientes seguissem as orientações gerais e a prescrição médica” (ROSA, 2003).

- Dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais, foi apontada a restrição de itens para antibiótico e terapia adequada.

Esse processo fragmentado e pouco qualificado da Assistência Farmacêutica no PSF expõe o programa a ter um baixo impacto nas ações de saúde. Sendo necessário analisar as causas dos problemas para encontrar alternativas, soluções possíveis.

Neste trabalho, apresentamos uma estimativa rápida e simples de listar esses problemas quanto às várias etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica: A SELEÇÃO; A PROGRAMAÇÃO; O RECEBIMENTO; O ARMAZENAMENTO; A DISTRIBUIÇÃO; A DISPENSAÇÃO; O USO CORRETO.

O Entrevistado E3 relata que a falta de medicamentos no PSF é um problema que traz como consequência, o desestímulo dos pacientes que perdem a credibilidade no trabalho desenvolvido pelo PSF “e isso seria o fim do programa. O programa é voltado aos indivíduos que o utilizam, se eles não acreditam, não procuram mais o programa (...) então acabou a finalidade” (E3).

O planejamento pode ser usado para buscar soluções para os problemas como uma ferramenta de gerenciamento.

Devemos concentrar esforços no sentido de organizar um processo coletivo que permita a estruturação e a consolidação da assistência farmacêutica de modo racional e crescente. O planejamento será mais proveitoso se implantá-lo de forma gradual; caso contrário correm o risco de desperdiçar esforços e um tempo considerável, além de desmotivar a equipe de trabalho. (MARIN, 2003, p99)

Causas e efeitos das dificuldades relatadas nas etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica

O Diagrama de causa e efeito ou “espinha de Peixe”, ou “diagrama de Ishikawa” de TAJRA (2003) é uma ferramenta simplificada de identificação das possíveis causas de um problema, “analisando e interligando os pontos fracos e fortes da questão (causas raízes) que afetam o problema.”

Na Figura 3, prescrição das causas do problema foram relacionadas às etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF, mas o processo de trabalho na equipe é um dos eixos centrais.

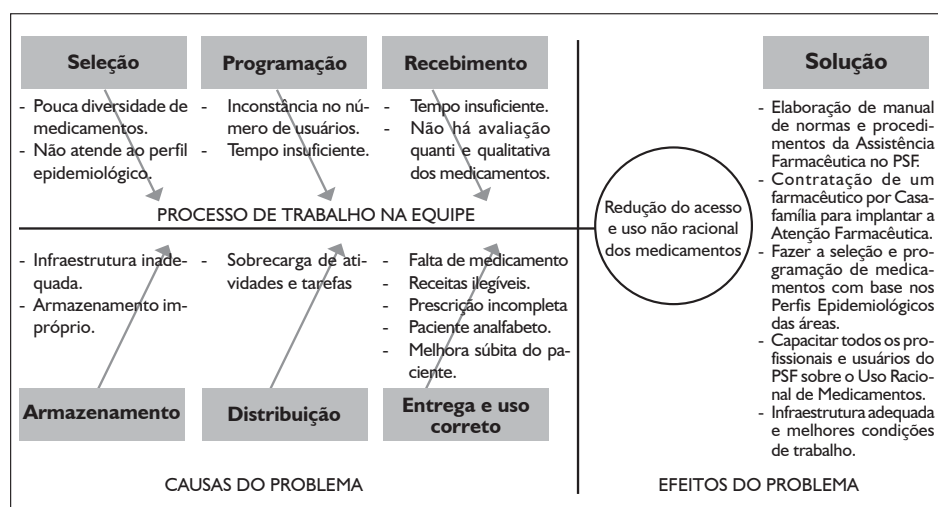


Figura 3: Diagrama de causa e efeito da não organização do ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF

A Figura 3 foi adaptada do Diagrama de causa e efeito de TAJRA (2003p.108-109)

Estratégias de reestruturação

A Política de Medicamentos com enfoque na fitoterapia e a capacitação de Recursos Humanos foram estratégias adotadas pelo município estudado para promover o acesso e o uso racional de medicamentos no PSF como descrito a seguir.

O Programa de Fitoterapia

A estratégia de trabalhar a fitoterapia no município pelo PSF foi por compartilhar o princípio de trabalhar na comunidade, o *slogan* do Programa de fitoterapia – o Programa Farmácia Nativa era “resgatando a sabedoria popular”.

O Programa Farmácia Nativa objetivava complementar a Assistência Farmacêutica na rede municipal de saúde com o uso alternativo de medicamentos fitoterápicos. Em abril de 2000, foi implantado, por meio da parceria entre a Organização Não Governamental (ONG) – Movimento República de Emaús e da Instituição de Ensino privada – , o Centro de Ensino Superior do Pará – CESUPA segundo a Home Page da SESMA/PMB de 10.04.2001. A implantação do programa começou nas Unidades do PSF com três medicamentos: Xarope Composto de Eucalipto Adulto (*Eucalyptus* glóbulos, *Cymbopogon citratus*, *Zinziber officinale*), Xarope Composto de Eucalipto Infantil (*Eucalyptus* glóbulos, *Cymbopogon citratus*) e Solução de Melão de São Caetano (*Momordica charantia*, *Ocimum basilicum*).

O farmacêutico que participava da Coordenação do PSF também coordenava, inicialmente, o Programa Farmácia Nativa. MATOS (2000) chama a atenção para a importância da inclusão do farmacêutico no PSF por meio da integração entre o PSF e o Programa de Fitoterapia:

Esta integração seria absolutamente natural, vez que ambos têm características de assistência social complementares – o PSF, no âmbito de assistência médica, e no âmbito da assistência farmacêutica. Em alguns municípios cearenses, essa integração tem se mostrado benéfica, tanto pela acentuada redução dos custos da assistência farmacêutica como adaptação do médico ao renovado e crescente campo da fitoterapia científica. (MATOS, 2000,p. 10)

No país, o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2003) destacou as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos na Política Nacional de Medicamentos Essenciais, apontando para a elaboração de uma lista de fitoterápicos destinados ao atendimento primário à saúde.

Promover a integração e participação do saber científico/popular para o resgate, disseminação do uso e do conhecimento das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS no âmbito da Assistência Farmacêutica, assegurando o compartilhamento dos resultados com as comunidades detentoras do conhecimento; estimular a utilização de plantas medicinais na dietoterapia, promovendo o uso de espécies nativas e exóticas com potencial para tanto, contribuindo para a prevenção, promoção e manutenção da saúde; (...) Promover o uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, com ênfase na promoção da saúde, envolvendo atenção farmacêutica,

educação dos usuários, dos farmacêuticos, dos prescritores e dos demais profissionais da saúde; (...) Estimular e viabilizar o cultivo e o manejo sustentável de plantas medicinais, nos sistemas de produção familiar e tradicional, visando ao uso na atenção básica de saúde. (BRASIL, 2003)

Dentre as experiências do Programa de Fitoterapia no PSF desenvolvidas em Belém, são destaque, segundo o Diário da Saúde¹³ :

- Convênio entre a cidade de Pontassieve e Universidade de Firenze na Itália, um projeto que proporcionou um trabalho intersectorial do PSF com a Secretaria de Educação (SEMEC), Secretaria de Economia (SECON), Secretaria de Saneamento (SESAN), Fundação de Parques e Áreas Verdes de Belém (FUNVERDE) e a Escola Bosque: promovendo a capacitação de profissionais de saúde e comunidade sobre o uso das plantas medicinais; criação de hortos de plantas medicinais na comunidade e em Unidades de Saúde.
- Projeto de Desenvolvimento Infantil em Santana do Aurá, financiado pela UNICEF: com a construção de horto comunitário para promover a geração de emprego e renda e capacitação dos ACS.
- Curso de Uso Correto de Plantas Medicinais para os ACS do Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO) e Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT).

O Entrevistado E2 relata que a escolha do Programa de Fitoterapia no município deve-se à tradição na Região Amazônica do uso das plantas, a biodiversidade e a preocupação com os riscos à saúde representado pelo uso inadequado de plantas medicinais no preparo, no armazenamento ou mesmo do uso.

Nós vivemos na região amazônica que é uma região com uma riqueza de biodiversidade, nós temos toda uma cultura plantada no xamanismo, plantada em medicamentos não convencionais, principalmente aqui na região que tem a questão da pajelança, (...) nós não poderíamos deixar de trabalhar tanto as plantas medicinais quanto os medicamentos fitoterápicos, e pra isso o PSF é estratégico, porque o a gente está diretamente na comunidade, pode não só tá aprendendo, como transmitindo informações sobre uma adequação do uso das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos. (E2)

A não disponibilidade regular dos medicamentos fitoterápicos foi relatada nos questionários aplicados para os profissionais do PSF como sendo um aspecto negativo, pois os produtos têm uma boa aceitação da população.

¹³ BELÉM. SESMA. Interesses municipais são discutidos na Itália. Diário da Saúde. 22.07.2001.

Uma das coisas que eles cobraram muito é falta dos produtos do programa farmácia nativa que ficou bastante tempo indisponível, eu já fiquei sabendo que já retomou a produção, por isso vamos receber esses produtos. A estratégia em si, os agentes comunitários de saúde que vivem na comunidade e conhecem aquela realidade e tem uma certa influência na ascensão sobre aqueles cidadãos possibilita que as pessoas, numa linguagem mais apropriada, (...) minimizem o uso indevido, ou seja, eles sabem hoje que o fato de ser chá ou de ser o produto fitoterápico não o deixa livre de riscos.

A utilização das plantas medicinais, principalmente na área rural, tem uma representação sobre o modo de cuidar da saúde da família, como no DAMOS, DAICO e DAOUT como relata abaixo um farmacêutico que acompanhou equipes do PSF da área rural:

A utilização é muito grande de plantas medicinais, só que de uma forma incorreta e, muitas vezes, a gente podendo ter um horto, ter uma produção voltada pra tá orientando, até mesmo orientações da forma correta de utilização de certas plantas, da forma de você tá lidando com o paciente, isso é muito viável, além do que a crença, a credence popular é muito forte, às vezes você vai utilizar um medicamento alopático, mas ele não quer, ele vai utilizar uma erva, uma planta, porque a cultura dele é voltada pra isso, então isso aí é uma arte antiga, em que eles creem, e vêm passando de geração em geração. E o ideal seria a gente catalogar, mapear o que é utilizado com maior frequência e procurar fazer um horto, estudar aquelas plantas, verificar a sua ação e, a partir de então, fazer o uso daquilo mesmo, uma terapia natural, para que você não bata de frente com a cultura do povo. Isso é muito importante, porque além de tudo você vai ter aceitação, vai ter adesão do paciente ao tratamento e vai estar se adequando às condições locais, até mesmo de forma socioeconômica, porque se o paciente precisa utilizar um medicamento e não têm condições de comprar, e você condições de fornecer através de um insumo medicinal como uma planta, você vai conseguir uma adesão muito maior do paciente, essa é uma proposta que deveria ser trabalhada, (...) isso seria um avanço muito grande para a população porque traria bons resultados. (E3)

O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos está associado a baixos custos, como descrito anteriormente, assim como no PSF, já foram relatados o baixo investimento em produtos com baixa tecnologia e simplificação da atenção.

No entanto, é válida a utilização dos recursos naturais para a manutenção/prote-

ção da saúde. Um Projeto de Horta Familiar¹⁴ feito por um enfermeiro do PSF, em parceria com um agrônomo na Ilha do Mosqueiro (DAMOS), visa “através da implantação de hortas familiares, a melhoria da qualidade nutritiva diária e a geração de renda aos beneficiários, a fim de promover, manter e recuperar a qualidade de vida extensiva a todas as faixas etárias, principalmente infanto-juvenis, gestantes e idosos”. A questão nutricional e a geração de renda familiar são descritas como fatores que afetam diretamente no processo saúde-doença.

O custo total do projeto era de R\$ 456,00, atendendo a 70 famílias cadastradas no PSF, com o cultivo de plantas ricas em vitaminas, ferro e minerais, como alface, berinjela, caruru, couve, maxixe, pepino, pimentão e quiabo. Não foi encontrado nenhum registro sobre a aprovação desse projeto.

Quando solicitado aos profissionais do PSF sugestões de inclusões no Padrão de Consumo, foi referida a importância de ter disponível o medicamento do Programa Nativo pela eficácia e por não terem efeitos colaterais.

Existe uma falsa ideia de que os medicamentos “naturais” ou plantas medicinais são desprovidos de efeitos colaterais. Foi notificado o óbito no Instituto Evandro Chagas, em Belém, por hepatotoxicidade causada por uma planta, a sacaca, usada para o emagrecimento. O produto foi recolhido pela ANVISA (Sacaca Bi composta da Amazon Ervas), pois era comercializado sem ter passado pela avaliação da Vigilância Sanitária Nacional (O LIBERAL, 2001).

A OMS (2002) trabalha estratégias para o atendimento das necessidades sanitárias primárias, nos países em desenvolvimento, da medicina tradicional compreendida como diversas práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias que incorporam a medicina com plantas, animais e fontes de minerais, assim como terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados isolados ou associados entre si, para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as doenças.

Dentre a lista de políticas e ações para consolidar a medicina tradicional estão:

- a) segurança, eficácia e qualidade dos produtos; b) garantia do acesso por meio de estudos das práticas desenvolvidas nas comunidades e a proteção dos conhecimentos existentes sobre a medicina tradicional, cultivo e conservação das plantas medicinais para assegurar o uso sustentável; c) uso racional a partir do desenvolvimento de diretrizes de formação de profissionais para as terapias usadas na medicina tradicional mais comuns no país, informação sobre o uso correto das terapias e produtos aos consumidores e aprimoramento da comunicação entre os serviços de saúde e os pacientes quanto ao uso da medicina tradicional, dentre outros (OMS, 2002,p.2).

É possível conhecer as práticas da medicina tradicional nas comunidades, em estudos como os de TEIXEIRA, 2002; DI STASI, 2002; CORRÊA, 1998; UDRY, 2001; MATOS,

¹⁴ BELÉM. SESMA. Programa Família Saudável. UMS MARACAJÁ. Projeto Horta Familiar. Março, 2003. (Mimeo)

2001, dentre outros. O Trabalho de TEIXEIRA (2002) estudou a ilha do Combu, em Belém, com o apoio dos ACS da Equipe que assiste a essa ilha, onde foi feito um levantamento das práticas locais usadas no cuidado da saúde, dentre elas o uso das plantas medicinais.

Formação de recursos humanos adequados a uma nova proposta de Assistência Farmacêutica - uso racional de medicamentos

O município de Belém adotou a estratégia de capacitar ACS sobre o Uso Racional de Medicamentos, desde 2001, como Projeto-Piloto do Ministério da Saúde, dentre os 10 municípios brasileiros COSTA (2003a), registrou uma fala de um ACS sobre o curso acima referido:

Durante a permanência desse curso, sobre os medicamentos e sua importância. Eu aprendi que devemos ter consciência do perigo de se automedicar e do perigo de armazenamento.

Em capacitações sobre esse tema, no Curso de Capacitação em Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância (AIDPI) para Agentes Comunitários de Saúde, em 2003, foi desenvolvido um formulário de acompanhamento para os ACS sobre a identificação de possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos (Anexo I), como a presença de restos de medicamentos e/ou medicamentos vencidos no domicílio, automedicação, armazenamento domiciliar, uso concomitante com chás e/ou remédios caseiros e uso conforme prescrição do médico ou enfermeiro.

A Figura 4 foi capa do relatório de capacitação dos ACS na promoção do uso racional de medicamentos.



Figura 4: O ACS trabalhando na promoção do uso racional de medicamentos
Fonte: Relatório do Curso em Belém, Desenho do ACS Davi Reis -2001.

Em 2004, também foram realizadas duas turmas de capacitação sobre o uso racional de medicamentos para ACS, em todo o município, como relatou o entrevistado E2:

Nós tivemos a oportunidade de treinar (...) os agentes comunitários de saúde em uso racional de medicamentos, com uma carga horária de 20 horas, onde nós pegamos desde a Antropologia Farmacêutica, Modelos de Política da Organização Mundial da Saúde (OMS), Modelos da Assistência Farmacêutica e informação sobre o medicamento. (...) Eu fiquei impressionado com o grau de aceitabilidade, de participação, de entusiasmo desses vários agentes comunitários que participaram e saíram, e eu tenho certeza que conseguimos grandes aliados na promoção do uso correto de medicamentos. Em muitos momentos, na hora do curso de treinamento, eles colocaram que faziam tudo aquilo que não podiam fazer, desde prescrição, levar medicamento pra casa, guardar em casa com medo que faltasse. A partir do momento que eles foram vendo como funciona todo o ciclo, todos os serviços, eles foram tomando consciência que trabalhar com medicamentos não é tão simples como eles pensavam e como a sociedade brasileira pensa, tendo em vista questões históricas, culturais e econômicas relacionadas aos medicamentos. E achei interessante, porque geralmente a gente tem medo de informar as pessoas, com medo que as pessoas vão usar de forma equivocada a informação. (E2)

Na Introdução deste estudo, citamos o “medo” por parte do Conselho Federal de Farmácia (CFF) desses cursos para ACS. Como os leitores puderam observar, a mudança de uma prática de automedicação e de medicalização desnecessária só pode ocorrer por meio da informação e formação de profissionais e comunidade.

A prescrição incorreta pode acarretar gastos de 50 a 70% mais altos dos recursos governamentais destinados a medicamentos, causado pelo uso irracional do medicamento, constituindo-se em um problema de saúde pública (GRAND apud MARIN (2003,p.287).

A estratégia de capacitação de profissionais no uso racional de medicamentos, tem sido adotada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segundo MSH apud MARIN (2003,p.287), o uso racional ocorre “quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade”.

Os principais problemas enfrentados nesse campo, de acordo com MARIN (2003,p.289), são o sobreuso de medicamentos (o medicamento não é necessário e/ou a dose é exagerada e/ou o período de tratamento é muito longo e/ou a quantidade dispensada é exagerada em relação ao que será realmente utilizado), a polimedicalização ou polifarmácia (a OMS preconiza que para a atenção básica de saúde um ou dois

medicamentos por receita costumam ser suficientes) e o erro no uso de medicamentos (uso incorreto de antibióticos, uso de medicamentos de eficácia e segurança duvidosas e doses inapropriadas).

A busca de caminhos para o uso correto de medicamentos encontrou, na Medicina Baseada em Evidências, maneiras de escolher métodos de diagnósticos e de tratamentos eficazes. As “condutas terapêuticas embasadas em evidência”, segundo WANNMACHER (2000), tiveram impulso a partir de 1992, com a busca de evidências orientadoras de condutas, constituindo uma nova lógica de atuar e praticar a medicina; além disso, “a conduta embasada em evidências, otimiza benefícios e minimiza riscos e custos”. SACKETT apud WANNMACHER (2000) que a forma de aplicar a prática da conduta embasada em evidência é “integrar experiência clínica individual e evidência clínica externa”.

A experiência engloba proficiência e julgamento oriundos da prática clínica, em que, a partir de diagnóstico eficiente, identificam-se situações, direitos e preferências dos pacientes, influenciando as tomadas de decisões sobre condutas a lhes serem oferecidas. A evidência externa provém da pesquisa clínica sistemática e relevante que define acurácia de testes diagnósticos, poder de marcadores prognósticos e eficácia e segurança de medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras. É necessário o uso equilibrado de ambas, pois nenhuma sozinha é suficiente. (WANNMACHER, (2000)

Cursos de Promoção do Uso Racional de Medicamentos¹⁵ para professores, prescritores, farmacêuticos e Agentes Comunitários de Saúde tem sido ministrados por todo o país com o objetivo de melhorar, mudar a forma de pensar as intervenções de saúde, trazendo mais qualidade no atendimento aos usuários e conseqüente qualidade de vida da população.

São usadas como ferramentas:

- Busca e análise crítica de diferentes fontes de informação.
- Critérios para seleção de grupos farmacológicos e medicamentos para uma dada indicação: bases farmacodinâmicas, farmacológico-clínica e farmacocinética.
- Seleção de tratamento farmacológico.
- Aspectos práticos da prescrição: informação aos pacientes, estímulo a adesão e monitorização do paciente.

Com a promoção do Uso Correto de medicamentos pode-se evitar: conseqüências visíveis, como aumento de eventos adversos, eficácia limitada, aumento da resistência

¹⁵ Estão sendo realizados por todo o país cursos para o ensino para o Uso Racional de Medicamentos e para profissionais de saúde com apoio da ANVISA e OPAS. A autora participou da comissão organizadora do I CURSO PARAENSE PARA O ENSINO PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DE 03 A 10 DE ABRIL DE 2005, em Belém-PA.

bacteriana, farmacodependência, riscos de infecção o uso inapropriado de injetáveis, dentre outros como descrito em MARIN (2003, p.290).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Assistência Farmacêutica no PSF do município de Belém não estava organizada como preconiza a Política Nacional de Medicamentos.

O diagnóstico da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família do Município de Belém – PA evidenciou que a infraestrutura não propiciava condições adequadas para o armazenamento dos medicamentos, não havia o controle de estoque dos medicamentos e o acesso nas áreas de guarda e entrega de medicamentos era a todos os membros da equipe.

Quanto à seleção de medicamentos, a pesquisa revelou que os profissionais do PSF não são ouvidos nessa escolha.

A programação é realizada sem observar o quadro nosológico da população, e o preenchimento é feito por um profissional de nível médio, em alguns casos, sem a supervisão dos médicos ou enfermeiros.

O recebimento de medicamentos é realizado mensalmente, quando o assistente administrativo está ocupado. Isso pode ser feito por qualquer outro membro da equipe, mas uma das principais queixas é a impaciência dos entregadores do DRM e o acúmulo de funções que impede a conferência e a qualidade dos itens recebidos.

O controle de qualidade é feito no recebimento ou na dispensação/entrega de medicamentos aos pacientes e as condições mais observadas são alterações de cor, cheiro e consistência dos medicamentos.

A distribuição dos medicamentos depende do número de cômodos da Unidade. Quando existe um grande número de salas na casa-família, os medicamentos podem ser distribuídos na sala de vacina, sala de curativo, consultórios de medicina e enfermagem e farmácia. Em alguns casos, os próprios profissionais daquele setor fazem a distribuição e organização nas diversas salas.

A entrega de medicamentos é uma das mais críticas, na maioria das vezes, é o assistente administrativo que, não recebeu nenhuma capacitação para tal, ou é supervisionado por membros da equipe de nível superior, entrega os medicamentos no arquivo, local onde, além do armazenamento de medicamentos, é feito o atendimento e a marcação de consultas. Algumas vezes, até o arquivamento dos prontuários das famílias é feito nesse local.

As maiores dificuldades encontradas foram quanto ao abastecimento irregular de alguns medicamentos de uso crônico, como anti-hipertensivos e antidiabéticos orais, o armazenamento inadequado, o não controle do estoque e liberação de medicamentos e a dispensação, que ocorre sem as mínimas condições de orientação aos pacientes em relação ao uso do medicamento.

As estratégias utilizadas para garantir o acesso e o uso correto dos medicamentos

prescritos no PSF têm sido realizadas pela capacitação dos profissionais quanto ao uso racional de medicamentos e plantas medicinais e com a participação em projetos interdisciplinares junto com as áreas de saneamento básico, meio ambiente, economia e educação.

As percepções dos profissionais e dos gestores sobre a Assistência Farmacêutica são diferentes, porque os gestores pensam como deve ser, e os profissionais como é possível realizá-la no PSF.

No país, estão sendo discutidas propostas de aumentar a resolutividade do PSF pela participação do farmacêutico na equipe, na ampliação do aumento de financiamento ao Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica e à capacitação de profissionais quanto ao uso racional de medicamentos, usando a Medicina Baseada em Evidência como metodologia, a fim de resgatar a importância do papel da clínica nos serviços de baixa complexidade, mas de grande impacto sobre a população.

A reestruturação da Assistência Farmacêutica e do próprio PSF fazem parte de uma visão mais geral da organização da própria atenção básica à saúde.

O trabalho da equipe no saúde da família requer a compreensão de várias disciplinas para atender à complexa atenção do nível primário (ALMEIDA, 2001) e não são fazendo do médico e do enfermeiro, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos que vai haver uma maior integração da equipe com os usuários. Mesmo do ponto de vista da redução de custos, perde-se muito mais com o aumento de internações hospitalares, com a baixa adesão terapêutica e com a baixa resolução dos serviços.

Quanto à garantia do acesso aos medicamentos essenciais e ao uso racional de medicamentos, uma estratégia tem se mostrado possível – a atenção farmacêutica aos usuários do PSF, aumentando a adesão terapêutica, reduzindo o número de reações adversas e promovendo uma qualidade melhor de vida aos pacientes, principalmente nos casos de patologias crônico-degenerativas.

Contudo, a Assistência Farmacêutica, por ser complexa e multiprofissional, precisa do consenso das equipes sobre responsabilidades e funções, sendo necessário um manual de normas e procedimentos operacionais. Para atender a população com suas diversas particularidades, é preciso trabalhar o perfil epidemiológico das áreas em todos os aspectos, acompanhar e avaliar esse perfil a todo o momento.

Apesar do Programa Saúde da Família, em Belém, ter uma concepção diferente da versão nacional e até mudar de nome para se diferenciar, os profissionais não percebem tal diferença, pois acreditam ser apenas uma inversão de palavras – Programa Família Saudável. Todavia, ao pé da letra, segundo Violeta, entrevistada da pesquisa de NITSCHKE (1999), para ser uma família saudável é preciso...

Ser amado, ter capacidade de amar, cuidar da mente e do corpo com atos e pensamentos o mais positivo possível, saber ouvir, compreender, tolerar, e

tendo pelo menos a maioria das condições de vida que aqui apresentamos nos faz crer que isto é ser uma família saudável. (NITSCHKE, 1999, p. 121)

PERSPECTIVAS

A proposta do Pacto pela Vida 2006 aponta para uma ação prioritária no campo da saúde, devendo ter como foco o alcance dos resultados, além de assumir os compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. No contexto deste estudo, o resultado esperado seria consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde, proporcionando melhores serviços de atendimento aos usuários e com o financiamento da gestão, em Assistência Farmacêutica¹⁶, aumenta a possibilidade de reestruturar a Assistência Farmacêutica e o PSF.

A necessidade de criação de serviços de farmácia com a capacidade de promover a Assistência Farmacêutica integral, inclusive da atenção farmacêutica, traz perspectivas para superar as dificuldades apontadas. Como sugestões, são descritos alguns pontos para serem revistos no município estudado:

- Um controle de estoque de entrada e saída dos medicamentos com pessoal devidamente capacitado para desenvolver as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica.
- A seleção e programação de medicamentos orientados pelo perfil epidemiológico das áreas e pelo território de abrangência das equipes do PSF.
- O processo de trabalho da equipe do PSF, revendo os papéis, as responsabilidades e as competências.
- Uma maior valorização da clínica, do uso racional de medicamento, da atenção farmacêutica para alcançar o resultado de melhorar a qualidade de vida dos usuários.
- A atenção à saúde deveria ser vista na sua complexidade, hierarquização e descentralização, de acordo com a realidade local, sem pacotes prontos descendentes.
- Os municípios gerenciando os seus recursos, com o apoio técnico do estado e do governo federal, com um planejamento ascendente, constituindo uma rede de serviços organizada, segundo o modelo da promoção da saúde, considerando os processos de saúde-doença da sua população.
- A Assistência Farmacêutica na atenção básica à saúde sendo pensada de acordo com as necessidades das comunidades locais e com a colaboração da equipe multidisciplinar de saúde e dos usuários dos serviços.
- O investimento na organização da Assistência Farmacêutica em todos os níveis de complexidade.
- Desenvolvimento de ações de qualificação dos profissionais da Saúde e dos usuários sobre o uso racional de medicamentos.

¹⁶ PORTARIA N.º 698/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006. § 2º No Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, os recursos devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente que compõe o Bloco.

O desafio está lançado, precisamos juntar as diversas ferramentas acumuladas ao longo dos 10 últimos anos, das conferências realizadas, dos manuais produzidos sobre como fazer um diagnóstico e operacionalizar as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, das experiências em Atenção Farmacêutica nacionais e internacionais, da construção da Estratégia do Saúde da Família com suas particularidades loco-regionais e do momento estratégico de mobilização dos gestores para melhorar o SUS.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, Maria José. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Rio de Janeiro : Vozes, 1994.
- ALMEIDA, M.C.P; MISHIMA, S.M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família**. Interface – Comunic, Saúde, Educ 9, agosto, 2001, p.150-153.
- ALVES, V.S. et al . **O médico de Saúde de Família e a dimensão psicossocial no momento clínico**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec. 2001.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.137.
- ANJOS, S.D.S. **Programa Saúde da Família (des)caminhos na construção da saúde**. Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. ABRASCO, Brasília, Vol. 8 suplemento 2 . 2003. p.247.
- ARAÚJO, Z.M.S.; CARVALHO, M.L.; FROTA, M.A. **Programa de saúde da família – compreendendo a ação do enfermeiro**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- ARRUDA, M. A. N.; TRAD, L. **O processo de trabalho do enfermeiro no Programa Saúde da Família: limites e possibilidades**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- BARROS, Karina et al. **A experiência da construção participativa e problematizadora do processo de trabalho das equipes do PSF no município de São Paulo**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- BELÉM. Secretaria Municipal de Coordenação-Geral do Planejamento e Gestão **Anuário Estatístico do Município de Belém**. v.5, 1999.
- BELÉM. SESMA/ DEAS, **Política de medicamentos e Assistência Farmacêutica**, junho 2003. (Mimeo)
- BEZERRA, A.L.Q. et al. **O papel de educador dos profissionais de enfermagem na estratégia de Saúde da Família**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- BLOCH, R. Arruda. **A Reforma Sanitária hoje: inovação e desenvolvimento do Modelo de Atenção à Saúde**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- BRASIL. CONGRESSO NACIONAL **Lei N.º 8.080, de 19/ 9/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. D.O.U.; poder Executivo, de 20 de setembro de 1990, Órgão Emissor: Congresso Nacional

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Oficina de Inserção das Ações de Assistência Farmacêutica no Programa de Saúde da Família**. Brasília, de 20 a 21 de setembro de 2000.(Mimeo).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE - DAB. Assistência Farmacêutica. **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Informe da Atenção Básica , N.º 5, Ano II – janeiro/ 2001a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE – DAB. **Dez anos de Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Informe da Atenção Básica, N.º 21, Ano V – março-abril/ 2004 a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de suporte as Ações de Assistência Farmacêutica. **Ofício n.º 281/2004**. Brasília, junho de 2004 b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Recomendações**. Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Brasília. 28 a 30 de agosto de 2003. (Mimeo)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de **Assistência Farmacêutica**. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed , 2001b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Relatório de Gestão**. Brasília. 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Inserção das ações de Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família**. Brasília, 20 e 21 de setembro de 2000. (Mimeo).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB): manual de utilização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SPS. **Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: o que é e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BUENO, José Hamilton. **Manual do agente de mudanças: a era da qualidade**. São Paulo: LTr, 1995.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. N.º 6, Dezembro/2002, p.50-63.

CAPOZZOLO, Ângela Aparecida, CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **No olho do furacão – trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM , Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix. 1997.p.138-149

CAVEDON, Neusa Rolita. **Antropologia para administradores**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

CORRÊA, A. D. **Plantas medicinais: do cultivo à terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1998.

COSTA, C.M.M. et al. **Capacitação de agentes Comunitários de Saúde: desafios Pedagógicos e Perspectivas de mudança**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003a.

- COSTA, C.M.M. et al. **Agentes Comunitários de Saúde: aprendendo, ensinando, participando do cuidado à saúde com as plantas medicinais**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM , Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003b.
- Costa, I.E. et al. **Discussão sobre o processo de trabalho com equipes do Saúde da Família em Camaragibe – PE: O olhar da gerência de Território**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, 'Vol. 8, suplementos 1 e 2, 2003.
- DI STASI, L.C. **Plantas medicinais na Amazônia e na Mata Atlântica**. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP, 2002.
- DUPIM, J.A.A. **Assistência Farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: SEGRAC. 1999.
- DUPUY, Jean-Pierre. **A Invasão farmacêutica**; tradução de Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- EGRY, Emiko Yoshikawa et al. **O uso da epidemiologia social na enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem (Série Didática: Enfermagem no SUS), 1997.
- EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Editora Ícone, 1996.
- FERNADES, A. et al. **A saúde-doença representada pelos usuários do Programa de Saúde da Família da cidade de Campina Grande – PB**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- FERREIRA, Rodrigo Viana et al. **Trabalho interdisciplinar – um olhar de integralidade sobre a saúde. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, VII, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. **A classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e o Uso da Epidemiologia Social**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.p.20.
- GOULART, F.A.A. **Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- GUIMARÃES, M. et al. **A Promoção da Saúde como Estruturante da Estratégia Saúde da Família Sobral – CE**. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- IVAMA, Adriana Mitsue et al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- KOSISK apud EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. p.81.
- LAURELL apud EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. p.61.
- LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.
- LEFÈVRE, F. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- LINCOLN, L.S. **Avaliação das interações profissionais das equipes de Saúde da Família**. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

- MAMEDE, S. (Org). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2001.
- MARIN, Nelly (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/ OMS, 2003.
- MASSELLI, M.C. **A Universidade como mediadora da construção de vínculos entre educação e saúde do adolescente**. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- MATOS, Francisco José Abreu. et al. O farmacêutico e o PSF: uma proposta. **R. Pharmacia Brasileira** - Set/Out 2000. p.10
- MATOS, Francisco José de Abreu. **Guia fitoterápico**, 2ª ed., Fortaleza: Os autores, 2001.
- MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing: edição compacta**. São Paulo: Atlas, 2001.
- MATUS, C. Adeus, **Senhor Presidente: planejamento, antiplanejamento e governo**. São Paulo: Fundap, 1997.
- MATUS, C. **Estratégias políticas: Chipanzé, Maquiavel e Ghandi**. Tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.
- MATUS, C. **Planificación y gobierno**. Revista de La CEPAL. Santiago, Chile, 1987.
- MATUS, C. Política, **Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MEDEIROS, F. B. et al. **A produção cotidiana da estratégia saúde da família: um olhar multiprofissional**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2.
- MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MENDONÇA, C.S. et al. **Processo de Trabalho no Saúde da Família em Porto Alegre: a discussão das competências profissionais como proposta de mudança**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- MENDONÇA, Claunara S. et al. **Processo de trabalho no Saúde da Família em Porto Alegre: a discussão das competências profissionais como proposta de mudança**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- MERHY, E.E., et al. **Inventando a Mudança na Saúde**. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC. 1994.
- NESPOLI, A, G. **Micropolítica do Programa de Saúde da Família – um estudo de caso no território Ilha das Caeiras**, Vitória-ES. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- O LIBERAL. Atualidades. **Anvisa manda destruir lotes de emagrecedor à base de sacaca**. Belém. 08-11-2001.
- OLIVEIRA, Kleize Araújo et al. **A Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: quais os limites, os avanços e as perspectivas** : QUAIS SÃO OS LIMITES, OS AVANÇOS E AS PERSPECTIVAS? VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.p.114-115.
- OMS. **Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud: indicadores**

- seleccionados del uso de medicamentos.** Genebra: OMS, 1993.(Serie sobre investigaciones, n.º 7).
- OMS. **Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000–2003.** Genebra: OMS, 2000.(Serie sobre Perspectivas políticas sobre medicamentos , n.º 2).
- OMS. **Medicina Tradicional – necesidades crecientes y potencial.** Genebra: OMS, 2002.(Serie sobre Perspectivas políticas sobre medicamentos , n.º 2).
- OPAS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Los medicamentos esenciales.** Washington, E.U.A. abril, 1990.
- OPAS. OMS. **Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud: indicadores seleccionados del uso de medicamentos.** Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. WHO/DAP/93.1.
- OPAS. **Relatório da oficina de trabalho: Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”.** Fortaleza, 2001.
- Organização Mundial de Saúde. **El papel del farmacêutico em el sistema de atención de salud.** OMS. Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993.
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, 2002, p.75-91.
- PEREIRA, M. et al. **Estratégia de Saúde da Família: desafios para a mudança das práticas de saúde no município de Jequié – Bahia.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- PERETTA, Marcelo Daniel & CICCIA, Graciela Noemi. **Reengenharia farmacêutica**, Brasília: Ethosfarma, 2000.
- PMB-SESMA-DEAS. **Assistência Farmacêutica no Município de Belém: Manual de Procedimentos para as Unidades Municipais de Saúde.** Belém: setembro de 2000.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM. PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL. **RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DAS ATIVIDADES DO PFS.** Julho, 2002.
- RIBEIRO, E.R. et al. **Ações de promoção de saúde: caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- ROSA, F.W.F. et al. **Demonstração das dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional da Unidade Família Saudável da Vileta no atendimento ao idoso.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- SANTI, Valmir et al. **Implantação da Atenção Farmacêutica no SUS – Seguimento de pacientes em uso de medicação continual.** Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, VII, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003
- SANTOS FILHO, S. B. Avaliação e planejamento local: perspectivas gerenciais no âmbito dos distritos sanitários. **Revista Saúde em Debate**, v.23, N.º 53, p.43-53.
- SANTOS, J.S. Atacam-nos, mas não nos derrotam, **R. Pharmacia Brasileira.** Brasília, CFF, 2003, Set/Out, p.3.
- SANTOS, J.S. Programas de Saúde sem farmacêuticos são equívocos. **R. Pharmacia Brasileira**, Brasília, CFF, 2001, Jan/Fev, p.3.

- SESMA-DEAS-PFS. **Solicitação de pedido de medicamentos para a coordenação do PFS.** Belém: 30/07/02.
- SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA, A.P. **O processo de trabalho coletivo no contexto do Programa de Saúde da Família: integração e fragmentação de objetivos e práticas.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- SILVA, G.L.S. et al. **A questão gerencial na Unidade de Saúde da Família de Alto de Couto: uma perspectiva crítica e acadêmica.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- SILVA, I.Q.J. **A interação entre os profissionais do PSF no trabalho em equipe.** Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, VII, 2003, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2.
- SILVA, R.R. **Cuidados farmacêuticos: manual de capacitação em Assistência Farmacêutica.** 2ª edição. São Paulo: Qualis. Fundação E. J. Zerbini, 2000. p.42
- SOUZA, H.M. Programa saúde da família: entrevista. **R. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n.º especial, 2000.p.7-16.
- SOUZA, Marcelo J.L. O Território: sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento (p.77-116). IN: CASTRO, Iná C.; GOMES, Paulo César da C. e CORRÊA, Roberto L. (org). **Geografia: Conceitos e Temas.** Rio de Janeiro: Bertrand, 1995.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002
- TAJRA, S. F. **Tecnologias Organizacionais na Saúde.** São Paulo: Iátria, 2003, p.108-109.
- TAKI, E. C. Políticas públicas de Saúde: uma breve reflexão. **R. Pharmacia Brasileira**, Brasília, CFF, Nov/Dez 2003 - Jan/2004, p.20-21.
- TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica da ciência e da pesquisa.** 3ª ed. Belém: Grapel,2001.
- TEIXEIRA, E. Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano da saúde entre ribeirinhos. In COUTO, R. C. (org). **Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia.** Belém: NAEA, 2002. p.179-218.
- TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p.69.
- UDRY, M.C.F.V. **Saúde e uso da biodiversidade: caminhos para a incorporação do conhecimento tradicional na política de saúde pública.** Brasília: UNB, 2001 (Tese de Doutorado em Políticas Públicas e Gestão Ambiental).
- VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, N.º 53, p.06-19.
- VIEIRA, Sônia. **Metodologia Científica para área de saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- WOOD JR, Thomaz. **Mudança organizacional: liderança, teoria do caos, recursos humanos, logística integrada, inovações gerenciais, cultura organizacional, arquitetura organizacional.** São Paulo: Atlas, 2002.
- ZUBIOLI, Arnaldo (org.). **A farmácia clínica na farmácia comunitária.** Brasília: Ethosfarma, 2001.