

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Sabrina de Aquino

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO APOIO AO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE TERESÓPOLIS:
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DO PROGRAMA**

RIO DE JANEIRO

2010

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Sabrina de Aquino

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO APOIO AO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE TERESÓPOLIS:
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DO PROGRAMA**

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

Orientador: Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra

RIO DE JANEIRO

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A657

Aquino, Sabrina de

Assistência farmacêutica como apoio ao programa de saúde da família no município de Teresópolis: percepção dos profissionais e gestores do programa / Sabrina de Aquino. - Rio de Janeiro, 2010.

74 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

Bibliografia: p. 65

1. Saúde da família – Teresópolis, (RJ)
2. Núcleo de apoio.
3. Assistência farmacêutica. I. Título.



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO APOIO AO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS: PERCEPÇÃO
DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DO PROGRAMA**

elaborada por

SABRINA DE AQUINO

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Presidente
Universidade Estácio de Sá

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

Profª Drª Gabriela Bittencourt Gorzalez Mosegui
Universidade Federal Fluminense

Dedico este trabalho ao meu companheiro,
aos meus pais e amigos, que sempre
estiveram ao meu lado, incentivando-me em
todos os momentos de minha caminhada
acadêmica

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador e mestre, prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra, por toda sua dedicação na confecção deste estudo.

Aos meus pais, José Carlos e Vera, que suportaram minha ausência durante este período, mesmo sem entenderem bem o motivo de meu afastamento.

Aos meus amigos de turma, Carlos Wilson, Mônica, Dilma, Ricardo, Andréa, Ana Tereza, Kátia, Tatiana, Cláudio, Fred, Márcio, Mirian e Simone, que colaboraram durante a preparação dessa dissertação, com artigos, sugestões e idéias, ou com simples palavras de otimismo.

Aos diretores do hospital que trabalho, Nestor Vidal, Rosane Costa, Michele Hiath e Adriana Coutinho, pois me forneceram auxílio para que eu pudesse realizar este mestrado.

Aos profissionais entrevistados que me acolheram com carinho e atenção.

A Aline, secretária do mestrado, pela dedicação e apoio nas tarefas diárias.

Em especial, ao meu companheiro, Nelson, que me apoiou, e esteve ao meu lado em todos esses momentos, com o mesmo ânimo, perseverança, paciência e cumplicidade de sempre.

E a Deus, que é a razão da minha vida.

“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena.”

Fernando Pessoa

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm como objetivo dar suporte especializado às equipes de Saúde da Família. Esses núcleos são compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que buscam, através da parceria com as equipes, instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários cadastrados nos territórios de abrangência das equipes de Saúde da Família. Nesse contexto, o farmacêutico é profissional obrigatório, conforme diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), pois tem um papel social fundamental no processo de cuidado do cliente a partir da possibilidade de participar efetivamente do processo de comunicação na orientação e adesão terapêutica. Esta pesquisa objetivou conhecer como os profissionais e gestores do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Teresópolis percebem a possível contribuição do farmacêutico às equipes através do NASF; identificar as dificuldades existentes para esta inserção e; se possível, despertar o olhar desses gestores e profissionais para a implantação do NASF no município. Optou-se, metodologicamente, por uma abordagem qualitativa, de fundo simultaneamente teórico e empírico, com finalidade exploratória, utilizando o roteiro de entrevista semi-estruturado como instrumento para a coleta de dados. Nos resultados, embora a maioria dos entrevistados demonstrasse desconhecer o significado e atribuições do NASF, os profissionais das equipes e gestores do PSF percebem de forma positiva a inserção do farmacêutico no núcleo de apoio ao PSF. Foram citadas as diversas e possíveis contribuições deste profissional como integrante da equipe multiprofissional de saúde na resolubilidade do trabalho das equipes e na gestão dos serviços de Assistência Farmacêutica, visando a excelência na integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Integralidade. Assistência Farmacêutica. Apoio. Resolubilidade.

ABSTRACT

The Centers for Support of Family Health – Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) aim to provide expert support to the Family Health teams. These nuclei are composed of professionals from different fields of knowledge, seeking, through the partnership with staff, establish the full integrity set of the physical and mental care to registered users in the territories of coverage of the Family Health teams. In this context, the professional pharmacist is required, as guidelines of the National Medicines Agency – Agência Nacional de Medicamentos (ANM) – and the National Pharmaceutical Care Agency – Agência Nacional de Assistência Farmacêutica (ANAF) – it has a social role in the process of customer care from the opportunity to participate effectively in the process communication orientation and adherence. This survey examines how professionals and managers of the Program of Family Health – Programa de Saúde da Família (PSF) – in Teresópolis realize the potential contribution of pharmacy teams through NASF; identify the difficulties in this integration and; if possible, to awaken the look of these managers and professionals location for NASF in the city. It was decided, methodologically, a qualitative approach, both theoretical background and empirical exploration with purpose, using the script of semi-structured interviews as a tool for data collection. In the results, although the majority of respondents showed know the meaning and responsibilities of NASF, the existing team members and managers perceive the PSF a positive insertion in the core of the pharmacist in support of the PSF. Were cited the various and possible contributions of these professionals as part multidisciplinary team of health in solving work teams and management services to Pharmaceutical Care, seeking excellence in completeness care.

Keywords: Support Center for Family Health. Completeness. Pharmaceutical Care. Support. Solvability.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

	Páginas
Figura 1: Ciclo da Assistência Farmacêutica	27
Figura 2: Fluxo da Distribuição de Medicamentos no SUS	29
Tabela 1: Distribuição da população residente no município de Teresópolis – RJ por faixa etária e sexo, 2009	36
Figura 3: Pirâmide etária do município de Teresópolis, 2009	37
Quadro 1: Distribuição das USF segundo nº de equipes, famílias cadastradas e acompanhadas	39
Figura 4: Localização da USF contempladas no presente estudo	41
Quadro 2: Temas e Categorias utilizadas para a análise dos dados da pesquisa	44
Tabela 2: Perfil da amostra de profissionais e gestores do Programa de Saúde da Família, Teresópolis, 2009	45
Gráfico 1: Distribuição da Amostra por Faixa Etária	46
Gráfico 2: Distribuição da Amostra por Gênero	47
Gráfico 3: Distribuição da Amostra por Tipo de Vínculo Empregatício	47
Gráfico 4: Distribuição da Amostra por Profissão/Função	48
Gráfico 5: Distribuição da Amostra por Tempo de Trabalho em PSF/Cargo	49
Tabela 3: Perfil da amostra quanto à realização de curso de capacitação em Programa de Saúde da Família, Teresópolis, 2009	50
Tabela 4: Perfil da amostra quanto ao tempo de formação técnica / superior dos profissionais e gestores do Programa de Saúde da Família, Teresópolis, 2009	50

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APhA – American Pharmaceutical Association

CBO – Código Brasileiro de Ocupação

CES – Câmara de Educação Superior

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

FENAFAR – Federação Nacional dos Farmacêuticos

GM – Gabinete Ministerial

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PSF – Programa de Saúde da Família

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SBRAFH – Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos

URM – Uso Racional de Medicamentos

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	14
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 – Programa de Saúde da Família (PSF) e o profissional farmacêutico...	18
2.2 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	20
2.3 – Assistência Farmacêutica	22
2.3.1 - Histórico	22
2.3.2 – Contextualização da Assistência Farmacêutica	25
2.3.3 – O ciclo da Assistência Farmacêutica	27
2.4 – Atenção Farmacêutica	30
3 – OBJETIVOS	34
3.1 - Geral	34
3.2 - Específicos.....	34
4 – METODOLOGIA.....	35
4.1 – Desenho do Estudo.....	35
4.2 – Questões éticas	35
4.3 – Cenário da Pesquisa	36
4.4 – População Fonte	40
4.5 – Amostra.....	40
4.6 – Critérios de Inclusão	40
4.7 – Critérios de Exclusão	42
4.8 – Fontes de Informação	42
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 – Perfil dos entrevistados.....	45
5.2 – Análise das Entrevistas	50
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES.....	70
Apêndice 1	70
Apêndice 2	71
Apêndice 3	73

1 – INTRODUÇÃO

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria MS/GM nº 154 do Ministério da Saúde, de 24 de janeiro de 2008, tem como objetivo dar suporte especializado às Equipes de Saúde da Família (ESF). Os NASF são compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que buscam, através da parceria com as equipes, instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários cadastrados nos territórios de abrangência das ESF (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, o farmacêutico é profissional obrigatório, conforme diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e de Assistência Farmacêutica (PNAF), editadas, respectivamente, em 1998 e 2004, ambas aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde. Essas políticas, previstas no artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, visam estabelecer diretrizes para garantir segurança, eficácia, qualidade e o uso racional dos medicamentos considerados essenciais aos usuários dos serviços de saúde com o menor custo possível.

A Assistência Farmacêutica deve ser entendida como um conjunto de ações voltadas tanto à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, como ao acesso universal do medicamento, seu insumo essencial, e ao seu uso racional (BRASIL, 2004b).

É nesse contexto que a Atenção Farmacêutica se encontra inserida, uma vez que se constitui no processo em que o farmacêutico atua em conjunto com outros profissionais e com o paciente na planificação, implementação e monitorização de uma farmacoterapêutica que prevê resultados satisfatórios (HEPLER, 1990). A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica, centrado no cliente, que busca a melhoria da qualidade da assistência prestada através da obtenção do sucesso da terapia farmacológica e do uso racional de medicamentos.

Com esse entendimento, torna-se evidente que o farmacêutico, como profissional da área de saúde, tem um papel social fundamental no processo de cuidado do cliente a partir da possibilidade de participar efetivamente do processo de comunicação na orientação e adesão terapêutica (OMS, 1995).

No Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica realizado em 2002, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); a Organização Mundial de Saúde

(OMS); e diversas instituições brasileiras tais: como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o Conselho Federal de Farmácia (CFF); a Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), preocupadas com a qualidade dos serviços de saúde, tendo como objetivo promover a atenção farmacêutica no Brasil e sistematizar o conceito, elaboraram um documento, intitulado “Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos” (MITSUE et al., 2002).

Nesse documento a promoção da saúde foi inserida na Atenção Farmacêutica, que ficou definida como:

“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 com a equipe de saúde. É a interação indireta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas suas especificidades biopsicosociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (MITSUE et al., 2002, p. 16-17).

A não adesão ao tratamento e o insucesso da terapia medicamentosa estão diretamente relacionados à insuficiência e/ou a ausência de informações indispensáveis, dadas aos usuários, sobre o tratamento medicamentoso prescrito. Ou seja, a falta de entendimento sobre esses esclarecimentos por parte do usuário deve-se à linguagem inacessível utilizada pelos médicos; letra ilegível das prescrições; falta de tempo dos prescritores para ouvir as queixas e dificuldades dos pacientes a fim de adequar a terapia medicamentosa à realidade de cada indivíduo; e dificuldade de acesso aos medicamentos prescritos, devido ao seu alto custo ou à inexistência dos mesmos nas unidades de saúde. Isso gera a não resolubilidade da atenção primária e secundária evidenciada pelas enormes filas de espera nas emergências/urgências dos hospitais no Brasil (ROLLO, 1997).

Portanto, é imprescindível a interação do farmacêutico com os pacientes e equipes de saúde para a provisão de uma farmacoterapia adequada e resolutive. Principalmente dentro do Programa de Saúde da Família (PSF) que visa uma reestruturação da atenção básica no país tendo como núcleo de ações de saúde o indivíduo, dentro do seu contexto biopsicosocial, sob um olhar multiprofissional e multidisciplinar (BRASIL, 1998a).

A participação do farmacêutico no PSF representa a possibilidade concreta da Atenção Farmacêutica na rede básica, auxiliando nas ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde da comunidade.

A relevância desta pesquisa está no fato da inserção e reconhecimento do profissional farmacêutico na atenção básica ser um tema bastante recente, visto o lançamento das Portarias: MS/GM nº 698/06, que define uma verba específica para a Assistência Farmacêutica; e MS/GM nº 154/08, que institui os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008).

A Portaria MS/GM nº 698/06 estabelece um Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica constituído por quatro componentes: Básico, Estratégico, Medicamentos de Dispensação Excepcional, e Organização da Assistência Farmacêutica, ou seja, engloba tanto o provimento de medicamentos no âmbito da atenção básica, dos programas e da atenção secundária, quanto o custeio de ações para a organização da assistência farmacêutica como um todo, incluindo, portanto, profissional técnico habilitado – farmacêutico. E a Portaria MS/GM nº 154/08, considera o farmacêutico como profissional de saúde que dá suporte ao Programa de Saúde da Família com ações relacionadas aos medicamentos através do NASF.

O reconhecimento de sua valorização em todos os níveis de atenção deve-se ao aumento do uso irracional de medicamentos, levando ao gasto indiscriminado por parte dos governos e a problemas graves de saúde na população. Percebe-se que a Assistência Farmacêutica vai muito além do ato de adquirir e dispensar medicamentos. Compreende ainda, a orientação e educação dos usuários e profissionais de saúde quanto aos riscos associados à auto-medicação, a troca e abandono do tratamento; o estímulo a adesão do paciente à terapia medicamentosa, numa postura humanizada do profissional farmacêutico que permita aproximar-se das diferentes realidades para a adequação da terapia – Atenção Farmacêutica; sua melhor relação custo-benefício; diminuição dos gastos com a aquisição de medicamentos; adequação da padronização de medicamentos a partir de um diagnóstico local; a farmacovigilância, detectando reações adversas e desvios de qualidade dos produtos, ou seja, todos os mecanismos que envolvam os medicamentos.

O cenário de escolha para a pesquisa foi o Programa de Saúde da Família do município de Teresópolis, por tratar-se de um município do interior do Estado, com uma suposta visão limitada quanto ao papel do farmacêutico por parte dos gestores

locais. O município dispõe de apenas um profissional para o atendimento de toda a rede primária e secundária através de uma farmácia central.

Portanto, pretende-se com esta pesquisa, conhecer como profissionais e gestores do Programa de Saúde da Família do Município de Teresópolis percebem a possível contribuição do profissional farmacêutico às equipes através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); identificar as dificuldades existentes para esta inserção e; se possível, despertar o olhar desses gestores e profissionais para a implantação do NASF no município. Isto possibilitaria a interação de novos saberes, tendo como o objetivo final a integralidade do cuidado às famílias.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Programa de Saúde da Família (PSF) e o profissional farmacêutico

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de mudar as práticas do SUS, procurando levar as ações para perto das famílias e melhorar as condições de saúde da população. O Programa desenvolve ações de promoção, prevenção e de assistência à saúde, dirigidas à população e a grupos de risco específicos, como é o caso das gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e pacientes com hanseníase (BRASIL, 2007).

O PSF é organizado através de Unidades de Saúde da Família (USF) compostas por equipes de saúde. A composição mínima sugerida para a formação de 01 equipe é de 04 a 06 agentes comunitários de saúde (ACS), 01 auxiliar de enfermagem, 01 enfermeiro e 01 médico. O número de equipes é definido de acordo com o número de habitantes da população adscrita, sendo 01 equipe para cada 1.000 famílias ou aproximadamente 4.000 pessoas.

Os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) têm a atribuição de acompanhar a situação de saúde da população adscrita no seu território e cadastrada no programa através de visitas domiciliares, ou diretamente nas unidades. Outros profissionais de saúde podem ser inseridos nas equipes, de acordo com a realidade local e com o modelo de atenção básica adotado por cada município.

A base de atuação da equipe é a unidade do PSF, devendo desenvolver, ainda: visitas domiciliares para monitorar a situação de saúde das famílias; internação domiciliar, quando possível, com o objetivo de humanizar o cuidado aos pacientes; e ações de promoção da saúde com grupos da comunidade, visando à identificação dos problemas de saúde deste indivíduo/comunidade e os fatores responsáveis por esses problemas na tentativa de preveni-los ou solucioná-los através do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2007).

Acredita-se que as unidades de atenção básica possam resolver grande parte dos problemas de saúde das pessoas que residam em sua área de abrangência, cerca de 80%, e por isso devem ser a porta de entrada do sistema de saúde. A população dessas áreas deve ser cadastrada pelas equipes e os dados, lançados no

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB gera informações para que a equipe e o gestor municipal possam acompanhar a situação de saúde da população e realizar o planejamento das ações de saúde voltadas ao bem estar geral da população adscrita.

A grande diferença entre uma unidade do PSF e uma unidade básica de saúde tradicional é o vínculo estabelecido entre os profissionais da equipe de saúde e a população adscrita.

Uma maneira de se estabelecer o vínculo com a população é através da credibilidade e confiança passadas pelos membros da equipe em relação aos serviços prestados. O acesso aos medicamentos ainda é um dos principais indicadores de qualidade dos serviços de saúde e determinante na satisfação dos usuários, mesmo quando voltados para atividades de promoção e prevenção, como é o caso do PSF. A falta de medicamentos afeta negativamente a resolutividade do serviço prestado dificultando o estabelecimento do vínculo (GIOVANELLA, 2008).

Nesse sentido, o farmacêutico entra como o profissional que pode apoiar as equipes para a garantia do acesso e promoção do uso racional de medicamentos. O farmacêutico pode auxiliar a equipe na elaboração e definição do elenco de medicamentos voltados às necessidades da população a partir do seu perfil epidemiológico traçado através de um diagnóstico local. Pode ainda, realizar programações, através da média local de consumo, para que não haja falta de medicamentos na unidade, e auxiliar na orientação sobre o uso racional de medicamentos à população.

Quantos aos grupos de risco atendidos no PSF, o farmacêutico pode ser um agente importante no controle da tuberculose e hanseníase transmitindo orientações adequadas para o não abandono do tratamento e fornecendo informações sobre possíveis reações adversas, efeitos colaterais e interações relativas à medicação, reforçando as orientações recebidas durante as consultas. O farmacêutico pode auxiliar no controle da diabetes e hipertensão arterial dos pacientes hipertensos e diabéticos, garantindo o acesso desses pacientes aos medicamentos, fornecendo-lhes informações complementares sobre o uso correto dos mesmos e estando disponível para o esclarecimento de dúvidas relativas ao tratamento no intervalo entre suas consultas médicas regulares. Para as gestantes/futuras mães, o farmacêutico pode orientar na escolha de medicamentos seguros para um enjôo, mal-estar e/ou dor-de-cabeça, sintomas comuns neste período. Pode ainda

colaborar com informações importantes sobre o armazenamento dos medicamentos para conservá-los adequadamente e evitar acidentes domésticos com as crianças, que são muito comuns.

Todas essas atividades relativas ao medicamento podem contribuir sobremaneira para a resolutividade do serviço, e conseqüentemente, para a satisfação e credibilidade da população em relação ao PSF, fazendo com que esse programa se expanda e progrida a cada dia.

Em 2008, o PSF estava funcionando em 5.235 municípios brasileiros, através de 29.300 equipes, cobrindo 49,5% da população brasileira, que atendem cerca de 93,2 milhões de pessoas. Contando ainda com 17.807 Equipes de Saúde Bucal implantadas, que cobre 45,3% da população brasileira correspondendo a cerca de 85,3 milhões de pessoas assistidas (SIAB, 2008).

A proposta do PSF visa uma reestruturação da atenção básica no país tendo como núcleo de ações de saúde o indivíduo, dentro do seu contexto biopsicosocial, sob um olhar multiprofissional e multidisciplinar.

2.2 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados através da Portaria MS/GM nº 154 publicada em 24 de janeiro de 2008. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e nas unidades em que o NASF estiver cadastrado. Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF.

Os NASF são classificados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes; e o NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes. O profissional farmacêutico pode ser inserido nos dois modelos de NASF existentes dando suporte ao Programa de Saúde da Família.

De acordo com o parágrafo 2, do Artigo 3º, da Portaria MS/GM nº 154/08, para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

Já os NASF 2, de acordo com o parágrafo 4 deste mesmo Artigo, poderão compor as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

O NASF 1 pode contemplar no mínimo 08 ESF e no máximo 20 ESF, para os municípios com mais de 100.000 habitantes. Para os municípios menores, o mínimo de equipes para 01 NASF 1 é igual a 05. O repasse ministerial fundo a fundo é de R\$ 20.000,00 mensais por NASF.

O NASF 2 pode contemplar no mínimo 03 ESF e o número máximo de NASF 2 que os municípios poderão ter é de 01 NASF 2. Nesse caso o repasse ministerial fundo a fundo é de R\$ 6.000,00.

Ficam sob responsabilidade do município as ações de gerenciamento, manutenção, definição e controle das atividades, gestão e capacitação dos profissionais que compõem os NASF.

O profissional farmacêutico pode ser inserido nos dois modelos de NASF existentes, dando suporte à Saúde da Família. E, dentro de suas inúmeras atividades, listam-se abaixo aquelas previstas no Anexo I da Portaria MS/GM nº 154/08:

- Coordenar e executar as atividades de **Assistência Farmacêutica** no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- Auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;
- Promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;

- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da **Atenção Farmacêutica** na Atenção Básica/ Saúde da Família;
- Selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, garantindo a qualidade dos produtos e serviços farmacêuticos prestados;
- Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/ Saúde da Família;
- Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- Subsidiar o gestor, e os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade associada aos medicamentos;
- Elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;
- Intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados satisfatórios definidos e mensuráveis, para a melhoria da qualidade de vida;
- Estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica;
- Treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/ Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

2.3 – Assistência Farmacêutica

2.3.1 - Histórico

A Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde; são as principais bases legais para o SUS (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b).

No artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, a assistência terapêutica integral, inclusive a assistência farmacêutica faz parte do campo de atuação do SUS, prevendo ainda, uma política de medicamentos. Com base nisso, em outubro de 1998 é lançada a Portaria 3.196/MS/GM, que aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998b), e em maio de 2004, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338 aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004b). Essas duas políticas visam estabelecer diretrizes para garantir segurança, eficácia, qualidade e o uso racional dos medicamentos, considerados essenciais aos usuários dos serviços de saúde, com o menor custo possível.

Uma política farmacêutica nacional deve buscar assegurar o acesso a medicamentos pela população, de acordo com o princípio da equidade; disponibilizar medicamentos com qualidade, segurança e eficiência terapêutica; promover o uso racional e economicamente eficiente dos medicamentos por parte de profissionais de saúde e usuários.

O processo de desenvolvimento de uma política farmacêutica nacional é intersetorial e deve contemplar amplo diálogo e negociação com todos os atores envolvidos, o que inclui: outros ministérios de Estado (Educação, Comércio e Indústria, Trabalho, Saúde, Fazenda), profissionais de saúde, indústria farmacêutica nacional e internacional, estabelecimentos farmacêuticos, instituições acadêmicas, organizações não-governamentais e associações de profissionais e de usuários (OPS/OMS, 2003).

O reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido pela Constituição Brasileira de 1988, tornou a organização da Assistência Farmacêutica, com ênfase na saúde pública, prioritária (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, tem como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Com

esse intuito, suas principais diretrizes são: o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da Assistência Farmacêutica; promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM); desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que é:

“uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país e cuja implantação envolve tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde” (BRASIL, 2004b, p. 1).

No contexto das regulamentações farmacêuticas que buscam garantir o acesso universal a medicamentos essenciais e a reorientação da Assistência Farmacêutica, outra que merece destaque é a Portaria nº 698/GM de 30 de março de 2006. Nessa Portaria, que define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, é estabelecido um Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica constituído por quatro componentes: Básico, Estratégico, Medicamentos de Dispensação Excepcional, e Organização da Assistência Farmacêutica, ou seja, engloba tanto o provimento de medicamentos no âmbito da atenção básica, dos programas e da atenção secundária, quanto o custeio de ações para a organização da assistência farmacêutica como um todo, incluindo, portanto, profissional técnico habilitado – farmacêutico.

Dentre as regulamentações em saúde, a Portaria MS/GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 coloca o farmacêutico em posição de destaque, uma vez que o insere como participativo e colaborativo também na atenção primária. Ou seja, há um resgate do papel assistencial do farmacêutico nos três níveis de complexidade do sistema, atendendo os preceitos da PNM e PNAF.

Esta Portaria cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. O NASF apóia a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

2.3.2 – Contextualização da Assistência Farmacêutica

A concepção de Assistência Farmacêutica varia consideravelmente entre os países do primeiro mundo e os países em desenvolvimento. A compreensão de várias concepções de Assistência Farmacêutica e o conhecimento do processo de construção histórica das mesmas facilita a identificação de um desenho conceitual adequado de Assistência Farmacêutica para nosso sistema de saúde, bem como a identificação de estratégias para transformação dos serviços de assistência à saúde proposta pelo SUS.

No cenário internacional, alguns princípios orientam a definição do papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. A Declaração de Tóquio (OMS, 1995) referenda esses princípios identificando os principais elementos para uma boa prática de farmácia: atividades associadas à promoção da saúde e prevenção de enfermidades; dispensação e acompanhamento do uso dos medicamentos prescritos para o cuidado de saúde; atividades relacionadas ao auto-cuidado, incluindo o acessoramento quando adequado; influenciar a prescrição e a utilização de medicamentos. Essas atividades vão além da prática do profissional farmacêutico, caracterizando-se por um campo de atuação de natureza multiprofissional e interdisciplinar.

A retomada do medicamento como objeto de trabalho, no âmbito da profissão farmacêutica, avançou na década de 80, em virtude, principalmente, da organização dos serviços de farmácia hospitalar e, das experiências referentes às ações de acompanhamento da farmacoterapia (GOMES, 2001).

Para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, tendo como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em todas as suas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e comunidade, na visão da promoção da saúde. Assim, a Assistência Farmacêutica engloba as ações de Atenção Farmacêutica quando se refere às ações do profissional farmacêutico no contexto da assistência à população, individual e coletiva, quanto à promoção do uso racional de medicamentos (GOMES, 2001).

De acordo com o documento de Proposta de Consenso de Atenção Farmacêutica, tem-se a seguinte definição para Assistência Farmacêutica (OPAS/OMS, 2002b, p. 15):

“A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao uso racional, conjunto este, que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.”

Compreende o processo de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos de forma segura e eficaz, garantindo o acesso universal e o seu uso racional.

A reorientação da Assistência Farmacêutica integra as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, devendo ser considerada como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde, em face de sua transversalidade com as demais ações e programas de saúde. Diante disto, o medicamento é de fundamental importância por possuir no âmbito dos serviços de saúde grande impacto sobre a capacidade resolutiva dos mesmos. Logo, pode-se considerar que o medicamento é um insumo estratégico para a melhoria das condições de saúde da população.

Para a efetiva implementação da Assistência Farmacêutica, é fundamental ter como princípio básico norteador o Ciclo da Assistência Farmacêutica, que é um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, com suas interfaces nas ações de atenção à saúde.



Figura 1: Ciclo da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2001)

2.3.3 – O ciclo da Assistência Farmacêutica

A **seleção** é o ponto de partida do ciclo de Assistência Farmacêutica, sendo, portanto, uma atividade fundamental. A seleção é o processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população, tendo como base as doenças prevalentes, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde (MARIN et al., 2003).

A seleção de medicamentos deve estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos como, também, na estrutura dos serviços de saúde, ou seja, é importante que se faça, previamente, um diagnóstico local do território para a garantia da efetividade da lista de medicamentos selecionados. O diagnóstico local é uma ação primordial para a instalação de uma Unidade de Saúde da Família, e também é primordial para o estabelecimento do elenco de medicamentos necessários para o atendimento de uma comunidade. A seleção é um processo dinâmico e participativo, que precisa envolver um número representativo de profissionais da área da saúde. Essa seleção para uma USF deve envolver toda a equipe de saúde.

A **programação** de medicamentos consiste em estimar quantidades a serem adquiridas, para atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. Para uma boa programação é necessário dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos, o perfil epidemiológico, a oferta e demanda de serviços na área da saúde, recursos humanos capacitados, e a disponibilidade financeira. A programação serve para evitar compras e perdas de medicamentos, assim como descontinuidade no suprimento; identificar as quantidades necessárias para o atendimento da população; e definir prioridades frente à disponibilidade de recursos (BRASIL, 1997).

A **aquisição** é um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de suprir as unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema (MARIN et al., 2003).

O **armazenamento** é um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, conservação e controle de estoque. Cada uma dessas etapas requer conhecimentos técnicos específicos para a garantia da qualidade do medicamento, do recebimento ao controle de estoque, que só o profissional farmacêutico possui (BRASIL, 1989).

A **distribuição** consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidades, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária. A distribuição deve ser rápida e segura na entrega e transporte, e eficaz no sistema de informação e controle.

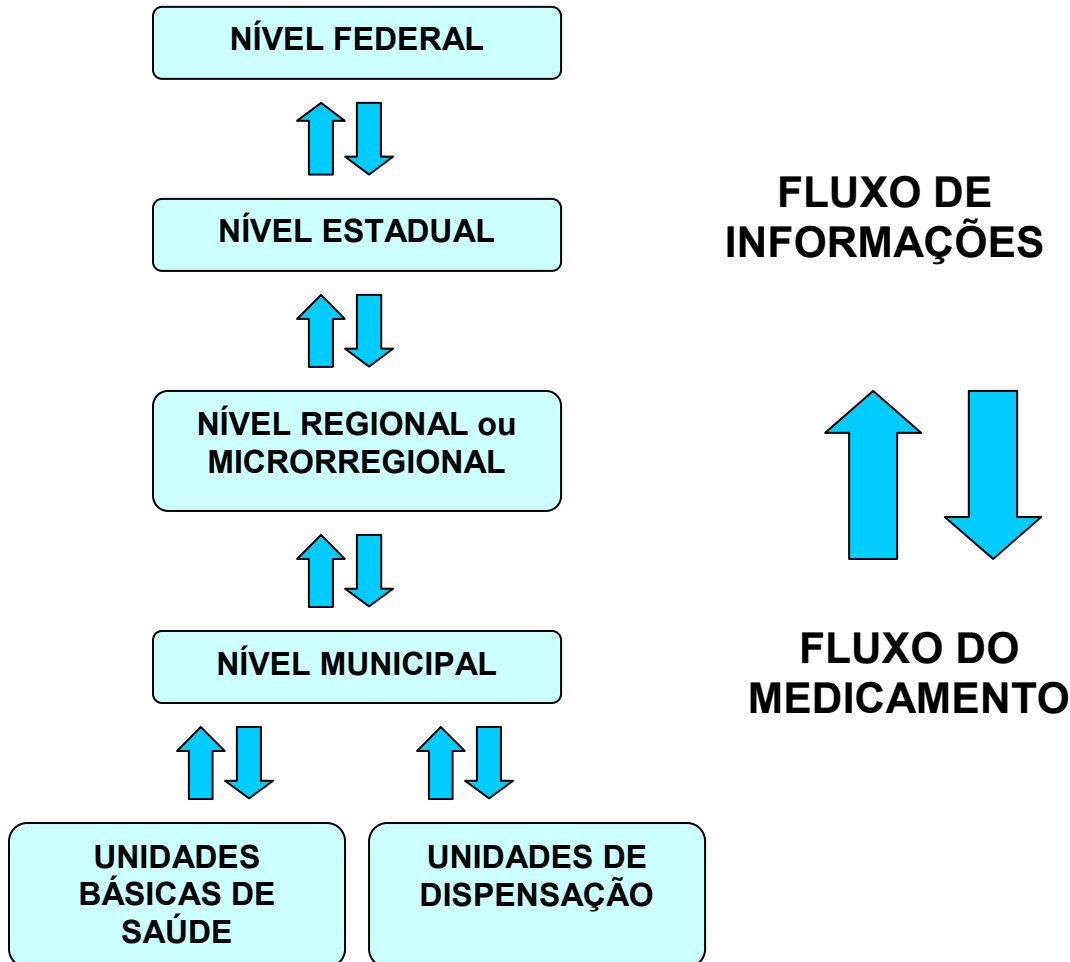


Figura 2: Fluxo da Distribuição de Medicamentos no SUS (BRASIL, 2001)

A **dispensação** é o ato farmacêutico de propiciar um ou mais medicamentos a um paciente, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento, dando ênfase no cumprimento da dosagem, à influência dos alimentos, à interação com outros medicamentos, ao reconhecimento de reações adversas potenciais e às condições de conservação dos produtos (OMS, 1995).

A dispensação de medicamentos é uma prática que exige além de conhecimentos técnico-científicos, algumas habilidades e atitudes como saber comunicar-se; ser paciente; saber ouvir; ter atitude pessoal de empatia e consideração ao usuário; e desenvolver técnicas de abordagem ao usuário que são necessárias para propiciar a adesão do usuário ao tratamento.

Apesar de sua complexidade, são grandes as possibilidades de melhorias em todos os componentes do ciclo, proporcionando um bom padrão no suprimento de medicamentos essenciais e, assim, boas condições para que a dispensação de

medicamentos e a atenção farmacêutica individual e coletiva aconteçam de maneira qualificada (MARIN et al., 2003).

Percebe-se que em todas essas etapas é fundamental a presença do farmacêutico dando suporte técnico-científico e administrativo para as equipes de saúde a fim de garantir eficácia e qualidade em todas as etapas do ciclo; e acolhimento aos usuários do sistema, melhorando a adesão ao tratamento medicamentoso e diminuindo o uso irracional de medicamentos.

Diante do exposto em cada uma das etapas que compõem o ciclo da Assistência Farmacêutica, percebe-se que, assim como em todos os serviços de saúde, no PSF a presença do profissional farmacêutico é fundamental. Isso porque o PSF é um ambiente em que o diagnóstico local, o vínculo entre comunidade e equipe, a educação em saúde, a orientação para a promoção da saúde e prevenção da doença são peças essenciais para o diferencial do trabalho desenvolvido. As práticas exercidas pelo farmacêutico através do NASF certamente irão auxiliar as equipes na promoção do uso racional de medicamentos, na adesão ao tratamento, no sucesso da terapia e no abastecimento regular de medicamentos para a comunidade adscrita, impactando positivamente na qualidade do serviço prestado aos usuários do PSF.

2.4 – Atenção Farmacêutica

A evolução dos modelos de prática farmacêutica está diretamente vinculada à estruturação do complexo médico industrial. No início do século XX, o farmacêutico era o profissional de referência para a sociedade nos aspectos relacionados ao medicamento, atuando e exercendo influência sobre todas as etapas do ciclo. Nesta fase, além da guarda e distribuição do medicamento, o farmacêutico era responsável pela manipulação de praticamente todo o arsenal disponível na época (GOUVEIA, 1999).

A expansão da indústria farmacêutica, o abandono da formulação pela classe médica e a diversificação do campo de atuação do profissional farmacêutico, levaram-no a se distanciar da área de medicamentos. Na década de 50 evidencia-se uma total descaracterização das funções do farmacêutico junto à sociedade. A prática farmacêutica consistia apenas na função de distribuição dos medicamentos industrializados (HOLLAND & NIMMO, 1999; GOUVEIA, 1999).

Nos anos 60 existia uma grande insatisfação com essa nova forma de atuação decorrente do desenvolvimento da industrialização de medicamentos. Essas inquietudes fizeram nascer, nos Estados Unidos, um movimento profissional, para permitir que os farmacêuticos participassem da equipe de saúde usando seus conhecimentos para melhorar o cuidado ao paciente. O resultado concreto foi o surgimento no âmbito hospitalar da farmácia clínica. (HOLLAND & NIMMO, 1999).

Segundo Holland & Nimmo (1999) a farmácia clínica é uma prática que aprimora a habilidade do médico para fazer boas decisões sobre medicamentos. Ao médico cabe a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia, e ao farmacêutico, fornecer serviços de suporte adequados e conhecimentos especializados sobre a utilização do medicamento.

Na década de 1990, com os trabalhos de Hepler & Strand, difunde-se a atenção farmacêutica. Na atenção farmacêutica o farmacêutico passa a atuar de forma mais efetiva na assistência ao paciente.

As habilidades, destrezas e referenciais técnico-científicos necessários para atuar na atenção farmacêutica são os mesmos requeridos pela farmácia clínica. Entretanto, as atitudes profissionais e os valores morais são totalmente diferentes. O profissional que atua em atenção farmacêutica assume a responsabilidade pelos resultados da terapia medicamentosa e pela qualidade de vida do paciente. O medicamento, enquanto produto, é um componente importante e necessário para a atenção farmacêutica. Mas neste novo modelo o processo é o agente principal, o produto tem uma função secundária (HOLLAND & NIMMO, 1999).

Ao analisar as funções do farmacêutico no sistema de atenção a saúde, a Organização Mundial de Saúde – OMS estende o benefício da atenção farmacêutica para toda comunidade, reconhecendo a relevância da participação do farmacêutico junto à equipe, na prevenção de doenças e promoção da saúde. Na ótica da OMS a atenção farmacêutica é

“um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades dos farmacêuticos na prestação da farmacoterapia com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente” (OMS, 1993, p.7).

Utilizando referenciais internacionais, a análise do contexto sanitário e buscando a promoção da prática da atenção farmacêutica de forma articulada com a

assistência farmacêutica, no marco da Política Nacional de Medicamentos, foi definido pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica que

“atenção farmacêutica 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 interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsico-sociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS/OMS, 2002b, p. 16 -17).

O conceito brasileiro destaca-se por considerar a promoção da saúde, incluindo a educação em saúde, como componente da atenção farmacêutica, o que constitui um diferencial marcante em relação às definições adotadas em outros países (OPAS/OMS, 2002b).

Também é importante ressaltar que segundo o conceito brasileiro de assistência e atenção farmacêutica são distintas. Esta última refere-se a um modelo de prática e as atividades específicas do farmacêutico, no âmbito da atenção à saúde, enquanto o primeiro envolve um conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais (OPAS/OMS, 2002b).

Segundo a APhA – American Pharmaceutical Association (2002), os princípios que regem a atenção farmacêutica são medicamentos, cuidado, resultados, qualidade de vida e responsabilidade. No que se refere aos medicamentos, o farmacêutico não é responsável apenas pelo fornecimento correto do mesmo, mas também pela escolha do tratamento medicamentoso do cliente – medicamento mais indicado, via de administração, dosagem e forma farmacêutica. O cuidado representa a preocupação com o bem-estar do cliente. O farmacêutico é responsável pelos bons resultados, com o uso de medicamentos, dentro de uma equipe voltada para a qualidade da assistência prestada e envolvida no cuidado do cliente. Quanto aos resultados, o farmacêutico deve identificar os possíveis problemas relacionados aos medicamentos, prevenindo-os e solucionando-os em busca da cura, ou minimização dos sintomas. Colaborar na melhoria da qualidade de vida do paciente sendo co-responsável por seu tratamento, devendo, portanto, documentar todas suas ações ligadas à assistência.

O profissional que vai iniciar um programa de atenção farmacêutica deve estabelecer quais as atividades serão desenvolvidas, as informações a serem

coletadas e como isto será documentado de forma mais clara possível e com fácil acesso. O farmacêutico deve estabelecer um bom relacionamento com os outros profissionais de saúde, principalmente, médicos e enfermeiros para que seja bem aceito e respeitado pela equipe. Esse relacionamento, normalmente, é facilitado quando o profissional inicia seu trabalho fornecendo informações sobre medicamentos que auxiliam no monitoramento farmacocinético, relata reações adversas a medicamentos observadas, entre outros (OMS, 1997).

Os esforços para a readequação de atividades e práticas farmacêuticas objetivando o uso racional dos medicamentos são essenciais numa sociedade que os fármacos constituem o arsenal terapêutico mais utilizado (LIPTON et al., 1995).

No Brasil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde e a medicamentos de qualidade, é necessária a implantação de práticas assistenciais que promovam o uso racional de medicamentos propiciando resultados que influenciam diretamente os indicadores sanitários (OPAS/OMS, 2002a).

A atenção farmacêutica contribui para o uso racional de medicamentos uma vez que desenvolve um acompanhamento sistemático da terapia medicamentosa utilizada pelo indivíduo, buscando avaliar e garantir a necessidade, a segurança e a efetividade no processo de utilização de medicamentos (FAUS & MARTINEZ-ROMERO, 1999).

Ao farmacêutico moderno é essencial possuir conhecimentos, atitudes e habilidades que permitam ao mesmo integrar-se à equipe de saúde e interagir mais com o paciente e a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, em especial, no que se refere à otimização da farmacoterapia e ao uso racional de medicamentos (MARIN, 2002).

3 – OBJETIVOS

3.1 - Geral

Avaliar a percepção dos profissionais das equipes e gestores, do atual Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Teresópolis, frente à inserção do profissional farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3.2 - Específicos

- Identificar as possíveis contribuições do profissional farmacêutico para a reorientação da Assistência Farmacêutica no PSF do município de Teresópolis;
- Identificar as dificuldades para a inserção do farmacêutico como apoio às equipes do PSF no município de Teresópolis.

4 – METODOLOGIA

4.1 – Desenho do Estudo

Diante das reflexões sobre o enfoque que se pretende dar ao estudo, a abordagem qualitativa mostra-se mais adequada por possibilitar a investigação tanto de aspectos objetivos quanto de particulares e subjetivos. A pesquisa qualitativa responde a questões muito subjetivas que não podem ser quantificadas, pois trata o universo dos sentimentos, valores e atitudes. (MINAYO, 2000).

Portanto, o estudo realizado teve natureza qualitativa de fundo simultaneamente teórico e empírico com finalidade exploratória, pois investigou problemas com pouco ou nenhum conhecimento acumulado, sistematizado ou já elaborados por outros autores. O desenho exploratório, assim, pode chegar a hipóteses factíveis, com possibilidades de serem aplicadas em outras realidades (TOBAR & YALOUR, 2001).

Como afirma Gil (2002), este tipo de pesquisa, embora tenha seu planejamento bastante flexível, normalmente assume a forma de estudo de caso em função das diversas ferramentas possíveis para a obtenção dos dados. Para coleta de dados foram utilizados alguns dos seus instrumentos: técnicas de entrevistas (com aplicação de questionários ou roteiros de entrevistas), e levantamento bibliográfico sobre o tema (LUDKE, 1986).

4.2 – Questões éticas

Por não dispor de um Comitê de Ética em Pesquisa Municipal e com autorização do Secretário Municipal de Saúde de Teresópolis, este projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, recebendo permissão para a realização da pesquisa em 31/07/2009, sob o código CAAE nº 2700.0.000.308-09.

As pessoas submetidas à entrevista assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1) de acordo com a Resolução CNS nº 196/96 que dispõe acerca das diretrizes da pesquisa com seres humanos.

4.3 – Cenário da Pesquisa

O cenário da pesquisa foi o Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Teresópolis, um dos municípios da Região Serrana de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Teresópolis possuía uma população de 162.070 habitantes em 2009, predominantemente jovem, sendo de 35,7% a cobertura do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2009). Apresenta, atualmente, 16 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 12 Unidades de Saúde da Família (USF), e nenhum NASF.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	1.052	1.007	2.059
1 a 4	4.862	4.681	9.543
5 a 9	6.852	6.616	13.468
10 a 14	6.488	6.349	12.837
15 a 19	6.373	6.383	12.756
20 a 29	13.202	13.496	26.698
30 a 39	11.876	12.729	24.605
40 a 49	10.567	11.993	22.560
50 a 59	8.201	9.410	17.611
60 a 69	4.888	5.772	10.660
70 a 79	2.664	3.612	6.276
80 e +	1.141	1.856	2.997
Ignorada	-	-	-
Total	78.166	83.904	162.070

Fonte: Cadernos de Informações de Saúde: Teresópolis (BRASIL, 2009)

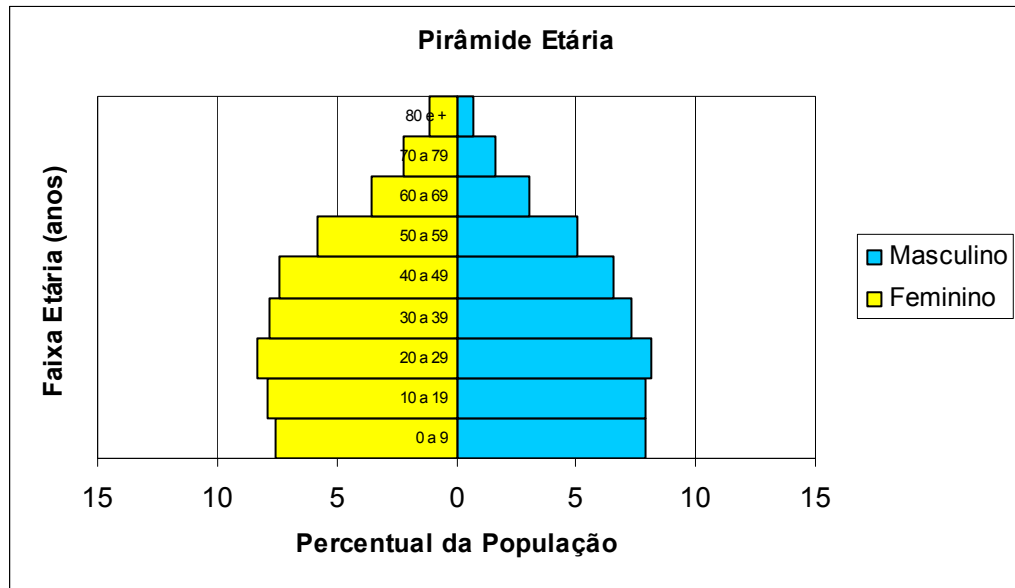


Figura 3: Pirâmide etária do município de Teresópolis, 2009

Fonte: Cadernos de Informações de Saúde: Teresópolis (BRASIL, 2009)

O PSF de Teresópolis foi implantado em agosto de 1999, é administrado através de uma parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), que utiliza as USF como campo de estágio para seus graduandos da área de saúde da instituição.

De acordo com a coordenação do PSF de Teresópolis as principais atividades desenvolvidas pelas equipes são:

- Ações de promoção da saúde;
- Agendamento de atividades e consultas;
- Busca ativa de casos relacionados aos grupos de risco acompanhados pelo PSF ou de doenças de notificação compulsória;
- Consultas básicas de medicina (clínica geral, ginecologia e pediatria) e de enfermagem;
- Fornecimento de medicamentos à população;
- Exames (preventivo, glicemia capilar, preventivo de câncer de mama e de colo uterino);
- Internações domiciliares;
- Manutenção de documentação médica;
- Notificação de doenças;

- Orientação e supervisão das ações desenvolvidas pelos estagiários de enfermagem e internos de medicina;
- Orientação sobre o uso e distribuição de métodos contraceptivos;
- Referências (encaminhamentos) para consultas com especialistas, exames diagnósticos, internação, etc.;
- Reuniões com a comunidade;
- Reuniões da equipe (com internos, dos enfermeiros com os ACS, ou de toda a equipe) para programar as atividades ou para debater problemas existentes;
- Reuniões de grupos (adolescentes, diabéticos, gestantes, hipertensos, planejamento familiar, pré-natal e puericultura) para educação e orientação à saúde;
- Vacinação;
- Visitas domiciliares (realizadas pelos agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiro, médico, assim como pelos estagiários de enfermagem e internos de medicina).

Além das atividades próprias de cada unidade, as equipes recebem visitas dos coordenadores e da supervisão do Programa no Município, com quem discutem os problemas existentes, solucionam dúvidas e procuram orientação para situações específicas.

O Programa conta com 12 USF e 16 ESF conforme indicadas no quadro a seguir:

Unidades	Equipes	Famílias Cadastradas	Pessoas Acompanhadas
Araras	1	1.575	5.304
Barra do Imbuí	1	1.300	4.246
Beira Linha	1	968	3.154
Fonte Santa/01	1	1.019	3.459
Fonte Santa/02	1	822	2.668
Quinta Lebrão	1	1.164	4.096
Granja Florestal	1	1.163	4.096
Granja Guarani	1	833	2.838
Meudon /01	1	1.386	4.561
Meudon /02	1	1.302	4.040
Perpétuo	1	581	2.059
Pimenteiras*	1	Implantada em novembro de 2008 (fase de cadastramento das famílias)	
Rosário/01	1	1.471	5.131
Rosário/02*	1	Implantada em novembro de 2008 (fase de cadastramento das famílias)	
Vargem Grande	1	1.238	4.241
Venda Nova	1	947	3.087
Total	16	15.769	52.980

Quadro 1: Distribuição das USF segundo nº de equipes, famílias cadastradas e acompanhadas
Fonte: SMS de Teresópolis, 2007

Quanto à estrutura para o armazenamento e distribuição de medicamentos, o município conta com uma farmácia central responsável pela seleção e distribuição de medicamentos para as demais unidades de armazenamento e dispensação, funcionando durante 40 horas semanais. Possui a colaboração de 02 auxiliares administrativos no regime de 40 horas semanais cada, e 01 farmacêutico responsável por todas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, gestão de estoque, de pessoas – funcionários da farmácia, treinamento/capacitação dos

mesmos, programa de medicamentos excepcionais AIDS, tuberculose e hanseníase, tendo uma carga horária semanal de trabalho de 20h.

Contabilizando as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades secundárias e USF, são 19 postos de dispensação de medicamentos, sendo 12 nas Unidades de Saúde da Família, que funcionam durante 40 horas semanais. Dois desses postos possuem dispensação de medicamentos controlados, mas apenas 01 possui farmacêutico responsável num período de 20 horas semanais. Os outros postos de dispensação não possuem farmacêutico.

4.4 – População Fonte

Constituída por todos os profissionais integrantes e envolvidos diretamente com o Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Teresópolis no ano de 2009.

4.5 – Amostra

Das 16 Equipes de Saúde da Família (ESF) existentes no município, 08 foram utilizadas para a realização da pesquisa, ou seja, para a coleta e análise dos dados que fundamentaram o estudo. As ESF que participaram do estudo foram: 01 equipe do PSF Araras; 01 equipe do PSF Barra; 01 equipe do PSF Granja Florestal; 01 equipe do PSF Granja Guarani; 01 equipe do PSF Meudon; 01 equipe do PSF Pimenteirias; 01 equipe do PSF Rosário; e 01 equipe do PSF Vargem Grande. O critério de escolha será detalhado a seguir.

Nessas equipes foram entrevistados os profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos. Além dos profissionais das equipes, estão incluídos na população de estudo, os gestores do PSF, dentre eles, os dois Coordenadores do Programa, o Sub-Secretário de Saúde, e o Farmacêutico Responsável Técnico pela Divisão de Farmácia do Município.

4.6 – Critérios de Inclusão

As 16 equipes existentes foram separadas em áreas – central; periférica e rural, pois estão situadas em localidades geograficamente distantes e com

características populacionais distintas, possibilitando a representatividade de todas as áreas do município. Em seguida, foram realizados sorteios até a obtenção de cinquenta por cento do número de equipes de cada área. De acordo com esses critérios, a área central foi representada pelas equipes do PSF Araras, Barra e Pimenteiras. A área periférica, pelas equipes do PSF Granja Florestal, Granja Guarani, Meudon e Rosário. E a área rural foi representada pela equipe do PSF Vargem Grande.

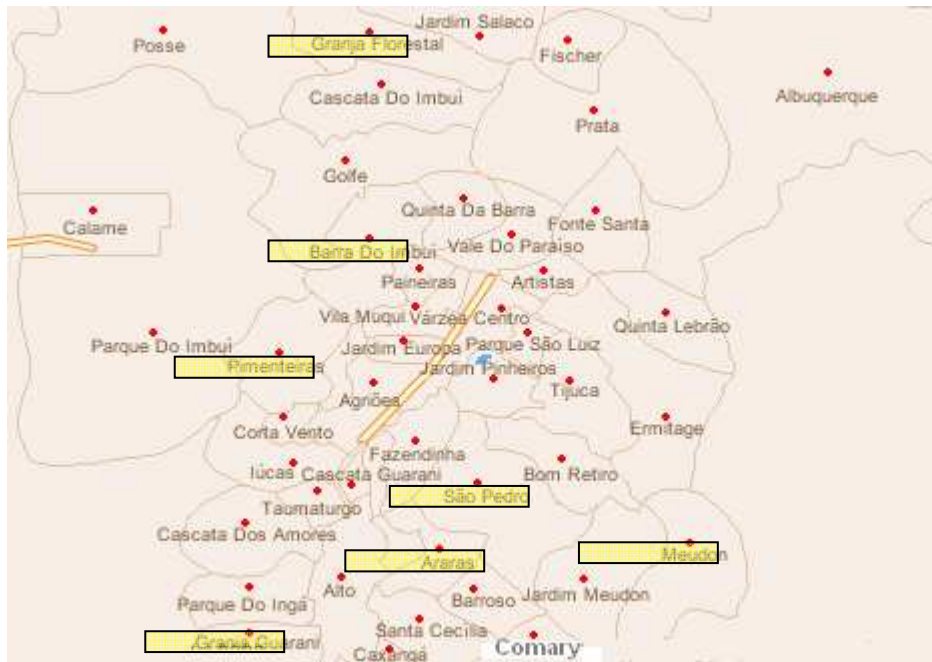


Figura 4: Localização da USF contempladas no presente estudo (exceção do PSF Venda Nova, pois a área rural não aparece nesta figura)

Fonte: SMS de Teresópolis, 2007

Para avaliar a percepção dos profissionais em relação à possível contribuição do farmacêutico às equipes através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), foram entrevistados os profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos. Em geral, são os profissionais que, na ausência do profissional farmacêutico, estão envolvidos com ações ligadas ao medicamento. Os auxiliares administrativos, no PSF de Teresópolis, são responsáveis principalmente pela gerência da farmácia da USF e, por essa razão, também foram incluídos nesta pesquisa.

Para avaliar a percepção dos gestores do PSF sobre o mesmo aspecto, foram entrevistados o Sub-Secretário de Saúde, os dois Coordenadores do PSF e o Farmacêutico Responsável Técnico pela Divisão de Farmácia do Município e pelo abastecimento de medicamentos das USF.

4.7 – Critérios de Exclusão

As outras 08 equipes foram excluídas por não terem sido sorteadas de acordo com os critérios de inclusão.

Dentro da equipe mínima de saúde do PSF, foram excluídos da pesquisa os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois em geral, não estão envolvidos com atividades gerenciais ligadas aos medicamentos.

4.8 – Fontes de Informação

A entrevista semi-estruturada foi utilizada como instrumento de coleta dos dados primários, a partir de um roteiro previamente testado, em fase piloto, numa ESF que não fez parte do presente estudo. O roteiro de entrevista utilizado neste estudo está dividido em duas partes. A primeira parte procurou traçar um perfil do entrevistado a partir de características demográficas, de formação e atuação profissional. A segunda parte da entrevista foi composta de perguntas abertas contendo questões relacionadas à percepção dos entrevistados sobre as possíveis contribuições do profissional farmacêutico às equipes através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e eventuais dificuldades para esta inserção.

Foram preparados 02 roteiros de entrevista relativos ao mesmo tema, porém com enfoques diferentes, conforme o grupo a ser entrevistado:

Grupo 1 – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativo (apêndice 2)

Grupo 2 – sub-secretário de saúde, coordenadores do PSF e farmacêutico municipal (apêndice 3)

Para resguardar a privacidade dos participantes e o sigilo das informações obtidas neste estudo, optou-se pela codificação quando da utilização das falas dos entrevistados. Cada questionário foi numerado em ordem numérica crescente por categoria profissional. O banco de dados do presente estudo foi composto: pelas entrevistas dos participantes, através de um roteiro semi-estruturado; e pelo

conteúdo da transcrição integral das gravações das entrevistas relativas às questões abertas para posterior organização e análise.

As entrevistas foram realizadas pela autora da pesquisa, no período de agosto a novembro de 2009, iniciando-se após o cumprimento da exigência formal de aprovação pela Coordenação do PSF e pelo Gestor Municipal. Todos os integrantes dos grupos foram entrevistados individualmente. As entrevistas dos profissionais das equipes ocorreram em salas da própria Unidade de Saúde da Família em que trabalham, dentro dos dias e horários de trabalho. Já as entrevistas com os gestores ocorreram em suas respectivas salas, nos dias e horários de trabalho.

Não houve recusa por parte dos entrevistados em participar da pesquisa, portanto, cem por cento da amostra foi entrevistada.

Para análise dos dados referentes ao perfil dos entrevistados foram utilizadas ferramentas estatísticas simples como frequências (percentuais), que fazem parte do instrumental quantitativo, e para as questões abertas, a análise de conteúdo preconizada por Laurence Bardin (2004).

Os pólos cronológicos principais para as fases da análise de conteúdo são: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2004).

Na pré-análise, o material coletado foi organizado, estabelecendo-se um programa para sistematizar e operacionalizar a análise. Em seguida, foram executadas as tarefas programadas na pré-análise, caracterizando-se pela fase da exploração do material. Após a conclusão dessas etapas, houve, então, a extração de categorias a partir da técnica da análise temática, ou seja, buscaram-se elementos (temas) nas entrevistas, que correspondessem às categorias previamente definidas. Segundo Minayo (2000), "(...) há necessidade de se estabelecer hipóteses iniciais, pois a realidade não é evidente (...)". No entanto é recomendado que estas categorias iniciais sejam flexíveis e que permitam outras hipóteses (MINAYO, 2000).

No presente estudo, inicialmente elencou-se cinco categorias para orientar a análise:

- Suporte de outros profissionais ao Programa de Saúde da Família (PSF);
- Concepção sobre as atribuições do profissional farmacêutico;
- Contribuição do farmacêutico para o PSF;

- Dificuldades para a inserção do farmacêutico no PSF;
- Implantação do NASF.

Durante o trabalho de categorização, estas categorias foram confirmadas, mas na fase de leitura e análise das entrevistas, percebeu-se a necessidade de inclusão de mais três categorias que emergiram das falas: Conhecimento prévio sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Presença de experiência similar ao NASF; e Experiência com alunos de Farmácia. Na verdade, o desconhecimento do NASF por parte da maioria dos profissionais das equipes de PSF foi detectado na fase piloto da coleta de dados. Por esse motivo o roteiro de entrevistas foi adaptado para englobar essa categoria emergente nas falas dos entrevistados. A categorização tem o objetivo de desagregar ao máximo possível as falas dos participantes buscando apreender seu real significado. Após a primeira identificação das categorias de análise, nova leitura foi feita para agrupar as entrevistas segundo as categorias propostas.

Para finalizar esta etapa, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos que sofreu, então, as inferências e interpretações devidas.

Segue abaixo, os temas e categorias selecionados para a análise:

	EIXO 1	EIXO 2
TEMAS	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Profissional Farmacêutico
CATEGORIAS DE ANÁLISE	Conhecimento prévio sobre o NASF	Concepção sobre as atribuições do farmacêutico
	Suporte de outros profissionais ao PSF	Contribuições do farmacêutico para o PSF
	Presença de experiência similar ao NASF	Dificuldades para a inserção do farmacêutico no PSF
	Implantação do NASF	Experiência com alunos de Farmácia

Quadro 2: Temas e Categorias utilizadas para a análise dos dados da pesquisa

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na amostra escolhida, foram realizadas 35 entrevistas, distribuídas entre médicos, enfermeiros, auxiliares / técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e gestores do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Teresópolis.

5.1 – Perfil dos entrevistados

A **Tabela 2** apresenta o perfil da amostra de profissionais e gestores do Programa de Saúde da Família relativos à primeira etapa da entrevista.

Tabela 2 – Perfil da amostra de profissionais e gestores do Programa de Saúde da Família, Teresópolis, 2009

Característica da amostra (n=35)	Número Absoluto	Porcentagem (%)
Idade		
De 20 a 29 anos	6	17
De 30 a 39 anos	8	23
De 40 a 49 anos	11	31
De 50 a 59 anos	8	23
De 60 a 69 anos	2	6
Gênero		
Feminino	29	83
Masculino	6	17
Vínculo Empregatício		
Contratado	13	37
Estatutário	18	52
Cargo de Confiança	4	11
Profissão		
Auxiliar Administrativo	3	8
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	12	34
Enfermeiro	9	26
Farmacêutico	1	3
Médico	10	29

Tempo de trabalho na Função Atual

≤ 6 meses	1	3
> 6 meses ≤ 1 ano	1	3
> 1 ano ≤ 2 anos	8	23
> 2 anos ≤ 4 anos	2	6
> 4 anos	23	65

Na distribuição por faixa etária (**Gráfico 1**), observa-se que os 35 profissionais entrevistados têm idade entre 22 e 61 anos, sendo que 11 (31%) encontram-se na faixa etária de 40 a 49 anos, 8 (23%) estão na faixa etária de 30 a 39 anos, 8 (23%) têm entre 50 e 59 anos, 6 (17%) têm entre 20 e 29 anos, e 2 (6%) estão na faixa etária de 60 a 69 anos.

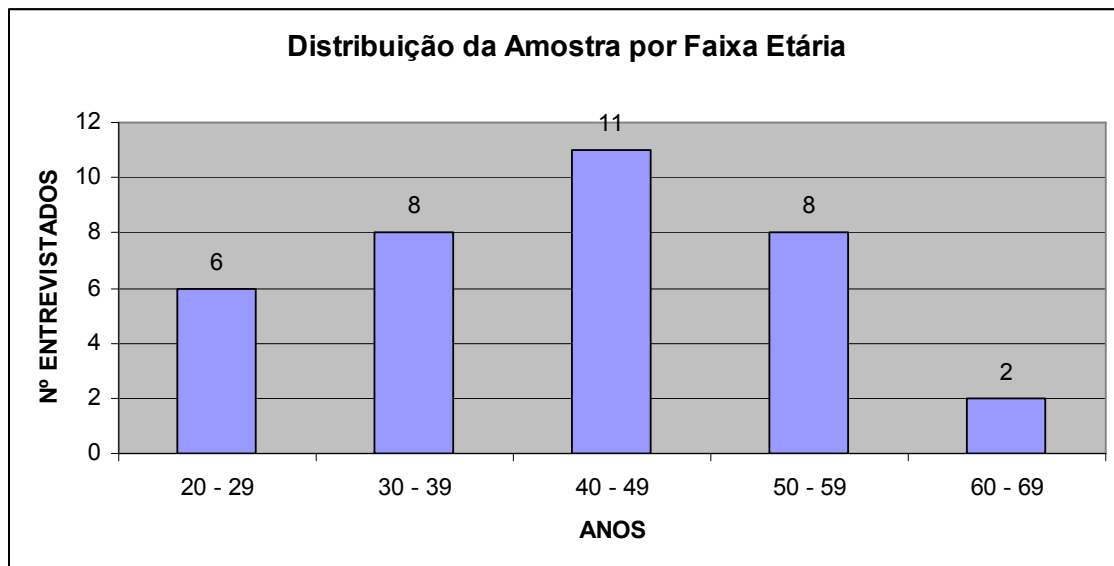


Gráfico 1: Distribuição da Amostra por Faixa Etária

Quanto à distribuição da amostra por gênero (**Gráfico 2**), 29 (83%) dos entrevistados são do sexo feminino e, os outros 6 (17%) são do sexo masculino. Essa distribuição evidencia a predominância de mulheres em vários segmentos do mercado de trabalho, inclusive nas profissões da área da saúde (SOARES & ISAKI, 2002).

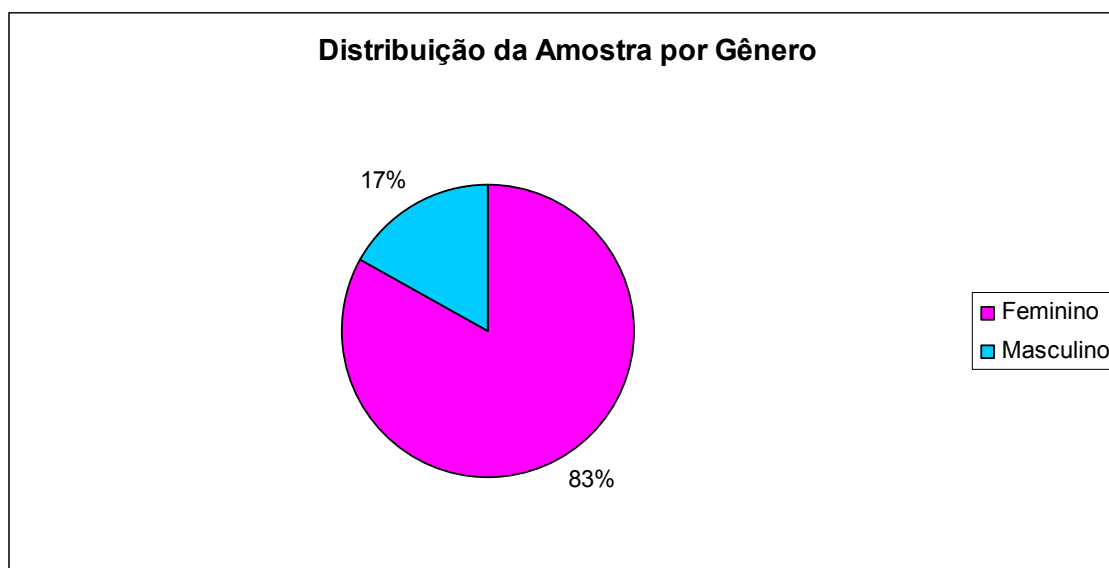


Gráfico 2: Distribuição da Amostra por Gênero

O tipo de vínculo empregatício foi outro dado analisado (**Gráfico 3**), e observou-se que 13 (37%) destes profissionais são funcionários contratados; 18 (52%) são funcionários estatutários; e 4 (11%) são cargo de confiança. Embora a maioria dos profissionais seja estatutária, existe uma quantidade significativa de contratados. Isso ocorre devido à parceria existente entre a Prefeitura e o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) para a manutenção das Unidades de PSF, em que a Prefeitura fornece as instalações e equipamentos e o UNIFESO fornece os profissionais.

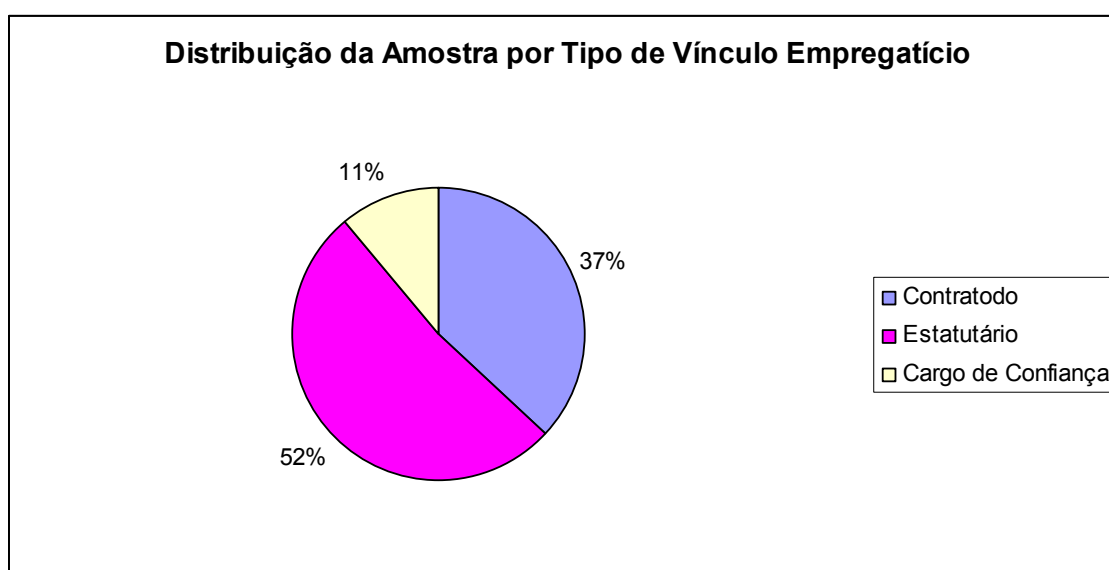


Gráfico 3: Distribuição da Amostra por Tipo de Vínculo Empregatício

Quanto à distribuição por profissão (**Gráfico 4**), 12 (34%) são auxiliares ou técnicos de enfermagem; 9 (26%) são enfermeiros; 10 (29%) são médicos; 3 (8%) são auxiliares administrativos; e 1 (3%) é farmacêutico. A presença de apenas um profissional farmacêutico para todo o município de Teresópolis, responsável por 19 postos de dispensação de medicamentos e pela farmácia central, indica que não há o desenvolvimento de uma Assistência Farmacêutica eficiente e resolutive, sendo restrita às etapas de aquisição, armazenamento e distribuição na farmácia central. As unidades ambulatoriais, de pronto-atendimento, as Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família possuem farmácia com dispensação de medicamentos, mas não têm a atuação do farmacêutico. Esse único profissional não dispõe de tempo, nem mesmo para o desenvolvimento de atividades educativas e de orientação, devido à carga horária reduzida e ao excesso de atribuições. Isso contraria a lei federal nº 5.991/73, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e estabelece que toda farmácia tenha que ter farmacêutico responsável técnico em todo o seu horário de funcionamento para o desenvolvimento das atividades de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1973).

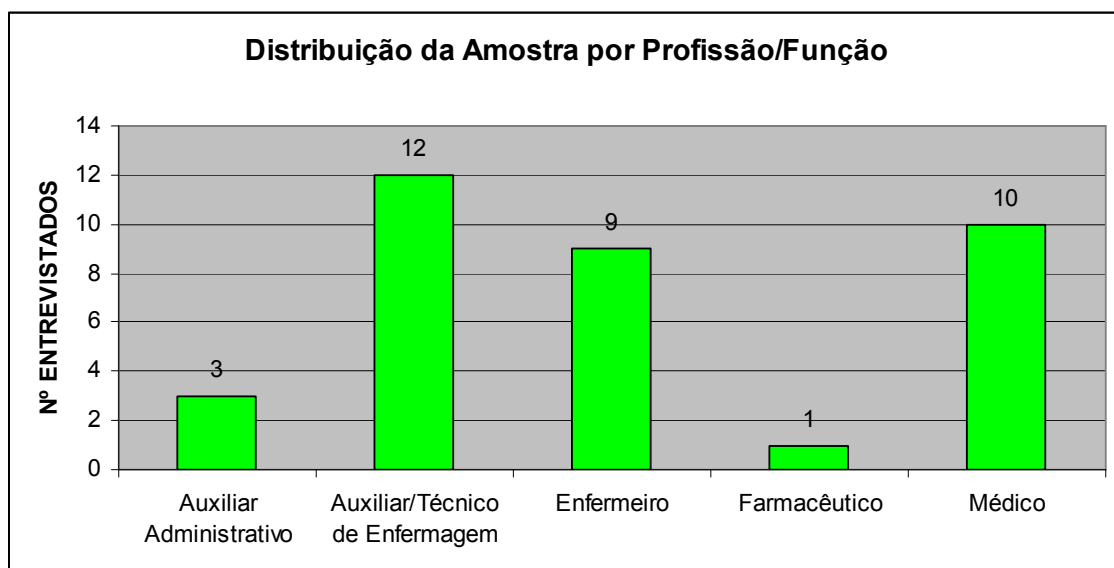


Gráfico 4: Distribuição da Amostra por Profissão/Função

Relacionando a distribuição da amostra por Profissão/Função com a distribuição por gênero, tem-se: 3 médicos, 1 enfermeiro e 2 auxiliares administrativos do sexo masculino. Todos os outros profissionais entrevistados são mulheres, inclusive os 4 gestores entrevistados.

Quanto ao tempo de exercício na função atual (**Gráfico 5**), no PSF ou na gestão, 23 profissionais (65%), ou seja, a maioria encontra-se nessa função há mais de 4 anos. Esses dados apontam para a possibilidade do estabelecimento de vínculo entre os profissionais da equipe e a comunidade, que é um dos diferenciais do programa (BRASIL, 1998a).

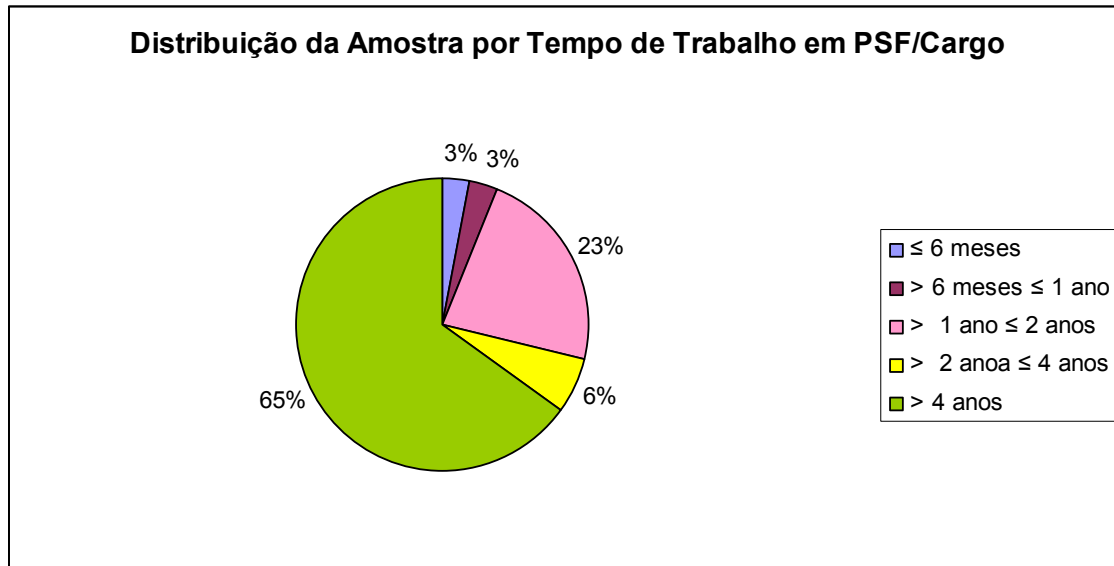


Gráfico 5: Distribuição da Amostra por Tempo de Trabalho em PSF/Cargo

Na **Tabela 3** observa-se que, dentre os 31 profissionais entrevistados nas Equipes de Saúde da Família, 18 (58%) realizaram curso de capacitação para o exercício da função em PSF, enquanto 13 (42%) não realizaram tal curso. Esta pergunta não se aplica aos gestores municipais, pois, na sua totalidade, são cargos de confiança do atual governo.

Quando se confronta o tempo de trabalho em PSF com a realização de curso de capacitação em PSF, percebe-se que todos os profissionais que fizeram o curso (18) têm mais de 4 anos de atuação em PSF. O restante da amostra (13) está dividido entre aqueles que têm menos de 4 anos (7), e aqueles que têm mais de 4 anos de atuação em PSF (6). Isto sugere que a Coordenação do PSF atual e, também a anterior, não capacitaram os profissionais para o exercício de suas atividades em Saúde da Família, que são completamente diferenciadas de quaisquer atividades exercidas nos outros serviços de saúde da rede (BRASIL, 1993).

Tabela 3: Perfil da amostra quanto à realização de curso de capacitação em Programa de Saúde da Família, Teresópolis, 2009 (*)

Característica da amostra (n=31)		
Curso de Capacitação em PSF	Número Absoluto	Porcentagem (%)
Sim	18	58
Não	13	42

(*) exceto gestores municipais

Quanto ao tempo de formação técnica ou superior, dentre os 32 profissionais questionados, a maioria (85%) possui mais de 6 anos de formado (**Tabela 4**). Essa pergunta não se aplica aos auxiliares administrativos que não precisam de formação técnica ou superior para o exercício desta função.

Tabela 4: Perfil da amostra quanto ao tempo de formação técnica / superior dos profissionais e gestores do Programa de Saúde da Família, Teresópolis, 2009 (*)

Característica da amostra (n=32)		
Tempo de Formação	Número Absoluto	Porcentagem (%)
≤ 6 meses	-	-
> 6 meses ≤ 2 anos	-	-
> 2 anos ≤ 4 anos	2	6%
> 4 anos ≤ 6 anos	3	9%
> 6 anos	27	85%

(*) exceto auxiliares administrativos

5.2 – Análise das Entrevistas

A partir da técnica da análise temática, onde valorizamos a recorrência das unidades de registro agrupando-as por categorias, foram extraídas das entrevistas e categorizadas de acordo com os núcleos temáticos (p. 27), as seguintes categorias: Conhecimento prévio sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Suporte de outros profissionais ao Programa de Saúde da Família (PSF); Presença de experiência similar ao NASF; e Implantação do NASF dentro do **Eixo 1 (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)**; e Concepção sobre as atribuições do profissional

farmacêutico; Contribuição do farmacêutico para o PSF; Dificuldades para a inserção do farmacêutico no PSF; e Experiência com alunos de Farmácia dentro do **Eixo 2 (Profissional Farmacêutico)**.

Eixo 1 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O tema Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi trabalhado tendo como referencial quatro categorias de análise:

Categoria I – Conhecimento prévio sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Categoria II – Suporte de outros profissionais ao Programa de Saúde da Família (PSF)

Categoria III – Presença de experiência similar ao NASF

Categoria IV – Implantação do NASF

Categoria I: Conhecimento prévio sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

A análise das entrevistas aponta para um desconhecimento pela maioria dos entrevistados do que vem a ser o NASF, embora essa proposta tenha sido instituída pela Portaria MS/GM nº 154 do Ministério da Saúde desde 24 de janeiro de 2008.

Os NASF são constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF) buscando instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF (BRASIL, 2008).

Percebe-se através das respostas dadas, que a maioria dos profissionais entrevistados, ligados diretamente ao Programa de Saúde da Família (PSF), desconhecia por completo o NASF, e aqueles que conheciam, não haviam recebido tal informação da própria Coordenação do PSF, e sim, por outros meios ou motivos como: leitura da Revista da Sociedade Brasileira de Saúde da Família, do PSF de outros municípios onde trabalharam, através da Faculdade, porque são estudantes de Farmácia, entre outros.

“Na verdade não tinha conhecimento. Acabei de ser esclarecido o que vem a ser o NASF (...)” (auxiliar administrativo 4);

“Não, eu tô tendo agora através de você” (auxiliar enfermagem 6);

“(...) através da própria Revista de Sociedade de Medicina de Família” (médico 2);

“(...) faço parte da discussão do NASF através da Sociedade Brasileira de Medicina de Família, e já conhecia do Rio, onde trabalhava antes de vir pra cá” (médico 6);

“Tinha. Através do PSF de Macaé, de onde eu vim” (enfermeiro 7);

“(...) conheci através da Faculdade de Farmácia, pois sou estudante de Farmácia” (auxiliar enfermagem 5);

“Tive conhecimento na Conferência Municipal de Saúde no 2º semestre de 2009. Até então não sabia o que era (...)” (enfermeiro 8).

Essa análise pode indicar uma falta de repasse das informações gerenciais pela coordenação do PSF do município para os profissionais das equipes, uma vez que as entrevistas com a gestão do município indicam que já existe um projeto para a implantação do NASF:

“Existe essa possibilidade, a gente tá retomando (...) o projeto junto a Secretaria de Estado para ver o que a gente consegue” (gestor 1).

Categoria II: Suporte de outros profissionais ao Programa de Saúde da Família (PSF)

A análise do material evidencia unanimidade quanto aos benefícios do apoio de outros profissionais ao Programa de Saúde da Família, por tratar-se de um cuidado diferenciado e complexo, que deve tratar o indivíduo como um conjunto de fatores bio-psicossociais (BRASIL, 2007).

Também aparece nas falas dos profissionais, principalmente enfermeiros, a sobrecarga de trabalho com o acúmulo de funções. Uma das dificuldades encontradas pelo enfermeiro no exercício das atividades, que lhe são atribuídas por lei, é o acúmulo de funções que este profissional tem, acarretando outro problema: a falta de tempo para exercer suas funções adequadamente (SANTOS, 2003).

“(...) eu penso que o trabalho interdisciplinar, ele só vem a contribuir para a garantia da qualidade e da resolutividade (...)” (gestor 1);

“(...) acho importante ter. A gente às vezes se sente “atados” prá resolver vários assuntos. Acho que é um auxílio muito grande (...)” (enfermeiro 8);

“(...) acaba ficando tudo em cima do médico e do enfermeiro” (medico 8);

“Acho essencial esse suporte. Nós não temos aqui em Teresópolis, e às vezes nós temos dúvidas (...)” (enfermeiro 7);

“É essencial. Muito importante no sentido da troca. Um complementa o outro. É a razão da resolutividade (...)” (médico 6);

“Acho bom, pois a população é muito grande, e nós mesmos fazemos funções de outras áreas (...)” (auxiliar enfermagem 5);

“Na verdade quando se fala em Saúde da Família, a equipe mínima é aquela que faz andar, mas para um atendimento de qualidade para a comunidade é muito importante que se tenha outros profissionais envolvidos (...)” (auxiliar administrativo 4);

“Ótimo, pois nós temos realmente necessidade de ajuda de outros profissionais, pois não damos conta de tudo” (enfermeiro 4);

“Nós do PSF temos uma sobrecarga muito grande. Eu acho super bem vindo. Toda a ajuda é importante (...)” (auxiliar enfermagem 3);

“(...) desafoga o atendimento. Facilita às vezes até pelo fato de evitar o deslocamento do paciente de uma unidade para outra” (médico 3);

“Necessário. Temos entraves que acabam fugindo do nosso controle, coisas que dependem de outros profissionais que possam atuar juntos” (médico 2);

“Muito importante, porque dependemos do sistema de referência e contra-referência que normalmente demora. E esse tipo de atendimento na unidade seria mais efetivo” (enfermeiro 1).

Percebe-se através desses trechos que, o apoio de outros profissionais de saúde ou áreas afins ao PSF é inevitável para a melhoria da resolubilidade e da qualidade do atendimento prestado (BRASIL, 2008).

Categoria III – Presença de experiência similar ao NASF

Essa categoria de análise foi criada após a leitura flutuante do material, pois, ao falarem sobre a presença de profissionais de outras áreas dando suporte às

equipes de Saúde da Família, emergiu das falas a presença de experiências anteriores similares ao NASF, como é o caso da Supervisão. A Supervisão foi instituída no município de Teresópolis assim que as primeiras unidades de PSF foram criadas, em agosto de 1999. Nesta época, uma Unidade Básica de Saúde foi transformada em Unidade de Saúde da Família, e os profissionais especialistas desta Unidade foram reaproveitados, criando-se a Supervisão, que ficaria responsável por disponibilizar apoio técnico às equipes de Saúde da Família sempre que houvesse necessidade. Segundo relato dos membros das equipes, a Supervisão era composta por 01 pediatra, 01 cardiologista, 01 ginecologista e obstetra, 01 nutricionista e 01 psicólogo, e todos descreveram positivamente esta experiência. Os Educadores Permanentes foram criados para substituir a Supervisão, mas de acordo com as falas, não atendiam as necessidades das equipes por falta de conhecimento sobre o funcionamento de um PSF:

“(...) quando era a supervisão, acrescentava [tínhamos] supervisão de pediatria, supervisão de clínica médica (...) e [de] ginecologia, sempre que a gente tinha dúvida, a gente ligava, fazia contato e eles ajudavam a gente a resolver os problemas (...)” (enfermeiro 6);

“Muito bom. Já tivemos esse suporte aqui só que com outro nome, mas era muito bom. Se chamava supervisão de apoio. Resolvia tudo aqui.” (auxiliar de enfermagem 2);

“(...) o último sistema que tivemos era o de EP, o de EP não foi bom porque era uma pessoa escolhida, no caso a gente tinha uma dentista que vinha e ficava perguntando se tava tudo bem, se a gente tinha algum problema para ela resolver, só que ela não tinha conhecimento de PSF(...) não conseguia ajudar a gente em nada, e até a gente não passava certas coisas porque sabia que não ia resolver nada” (enfermeiro 6).

Categoria IV – Implantação do NASF

De acordo com a Portaria SM/GM nº 154/2008, que cria o NASF, as ações de gerenciamento, manutenção, definição e controle das atividades, gestão e capacitação dos profissionais que compõem os NASF ficam sob responsabilidade do município (BRASIL, 2008).

Durante a análise das falas dos gestores referentes à implantação do NASF no município de Teresópolis, observou-se que as informações eram conflitantes: Dois entrevistados disseram que faltava apenas encaminhar o projeto para a Secretaria Estadual de Saúde e aguardar a aprovação para a implantação do NASF.

Mas um dos entrevistados relatou que ainda precisavam decidir entre a expansão das Equipes de Saúde da Família e a implantação do NASF, e diante da situação atual de falta de verba, será melhor optar por ampliar as equipes:

“Existe essa possibilidade, a gente tá retomando, na próxima semana, o projeto junto a Secretaria de Estado para ver o que a gente consegue (...)” (gestor 1);

“E até agora a gente não evoluiu porque o Estado não tá fazendo ainda a implementação de nenhum (...). O NASF que a gente pede tem um profissional de saúde mental, assistente social, um farmacêutico, um profissional de reabilitação, e os profissionais das áreas básicas da medicina (...) um pediatra, um clínico e um obstetra (...) e um nutricionista também, então esse é o NASF que a gente tá pleiteando” (gestor 3);

(...) interesse tem, não tem é dinheiro. [falo sobre o incentivo ministerial] existe um incentivo, mas incentivo é incentivo, não cobre todas as despesas. Então a gente fica entre ampliar as equipes ou implantar NASF, entendeu? Então eu acho que a gente vai precisar primeiro ampliar as equipes, eu acho que a gente não vai conseguir implantar o NASF por enquanto. Por isso, não é falta de interesse, de não perceber a necessidade, nada disso” (gestor 4).

Já o farmacêutico respondeu não ter conhecimento sobre o assunto, ou, devido ao pouco tempo em que está no cargo, ou por não ter sido incluído no planejamento referente à reorientação da Assistência Farmacêutica no município, embora seja o único farmacêutico responsável por todas as unidades.

“Não tenho conhecimento. Acho também porque estou aqui há pouco tempo, e tem outras coisas para me passarem. Também pelo tempo que eu fico aqui, né, só quatro horas por dia” (gestor 2).

Mais uma vez, evidencia-se a necessidade de incorporação de mais farmacêuticos para a distribuição das atribuições que lhes são conferidas como gestores municipais de saúde. Isto contraria a própria Portaria MS/GM nº 154/2008 que traz como atribuições do farmacêutico no NASF - auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2008).

Eixo 2 – Profissional Farmacêutico

O tema Profissional Farmacêutico foi trabalhado tendo como referencial quatro categorias de análise:

Categoria V – Concepção sobre as atribuições do farmacêutico

Categoria VI – Contribuições do farmacêutico para o PSF

Categoria VII – Dificuldades para a inserção do farmacêutico no PSF

Categoria VIII – Experiência com alunos de Farmácia

Categoria V – Concepção sobre as atribuições do farmacêutico

Ao analisar os dados referentes a essa categoria, verifica-se que, em geral, os profissionais entrevistados reconhecem algumas das atribuições do farmacêutico, listadas no Código de Ética Farmacêutica (BRASIL, 2004a).

Mesmo aqueles que, visivelmente, não sabiam citar muitas atribuições do farmacêutico nos serviços de saúde, referiram-se a orientação ao paciente e à equipe quanto ao uso correto do medicamento. A promoção do uso racional do medicamento foi citada como a principal contribuição do farmacêutico para o aumento da resolubilidade do trabalho realizado na quase totalidade das equipes entrevistadas:

“Acho que além do controle do medicamento, a educação em saúde: para o uso correto do medicamento, para o melhor aproveitamento do tratamento, para combater uso indiscriminado do medicamento. O farmacêutico tem o conhecimento técnico para isso” (enfermeiro 2);

“Controle, distribuição de medicamentos, orientação sobre a conservação dos medicamentos, mais uma pessoa para olhar a receita e reavaliá-la. Orientação aos pacientes que nós, as vezes, não sabemos” (enfermeiro 4);

“(…) possa dar suporte na medicação. Substituir medicamentos por genéricos, similares ou equivalentes (…)” (auxiliar administrativo 2);

“Desde o básico como ver a validade dos medicamentos, a quantidade de medicamentos necessária para a realização do pedido mensal à farmácia central; ao correto armazenamento, ajuda a conversar com outros profissionais sobre o uso correto do medicamento (…)” (medico 1).

Porém, um dos entrevistados pareceu ter bastante clareza do papel do farmacêutico e suas contribuições:

“De acordo com a lei, cada estabelecimento que dispensa medicamentos tem que ter um farmacêutico. Ele é responsável por dispensar os medicamentos, orientar os pacientes quanto ao uso correto do medicamento, na verdade, todas as ações relacionadas ao medicamento deveriam ser de responsabilidade do farmacêutico” (enfermeiro 1).

Dentre as atribuições do profissional farmacêutico, citadas pelos entrevistados, estão: a orientação aos pacientes e à equipe quanto ao uso correto do medicamento; controle de estoque; organização da farmácia; realização dos pedidos à Farmácia Central; armazenamento adequado; educação em saúde; identificar possíveis interações medicamentosas; acompanhamento do prazo de validade dos medicamentos em estoque; entre outras.

Categoria VI – Contribuições do farmacêutico para o PSF

A Organização Mundial de Saúde – OMS ao analisar as funções do farmacêutico no sistema de atenção a saúde, estende o benefício da atenção farmacêutica para toda comunidade, reconhecendo a relevância da participação do farmacêutico junto à equipe, na prevenção de doenças e promoção da saúde (OMS, 1993).

Em relação à contribuição do farmacêutico ao PSF, os entrevistados, na sua totalidade, declararam que este profissional pode contribuir significativamente com o PSF, tanto no que diz respeito à atuação gerencial/administrativa dentro da Unidade de Saúde da Família, quanto em atividades educativas, voltadas à população e equipe, para o uso racional de medicamentos e de interação com a equipe em atividades interdisciplinares para o aumento da resolubilidade do trabalho desenvolvido:

“Eu acho que no PSF [a atuação do farmacêutico] serviria como educativa, tanto para equipe quanto para a comunidade” (auxiliar enfermagem 2);

“Acho que o farmacêutico (...) tem uma atividade em termos de política de saúde estratégica (...) eu acho que ele tem uma atividade logística também no sentido de suprir as demandas das unidades em termos de medicamentos e tudo mais, ele tem uma atividade educativa no sentido de qualificar as equipes para manusearem de forma adequada os medicamentos, e a educativa junto à população para que ela saiba usar adequadamente esses medicamentos, conservar, enfim (...) eu acho que o farmacêutico ele tem uma atividade operacional, se tiver farmácia de manipulação no município, de homeopatia, de fitoterapia, de fracionamento (...)” (gestor 3);

“O farmacêutico (...) vem a tomar uma função que não é só restrita a farmácia. (...) atende ao paciente, ele participa dos grupos, ele adéqua (...) a melhor utilização dos medicamentos do paciente, ele ajuda na maior adesão ao tratamento (...) para a mudança dos índices, principalmente de doenças crônicas, que é o maior desafio que a gente tem, é a adesão ao tratamento (...) o farmacêutico, além de garantir o acondicionamento, uma dispensação adequada dos medicamentos, ele venha a garantir uma

qualidade de vida melhor para os usuários que fazem uso desses medicamentos (...)” (gestor 1);

“O farmacêutico pode atuar tanto dentro quanto fora das Unidades (...) ajudando a organizar o fluxo de medicamentos, o armazenamento (...) validade, em termos de quantidade (...) prá não ter estoque em uma farmácia desnecessário (...) e na orientação mesmo, de como utilizar o medicamento tanto para a equipe quanto para os usuários (...) possibilitar o [Programa] Medicamento em Casa (...) Ai, eu acho que o farmacêutico pode ajudar em tanta coisa (...)” (gestor 4).

As atribuições do farmacêutico, segundo a Portaria MS/MG nº 154 do NASF, citadas como as mais importantes pelos gestores foram: auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica; promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais; elaborar projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade; estimular a educação permanente de profissionais envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica; treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica e; intervir diretamente com os usuários visando à obtenção de resultados satisfatórios para a melhoria da qualidade de vida.

Verifica-se na leitura flutuante das falas que os gestores percebem a importância do profissional farmacêutico no apoio ao PSF:

“(...) sentimos (...) muita falta do farmacêutico nas unidades, (...) para o controle dos medicamentos, (...) e de somar mesmo à equipe nesta condição de garantir (...) superação dos entraves que a gente tem com os usuários” (gestor 1).

“(...) então eu acho que o farmacêutico (...) tem uma gama de inserções na saúde pública imensa” (gestor 3);

“(...) Ai, eu acho que o farmacêutico pode ajudar em tanta coisa (...)” (gestor 4).

Quando foram perguntados quanto à possibilidade do profissional farmacêutico compor o NASF do município de Teresópolis, uma vez que, o projeto para sua implantação está em negociação, as respostas foram:

“(...) o NASF que a gente pede tem um profissional de saúde mental, assistente social, um farmacêutico, um profissional de reabilitação (...) um pediatra, um clínico e um obstetra (...) e um nutricionista também (...) no dois NASF (...)” (gestor 3);

“ (...) a gente podia implantar aqui duas equipes de NASF (...) cada um pegaria oito equipes, (...) daria a divisão perfeita porque são 16 equipes no total, cada um com oito equipes, a farmácia estaria no meio (risos)” (gestor 4).

Categoria VII – Dificuldades para a inserção do farmacêutico no PSF

A única dificuldade relatada para a inserção do farmacêutico ao Programa de Saúde da Família, através do NASF, foi a dificuldade de natureza política, em nível de gestão, para a contratação desse profissional:

“Sim. Percebo em nível de gestão. Tanto do farmacêutico quanto de outros profissionais que deveriam fazer parte do PSF” (enfermeiro 1);

“Não acho que haja uma dificuldade específica em relação ao farmacêutico, mas entra a dificuldade da gestão “aceitar” essa inserção por questão de verba” (médico 2);

“Sim. Por falta de incentivo da gestão. Acho que é bom, mas acho que vai demorar a acontecer” (enfermeiro 7).

Categoria VIII - Experiência com alunos de Farmácia

Existem unidades onde há a inserção de estudantes do curso de Farmácia, através de estágios supervisionados. Nessas unidades, alguns entrevistados confundiram-se com as perguntas sobre o papel do farmacêutico e suas atribuições, e responderam como se as perguntas fossem referentes aos estudantes de Farmácia ali inseridos. Por isso houve a necessidade de inserção de mais essa categoria de análise:

“Acho que o farmacêutico junto às equipes tem horas que ajuda e tem horas que não, por causa da falta de espaço. Mas é bom porque organiza” (auxiliar enfermagem 2.2);

“(…) aqui no nosso caso, eles [estudantes de farmácia] estão fazendo a contagem e análise das receitas, participam do grupo de hipertensos e diabéticos tirando algumas dúvidas sobre os medicamentos” (medico 1);

Mais uma vez, houve confusão entre as possíveis dificuldades na inserção do profissional farmacêutico através do NASF, e as dificuldades existentes na atuação dos estudantes de Farmácia inseridos na Unidade:

“(...) Na unidade o problema seria espaço (...)” (auxiliar administrativo 2);

“Sim, várias. Exatamente porque eles não estão devidamente qualificados para entender a proposta do PSF” (enfermeiro 6);

“Não está havendo interação dos alunos com a equipe. Eles ficam reunidos na farmácia conversando, mas não chegou até a mim nenhuma informação” (médico 7).

Embora diga respeito aos alunos de Farmácia inseridos na equipe, isto sugere a falta de formação adequada dos farmacêuticos para o trabalho em equipe, além de falta de conhecimento específico sobre a realidade diferenciada do PSF. As queixas observadas refletem o ensino técnico oferecido pela maioria das instituições de ensino de Farmácia no Brasil, deixando fragilizado o caráter humanizado do profissional no contato com os pacientes e no trabalho em equipe (BRASIL, 2002).

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há integralidade de cuidado sem trabalho interdisciplinar, ou seja, sem a reunião de vários saberes específicos, de áreas de conhecimento distintas, para a obtenção de resultados que atendam às reais necessidades de saúde da população.

Os resultados encontrados ao longo deste estudo demonstraram que, para os profissionais e gestores do Programa de Saúde da Família (PSF), o apoio técnico de profissionais de saúde, ou áreas afins, que não fazem parte da equipe mínima, é muito importante para a garantia da qualidade e aumento da resolubilidade do trabalho das equipes.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, veio para atender essa demanda das Equipes de Saúde da Família que se sentem assoberbadas de funções, pois, geralmente, a equipe é responsável por um número de pessoas bem acima do que é preconizado como limite de famílias por equipe.

Outro fator para que as equipes sintam-se limitadas em sua atuação é que, buscando o atendimento integral dessas famílias, surgem problemas diversos e complexos, que muitas vezes os profissionais das equipes não estão preparados para lidar. Não sabem como resolver um caso de violência familiar, ou de uso de drogas, por exemplo, dentro de uma comunidade comandada pelo tráfico. A realidade em que esses profissionais foram criados e vivem, é outra, bem diferente e, portanto, na maioria das vezes, seus valores e preceitos são completamente inadequados dentro dessas comunidades que vivenciam outra realidade de vida e possuem outros valores.

Outra contribuição valiosa do NASF para o PSF, é o aumento da resolubilidade do trabalho das equipes. Esse apoio possibilita que os problemas existentes sejam resolvidos dentro da própria Unidade de Saúde da Família, diminuindo o encaminhamento para a rede através do sistema de referência e contra-referência, que é deficitário neste município (COSTA, 2009).

Embora tenha sido constatado que a maioria dos profissionais das Equipes do Programa de Saúde da Família do município de Teresópolis desconhecia o NASF antes desta pesquisa, todos são unânimes em dizer que essa contribuição, da forma como foi idealizada e está descrita na Portaria MS/GM nº 154/08, será muito valiosa e enriquecedora para o trabalho das equipes. Elas poderão ampliar seu universo de

ação, podendo proporcionar um atendimento mais integral, de fato, aos indivíduos das populações adscritas pelo PSF.

Como já existe um projeto para a implantação de dois grupos de NASF no município, para o atendimento das 16 equipes existentes, observa-se que é de extrema importância a divulgação da Portaria do NASF e o compartilhamento desse projeto com as equipes durante as visitas da Coordenação do PSF às Unidades. É necessário que as equipes sejam envolvidas na escolha dos profissionais que comporão os grupos de NASF para que, realmente, venham a suprir as principais demandas existentes. Caso contrário, o NASF poderá não obter o sucesso desejado por deixar de apresentar profissionais que as equipes consideram mais importantes para o aumento da resolubilidade.

Quanto ao segundo objetivo desta pesquisa – identificar as possíveis contribuições do profissional farmacêutico para o PSF – observa-se que, mesmo sem o convívio direto com este profissional, foram citadas inúmeras contribuições do farmacêutico relacionadas ao medicamento para a garantia da qualidade e aumento da eficácia do serviço prestado pelas equipes. Essas contribuições foram citadas tanto pelos profissionais das equipes quanto pelos gestores do programa.

Os profissionais das equipes citaram contribuições mais voltadas para a sua prática diária, como orientação às equipes e à comunidade para o uso racional dos medicamentos; organização da farmácia; realização do pedido de medicamentos para garantir o acesso aos medicamentos essenciais à população; realizar o armazenamento e dispensação adequados dos medicamentos para evitar desperdícios e assegurar a qualidade dos medicamentos fornecidos à comunidade; educação em saúde, participando das discussões dos grupos, como de hipertensos e diabéticos e de gestantes, para o esclarecimento de dúvidas, visando o uso seguro do medicamento e garantindo a adesão ao tratamento.

Os gestores do PSF, além de citarem as contribuições diretas do farmacêutico às equipes, ressaltaram a importância deste profissional em atividades de gerenciamento como no auxílio aos gestores e à equipe no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica; na elaboração de projetos de Assistência / Atenção Farmacêutica para o desenvolvimento dentro dos territórios sob sua responsabilidade; melhora nos índices, principalmente, de doenças crônicas, através da atuação junto a esses pacientes para garantir a adesão ao tratamento; estimular a educação permanente dos profissionais envolvidos em

atividades de Assistência / Atenção Farmacêutica e; treinar e capacitar as equipes para o cumprimento de atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

De acordo com a Lei Federal nº 5.991/73, algumas destas atividades, como a guarda dos medicamentos, por exemplo, são privativas do profissional farmacêutico e, portanto, deve ser considerada durante o processo de implantação do NASF.

Quanto às dificuldades para a inserção deste profissional como apoio às equipes, que é o terceiro objetivo deste trabalho, a única dificuldade real citada pelos entrevistados foi a falta de verba do município para a contratação de profissionais, não só farmacêuticos, mas de qualquer outra área. O que se pretendia saber era se existia alguma resistência por parte das equipes e gestores em relação à inserção do farmacêutico através do NASF e por quê. Mas essa possibilidade foi descartada, pois não emergiu, em nenhuma das falas, algo que pudesse sugerir algum tipo de resistência, por parte dos membros das equipes, para a inserção deste profissional nos moldes do NASF.

A preocupação relatada por alguns foi a inserção de profissionais, não só farmacêuticos, que estivessem dissociados da lógica do PSF, ou seja, desconhecem por completo seus princípios e objetivos, mas não é este o propósito do NASF. Outra preocupação de alguns membros das equipes foi a falta de espaço nas Unidades para agregar outros profissionais, o que também não é o propósito do NASF. A idéia é dar suporte às equipes no que concerne as atividades específicas do profissional farmacêutico.

Em relação às dificuldades financeiras, esse era um problema já esperado de emergir das falas, pois não é uma realidade exclusiva do município de Teresópolis. A falta de recursos na saúde é uma realidade descrita pela maioria dos municípios do Brasil. Devido a crescente demanda de ordens judiciais de medicamentos que, desconsideram qualquer planejamento para o atendimento de saúde coletivo em detrimento do atendimento de casos isolados, não menos importantes, mas de alto custo e sem nenhum planejamento estratégico para a definição de critérios que não prejudiquem a maioria da população (SANTOS, 2006).

Porém, há de se considerar, um aspecto fundamental que emerge das considerações finais deste trabalho: a importância do profissional farmacêutico como integrante da equipe de saúde para a resolução dos entraves existentes relativos aos medicamentos. Uns desses entraves são os elevados gastos municipais na

aquisição dos medicamentos e do alto índice de desperdício gerado pela falta de competência técnica na gestão desse insumo.

O medicamento ainda é considerado um dos componentes mais importantes e de maior custo da terapêutica, mesmo no PSF que tem como objetivo principal a prevenção. A presença do farmacêutico para um uso racional de medicamentos, minimiza os gastos públicos e o desperdício com medicamentos que, certamente ocorrem quando não há ações específicas desse profissional para evitá-los.

Portanto há de se questionar esta idéia de gastos com a contratação de profissionais farmacêuticos para os serviços de saúde em geral. Qual o maior gasto? A contratação de farmacêuticos? Ou os gastos com o uso irracional dos medicamentos?

Como demonstram as falas, as contribuições do profissional farmacêutico aos serviços de saúde, inclusive no Programa de Saúde da Família, são diversas. Logo, esse é o momento de encará-lo como, integrante da equipe multiprofissional de saúde, indispensável para a excelência na integralidade do cuidado, na resolubilidade do trabalho das equipes, e na gestão dos serviços de Assistência Farmacêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APhA – American Pharmaceutical Association. **Critically examining pharmaceutical care.** J Am Pharm Assoc. v.42 n.05 p. 518-519, 2002.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa (PT): Edições 70; 2004.

BRASIL. Cadernos de Informações de Saúde: Teresópolis. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm>>. Acesso em: 31 de janeiro de 2010.

_____. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução MS/GM nº 417, de 29 de setembro de 2004 – Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica.** Brasília, 2004a.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CES/CNE nº 2, de 19 de fevereiro de 2002 – Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.** Brasília, 2002.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS/GM nº 338, de 06 de maio de 2004 – Institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasília, 2004b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 17 dez. 1973.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos – CEME. **Manual de procedimentos para programação de medicamentos**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos – CEME. **Boas práticas para estocagem de medicamentos**. Brasília, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução MS/GM nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): MS; 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

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

_____. 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, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 698/06, que define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 154/08 de 24 de janeiro de 2008 – Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).** Brasília, 2008.

_____. Ministério de Estado da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 – Institui a Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, 1998b.

COSTA, R. R. **A contra-referência e a continuidade do cuidado dos pacientes hipertensos a partir do serviço de emergência do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano.** Dissertação de Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2009.

FAUS, M.J., MARTINEZ, F. **La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha.** Pharm. Care Esp. v. 1, p. 56-61, 1999.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. (org) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1ª ed. p. 763 – 764; 777, 2008.

GOMES, M. J. V. M., REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar.** São Paulo: Atheneu. 1ª ed. p. 275-286; 526-528., 2001.

GOUVEIA, W.A. **At center stage: Pharmacy in the next century.** Am. J. Health – Syst Pharm. v.56, [sp]. 1999.

HEPLER, C.D., STRAND, L.M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical care. **Am. J. Hosp. Pharm.** v.47. p. 533-543 , 1990.

HOLLAND, R.W., NIMMO, C.M. **Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care.** Am. J. Health – Pharm. v. 56, p. 1758-1764, 1999.

LIPTON, H.L., BYRNS, P.J., SOUMERAJ, S.B. et al. **Pharmacists as agents of change for rational drug therapy.** Int. J. Tech. Ass. Health Care. v. 11, n.3, p. 485-508, 1995.

LUDKE M, ANDRE M. **Pesquisa em educação: abordagem qualitativa.** São Paulo (SP): EPU; 1986.

MARIN, N. **Educação farmacêutica nas Américas.** Olho Mágico. v. 9, n.1, p. 41-43, 2002.

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

MINAYO MCS, Organizadora. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 15ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2000.

MITSUE, A. et al. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos.** Relatório 2001-2002. Brasília: OPAS, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Guia para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Atención Farmacéutica al Paciente Ambulatorio.** declaración de Tokio, Ginebra, 1993.

_____. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud.** Informe de la reunión de la OMS. Tokio, Japón, 31 ago. Al 3 de sep. De 1993. *Buenas Prácticas de Farmacia. Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos.* La Declaración de Tóquio. Federación Internacional Farmacéutica. Washington, 1995.

_____. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud.** OPAS, 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos.**

Relatório 2001 – 2002. Brasília, Organização Pan-americana de Saúde, 46 p, 2002a.

_____. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta.** Brasília, 2002b.

Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>.

Acesso em: 13 jul. 2008.

_____. **Harmonização de nomenclatura de fármacos e excipientes utilizados em medicamentos.** Brasília, 2003.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

SANTOS, M. R. **Atribuições legais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: dificuldades e facilidades.** Boletim Saúde, 2003; 17(2):37-40.

SANTOS, L. **O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde.** Radis, 2006: 49 (9):35.

SOARES, S., ISAKI, R. S. **A participação feminina no mercado de trabalho.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002.

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

APÊNDICES

Apêndice 1

Universidade Estácio de Sá

Mestrado Profissional em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto

**Assistência Farmacêutica com apoio ao Programa de Saúde da Família no município de Teresópolis:
percepção dos profissionais e gestores do programa**

Prezado senhor (a),

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pelo curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

O estudo pretende avaliar a percepção dos profissionais e gestores do Programa de Saúde da Família no município de Teresópolis frente ao apoio da Assistência Farmacêutica ao programa.

A pesquisa será realizada através de uma entrevista conduzida por um roteiro de perguntas e composta de duas partes. A parte I trará perguntas relativas a alguns de seus dados pessoais, como nome, idade, profissão, tempo de exercício da profissão entre outros. Já a parte II da entrevista trará perguntas relativas a Assistência Farmacêutica no Programa de Saúde da Família.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação nela a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

As informações que você nos der serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Participante _____

Coordenador da Pesquisa: Mestranda Sabrina de Aquino
Orientador da Pesquisa: Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Universidade Estácio de Sá
Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família
 Telefone: (21) 3641-0186 // (21) 8306-7262

Teresópolis - RJ, ____ / ____ / _____

Apêndice 2

Roteiro de Entrevista para Pesquisa Qualitativa de Mestrado em Saúde da Família
pela Universidade Estácio de Sá

TEMA – Assistência Farmacêutica como apoio ao Programa de Saúde da Família

Grupo 1: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativo

PARTE I – PERFIL DO ENTREVISTADO

1 – Nome: _____

2 – Sexo: feminino masculino

3 – Idade: _____

4 – Estado Civil:

solteiro casado separado viúvo

5 – Tipo de vínculo:

contratado estatutário cargo de confiança

6 – Função/Profissão:

médico
 enfermeiro
 técnico ou auxiliar de enfermagem
 auxiliar administrativo

7 – Há quanto tempo trabalho em PSF?

≤ 6 meses > 6 meses ≤ 1 ano > 1 ano ≤ 2 anos
 > 2 anos ≤ 4 anos > 4 anos Quantos anos? _____

8 – Fez curso introdutório ou de capacitação para exercer função em PSF?

Sim Não

9 – Há quanto tempo trabalho neste PSF?

≤ 6 meses > 6 meses ≤ 1 ano > 1 ano ≤ 2 anos
 > 2 anos ≤ 4 anos > 4 anos Quantos anos? _____

(*) exceto para auxiliar administrativo

10 – Há quanto tempo está formado? (*)

≤ 6 meses > 6 meses ≤ 2 anos > 2 anos ≤ 4 anos
 > 4 anos ≤ 6 anos > 6 anos Quantos anos? _____

PARTE II – OBJETO DA PESQUISA**Entrevistador explica o objetivo geral da pesquisa e o que vem a ser o NASF**

- 1 – Você tinha conhecimento desta Portaria que institui o NASF?

- 2 – De que forma você avalia o suporte de outros profissionais (que não fazem parte da equipe mínima) ao Programa de Saúde da Família?

- 3 – Como você supõe que seja a atuação do farmacêutico nos serviços de saúde?

- 4 – Você acha que o farmacêutico pode contribuir com o Programa de Saúde da Família? De que forma?

- 5 – Você percebe alguma dificuldade na inserção do farmacêutico no PSF?

Apêndice 3

Roteiro de Entrevista para Pesquisa Qualitativa de Mestrado em Saúde da Família
pela Universidade Estácio de Sá

TEMA – Assistência Farmacêutica como apoio ao Programa de Saúde da Família

Grupo 2: gestores municipais do programa

PARTE I – PERFIL DO ENTREVISTADO

1 – Nome: _____

2 – Sexo: feminino masculino

3 – Idade: _____

4 – Estado Civil:

solteiro casado separado viúvo

5 – Tipo de vínculo:

contratado estatutário cargo de confiança

6 – Função:

sub-secretário municipal de saúde
 coordenador do Programa de Saúde da Família
 farmacêutico da Divisão de Farmácia

7 – Há quanto tempo trabalho nesta função?

≤ 6 meses > 6 meses ≤ 1 ano > 1 ano ≤ 2 anos
 > 2 anos ≤ 4 anos > 4 anos Quantos anos? _____

8 – Formação:

enfermeiro
 médico
 administrador
 farmacêutico

9 – Há quanto tempo está formado?

≤ 6 meses > 6 meses ≤ 2 anos > 2 anos ≤ 4 anos
 > 4 anos ≤ 6 anos > 6 anos Quantos anos? _____

PARTE II – OBJETO DA PESQUISA**Entrevistador explica o objetivo geral da pesquisa e o que vem a ser o NASF**

1 – Você tinha conhecimento desta Portaria que institui o NASF?

2 – De que forma você avalia o suporte de outros profissionais (que não fazem parte da equipe mínima) ao Programa de Saúde da Família?

3 – Como você supõe que seja a atuação do farmacêutico nos serviços de saúde?

4 – Você acha que o farmacêutico pode contribuir com o Programa de Saúde da Família? De que forma?

5 – Você percebe alguma dificuldade na inserção do farmacêutico no PSF?

Entrevistador lê, resumidamente, as atribuições do farmacêutico no NASF

6 – Dentro das atribuições do farmacêutico no NASF, qual (is), na sua opinião, é (são) prioritária (s)?

7 – Em que nível encontra-se a discussão da implantação do NASF no município de Teresópolis?