

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
BELÉM - PARÁ: organização, desafios e estratégias de reestruturação**

CRISTINA MARIA MAUÉS DA COSTA

Porto Alegre, 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
BELÉM - PARÁ: organização, desafios e estratégias de reestruturação.

Dissertação apresentada por **Cristina Maria Maués da Costa** para obtenção do GRAU DE MESTRE em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado Profissionalizante – Gestão da Assistência Farmacêutica - da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 24.8.2005, pela Comissão Banca Examinadora constituída por:

Prof.Dr. Clézio Saldanha dos Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a.Dr^a. Maria Ceci Misoczky

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.Dr. Paulo Eduardo Mayorga Borges

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Catálogo

C837a Costa, Cristina Maria Maués da

Assistência farmacêutica no programa saúde da família em Belém - Pará: organização, desafios e estratégias de reestruturação / Cristina Maria Maués da Costa – Porto Alegre: UFRGS, 2005. 132p.: il., gráf., tab.

Dissertação (mestrado profissionalizante). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Assistência farmacêutica. 2. Programa saúde da família : Belém, PA. 3. Atenção primária à saúde. 4. Política de medicamentos. I. Bordin, Ronaldo. II. Título

CDU: 615.15

Bibliotecárias responsáveis:

Heloísa do Canto Canabarro, CRB 10/1036

Margarida Cordeiro F. Ferreira, CRB 10/480

À Natasha,

Minha querida filha, que compartilhou comigo todas as etapas de construção deste trabalho, viajando comigo ou aguardando meu retorno, dando-me carinho, incentivo, um abraço caloroso, um sorriso maroto, e um amor do tamanho do universo.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a N.Sra. de Nazaré pela força inspiradora, na superação dos obstáculos.

À minha mãe, Maria Francisca, por me dar por herança o desejo de aprender, de conhecer, de buscar novos horizontes, me apoiando e cuidando de mim e de minha filha, me colocando no colo, acalentando meus sonhos.

Ao meu pai, José Viana, como tantos Josés, trabalhou de sol a sol, para que eu pudesse dar asas aos meus ideais, e viajasse pelo país em busca de minha qualificação profissional, mesmo não estando mais vivendo neste mundo, está vivo em meu coração.

Aos meus irmãos Eugênio, Josiane e Viana Jr., pelo apoio nas horas de desalento, e pelas comemorações nas conquistas.

Ao meu querido, Carlos Botelho, pelas idas e vindas, pelo incentivo, apoio estrutural, carinho e paciência nas horas de minha ausência.

À amiga, Tânia Amador, que reencontrei depois de tantos anos, mas que o tempo não apagou o abraço amigo, o abrigo, os conselhos sobre alguns caminhos a trilhar.

Aos profissionais do Programa Saúde da Família, pela coragem e disponibilidade de enfrentar as adversidades para consolidar uma nova maneira de pensar e fazer saúde.

Ao Prof. Paulo Mayorga, por sua coragem, determinação e empreendedorismo, que possibilitaram a realização deste Mestrado.

Ao meu orientador, Prof. Ronaldo Bordin, pela sua compreensão e paciência, nas trilhas abertas e das construções e desconstruções feitas para chegarmos ao término deste trabalho.

Aos professores Aúrea, Ceci, Marina, Neusa, Tereza, Luciana, Izabella, Sotero, Eduardo, Motta, Fernando e Bonal, que contribuíram para desvendar o mundo das idéias.

Às minhas colegas, Marlene, Maria Ângela, Maria Cristina, Goretti, Mary Jane, Maria José, Mônica, Lore, Flávia, Janaína, Rosilene e aos colegas Fabio, Cleiber, André, Luiz Marinho, Luiz Klassmann, Ricardo, Jarbas e Fernando, pelas horas de discussão, por compartilharem as angústias na elaboração dos projetos de pesquisa, as experiências vividas, pela solidariedade, pelo respeito às diferenças, pelas noites de conversa, pela alegria de nossos reencontros, minha saudade e a certeza de que em cada canto deste país, temos um(a) companheiro(a) de sonhos.

À UFRGS e ao Ministério da Saúde/ Departamento de Assistência farmacêutica, por fornecerem infra-estrutura para realização deste curso.

À Coordenação da Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da UFRGS, em especial, a Dejanira, nosso anjo da guarda, sempre prestativa e pronta a nos ajudar.

Aos(as) Farmacêuticos(as) Karim, Patrícia, Leila, Gisele, Carla e Marcos Vinícius, e as alunas de Farmácia do CESUPA Ismari, Isabelle e Tatiana, por colaborarem na pesquisa.

À Secretaria de Saúde Municipal de Belém que permitiu a realização deste trabalho nas suas Unidades.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para transformar as idéias em atos de pesquisa, as falas em escritas neste papel.

EFÍGRAFE

O ritmo do conhecimento não vai no mesmo compasso que nossas vidas – enfim, nem tudo são luzes. A mudança se faz, na sociedade e no seu estudo, e cabe a nós o exercício de lucidez de vê-la em todos os seus tons.

Gabriel Cohn (2003)

RESUMO

A assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Belém, é descrita através das ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família, da identificação das maiores dificuldades e estratégias utilizadas para garantir o acesso e o uso correto dos medicamentos prescritos, e da percepção das diferentes visões dos profissionais e gestores sobre a assistência farmacêutica no PSF. Consiste em um estudo de caso desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de Belém, com entrevistas semi-estruturadas e aplicação de questionários aos profissionais envolvidos com o PSF, tanto na função gerencial como na executora das ações que envolvem o ciclo da assistência farmacêutica. Os dados obtidos foram agrupados em seis categorias de análise: a) concepção do Programa Saúde da Família em Belém, b) Política de Medicamentos com enfoque na fitoterapia, c) conceito e papel da assistência farmacêutica na integralidade e no aumento da cobertura das ações de saúde; d) dicotomia entre a resolução do atendimento e o abastecimento existente; e) formação de recursos humanos adequados a uma nova proposta de assistência farmacêutica - uso racional de medicamentos; f) limitações da Assistência farmacêutica no PSF. Os resultados indicam a percepção do ciclo da assistência farmacêutica reduzido ao seu processo final – prescrição e dispensação de medicamentos, com sobrecarga de trabalho para médicos e enfermeiros, e com recursos humanos não capacitados para desempenhar as atividades da assistência farmacêutica de forma adequada, demonstrando a necessidade de reorientação da assistência farmacêutica e do Programa Saúde da Família para atuar como estratégia de mudança no modelo de saúde vigente.

PALAVRAS- CHAVE:

1. Saúde pública. 2. Medicamento / provisão e distribuição. 3. Atenção primária à saúde. 4. Programa Saúde da Família.

THE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN BELÉM - PARÁ: organization, challenges and strategies of reorganization

ABSTRACT

The pharmaceutical assistance in the Family Health Program developed in Belém City, is described through the actions developed in the Family Health Units with identification of the biggest difficulties and used strategies to guarantee the access and the correct use of medicines prescribed, and the perception of the different points of view of the professionals and managers on the pharmaceutical assistance in the PSF. It consists in a case study developed in the health municipal department, with half-structured interviews and application of questionnaires to the involved professionals in management functions and executor actions that involve the cycle of the pharmaceutical assistance. The data were grouped in six categories of analysis: a) concept of Family Health Program developed in Belém City; b) Medicine policy with approach in the Phytotherapy; c) participation of pharmaceutical assistance in the management of local health system; d) the pharmaceutical assistance paper in the completeness and the covering increase of health actions; e) dichotomy between the resolution of the attendance and the existing supplying; f) training of human resources to new a proposal of pharmaceutical assistance- a rational medicine use; Limitations of the pharmaceutical Assistance in the PSF; singularity perception in front to other services of health. The results indicate the perception about the cycle of pharmaceutical assistance reduced to its final process - lapsing and delivery of medicines -, with overload of work for doctors and nurses, and human resources not enabled to play the activities of the pharmaceutical assistance appropriately, demonstrating the necessity of the pharmaceutical assistance reorientation in the Family Health Program to act as strategy to change the public health model.

Keywords:

1.Public health. 2. Drug / provision & distribution. 3. Primary health care. 4. Family health program.

SUMÁRIO

RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	xi
LISTA DE TABELAS.....	xv
LISTA DE QUADROS.....	xv
APRESENTAÇÃO.....	xvii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo geral.....	8
2.2. Objetivos específicos.....	8
3. REVISÃO TEÓRICA.....	9
3.1 A assistência farmacêutica.....	10
3.2 O Programa Saúde da Família (PSF).....	23
3.3 Caracterização do Município estudado.....	34
3.4 Proposta de reorganização do sistema local de saúde em Belém.....	38
4. METODOLOGIA.....	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	51
5.1 Organização da Assistência farmacêutica no PSF.....	52
5.2. Ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF.....	68
5.3 Desafios com relação aos medicamentos no PSF.....	81
5.4. Causas e Efeitos relatados nas etapas do ciclo da assistência farmacêutica.....	83
5.5 Estratégias de reestruturação.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
PERSPECTIVAS.....	96
REFERÊNCIAS.....	99
ANEXOS.....	107

LISTA DE TABELAS

TABELA 3.1: INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA.....	15
TABELA 3.2: DENSIDADE DEMOGRÁFICA POR DISTRITOS ADMINISTRATIVOS X POPULAÇÃO COBERTA PELO PSF/PACS NO MUNICÍPIO.....	35
TABELA 3.3: DIABÉTICOS E HIPERTENSOS CADASTRADOS NO PSF POR DISTRITO.....	37
TABELA 5.1 – INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA DE BELÉM	54
TABELA 5.4: MEDICAMENTOS DO PSF NÃO SOLICITADOS NO PADRÃO MENSAL DO PROGRAMA.....	65
TABELA 5.5: MEDICAMENTOS DO PADRÃO MENSAL DO PSF NÃO FORNECIDOS PELO DRM.....	66
TABELA 5.6: COMPARAÇÃO ENTRE O PADRÃO DE CONSUMO MENSAL DE MEDICAMENTOS DO PSF X PADRÃO DO KIT PSF.....	67
TABELA 5.7: LOCALIZAÇÃO E SITUAÇÃO DO IMÓVEL DA CASA FAMÍLIA.....	69
TABELA 5.8: PERFIL DOS PROFISSIONAIS PESQUISADOS.....	70
TABELA 5.9: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CICLO DA ASSISTÊNCIA.....	71
TABELA 5.10: DISPENSADORES DE MEDICAMENTO NO PSF.....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 3.1: MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NO BRASIL.....	32
QUADRO 3.2: EQUIPES DO FAMÍLIA SAUDÁVEL E DO PACS QUE FUNCIONAVAM NAS UMS	42
QUADRO 4.1: PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.....	48
QUADRO 5.1: DIMENSÕES DO MEDICAMENTO NA SOCIEDADE.....	55
QUADRO 5.2: DSC SOBRE A ESTRUTURA DAS CASAS FAMÍLIAS.....	58
QUADRO 5.3: DSC SOBRE AS DIFICULDADES DAS UMS PARA ATENDER AO PSF.....	59
QUADRO 5.4: DSC SOBRE O PAPEL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS CASAS FAMÍLIAS	60
QUADRO 5.5: DSC SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO PADRÃO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	60
QUADRO 5.6: DSC SOBRE CONCEITO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	61
QUADRO 5.7: DSC SOBRE A INVERSÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	62
QUADRO 5.8: ATIVIDADES REALIZADAS NO DIA-A-DIA DA CASA FAMÍLIA.....	71

APRESENTAÇÃO

Discussões técnicas e políticas têm sido travadas em busca de alternativas para aumentar a resolutividade do Programa Saúde da Família (PSF), pois este programa carrega consigo a expectativa de espelhar um novo modelo de Atenção Básica à Saúde, pautado nos princípios do SUS, com acesso integral à saúde da população cadastrada, inclusive ao acesso dos medicamentos considerados essenciais.

Foram tomados como referenciais os estudos da assistência farmacêutica e do Programa Saúde da Família, como conceitos e dificuldades encontradas nos serviços de saúde, a fim de aproximar o pesquisador do objeto de pesquisa – a assistência farmacêutica no PSF em um município brasileiro.

A escolha do tema foi orientada pelo compromisso assumido no Mestrado Profissionalizante de tomar como objeto de estudo, problemas vivenciados no cotidiano do pesquisador.

A experiência da autora como Coordenadora da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família (2000-2003), e do Programa de Fitoterapia no Município de Belém-PA, auxiliaram na condução da metodologia e na apresentação dos resultados e discussão.

INTRODUÇÃO

O sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sob análise (...) é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido a ele, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno.

MERHY in FRANCO *et al* (2004)

1 INTRODUÇÃO

1.2 Tema em estudo

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

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

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

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

O PSF deveria estar organizado de modo a prestar o atendimento integral à saúde da população, mas a experiência de dez anos de implantação do PSF tem demonstrado fragilidades quanto ao acesso e uso racional de medicamentos, como destacado abaixo:

- Uso inadequado de medicamentos (falta ou inadequação de insumos, estrutura física e organizacional).
- Dificuldade em conceber o medicamento como um insumo estratégico para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2001: p.19).

Resumindo o Tema em estudo é a assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família, especificamente na realidade vivenciada no Município de Belém do Pará.

1.2 **Justificativa do estudo**

A Secretaria de Ciência, Tecnologia do Ministério da Saúde admitiu que “a estratégia de saúde da família ocupa atualmente papel central como política de definição do modelo assistencial vigente”. Sobre a questão dos medicamentos no PSF, a considera como “um dos nós críticos do sistema de saúde, tanto do ponto de vista do seu abastecimento e qualidade, quanto de seu uso racional” (CFF, 2003: p.7-8).

Estudar e investigar sobre a Assistência farmacêutica no PSF é aprofundar sobre um tema com insuficiência de estudos, com poucos registros sobre o ciclo logístico de medicamentos no PSF.

O Município de Belém, na época da pesquisa:

(a) era um dos município brasileiro a “assegurar a assistência farmacêutica em tempo integral de funcionamento das farmácias e drogarias” (PMB, 2003).

(b) um dos cinco municípios brasileiros componentes da Câmara Técnica do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

(c) um dos poucos municípios do país a capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no uso correto de medicamentos e no uso de plantas medicinais na comunidade.

(d) responsável pela implantação de uma versão diferente do PSF preconizado pelo MS, o Programa Família Saudável (PFS), envolvendo algumas mudanças de concepção e operacionalização na rede de serviços.

1.3 Problema a estudar

Considerando o novo modelo de saúde, foi observada uma dificuldade na concepção e gestão do ciclo da assistência farmacêutica no PSF do município, muitas vezes fragmentada e sem uma estrutura organizacional definida, levando a falta ou inadequação de medicamentos para a resolução dos problemas de saúde da população atendida.

Um dos problemas que está na base deste trabalho é a questão do medicamento ser vista sem os devidos cuidados no PSF, como os preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), a Política Nacional de Medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE:1998) e Incentivo à Assistência farmacêutica Básica (Portaria GM nº 176/99).

Como não havia a obrigatoriedade da presença do farmacêutico nas Equipes do PSF, aos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes administrativos e ACS, eram atribuídas tarefas como de programação, controle de qualidade, supervisão do abastecimento, armazenamento, recebimento, conservação, controle de estoque, prescrição, orientação quanto ao uso do medicamento e acompanhamento farmacoterapêutico. Além das atividades, como consultas ambulatoriais e domiciliares, reuniões, palestras, capacitações, campanhas de vacinação, etc.

O farmacêutico que coordenava a Assistência farmacêutica no PSF, até o final de 2003, fazia o acompanhamento das equipes, capacitações e inter-relacionamento com as diversas esferas da gestão municipal que trabalham direta ou indiretamente com o Ciclo da Assistência farmacêutica.

A partir de 2004, foi refeita a estruturação da Coordenação do PSF, onde foi introduzida a figura de um farmacêutico por Distrito Administrativo de Saúde, com envolvimento de um total de seis profissionais.

A falta/ inadequação quantitativa e qualitativa de medicamentos estava entre os dois maiores problemas enfrentados pelas equipes do Programa de Saúde da Família,

em levantamento realizado pela equipe de planejamento do PSF de Belém, perdendo apenas para a falta/insuficiência de saneamento básico (SESMA, 2002)¹.

No município de Belém o PSF recebeu a denominação de Programa Família Saudável (PFS), com particularidades abordadas posteriormente. Os Postos de atendimento do PSF são denominados de Casas Famílias, recebendo mensalmente um elenco padronizado de 36 medicamentos, entre os quais constam antiparasitários, antibióticos, antianêmicos, anti-hipertensivos, anti-diabéticos, anti-inflamatórios e analgésicos, dentre outros.

Trechos do relatório enviado por uma das Casas Famílias, onde atuavam duas equipes do PSF, demonstram as dificuldades encontradas com a falta/ inadequação de medicamentos, assim como o uso racional de medicamentos, pondo em risco a própria estratégia de reformulação do modelo de saúde, causadas pelo descrédito no programa:

um dado que nos preocupa é sabermos que muitos de nossos pacientes tem perdido a credibilidade de nosso atendimento. Nossas tentativas são muitas, porém nossas esperanças já se esgotam diante de tantas dificuldades.(...) nossos hipertensos e diabéticos já estão descompensados, nossas grávidas com anemia às vezes permanecem com o mesmo quadro por falta de sulfato ferroso e nossas crianças não tem sido tratadas com antitérmicos orais, porque não dispomos mais de paracetamol gotas em quantidade suficiente (...) fazemos coleta do PCCU e não damos conta de tratar todos os casos, por não recebermos a medicação básica para tratar inflamações leves e moderadas(...) fazemos promoção, orientamos, educamos, mas há momentos em que o remédio é a única forma de solução para problemas básicos de saúde.(SESMA, 2002).

A situação acima reflete a necessidade de reorientação da assistência farmacêutica segundo a estrutura preconizada por este novo modelo de atenção à saúde, que tem por princípio a universalização do acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações, inclusive a farmacêutica (DUPIM, 1999: p.13). Incentivando-nos a estudá-la.

O objetivo deste estudo foi realizar o diagnóstico da assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família, descrevendo as diferentes percepções dos profissionais e gestores, identificando as dificuldades enfrentadas no ciclo da assistência

¹ BELÉM, PMB.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SESMA. PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL. **Condensado do planejamento das equipes do PFS-PACS**. Belém, 2002. (Mimeo).

farmacêutica e as estratégias utilizadas para garantir o acesso e o uso correto dos medicamentos neste Programa em Belém- PA .

OBJETIVOS

O maior objetivo da pesquisa é produzir novas informações, estruturar conhecimentos e delinear ações. Não se trata apenas de expressar sentimentos ou crenças. A concepção e a aplicação do procedimento da pesquisa visam gerar informações baseadas em observação e questionamento e com base nelas seja possível firmar novas convicções.

THIOLLENT (1997)

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Realizar o diagnóstico da assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família do Município de Belém-PA.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as diferentes percepções dos profissionais e gestores sobre a assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém.
- Identificar as dificuldades enfrentadas no ciclo da assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém.
- Identificar as estratégias utilizadas para garantir o acesso e o uso correto dos medicamentos no Programa Saúde da Família em Belém.

REVISÃO TEÓRICA

Nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais 'ingênuo' ou 'simples' nas pretensões, tem a norteá-los um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos.

MINAYO (1996)

3 REVISÃO TEÓRICA

Os referenciais teóricos apresentados foram divididos em: assistência farmacêutica, Programa Saúde da Família, e contextualização do município estudado.

3.1 A assistência farmacêutica

Um dos slogans da Organização Mundial de Saúde (OMS) é “salvemos vidas respeitando o direito de receber medicamentos”. A estratégia da OMS para os países membros, no período de 2004-2007, é o de melhorar o acesso aos medicamentos essenciais, fortalecer as Políticas Nacionais de Medicamentos, promoverem a qualidade e segurança e uso racional dos medicamentos OMS (2004): “a estratégia farmacêutica da OMS é essencial para alcançar os resultados sanitários e fortalecimento do sistema de saúde”.

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

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

Nos últimos 20 anos, dobrou o número de pessoas que tem acesso aos medicamentos essenciais, mas cerca de um terço da população mundial ainda não tem esse acesso. Para minimizar esta situação mundial, principalmente nos países

subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, foram propostas pela OMS (2000) quatro estratégias:

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

O Brasil adota a Política Nacional de Medicamentos, através da Portaria nº. 3.916/GM, em 30 de outubro de 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituindo um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Citando a Lei n.º 8.080/90, que em seu artigo 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS – a ‘formulação da política de medicamentos’ (...) de interesse para a saúde (...) O seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a)

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

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

- **Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais:**

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

- **Regulamentação Sanitária de Medicamentos:**

As questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância. (Idem, 2001a,p13)

- **Promoção do Uso Racional de Medicamentos:**

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

- **Desenvolvimento Científico e Tecnológico:**

A revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, (...) o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas. (...)

apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País. (Idem, 2001 a,p17)

- **Promoção da Produção de Medicamentos:**

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

- **Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos:**

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

- **Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos:**

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

- **Reorientação da Assistência farmacêutica:**

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

O histórico da Assistência farmacêutica na década de 80 foi representado no Brasil pela Central de Medicamentos (CEME), tendo como principal papel a aquisição e distribuição de medicamentos para a rede de serviços ambulatoriais do país, através

de recursos financeiros do antigo INAMPS. Em 1990, com a Lei nº. 8080, o SUS foi instituído e, com ele, os princípios de descentralização da gestão e de municipalização da atenção básica configuram um cenário no qual não era mais possível a centralização da aquisição e distribuição de medicamentos pela esfera federal. Somando-se ainda o grande número de perdas em estocagem no nível central, estadual e regional de alguns itens e falta de outros medicamentos, pois existia um padrão de suprimentos para todo o país, onde as características regionais e as particularidades do perfil epidemiológico não eram usadas como critério, pondo fim em 1997 a CEME (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9-10).

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

Considerando a Resolução nº 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, a qual aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabeleceu como uma das ações as referentes à atenção farmacêutica, como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida pelo farmacêutico em interação direta com o usuário, visando melhorar a qualidade de vida do indivíduo através do acompanhamento da farmacoterapia.

Assim como a reorientação do modelo de assistência farmacêutica proposta pela Política Nacional de Medicamentos que está fundamentada:

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

3.1.1 Financiamento da assistência farmacêutica básica

O financiamento da assistência farmacêutica desde 1999, com a publicação da Portaria GM nº. 176, estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência farmacêutica Básica, com recursos

provenientes das três esferas de gestão do SUS destinados à aquisição de medicamentos essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001c).

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

Em 05 de julho de 2005, foi publicada a Portaria GM nº.1.105 estabelecendo novos valores, mecanismos e responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a qual foi substituída pela Portaria nº2.084 de 26 de outubro de 2005, com os novos valores da pactuação em vigor a partir de outubro de 2005:

TABELA 3.1: INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

Governo Federal	De R\$ 1,65 (um real e sessenta e cinco centavos) por habitante/ ano
Governo Estadual	No mínimo R\$ 1,00 (um real) por habitante/ ano
Governo Municipal	No mínimo R\$ 1,00 (um real) por habitante/ ano

Fonte: PORTARIA Nº 1.105/GM DE 5 DE JULHO DE 2005.

Esta portaria levou em consideração:

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

Os municípios e estados deverão assinar um Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência farmacêutica Básica e elaborar um Plano de Assistência

farmacêutica Básica, discutido e aprovado pelos respectivos Conselhos de Saúde. Este Plano deve conter os princípios do pacto estabelecido entre o estado e seus municípios quanto aos valores financeiros, forma de repasse, relação de medicamentos selecionados, compromissos e responsabilidades de cada nível de gestão.

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

O repasse federal dos recursos da Assistência farmacêutica Básica será automaticamente suspenso quando for constatada irregularidade na utilização de recursos do incentivo; atraso de mais de 45 (quarenta e cinco) dias na prestação de contas ou o descumprimento da Portaria GM nº. 176/99. (Idem, 2001 d,p.14)

Segundo o Relatório de Gestão da Gerência Técnica de Assistência farmacêutica do MS, no período de 2000 a 2002 os problemas que mais contribuíram para a desorganização da Assistência farmacêutica, dificultando o acesso e favorecendo o uso incorreto do medicamento, foram:

- Ausência da área de assistência farmacêutica no organograma de grande parte das secretarias municipais e algumas secretarias estaduais;
- Grande fragmentação das atividades do ciclo de Assistência farmacêutica, além de sérias dificuldades na operacionalização de várias etapas;
- Dificuldades técnicas, administrativas e operacionais no gerenciamento dos recursos financeiros;
- Dificuldades de interlocução entre as esferas gestoras, fragilidades nas pactuações e entraves políticos e burocráticos;
- Descompasso entre as áreas técnicas e as decisões políticas;
- Recursos humanos insuficientes e pouco preparados ao desempenho das atividades;

- Superposição de serviços e atividades;
- Sistema de informação deficientes e por vezes inexistentes;
- Carência de material técnico institucional;
- Falta de planejamento, acompanhamento e avaliação, de modo geral.

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

- Ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais, através da revisão da RENAME-2002 e da elaboração do elenco mínimo obrigatório para pactuação na atenção básica – portaria SPS nº. 16/00;
- Otimizar a programação de medicamentos, viabilizando recursos financeiros nos Programas da Assistência farmacêutica Básica e do Programas Estratégicos (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hemoderivados, AIDS, controle de endemias e Saúde Mental), como o software para a programação dos medicamentos tuberculostáticos e hansenostáticos;
- Capacitar Recursos Humanos na promoção do uso racional de medicamentos através de projetos pilotos de cursos para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na promoção do uso racional de medicamentos, cursos para formação de multiplicadores na promoção da prescrição racional de medicamentos, cursos de pós-graduação em Gestão da Assistência farmacêutica;
- Inclusão de medicamentos fitoterápicos na Assistência Básica, por meio de um diagnóstico situacional de programas estaduais e municipais de fitoterapia, criação de banco de dados sobre o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da CEME;
- Ampliar o grau de resolutividade das ações de saúde por meio da inserção da Assistência farmacêutica Básica no Programa Saúde da Família (PSF), com a criação do incentivo ao PSF, Portaria nº343, de 21

de março de 2001, criando o “KIT FARMÁCIA POPULAR” ou “KIT PSF” como foi conhecido, com 32 itens inicialmente de medicamentos como analgésicos, antibióticos, antiasmáticos, para tratar úlceras gástricas, dermatites, anti-anêmicos, anti-hipertensivos, anti-parasitários, antidiabéticos, anti-eméticos; distribuídos trimestralmente aos municípios com equipes do Programa de Saúde da Família implantadas e em funcionamento e que tivessem recebido os recursos financeiros referentes ao mês anterior.

- A realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência farmacêutica, em setembro de 2003, marco histórico do ponto de vista da reunião de diversos segmentos da sociedade para discutir e propor caminhos para a garantia do acesso a medicamentos de qualidade e promoção do seu uso racional no país.

Dentre as propostas aprovadas nesta Conferência, destaca-se:

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

Atualmente o Ministério da Saúde, como nos tempos da extinta CEME, gerencia programas como Kit PSF, Hiperdia, Saúde da Mulher, Saúde Mental, de forma fragmentada, sem levar em consideração as especificidades regionais, entregando “pacotes prontos”, levando a inadequação quantitativa e qualitativa dos medicamentos.

A Organização da Assistência farmacêutica por meio da inclusão na NOAS², promovendo a sua regionalização e estabelecendo um sistema de referência e contra-referência de acordo com os níveis de complexidade e em locais pólos também foi uma das propostas aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência farmacêutica. Alguns autores (MARIN, 2003, p.18) acreditam que a NOAS-SUS 01/2001 refere-se à Assistência farmacêutica apenas como suprimento de medicamentos enquanto que a Lei 8080 e a NOB-SUS/96 preconizavam uma atenção integral da Assistência farmacêutica.

Uma das questões também apresentadas refere-se a “Integrar a assistência e a atenção farmacêutica ao PSF, em especial no acompanhamento de idosos e pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos”. Recomenda-se incluir estes procedimentos nas codificações do SUS, específicas de atos não médicos no nível superior. (MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência farmacêutica, 2003).

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

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

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

1. Educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos);
2. Orientação farmacêutica;
3. Dispensação de medicamentos;
4. Entrevista farmacêutica;
5. Acompanhamento/ seguimento farmacêutico;

² NOAS-SUS 01/2001: “Dentre as ações cuja oferta deve estar localizada o mais perto possível da residência dos cidadãos, estão as ações de suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica”

6. Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

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

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

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

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

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

Medicamentos quanto à reorganização da assistência farmacêutica“, e em SARTOR (2003b):

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

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

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

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

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

3.1.2 A inserção da assistência farmacêutica e do farmacêutico no PSF

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

A oficina de trabalho “INSERÇÃO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA” em setembro de 2000, pontuou a importância da estratégia saúde da família no cenário nacional, como política de redefinição do modelo de atenção à saúde vigente no Brasil. Pontuou, também, uma preocupação – “em meio a tantas mudanças, as ações de assistência farmacêutica têm sido pouco valorizadas pelos gestores” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

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

Diretrizes Fundamentais para a inserção da assistência farmacêutica no PSF:

- Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aptos a promover o uso correto de medicamentos;
- Equipe do PSF e os demais profissionais de saúde sensibilizados e capacitados para as atividades da Assistência farmacêutica;
- Farmacêutico preparado para interagir com as equipes do PSF, demais profissionais e comunidade a fim de promover o uso racional de medicamentos;
- Pólos Estaduais de Capacitação em Saúde da Família promovendo ações de capacitação e educação continuada voltadas à inserção da Assistência farmacêutica no PSF;

- Níveis Federal, Estadual e Municipal articulados para financiar e desenvolver experiências e ações de implementação da Assistência farmacêutica e Atenção Farmacêutica no PSF.

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

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

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

3. 2 O Programa Saúde da Família (PSF)

No final da década de 80, experiências de práticas em saúde com agentes comunitários no país, semelhante aos agentes de saúde da Pastoral da Criança eram disseminadas. Em 1991 foi criado oficialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), composto por um enfermeiro e os agentes, ligados à unidade de saúde tradicionais, mas acompanhando famílias cadastradas de uma área adstrita, com o objetivo, segundo SOUZA (2000), de contribuir para o enfrentamento dos elevados indicadores de morbi-mortalidade infantil e materna na região nordeste do país.

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

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

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

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

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

O trabalho do PSF deveria ser em uma área adstrita atendendo de 600 a 1000 famílias cadastradas e acompanhadas por uma equipe mínima, formada de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O repasse financeiro do Governo Federal é baseado em ações a serem executadas somente pela equipe mínima de profissionais (ANDRADE, 2001: p.137), que pode ser ampliada e acrescida de outros profissionais, caso do odontólogo.

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

O Financiamento para o Programa é proveniente do Piso de Atenção Básica (PAB) composto por uma parte fixa, que varia de R\$10,00 a R\$18,00 por habitante ao ano. A parte variável destinada aos incentivos voltados a programas, estratégias ou ações prioritárias para a reorganização da Atenção Básica nos municípios, dentre

estes o incentivo ao PACS e PSF e a assistência farmacêutica que depende das condições de gestão estabelecidas na NOB/96 (ANDRADE, 2001, p.83).

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

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

- Necessidade de rever o gerenciamento dos serviços;
- Paralelismo entre o PSF e a atenção básica tradicional;
- Baixa cobertura do PSF nos municípios;
- Baixa resolutividade;
- Não reconhecimento da unidade do PSF como porta de entrada do sistema;
- Alta rotatividade dos profissionais;
- Profissionais, principalmente médicos, não identificados com as normas/diretrizes do programa;
- Insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho;
- Deficiência no processo de capacitação dos profissionais;
- Infra-estrutura deficitária para realização das atividades (transporte, medicação, equipamentos e materiais técnicos);
- Ineficaz sistema de referência e contra-referência;
- Número reduzido de equipes para a quantidade de famílias a serem atendidas;
- Processo de trabalho fragmentado na equipe, quanto à definição dos objetos, meios e espaços de intervenção da equipe;
- Organização do trabalho centrada na oferta de assistência médica individual e consultas voltadas para a dimensão biológica do adoecer;
- Dificuldade de fazer uma abordagem clínica ampliada;
- Simplificação da atenção;
- Trabalho nas equipes desgastante, com sobrecarga tanto quantitativa quanto qualitativa;
- Baixa adesão terapêutica;

- Exclusão da família na consulta como contexto de risco ou de proteção à saúde, dentre outros.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais do PSF, são produtos de uma formação biomédica flexneriana³ de concepção cartesiana, mecanicista de pensar a

³ Abraham Flexner, era um educador americano e em 1910, produziu um relatório sobre a educação médica nos Estados Unidos da América, recomendando o ensino da medicina estruturado sobre um alicerce científico, com sólida fundamentação nas ciências básicas e em estudos clínicos, marcado

saúde. Onde, para CAPRA (1997, p.147), “a abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica e a terapia médica, leva a um pensar fragmentado, no qual as doenças são entidades bem definidas que envolvem mudanças estruturais em nível celular” sendo essa linha de raciocínio causadora de problemas conceituais da medicina contemporânea.

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

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

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

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

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

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

pela especialização, pelo foco na doença, na prática médica curativista, individualista, e biologicista (MAMEDE:2001).

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

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

A Teoria da determinação Social do Processo Saúde-doença, descrita por FONSECA (1997), complementa essas indagações sobre as construções feitas nas equipes a partir da realidade, se estão procurando relacionar a forma como a sociedade está organizada, ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam os processos de adoecer e morrer da comunidade atendida. Sendo este um dos desafios apontados para os profissionais e gestores da saúde na atualidade.

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

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

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

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

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

Para auxiliar a compreender esta “era de desafios”, OLIVEIRA (2003), apresentou referenciais teóricos dos modelos de atenção à saúde e as práticas em saúde coletiva, apontando pistas sobre a superposição de atividades no PSF, a centralização governamental e a prática programática em saúde, levando a um programa verticalizado e centrado em ações pontuais.

MENDES (1999) apresentou aspectos históricos das mudanças no modelo de saúde na América Latina e Brasil, chegando a Estratégia da Saúde da Família. A proposta de “Saúde na transformação produtiva com equidade” para América Latina e Caribe, no final da década de 80, baseada em três valores: qualidade, produtividade e equidade. Deslocando as políticas dos países para a ação intersectorial no âmbito da saúde, com a implementação de “cestas básicas” de serviços de saúde e a focalização de programas e de ações de saúde, dirigidos aos grupos vulneráveis (quanto à renda, risco, gênero, origem étnica, ocupação e localização geográfica) ou grupos com carências, desde que apresentem características semelhantes entre si.

Dentre outros aspectos a reforma setorial da saúde nestes países, deveria fazer uma reformulação dos modelos assistenciais em especial na atenção ambulatorial promocional e preventiva, a fim de ampliar a cobertura dos serviços, o desenvolvimento de novas formas de contratação de serviços e a formação de redes eficientes de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica.

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

Este autor ainda afirma que a atenção primária vista por este ângulo, reconhece a função do Estado na saúde é o de:

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

Mas o conceito mais atual de atenção primária como “nível de atenção, concebendo-a, como estratégia que já não será a de reordenar todo o sistema de saúde, mais seu nível de atenção primária (...) por meio da saúde da família, irá catalisar o reordenamento dos níveis secundário e terciário” (MENDES, 1999, p.272-273).

O processo de concepções de políticas públicas é complexo, vimos anteriormente questões sobre a atenção primária norteadora do modelo brasileiro, voltando ao recorte de nossa pesquisa, pudemos entender mais sobre a concepção de “programa” e mais recentemente de “estratégia” dados à Saúde da Família.

SILVA Jr. (1998) traça um quadro sintético de três experiências no país de conformação dos modelos assistenciais, no campo da saúde coletiva, provenientes de correntes do “movimento sanitário” com as dimensões não consensuais (Quadro 3.1).

QUADRO 3.1: MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NO BRASIL

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

FONTE – CONFORMAÇÃO DOS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NO BRASIL: A SAÚDE COLETIVA (SILVA JR. 1998, p.118).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ao observar a realidade das Unidades do PSF em Belém, questiona-se a capacidade estrutural e organizacional, para funcionar como modelo de atenção à saúde básica no município. Os dados obtidos no mapeamento e cadastramento das famílias não têm funcionado como referência no planejamento das Políticas Públicas para a área da saúde, ao menos na assistência farmacêutica, com queixas freqüentes do padrão de consumo inadequado dos medicamentos básicos (falta de medicamentos), do encaminhamento constante de pacientes das Unidades do PSF para Unidades mais complexas para receber medicamentos básicos, prescritos pelos profissionais do PSF (baixa resolutividade dos serviços), além da infra-estrutura inadequada para o armazenamento e dispensação de medicamentos (comprometendo a qualidade do produto e da eficiência do tratamento farmacológico). Segundo GOULART (2003) o Saúde da Família, está na era do enfrentamento dos problemas, e este é um momento oportuno para olhar os problemas relacionados aos medicamentos no PSF.

3.3 Caracterização do Município estudado

3.3.1 Localização

O Município de Belém localiza-se a 01°27'20" Latitude Sul e 48°30'15" Latitude W-Gr, tendo como limites ao Norte: Baía do Marajó, ao Leste: Municípios de Santo Antônio do Tauá, Ananindeua, Santa Bárbara e Marituba, ao Sul: o Município de Acará e a Oeste: Baía do Guajará e Baía do Marajó. A distância em linha reta de Belém a Porto Alegre é de 3.175,9 Km, como ilustrado na figura abaixo:

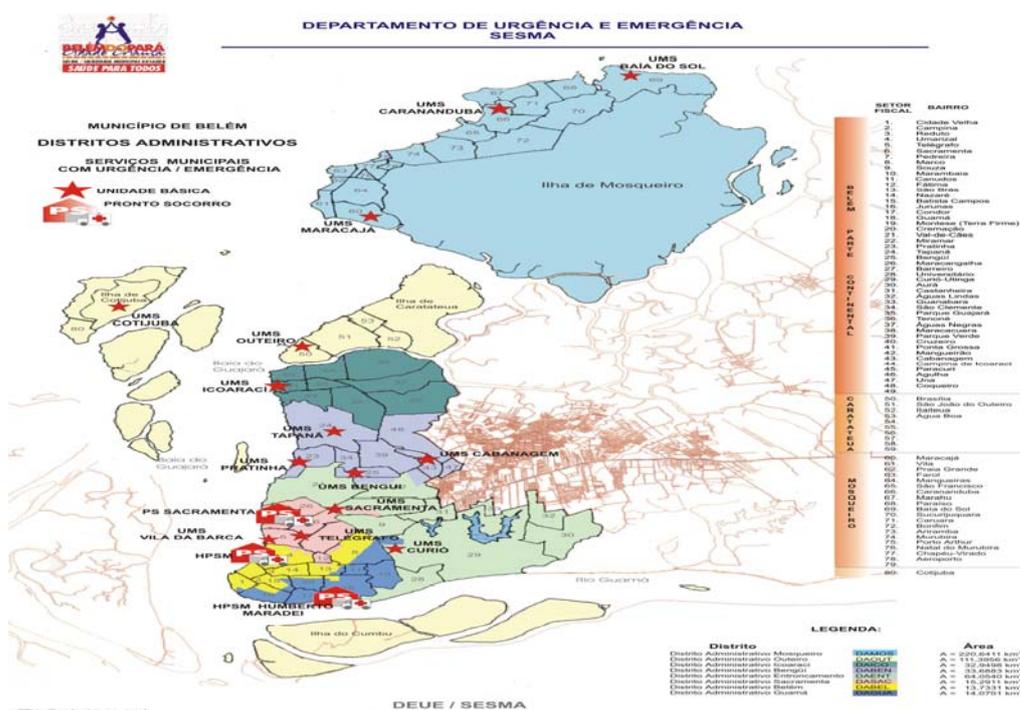


FIGURA 3.1: MAPA DO MUNICÍPIO DE BELÉM

O Município está dividido administrativamente em oito Distritos Administrativos a saber:

1º Distrito Administrativo do Mosqueiro – **DAMOS**; 2º Distrito Administrativo do Outeiro – **DAOUT**; 3º Distrito Administrativo de Icoaraci – **DAICO**; 4º Distrito Administrativo do Bengui – **DABEN**; 5º Distrito Administrativo do Entroncamento – **DAENT**; 6º Distrito Administrativo da Sacramentoa – **DASAC**; 7º Distrito Administrativo de Belém – **DABEL** e 1º Distrito Administrativo do Guamá – **DAGUA** (SEGEPE, 1999).

3.3.2 Demografia

A Densidade demográfica (Tabela 3.2), demonstra a divisão populacional por distrito e a cobertura de 21% da população assistida pelo PSF.

Os Distritos Administrativos mais populosos são DAGUA, DASAC e DABEL (não tem equipe do PSF, é o Distrito com maior número de equipamentos de saúde de nível primário, secundário e terciário) .

O Distrito com maior percentual de cobertura do PSF é o DAMOS, formado pela Ilha do Mosqueiro, tem a mais baixa densidade demográfica, sua área territorial é de 21.254,67 Há, a distância em linha reta do centro do município até a ilha é de 32 Km, o acesso por via térrea passa por inúmeros municípios⁴.

TABELA 3.2: DENSIDADE DEMOGRÁFICA POR DISTRITOS ADMINISTRATIVOS X DA POPULAÇÃO COBERTA PELO PSF/ PACS NO MUNICÍPIO

Distrito Administrativo	Densidade demográfica Habitantes por Km ²	POPULAÇÃO COBERTA PELO PSF/PACS no Município	Distrito Administrativo (Percentual de cobertura PSF/ PACS)
DAMOS	Menos de 2,0	27.777	100
DAOUT	Menos de 2,0	26.275	82,85
DAICO	Menos de 2,0	132.870	42,38
DABEN	De 2,0 a 5,0	237.705	46,98
DAENT	Menos de 2,0	116.722	44,87
DASAC	De 10,1 a 20,0	249.362	44,36
DABEL	De 10,1 a 20,0	140.926	07,84
DAGUA	Mais de 20,1	349.642	25,04
Fonte: SEGEPE, 1999 & SIAB 2002		Total	37,77

⁴ BELÉM. SECRETARIA MUNICIPAL DE COORDENAÇÃO GERAL DO PLANEJAMENTO. Anuário Estatístico do Município de Belém. Belém, 1999.

3.3.3 Saúde

Buss (2002) afirma que a situação de saúde da população de cada sociedade está diretamente relacionado “com o modo de vida e com os processos que o reproduzem e transformam”. Este conceito ampliado de saúde contempla as dimensões físicas, biológicas, psíquicas, sociais.

Como por exemplo a família, apresenta um *estilo de vida* singular, relacionado com suas próprias características biológicas, a habitação e seu entorno, o local de trabalho e seu entorno, seus hábitos, normas e valores, assim como seu nível educacional e de consciência e sua participação na produção e distribuição de bens e serviços. A *situação individual* de saúde está relacionada também com este estilo de vida singular e com os processos que o produzem e transformam. (BUSS,2002,p.51)

No PSF para promover a saúde da família é necessário que a equipe de saúde conheça a dimensão do estilo de vida daquela população, para tal é realizado o diagnóstico situacional de saúde da área a ser trabalhada tanto da dimensão individual como coletiva “seja dos principais determinantes extra-familiares ou, mesmo, externos ao setor saúde” (BUSS,2002).

Na figura 3.2, é apresentado o número de pessoas por faixa etária e por gênero da população atendida pelo PSF em 2002, observa-se que aproximadamente metade da população atendida pelo PSF se encontra na faixa etária de 20 a 39 anos,

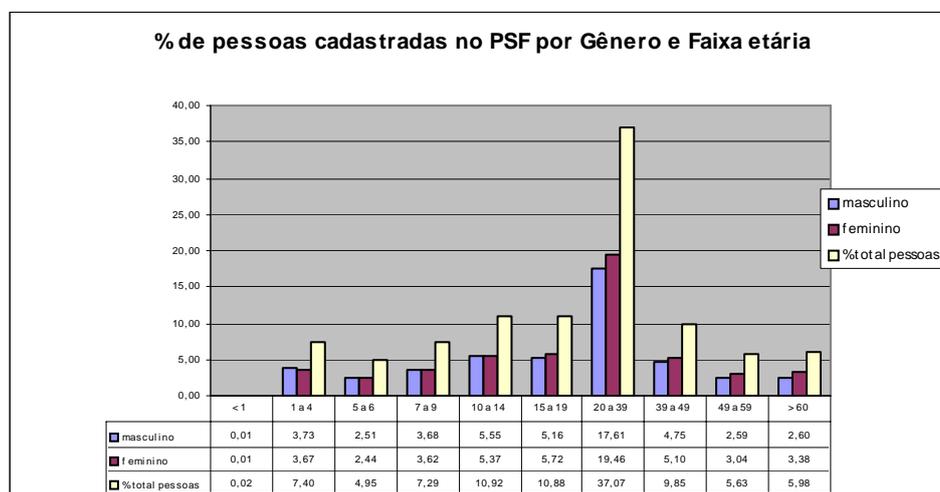


FIGURA 5.2: PERCENTUAL DE PESSOAS CADASTRADAS POR GÊNERO NO PSF
Fonte: SIAB Consolidado 2002

Na Tabela 3.3, encontra-se a freqüência de portadores de Hipertensão ou Diabete cadastrados e os acompanhados (receberam pelo menos uma visita no Mês do ACS) pelas equipes do PSF, onde é observado o maior número de pacientes no DASAC, distrito com maior número de equipes cadastradas, no total de 20 (vinte)

equipes do PSF e 3 (três) PACS. Segundo relatórios encaminhados a Coordenação do PSF, o Programa de Hipertensão e Diabetes é um dos mais prejudicados com a falta/inadequação de medicamentos, por se tratar de doenças crônicas, exigindo em muitos casos o uso de medicamentos por longo tempo.

No Programa denominado HIPERDIA, o Ministério da Saúde fornece medicamentos essenciais para o controle destas doenças, mas seu abastecimento estava sendo irregular e o sistema de informações estava parado, segundo depoimentos, por problemas operacionais no *Software* e fluxo de processamento de dados. Abaixo na Tabela 3.3, o demonstrativo destes pacientes:

TABELA 3.3: DIABÉTICOS E HIPERTENSOS CADASTRADOS NO PSF POR DISTRITO

DISTRITO	DAMOS	DAOUT	DAICO	DABEN	DASAC	DAENT	DAGUA	DABEL
PACIENTES								
DIABÉTICOS Cadastrados	265	237	275	1213	1716	395	1017	331
DIABÉTICOS Acompanhadas	187	202	232	909	1424	332	898	265
HIPERTENSOS Cadastradas	761	275	674	2229	4594	1006	2548	765
HIPERTENSOS Acompanhadas	555	232	568	1876	3603	841	2230	591

Fonte: SIAB Consolidado 2002

Outra situação relatada é o acesso de medicamentos tuberculostáticos e hansenostáticos, referidos nos questionários, por não estarem disponíveis por falta de estrutura apropriada de armazenamento em algumas casas famílias. Na na figura 5.3, observamos que o DAMOS e DAOUT, acompanham quase 100% dos pacientes cadastrados com tuberculose ou hanseníase, enquanto o Distrito do DABEN, DASAC e DAICO, não conseguem acompanhar todo os seus pacientes, pode apresentar problemas quanto a adesão do tratamento destes pacientes, com conseqüente abandono de tratamento e aumento do número de casos das doenças em função da contaminação dos comunicantes.

3.3.4 Habitação

As condições de moradia quando relacionadas ao tipo de material, demonstram que mais da metade das casas dos cadastrados é de madeira (52,65%), depois de tijolo (45%), e menos de 1% são de outros materiais, se levarmos em consideração que o clima é quente e úmido, com chuvas freqüentes, e áreas de várzea, alagadas ou a margem de rios e igarapés, esta população fica mais exposta ao risco de adoecer.

3.3.5 Saneamento

O percentual de tratamento de água nos domicílios, na área insular nos distritos DAMOS e DAOUT, é de 52% de água sem nenhum tipo de tratamento; enquanto que DAICO e DABEN apresentam menos de 20% de água filtrada e 60% sem nenhum tipo de tratamento, expondo esta população a doenças transmitidas por contaminantes veiculados pela água como parasitoses e doenças dermatológicas. As áreas atendidas pelas equipes do PSF inicialmente priorizaram populações mais “carentes”.

Assim como a rede de esgoto atinge apenas 13,5% do município, com 58% de fossa e 28,5% de eliminação de dejetos a céu aberto, também podendo expor ao risco de contrair doenças ou mesmo contaminar a água potável.

3.3.6 Educação

O percentual de pessoas na escola segundo o SIAB 2002 é elevado, de 7 a 14 anos, tem-se 88,73% na escola, contrariamente ao esperado em uma população considerada “carente” como demonstrado. E acima de 15 anos ou mais alfabetizada temos 94,32%.

3.4 Proposta de reorganização do sistema local de saúde em Belém

3.4.1 Histórico

O primeiro gestor municipal de saúde a partir da posse em 1997, de um governo municipal considerado Democrático-popular, relata o processo de mudança, na

concepção de saúde, do modelo de gerenciar a área saúde e nas estratégias adotadas neste processo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.2 Configuração do Programa Saúde da Família em Belém

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

A estratégia de modificação do modelo de atenção à saúde foi pensada em Belém no final da década de 90, como uma reestruturação de todos os níveis de atenção. A Saúde da Família era apenas uma parte da mudança no modelo de atenção, segundo o gestor na época destas mudanças “foi uma parcela, não foi uma estratégia específica” mudando a lógica do trabalho nas Unidades de Saúde, com criação de vínculo, responsabilização, acolhimento do usuário.

A seguir as diferenças entre o Programa Saúde da Família nacional da Estratégia adotada no município estudado:

- a) No município o PSF é denominado Programa Família Saudável (PFS): a princípio apenas um trocar de palavras para diferenciar do Programa nacional, com diretrizes uniformes, aplicados indistintamente independente da região do país. Na proposta de Belém o foco seria na Família, com o objetivo de colaborar através de várias ações para a

obtenção condições para serem famílias saudáveis. Como referida por NITSCHKE (1999), dentre as condições para ser família saudável está em “ter condições de viver”, trabalho, comida, moradia, dinheiro, condições de praticar esportes, momentos de lazer, amar as pessoas que vivem ao nosso redor e ser amado, olhar mais para a comunidade, saber ouvir, tolerar, refletir, repartir, um relacionamento com o meio ambiente de forma a preservá-lo para as próximas gerações;

- b) A composição da Equipe do PFS era além da equipe mínima com médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, contava com o assistente administrativo e com o auxiliar de serviços gerais, além dos ACS, que dependendo da área a ser trabalhada pela equipe poderia ter até 10(dez) ACS, enquanto a média nacional era de 6 (seis) ACS, devido à dispersão populacional muito grande do município;
- c) O PFS deveria ter maior nível de complexidade de atenção, sendo qualificado pelo apoio das várias Referências do Departamento de Ações em Saúde (DEAS) como Saúde Mental, Bucal, de Medicamentos entre outras;
- d) A escolha dos locais a serem cadastrados pelo PFS era decidida pelo orçamento participativo, uma estratégia de compartilhamento de gestão adotado pelos governos petistas, como relata ARAÚJO NETO (1999):

O Plano Municipal de Saúde (...) é pensado como uma estratégia de planejamento ascendente, participativo e descentralizado, que envolve o segmento de usuários, trabalhadores de saúde e gestores no debate da realidade concreta do município, da área de abrangência de cada Unidade de Saúde – Casa Família e dos Distritos, (...) além de servir como instrumento para negociação nas plenárias de saúde do orçamento participativo.
- e) O PFS foi implantado dentro de Unidades Básicas de Saúde, a fim de causar um impacto positivo na resolutividade, criação de vínculo e humanização na atenção, funcionando como demonstração de um novo modelo de pensar e agir em saúde, segundo o entrevistado E1, como demonstrado no Quadro 3.2:

QUADRO 3.2: EQUIPES DO FAMÍLIA SAUDÁVEL E DO PACS QUE FUNCIONAVAM NAS UMS

DISTRITO	MODELO	LOCALIDADE
DAENT	1 PACS	UMS ÁGUAS LINDAS
DABEN	2 PACS	UMS BENGUI
	2 PACS	UMS CABANAGEM
	1 PACS e 5 PFS	UMS TAPANÁ
	1 PACS	UMS PRATINHA
DASAC	2 PACS	UMS SACRAMENTA
DAOUT	2 PACS	UMS OUTEIRO
	1 PFS	UMS COTIJUBA
DAMOS	2 PFS	UMS CARANANDUBA
	2 PFS	UMS MARACAJÁ
DAGUA	2 PACS	UMS CONDOR
	4 PFS	UMS TERRA FIRME

FONTE: SIAB 2002

Uma das dificuldades relatadas na pesquisa segundo o entrevistado E1, foi à impossibilidade de uma política de remuneração mais adequadas para as UMS, pois os profissionais contratados para o PFS, ganhavam à época até quatro vezes mais que os das Unidades Básicas, gerando um conflito de interesses.

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

O PFS não é considerado “a estratégia de transformação do modelo assistencial” é uma parte do processo de modificação do modelo de atenção, segundo o entrevistado E1 “é uma estratégia que auxilia em alguns casos, não auxilia em outros”

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

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

espaço que produz uma nova cultura organizacional, uma outra lógica de atenção, com novas perspectivas, novos valores, novas formas de lidar com

a relação interna da equipe, com a relação entre a equipe e os usuários, que permite alterar e tencionar várias questões que são estruturantes do Modelo de Atenção. É a grande contribuição que o Saúde da Família pode trazer para a organização da saúde. (E1)

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

Por diversas ocasiões no trabalho junto à Coordenação do PSF, foi ouvido o ditado popular “o uso do cachimbo, faz a boca ficar torta” em alusão a estrutura do PSF onde profissionais e usuários mudariam sua concepção de trabalhar e perceber a saúde segundo um novo modelo de atenção a partir do desenho das Casas Famílias, dos fluxos internos do programa, desde a rotina dos profissionais dividida em dois turnos, um como o trabalho nas Unidades do PSF, com atendimentos individuais, consultas, curativos, entrega de medicamentos e no outro turno visitas domiciliares e palestras na comunidade, trabalhando 8 horas por dia, em período integral para conhecer e criar vínculos com a comunidade cadastrada.

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

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

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

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

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

As Casas Famílias construídas são unidades simples, pensadas inicialmente com um ou dois consultórios, um do enfermeiro e outro do médico, dependendo do número de equipes, uma área do arquivo e recepção dos usuários, uma sala de

vacina, uma sala de curativos, banheiro, copa-cozinha, área para expurgo de materiais contaminados, lavagem e esterilização de material, além de áreas de espera (corredores internos).

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

Em síntese foi realizada revisão teórica em dois subitens: Política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos na OMS, no Brasil e em Belém, através de boletins, manuais técnicos, e legislação pertinentes, assim como as questões relativas ao Programa Saúde da Família como as concepções, experiências e dificuldades enfrentadas, como em FONSECA (1997), LAURELL apud EGRY (1996), MENDES (1999), PEDUZZI (2002), (ABRASCO, 2003), dentre outros.

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

MÉTODOS

Tal como noutros períodos de transição, difíceis de entender e de percorrer, é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, perguntas que, como Einstein costumava dizer, só uma criança pode fazer mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade.

BOAVENTURA SANTOS (1995)

4 METODOLOGIA

4.1 Enfoque e tipo de estudo

A dinâmica dos serviços de saúde, segundo SANTOS FILHO (1999) referente as questões organizacionais são complexas, interferem na capacidade de produzir impactos positivos no quadro de saúde da população atendida. DONABEDIAN *apud* SANTOS FILHO (1999) apresenta três aspectos a considerar no estudo destes serviços:

A estrutura incluiu os recursos humanos, materiais e organizacionais dos serviços. O processo é compreendido como o conteúdo e dinâmica dos cuidados prestados, as relações interprofissionais e com os usuários. Os resultados (output) significam o impacto alcançado junto aos indivíduos e grupos em termos de melhoria de sua situação de saúde e bem-estar.

As discussões no campo do PSF direcionaram o foco do estudo para a estrutura e processo de trabalho das Equipes de PSF quanto às atividades relacionadas ao ciclo da assistência farmacêutica.

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, com pesquisa de campo e documental, (TOBAR, 2001), expondo características da assistência farmacêutica no PSF do Município de Belém, descrevendo suas especificidades, estabelecendo relações entre a valorização incipiente dada às ações de assistência farmacêutica pelos gestores no PSF e o modelo de organização operacional, e a concepção do PSF com a falta e/ou inadequação de medicamentos neste campo.

4.2 Desenvolvimento do estudo

A coleta dos dados foi realizada no período de 2002 a 2003, na Secretaria Municipal de Saúde, a partir de pesquisa documental, cópias das prescrições de médicos e enfermeiros, relatórios entregues à Coordenação do PSF, projetos de capacitação, entrevistas semi-estruturadas e aplicação de questionários aos profissionais envolvidos com o PSF, seja na função gerencial ou executora de ações que envolvem o ciclo da Assistência farmacêutica, como será apresentado em capítulos posteriores.

A pesquisa apresentou como fio condutor, o medicamento “como parte do complexo médico-industrial influenciando na percepção da saúde e da doença, tanto nos profissionais de saúde quanto na sociedade” (SOBRAVIME, 2001. p.56).

Para fins didáticos, a realidade foi recortada a partir das diferenças conceituais entre o Programa Saúde da Família (PSF Nacional) e o Programa Família Saudável (PSF local), chegando ao desenvolvimento do ciclo da Assistência farmacêutica nas equipes do PSF de Belém do Pará.

4.3 Local

O estudo foi desenvolvido no Município de Belém, capital do Estado do Pará, fundada em 12 de janeiro de 1616. Contava com 1.322.682 habitantes, sendo 74% residentes na zona urbana e 26% na zona rural (FIBGE, 2001), distribuídos em uma Região Continental e uma Região Insular (39 ilhas) (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO MUNICÍPIO DE BELÉM, 1999).

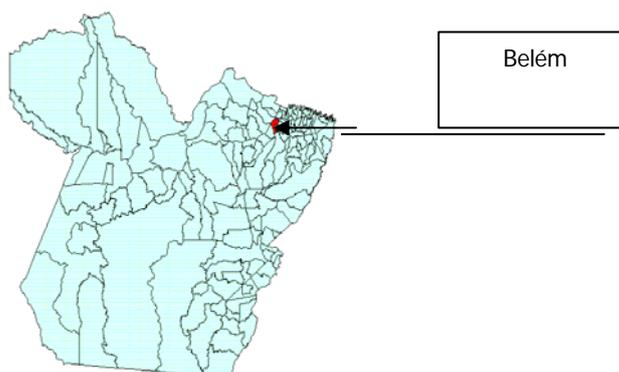


Figura4.1. Posição Geográfica de Belém com relação ao Estado do Pará (IPES.2002)

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

4.4 Fontes de informação

- Documentos: relatórios e manuais da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde, publicações em revistas de Conselhos de Classe,

resumos de apresentações do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e documentos oficiais sobre o Programa Saúde da Família, prescrições de médicos e enfermeiros do PSF;

- Profissionais das Equipes do Programa Saúde da Família (assistentes administrativos, médicos e enfermeiros);
- Farmacêuticos, coordenadores ou executores da Política de Medicamento local;
- Gestor da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SESMA) no período da criação do Programa Saúde da Família em Belém.

4.5 Técnica de coleta

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

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

- 1º. Elaboração do roteiro e posterior realização de seis entrevistas semi-estruturadas com profissionais da SESMA ligados direta ou indiretamente ao PSF, mas envolvidos com a implantação da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica do Município (Quadro 4.1);

QUADRO4.1:PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.

Profissão	Função que exerce/ou exercia na SESMA
Médico (E1)	Ex - Secretário Executivo da SESMA no ano de 1997
Farmacêutico (E2)	Coordenador da Política de Medicamentos do Município de 1997 a 2004
Farmacêutico (E3)	Acompanhou/ participou das equipes do PSF no DAMOS
Farmacêutico (E4)	Trabalhou em UMS de referência para equipes do PSF no DAOUT/ DAICO
Farmacêutico (E5)	Trabalhou em UMS de referência para equipes do PSF no DASAC
Farmacêutico (E6)	Trabalhou em UMS de referência para equipes do PSF no DAENT

Os entrevistados serão identificados ao longo do texto como E1... E6.

2º. Elaboração, validação através de uma equipe de especialistas formada por seis farmacêuticos das UMS, e aplicação do questionário para os profissionais do PSF, o questionário continha questões abertas e fechadas sobre a descrição das etapas do ciclo da assistência farmacêutica desenvolvidas nas Casas Famílias:

Foram entregues 51 questionários entregues a três categorias profissionais: médico, enfermeiro e assistente administrativo, dos quais 26 (vinte e seis) foram devolvidos, de 10 (dez) Casas Família (ANEXO 6), com amostra de cinco Distritos Administrativos (DAICO, DAOUT, DABEN, DAMOS e DASAC).

3º. Elaboração e seleção dos aplicadores do instrumento e preenchimento do formulário de avaliação das prescrições no PSF, recolhidas em visitas as Unidades do PSF, no total de duas mil prescrições, para serem avaliadas posteriormente.

4º. Pesquisas documentais junto à SESMA e Ministério da Saúde, relativos às questões dos medicamentos no PSF.

5º. Análise de 2.000 (duas mil) prescrições colhidas das casas famílias.

4.6 Análise dos dados

Parte mais complexa do estudo, envolvendo o processo de consolidar o material coletado, separado pelas diversas ferramentas usadas na coleta dos dados.

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

1º. Ordenação dos dados: das entrevistas, dos questionários, dos formulários e dos documentos institucionais referente à assistência farmacêutica no PSF: transcrição das fitas-cassetes; releitura do material; organização dos relatos em: concepção do PSF e de assistência farmacêutica desenvolvidos no município, a questão dos medicamentos no PSF, problemas e perspectivas de solução das dificuldades vivenciadas sobre os medicamentos.

2º. Classificação dos dados: o dado, de acordo com MINAYO (1996), “é construído, fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e

dirigidas ao campo e num processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador”.

- a) leitura flutuante dos textos: pontuando as idéias centrais apresentadas sobre o tema em estudo;
- b) constituição de vários “corpus” das informações: entrevistas com os gestores de saúde e com profissionais responsáveis pelos medicamentos nas UMS (usando complementarmente o Instrumento de Análise de Discurso) ; relato dos profissionais que trabalham nas Unidades do Saúde da Família, sobre as condições de trabalho e desenvolvimento das atividades ligadas aos medicamentos no PSF, da ausência de medicamentos básicos; do relato documental de experiências consideradas inovadoras quanto aos medicamentos como o programa de fitoterapia e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na promoção do uso correto de plantas medicinais e de medicamentos;
- c) Após leitura exaustiva das entrevistas semi-estruturadas dos farmacêuticos, foi feita a tabulação dos depoimentos verbais, convertendo as Idéias Centrais e expressões chave obtidas de algumas respostas das questões abertas em uma mesma fala, como se fosse de apenas um sujeito, o chamado Discurso dos Sujeitos Coletivos (DSCs) (LEFÈVRE, 2002);
- d) A análise das dificuldades relatada pelos pesquisados foi realizada através da técnica do Diagrama de causa e efeito ou “espinha de Peixe” ou “diagrama de Ishikawa”, a fim de identificar, e ressaltar as possíveis causas de um determinado problema (TAJRA,2003).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Uma análise do material recolhido busca atingir a três objetivos:
- ultrapassagem da incerteza : o que eu percebo na mensagem, estará lá realmente contido? Minha leitura será válida e generalizável?- enriquecimento da leitura: como ultrapassar o olhar imediato e espontâneo e já fecundo em si, para atingir a compreensão de significações, a descoberta de conteúdos e estruturas latentes? - e integração das descobertas que vão além da aparência, num quadro de referência da totalidade social no qual as mensagens se inserem.

BARDIN in MINAYO (1996)

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Organização da Assistência farmacêutica no PSF

Neste item, foram consolidados os dados e as falas, não descritas em uma ordem cronológica, mas na medida que os elementos foram sendo consolidados interligados. O ciclo da assistência farmacêutica por ser dividido em etapas para fins didáticos, ocorrendo concomitantes, dependendo da Política adotada pelos gestores.

A definição da Política de Assistência Farmacêutica foi desenvolvida para minimizar um problema de suprimento nas Unidades. Segundo nosso entrevistado (E1) faltavam muitos insumos, e os medicamentos que eram estratégicos também viviam em falta.

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

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

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

Onde há este tipo de evidência, ela fornece uma poderosa ferramenta para pensar sobre o que é adequado e inadequado na prestação de serviços clínicos, não importando se o serviço é de atenção primária ou especializada. (...) O argumento de que 'a evidência' deveria ser a base para a prática médica fornece a fundamentação para o desenvolvimento de diretrizes clínicas para essa prática. (STARFIELD, 2002,p.462)

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

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

A noção de desconcentração da dispensação de medicamentos marcou profundamente a lógica dos medicamentos nas Casas Famílias, projetos como as “farmácias comunitárias”⁵ do Ministério da Saúde, ou as “farmácias distritais” no município, tiveram pouca adesão dos gestores, pois estas propostas foram vistas como centralizadoras, dificultando o acesso aos medicamentos, principalmente no PSF, segundo relatos informais de profissionais ligados ao Programa.

5. 1.1 Recurso financeiro da Assistência Farmacêutica Básica

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

No município estudado foi relatado que a relação de medicamentos essenciais ou padrão de consumo do PSF foi constituída pelo Kit PSF do Ministério da Saúde, assim como pelo Programa Hiperdia⁶.

Segundo PMB (2003,p.9) o Município estava em Gestão Plena do Sistema Municipal, habilitado pela deliberação: CIB N.º 77, de 09 / 03 / 98 Portaria MS Nº2564, de 04 / 05 / 98. Portanto recebendo os recursos para a assistência farmacêutica básica nos valores anuais de acordo com a Tabela 5.3:

⁵ BRASIL.Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Farmácia Comunitária do SUS: uma estratégia para organização dos serviços. Brasília, 2002. (Mimeo);

⁶ HIPERDIA - Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, (Portaria GM N.º 371) e estabelece repasse de medicamentos (Hidroclorotiazida, captopril, propranolol, metformina e glibenclamida) pelo Ministério da Saúde diretamente aos municípios, mediante cadastro dos pacientes pelas Unidades Ambulatoriais.

TABELA 5.1– INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA DE BELÉM

Consolidação Custos (valor anual)				
Valores Ações	DA UNIÃO	DO ESTADO	DO MUNICÍPIO	TOTAL
Assistência Farmacêutica	R\$ 1.322.682,00	R\$ 661.341,00	R\$ 661.341,00	R\$ 2.645.364,00

Fonte: Política de Municipal de Medicamentos e Assistência Farmacêutica Básica, PMB-2003

Está em discussão na Câmara Técnica de Medicamentos da Atenção Básica a ampliação do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica com a conseqüente extinção do KIT PSF. Não basta brigarmos por mais recursos, precisamos modificar a maneira de gerenciar os serviços e de se trabalhar em saúde (MERHY *et al*, 1994,p.118), compreender o valor do medicamento para a saúde.

5.1.2 Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica Municipal para o PSF

5.1.2.1 Concepção do medicamento no PSF

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

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

Enquanto na Unidade de Saúde existia uma farmácia, com profissionais para fazer a dispensação dos medicamentos, nas Casas Famílias o medicamento deveria ser entregue na própria consulta, de prescritor para paciente ou responsável por este. O caminho mais fácil, não implica no caminho mais seguro.

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

O medicamento não é só um objeto técnico, ele também representa satisfação psicológica e sociológica na relação médico-paciente, do senso comum de que para

cada “mal estar” existe um medicamento, representa a capacidade de intervenção de um médico frente a um problema de saúde do paciente (DUPUY, 1979. p 181).

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

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

LEFÈVRE (1991,p.18) estudioso das várias dimensões que o medicamento se apresenta no imaginário da sociedade, descreve que na sociedade brasileira o medicamento possui três dimensões principais: um agente farmacológico, uma mercadoria e um símbolo. Não podemos relegar o papel que o medicamento possui na cura, controle e prevenção das doenças, apenas à alienação e dominação ou ainda simbólica que ele representa.

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

No Quadro 5.1, são representadas as dimensões do medicamento na sociedade, obtidas dos discursos dos entrevistados:

QUADRO 5.1: DIMENSÕES DO MEDICAMENTO NA SOCIEDADE

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

Esta posição de acesso ao medicamento, como mais cômoda ao usuário, não é demonstrada na prática, pois os estudos realizados demonstram a dispensação de medicamentos por outros profissionais como assistente administrativos, não capacitados ou orientados sobre a dispensação de medicamentos, como crítica do ponto de vista do uso correto de medicamentos, pois há diferenças entre entregar e orientar sobre o uso de forma correta.

DUPIM (1999) enfatiza a necessidade de verificar a existência de pessoal qualificado “para realizar a abordagem do paciente, a análise da prescrição, a inspeção física dos medicamentos dispensados, a orientação e educação ao paciente e como se registram os medicamentos dispensados.”

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

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

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

Parte do princípio de que o programa saúde da família é uma estratégia da invenção do modelo de saúde, ou seja, saia do modelo biomédico que é individualista centralizado e especialista, que passa para o modelo da promoção. Pra mim o fato do medicamento continuar como central não está havendo inversão do modelo. Entrevista (E2)

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

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

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

Através dos relatos anteriores percebemos uma mudança quanto à concepção de saúde no enfoque da promoção e prevenção de saúde:

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

O desprestígio da questão do medicamento está ligada a construção mental de que o PSF não deveria tratar doenças, portanto não deveriam ter medicamentos.

Isso se deve em parte a confusão criada de que o uso de medicamentos na prevenção, cura ou alívio de situações mórbidas, podem encobrir os fatores causadores de doença derivados da ação do homem (LEFÈVRE,1991,p.51).

Contraditoriamente, a experiência e a convivência com os usuários do PSF em Unidades Básicas (UMS), fez com que estes mesmos profissionais reconhecessem a importância da garantia o acesso aos medicamentos a este seguimento:

'Ah, a pessoa ta doente' tratar doença é na Unidade Básica, vai se consultar e se tratar, só que hoje em dia não é feito isso, hoje em dia o PSF ele faz consulta eu te digo que ele faz consulta porque chega gente com receita lá, é receita de tudo: hipertenso, diabético, tuberculose, hanseníase, tudo sem distinção, qualquer tipo de doença. Então não é bem uma promoção e prevenção da saúde, você não só previne e promove, você também ta tratando quem você encontra doente naquela área. Entrevista (E4)

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

No Quadro 5.2, adaptado de LEFÈVRE (2000, p.49-54), apresenta os temas, e as idéias centrais das entrevistas analisadas, para retratar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), para deixar transparecer o discurso presente entre os farmacêuticos sobre PSF. Sobre a estrutura da Casa Família, as dificuldades das UMS de referência em relação às equipes do PSF, o papel da assistência farmacêutica nas ações de saúde, a inversão do modelo de assistência e o conceito de assistência farmacêutica e atenção farmacêutica:

QUADRO 5.2: DSC SOBRE A ESTRUTURA DAS CASAS FAMÍLIAS

Tema	Idéias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Estrutura da Casa Família:	<p>O medicamento não foi considerado como bem sanitário no planejamento do PSF:</p> <p>Condições inadequadas para o armazenamento de medicamentos:</p> <p>Condições de trabalho precárias:</p> <p>Falta de Informação dos profissionais quanto ao descarte de medicamentos vencidos ou avariados e legislação de medicamentos de controle especial:</p> <p>Falta um responsável pelo medicamento na Casa Família:</p> <p>Dicotomia entre a resolução do atendimento e o abastecimento existente (quantidade e qualidade):</p> <p>Falta um controle maior do estoque de medicamentos:</p>	<p>O medicamento não é percebido no PSF como um bem sanitário, as casas famílias não foram projetadas para acomodar ou dar condições de armazenamento, segurança e de qualidade aos medicamentos. É comum medicamentos estarem sendo armazenados no banheiro ou em outros locais inapropriados.</p> <p>Já foram recolhidos medicamentos das casas famílias dentro do prazo de validade, mas estragado, as condições são as piores possíveis, é um quartinho que não tem ventilador, não tem nada, uma “gradezinha” e tudo entocado, um “cubiculozinho”, os medicamentos ficam encostado na parede, aquela parede de cimento e leite junto, aquelas sacas de leite, aquelas garrafas de álcool e os medicamentos todos amontoados .</p> <p>O programa de saúde da família é uma teoria muito bonita, com uma idéia pra ajudar muito o povo, mas na hora de implementar, de colocar em prática faltou estruturação, as condições de trabalho são precárias, o SUS também não estava preparado para receber essas casas famílias.</p> <p>Há uma falta de informação, alguns profissionais não sabem o que fazer com o medicamento, quando estão estragado, não sabem pra onde mandar, nem como é pra fazer nem nada, os médicos que clinicam, que atendem nos (PSF's) eles não tem receituários azul, não tem receitas de controle, quando eles vão passar talidomida não tem aquela ficha de responsabilidade médica e nem tão pouco aquela de orientação ao paciente.</p> <p>Não tem uma pessoa responsável pelos medicamentos, não há levantamento das necessidades daquela área, ninguém que se responsabilize, quando não tem na casa família encaminha para a Unidade Básica mais próxima.</p> <p>Não existe você entrar numa comunidade que nunca teve um apoio, “a criança ta lá cheia de verme, botando verme pela boca”, você vai chegar lá, “mãezinha põe a sandália nele e não vai passar um remédio pra ele?” Não existe isso “;</p> <p>O programa saúde da família não consegue fazer a prevenção, ele clinica, prescreve o medicamentos, mas o SUS não comporta, porque não estava preparado pra atender essa demanda nova de atendimento e as casas famílias não recebem o medicamento suficiente.</p> <p>Você tem uma criança que está doente, esta com febre, com vômito, com qualquer sintoma que ela precisa ser medicada, então se você tem o atendimento, esta disposto, tem acesso, você tem o médico, você tem o enfermeiro, então você tem condições plenas de fazer o atendimento, fazer uma dispensação, fazer o acompanhamento daquele paciente, mas não tem o medicamento, tem que encaminhar para a Unidade Básica para resolver o problema de saúde daquela criança, assim não dá.</p> <p>No PSF, acho que a enfermeira é quem entrega, os medicamentos que tem lá, agora se é feito controle, se eles tem controle absoluto, porque “tu sabes que um problema muito grande é funcionário, eu recebo o medicamento é uma briga com funcionário, porque o que tem de funcionário com receita, querendo pegar medicamento, é muita gente, e é pro tio, pro primo, pro sobrinho, então você tem que dar uma de chata, porque tu diz não pro funcionário, não dá, não tenho, vou te dar só um pouco, até os médicos querem levar medicamentos são pessoas que podem comprar, mas querem levar de graça.</p>

Os Farmacêuticos entrevistados das Unidades Municipais de Saúde do DAMOS, DAICO, DASAC e DAENT, sentem as mesmas dificuldades quanto ao recebimento da demanda do PSF, descritas no DSC do Quadro 5.4:

QUADRO 5.3: DSC SOBRE AS DIFICULDADES DAS UMS PARA ATENDER AO PSF

Tema	Idéias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Dificuldades encontradas na Unidade de Referência (UMS) para atender ao PSF:</p>	<p>Baixo salário, demanda elevada:</p> <p>Falta de conhecimento da demanda real de pacientes do PSF:</p> <p>Falta de recursos para funcionar como apoio do PSF:</p> <p>Espaço físico inadequado da Farmácia da UMS:</p> <p>Falta de uma política de valorização dos recursos humanos:</p> <p>Prescrições inadequadas:</p>	<p>As condições de trabalho, que não é só no PSF, as Unidades Básicas também passam pela mesma situação, são condições gritantes, (...) porque o funcionário se estressa, o paciente se estressa, porque você trabalha no calor, a demanda é muito grande pro numero pequeno de pessoas pra atender, aquilo causa um “estresse” e as condições realmente de trabalho que você não tem, se você tivesse uma estrutura pra trabalhar seria totalmente diferente, acho que o agravante hoje é isso, e pelo fato do município pagar pouco ele não tem os melhores profissionais ele tem os profissionais que ele pode pagar.</p> <p>não temos o controle de quantos pacientes são encaminhados do PSF, por não ter o medicamento disponível na Casa Família, não temos como fazer previsão do pedido de medicamentos para UMS.</p> <p>o Sistema do Serviço Público não tem como absorver toda demanda, há uma carência de médicos, a uma carência de consultas, uma carência de vagas, agora também o que dá pra perceber que é complicado você fazer promoção e prevenção da saúde, numa população que é pobre, miserável mesmo, porque falta tudo.</p> <p>A farmácia da UMS também não é um ambiente propício para o paciente ficar recebendo medicamento, é desumano as condições que existem, é quente na farmácia, é quente na Unidade, não tem espaço pra você atender o paciente é uma janelinha assim, é um buraco na parede que fizeram, pra você atender todo aquele pessoal, e fica todo mundo misturado, gestante, idoso, tuberculoso, gente com hanseníase, gente gripada, tossindo, todo mundo misturado aquilo ali é um meio de contaminação muito grande, não era pra funcionar daquele jeito, e só pelo fato de eu ter essa consciência quando eu vejo aquilo já me estressa.</p> <p>não temos pessoas pra trabalhar dentro da farmácia, não tem funcionário, e o único funcionário que eu tenho dentro da farmácia se estressa porque é uma demanda imensa pra ele atender, ele não consegue sair no horário dele, ele não consegue trabalhar direito no outro emprego, a Prefeitura paga pouca a gente tem que trabalhar em outro lugar, pra sobreviver e não consegue estudar.</p> <p>A dificuldade maior que eu tenho visto infelizmente é em termo da prescrição do AIDPI (Programa de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância) tem medicamentos que entram e saem da lista, então nós aqui, não recebemos uma lista atualizada, a última vez que eu conversei com a enfermeira que tinha feito uma atualização, ela falou pra mim que tinha entrado novos medicamentos, só que muitas das vezes tem enfermeiros que respeitam o que eles podem prescrever e outros não eles extrapolam.</p> <p>As enfermeira prescrevem razoavelmente bem, mas às vezes prescrevem e não sabem nem o nome do medicamento direito, escrevem errado o nome do remédio, é complicado, mas aí a gente vai lá olha esta errado aqui não é esse nome, já teve enfermeira que foi lá comigo e perguntou qual é a (posologia) de cada medicamento que ela pode prescrever esta no (AIDPI) mas ela não sabe como prescrever, aí quer dizer não recebeu treinamento, ai eu digo pega a parte do (AIDPI) lê, esta aí , então abro a folha e digo esta aqui o remédio assim: passado de 6 em 6 horas, criança de 0 a 5 anos é assim que tu podes prescrever segundo o (AIDPI).</p>

No Quadro 5.3, Dentre as principais dificuldades apresentadas pelas UMS de referência ao PSF está a dificuldade em conhecer a real demanda a atender de pacientes do PSF, e também não houve um planejamento para estruturar as Unidades de Referência porque não há medicamento, recursos humanos e estrutura física adequada para o atendimento do PSF, assim como uma interlocução entre casas família e UMS, inclusive do ponto de vista técnico, com recebimento de prescrições de enfermagem inadequadas. Este ponto está em debate nos serviços de saúde, a normatização e divulgação do elenco de medicamentos prescritos pelos

enfermeiros, respaldada pelo Conselho de Classe desta categoria.

QUADRO 5.4: DSC SOBRE O PAPEL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS CASAS FAMÍLIAS

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

Nos Quadros 5.4 e 5.5, a assistência farmacêutica assumiu um papel fundamental na garantia da integralidade do atendimento aos usuários do PSF e a presença do farmacêutico facilita a organização e minimiza as perdas com recursos e aumenta a eficiência do atendimento. Ao falar de assistência farmacêutica o enfoque ainda é no abastecimento e na dispensação de medicamentos.

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

QUADRO 5.5: DSC SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO PADRÃO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS

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

A discussão de atenção farmacêutica é recente, muitos farmacêuticos ainda não têm o conceito de Assistência Farmacêutica distinto de Atenção Farmacêutica como é observado no Quadro 5.6, abaixo:

QUADRO 5.6: DSC SOBRE CONCEITO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA

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

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

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

Como o campo de pesquisa é dinâmico desde o início do estudo até as primeiras conclusões a presença do farmacêutico como apoio às ações do PSF passou de um

membro da Coordenação Geral do PSF, a Coordenadores Distritais da Assistência Farmacêutica, e no final de 2004, houve a extinção direta do farmacêutico no PSF.

No Quadro 5.7, o DSC reafirma a inversão do modelo de atenção ampliando o foco da saúde na busca de melhores condições de vida para a população atendida, como sendo um dos princípios básicos a serem trabalhados pelo PSF, trabalhando com medidas educativas. Mas a simplificação da assistência põe em risco a estratégia da Saúde da Família, por não fornecer atendimento integral à saúde.

QUADRO 5.7: DSC SOBRE A INVERSÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

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

Neste sentido a Prefeitura de Belém desenvolveu ações intersetoriais que

tiveram como pontos convergentes o uso de recursos naturais como fonte de geração de emprego e renda, aliada a Política de Saúde, Meio Ambiente e de Economia, através dos Projetos de Desenvolvimento Infantil no Santana do Aura – Belém,⁷ e do Projeto Farmácia Nativa em parceria com a Prefeitura italiana de Pontassieve e com a Região da Toscana, descrito posteriormente.

Experiências consideradas inovadoras quanto aos medicamentos como o programa de fitoterapia e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na promoção do uso correto de plantas medicinais e de medicamentos.

5.1.3. Relação de Medicamentos Essenciais para o PSF

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

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

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

Na Prefeitura de Belém na – Coordenação de Política de Medicamento e Assistência Farmacêutica (SESMA,2003,p.8) são listados como critérios usados na

⁷ BELÉM. SESMA. Projeto de Desenvolvimento Infantil no Santana do Aura.2000. O projeto foi iniciado em 2000 e a partir de 2002 contou com o financiamento da UNICEF. Foi desenvolvido em uma área próxima ao lixão da cidade, com ações desenvolvidas de promoção à saúde, com atendimentos médicos, nutricionais, de enfermagem, farmacêuticos, com o desenvolvimento de hortas comunitárias de plantas medicinais, hortaliças e criação de pequenos animais para fins de comercialização e suprir as carências nutricionais das crianças da área atendidas pelo PSF. Teve como objetivo geral: garantir condições favoráveis de desenvolvimento para as crianças de 0 a 6 anos da comunidade de Santana do Aura, e os Objetivos específicos foram: reduzir os agravos à saúde nas crianças de 0 a 6 anos possibilitando impacto sob a morbi-mortalidade; suprir as carências nutricionais nas crianças e gestantes de baixo peso; superar atraso de crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos; gerar alternativa alimentar e econômica para as famílias alvo do projeto; introduzir o uso de plantas

seleção de medicamentos essenciais do município: diagnóstico do perfil de morbidade; protocolos de tratamento; conhecimento e utilização de protocolos de tratamento; relação de medicamentos essenciais do serviço, conhecimento e utilização da Relação de Medicamentos Essenciais, Memento Terapêutico e protocolo de inclusão e exclusão de medicamentos.

A lista de medicamentos essenciais do município varia quantitativa e qualitativamente de acordo com a complexidade e clientela atendida de cada nível de atenção. Em todas as Unidades Básicas e Pronto Socorros haviam pelo menos um farmacêutico responsável, num total de 76 (setenta e seis), inclusive na coordenação do PSF.

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

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

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

A primeira relação (padrão mensal) de medicamentos continha 138 (cento e trinta e oito) itens e a partir do Kit padronizado para o PSF foi reduzido para 35 itens, saindo todos os medicamentos injetáveis usados para urgências ou para pequenas cirurgias. Estava em discussão a reformulação do Padrão do PSF, pois não havia consenso entre as Referências Técnicas e profissionais ligados ao PSF, pois o grau de resolutividade está diretamente ligado a estrutura física e de recursos disponíveis

medicinais e da fitoterapia como alternativa terapêutica e econômica nos agravos da saúde; despertar à comunidade para o papel de co-gestor e contribuir para a redução de impactos sócio-ambientais.

para resolver os problemas de saúde da população atendida.

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

O que verificamos quanto aos padrões de medicamentos do PSF foi a aplicação de uma fórmula matemática: foi estabelecido um elenco de medicamentos e um quantitativo referente ao consumo de um mês, de uma equipe do PSF, a partir de então se uma Casa Família abrigava uma equipe, seria um padrão de medicamentos, se fossem duas – duas vezes o mesmo padrão, e assim conseqüentemente para três ou quatro equipes (estas informações foram obtidas através do estudo comparativo dos padrões de consumo das Casas Famílias).

Essa fórmula de estabelecer os padrões de consumo do PSF, de maneira uniforme, pode facilitar inicialmente a programação de estimativa de compras destes itens, mas traz problemas do ponto de vista da otimização dos recursos, pois faltam ou sobram medicamentos, como demonstramos a seguir nas Tabelas 5.4 e 5.5:

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

TABELA 5.4: MEDICAMENTOS DO PSF NÃO SOLICITADOS NO PADRÃO MENSAL DO PROGRAMA⁸

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO PSF	UND	Nº Casas Famílias que não fizeram pedido do produto	%
1. Ac. Acetil salicílico 500 mg: aas - comprimido	Com	12	48 %
2. Fenoterol 20ml 7,5mg/5ml - solução oral	Fr	22	88 %
3. Furosemida 40mg - comprimido	Com	7	28 %
4. Neomíцина 5 mg + bacitracina 250 u.i bisnaga 15g/20g - pomada	Bis	10	40 %
5. Penicilina g procaína + potássica 300.000 ui + 100.000 ui + diluente - fa	Fa	19	76 %
6. Propranolol, cloridrato 40mg. - comprimido	Comp	14	56 %

⁸Dados obtidos do estudo de abastecimento nas Casas Família realizado no período de 23 de abril a 13 de maio de 2003, a partir das solicitações dos padrões mensais de consumo de medicamentos entregues no Departamento de Recursos Materiais (DRM) da SESMA.

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

TABELA 5.5: MEDICAMENTOS DO PADRÃO MENSAL DO PSF NÃO FORNECIDOS PELO DRM⁹

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

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

Devemos observar se o desabastecimento destes produtos pode estar relacionado a uma sub-estimativa, não considerando a demanda de cada Unidade de Saúde da Família.

5.1.3.1 KIT do PSF

A inserção da assistência farmacêutica no PSF foi dada pelo elenco de medicamentos destinados as equipes do PSF, seja na distribuição trimestral ou no incentivo à criação de equipes com a disponibilização inicial de um Kit do PSF para a nova equipe (Uma dificuldade apontada quanto aos medicamentos essenciais trata-se dos pacotes prontos do Ministério da Saúde, como do HIPERDIA, KIT do PSF (Farmácia Popular), Programa Saúde da Mulher e de Saúde Mental, pois a composição quantitativa e qualitativa eram os mesmos para todo o país. A concepção de “pacote” , segundo relatos colhidos nas visitas as Unidades do PSF, sugerem que o Ministério da Saúde ainda trabalha com a lógica da antiga CEME, comprar e

distribuir, levando ao desperdício de recursos. Um exemplo é o próprio Kit do PSF, entregue trimestralmente, proporcional ao número de equipes cadastradas no SIAB, independente do perfil nosológico.

Em 2003 o Ministério da Saúde entregou ao município de Belém, um total de 250 (duzentos e cinquenta) Kits do Incentivo à Assistência Farmacêutica vinculados ao PSF (BRASIL,2004b). Segundo comparação entre o padrão de consumo de medicamentos de uma equipe do PSF e o elenco do Kit (corresponde a três meses de medicamento para uma equipe), existe uma variação quantitativa significativa entre os dois padrões, mais da metade dos itens entregues no Kit PSF. Alguns itens tem mais de 400% a mais do quantitativo do padrão do município, como demonstramos na Tabela 5.6.

A Tabela 5.6, compara o padrão de consumo mensal de medicamentos do PSF com o padrão do Kit de medicamentos do PSF entregue trimestralmente ao município pelo Ministério da Saúde, de acordo com o nº de equipes do PSF cadastradas no SIAB, nos indica que pode estar havendo desperdício de recursos, por inadequada estratégia de abastecimento às equipes do PSF.

TABELA 5.6: comparação entre o padrão de consumo mensal de medicamentos do PSF x padrão do Kit PSF

Item	Medicamentos	Unidade	Padrã o mens al do PSF	KIT Trimestral	KIT /Mês	% quantitativo do KIT sobre o padrão mensal do PSF
1.	Ac. Acetil salicílico 100 mg - comprimido	COMP	700	1000	333	48 %
2.	Aminofilina 100 mg - comprimido	COMP	40	500	167	417 %
3.	Amoxicilina susp. 250 mg frs 60 ml	FR	60	100	33	56 %
4.	Ampicilina cáps.500mg	CÁP	1000	500	167	17 %
5.	Benzoato de benzila 25% fr. 100ml	FR	40	50	17	42 %
6.	Captopril 25 mg -comprimido	COMP	300	500	167	56 %
7.	Cimetidine 200mg. - comprimido	COM	150	1000	333	222 %
8.	Dexametasona 1% / 10g - creme	BIS	50	100	33	67 %
9.	Glibenclamida 5mg - comprimido	COM	40	500	167	417 %
10	Hidroclorotiazida 50mg. - comprimido	COM	300	2000	667	222 %
11	Mebendazol 100 mg - comprimido	COM	600	300	100	17 %

⁹ Idem.

Item	Medicamentos	Unidade	Padrã o mens al do PSF	KIT Trimestral	KIT /Mês	% quantitativo do KIT sobre o padrão mensal do PSF
12	Mebendazol 100 mg. / fr. 30ml - suspensão oral	FR	250	50	17	7 %
13	Metildopa 500 mg - comprimido	FR	250	500	167	67 %
14	Metronidazol 250 mg - comprimido	COM	400	500	167	42 %
15	Neomicina 5 mg + bacitracina 250 u.i bisnaga 15g/20g - pomada	BIS	200	50	17	8 %
16	Paracetamol 200 mg / fr. 15 ml - gotas	FR	30	100	33	111 %
17	Paracetamol 500 mg - comprimido	COM	400	500	167	42 %
18	Propranolol, cloridrato 40mg. - comprimido	COMP	100	1000	333	333 %
19	Sulfato ferroso 300mg - drágea	DRAG.	400	1000	333	83 %

Coelho¹⁰ (2003) refere-se a Política adotada pelo Ministério da Saúde, através dos “Kits” como estratégia fragmentada, com pouco impacto sobre a saúde da população:

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

Outro exemplo é o Kit Saúde da Mulher, entregue pelo Ministério da Saúde aos Municípios, o quantitativo é insuficiente e os municípios não complementam esta demanda, havendo a falta de itens essenciais como o relato em SESMA - PSF (2001)¹¹ no qual profissionais de uma Unidade do Saúde da Família comunicavam a suspensão do Programa de Planejamento Familiar, por não ter medicamentos anticoncepcionais em número suficiente para atender a demanda.

5.2 Ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF

Segundo MARIN (2003,p.129-130) “todos os componentes do ciclo da Assistência Farmacêutica podem e devem contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos”, uma tarefa prioritária para organizar os serviços de atenção

¹⁰ COELHO, Clair Castilhos. *De Bagdá a Brasília*, 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Caderno da Conferência, Brasília, 2003.

básica, seria o de resgate as atividades pertinentes a assistência farmacêutica que encontram-se dispersas e desestruturadas.

E uma das indagações deste estudo, é responder as questões de como é feita a Gestão do Medicamento no PSF? Como são efetuadas as diversas etapas envolvidas no ciclo da assistência farmacêutica no PSF? Quais são as atribuições e competências dos membros das equipes nestas etapas?

Para responder a estas questões, será apresentado a estruturação das Casas Famílias e posteriormente a organização do ciclo da assistência farmacêutica no PSF:

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

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

5.2.1 Caracterizações das Casas Famílias

O tipo de situação do imóvel, na Tabela 5.7, tem uma relação direta com a estrutura das Casas Famílias, porque as construídas além de estarem em melhores condições de conservação, apresentam áreas desenhadas segundo as necessidades pensadas para o programa, enquanto que casas alugadas representam um problema na adaptação de espaços para funcionar como uma Unidade de Saúde. A escolha das “casas” obedece à localização da área de atuação da equipes, como prioritariamente o PSF foi implantado em áreas pobres da cidade, até a construção das Unidades definitivas foram constatados precárias condições de algumas Casas Famílias e de acordo com o tamanho da casa eram “criados” serviços, como a farmácia que no projeto inicial não seria necessária pois os medicamentos ficariam apenas nos consultórios médicos e de enfermagem.

TABELA 5.7: LOCALIZAÇÃO E SITUAÇÃO DO IMÓVEL DA CASA FAMÍLIA

LOCALIZAÇÃO	SITUAÇÃO DO IMÓVEL		Nº CÔMODOS
	CONSTRUÍDA	ALUGADA	
1. DAICO		X	07
2. DAICO		X	12
3. DABEN	X		14
4. DABEN	X		15
5. DAOUT	X		10
6. DAOUT	X		11
7. DAICO	X		15
8. DAMOS	X		11
9. DAICO		X	07
10. DASAC		X	11

¹¹ SESMA - PSF. Documento enviado à Coordenação do PSF.Belém.2001.(Mimeo)

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

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

5.2.2 Serviços oferecidos à comunidade

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

5.2.3 Perfil dos profissionais do PSF

Na Tabela 5.8, são apresentados os profissionais que responderam aos questionários (**ANEXO 3**), o Gênero feminino foi predominante com 77% da amostra, havendo uma paridade entre as três categorias analisadas: médicos, enfermeiros e assistentes administrativos. A idade dos profissionais variou de 23 a 52 anos de idade, de recém formados a aposentados. O tempo de participação nas equipes do PSF variaram de 3 anos (desde o início da implantação do programa) a 1 mês, o vínculo empregatício via Instituição conveniada, embora alguns entrevistados referirem ser funcionários públicos/CLT.

TABELA 5.8: PERFIL DOS PROFISSIONAIS PESQUISADOS

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

Os Agentes administrativos antes de trabalharem no PSF exerceram funções administrativas ou até como locutor de rádio, músico, enquanto que médicos e enfermeiros já haviam trabalhado em outros níveis de atenção ou ainda estavam no seu 1º emprego.

Um dos problemas relatados por TRAD (2003) é a alta rotatividade dos

profissionais em decorrência tanto da não identificação com as normas do programa como com as condições de trabalho.

Quando indagados sobre as atividades desenvolvidas no PSF, os profissionais relataram grande número de atividades, tempo curto para realizar tarefas, aumentada demanda de atendimento, e acúmulo de funções de outros profissionais. Demonstrado no Quadro 5.8:

QUADRO 5.8: ATIVIDADES REALIZADAS NO DIA-A-DIA DA CASA FAMÍLIA

MÉDICO	ENFERMEIRA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
Consultas médicas, principalmente aos grupos prioritários; Visitas domiciliares	Consultas de enfermagem (planejamento familiar, TB, MH, AIDPI); Visitas domiciliares; Educação continuada; Supervisão do corpo de enfermagem;	Serviço de administrativo; Acolhimento à comunidade; Controle da frequência; Atendimento de farmácia; Entrega de vale-transporte e contra-cheque; Serviços externos; Auxiliar de médicos, enfermeiros, técnicos e ACS sobre impressos e etc...

5.2.4 Atividades desenvolvidas pelos profissionais do PSF na gestão de medicamentos

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

A Tabela 5.9, demonstra que o médico participa predominantemente na prescrição e orientação do uso de medicamentos e pouco nas outras atividades.

TABELA 5.9: Atividades desenvolvidas no ciclo da Assistência

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	MÉDICO	ENFERMEIRO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
Seleção dos medicamentos padronizados para o PFS.	03	02	03
Recebimento de medicamentos.	02	04	10
Armazenamento/ Estocagem de medicamentos.	02	04	10
Conservação de medicamentos.	01	02	07
Programação de medicamentos (padrão mensal de medicamentos).	02	05	08
Controle de estoque de medicamentos.	01	01	06
Distribuição de medicamentos para os diversos setores.	—	01	07
Prescrição de medicamentos.	08	08	—
Orientação do Uso Correto dos medicamentos.	07	07	01

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	MÉDICO	ENFERMEIRO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
Dispensação/ Entrega dos medicamentos ao paciente/ usuário.	04	05	09
Controle de Qualidade de medicamentos.	02	02	03

O enfermeiro é o profissional de nível superior, que atua em todas as etapas e o assistente administrativo participa de todo o processo, com exceção da prescrição de medicamentos.

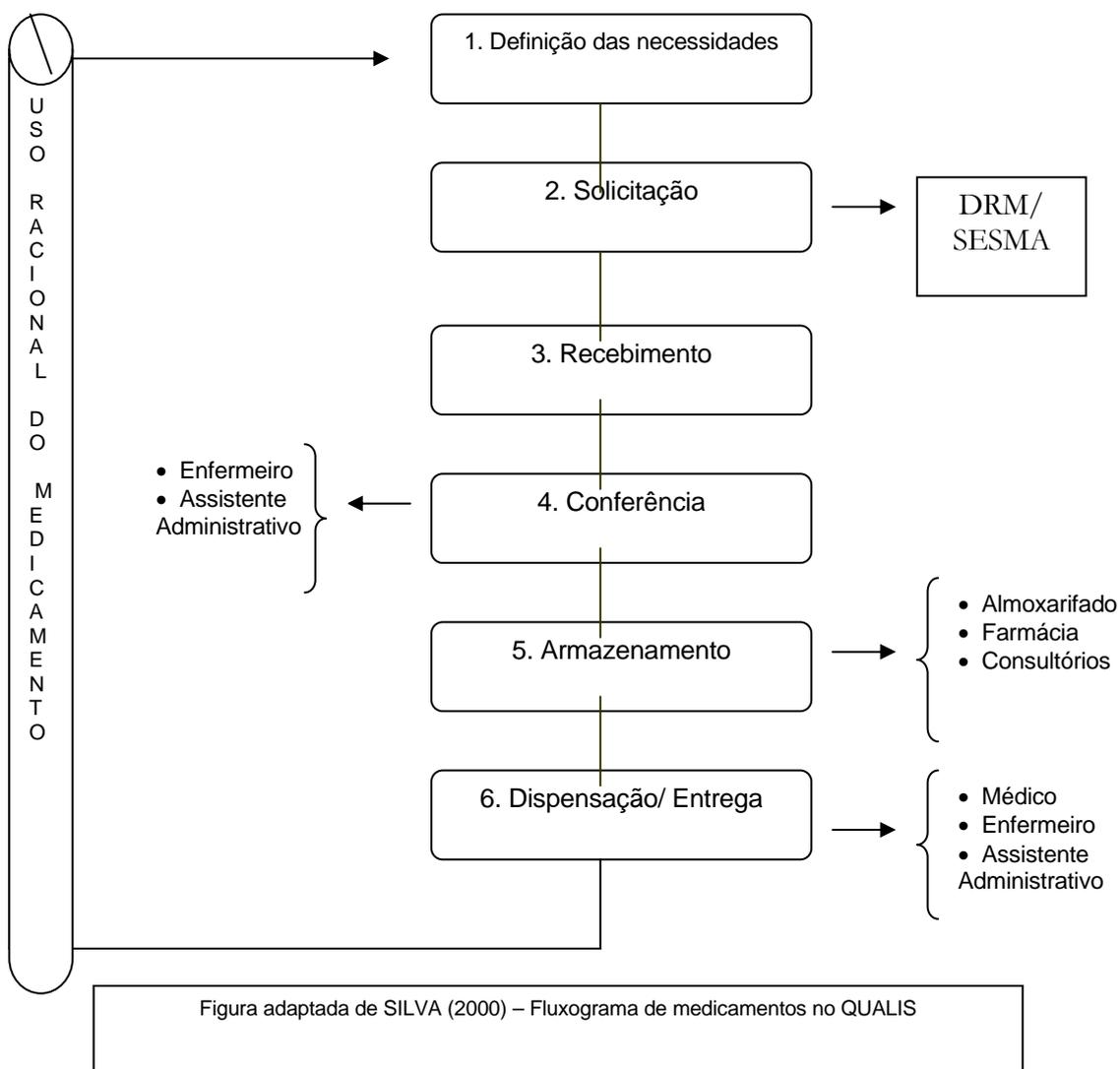
A rotina operacional da equipe é a seguinte, de acordo com a Figura 5.5:

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

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

Fotos das Casas Famílias e das equipes nas áreas de trabalho, podem ser vistas no ANEXO 8.

Figura 5.1: Fluxograma dos medicamentos no PSF



Seleção dos medicamentos

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

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

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

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

- a) de acordo com o nº de hipertensos e diabéticos e as medicações mais usadas nestes grupos, assim como p/ crianças e p/ o planejamento familiar ;
- b) que fossem analisadas as peculiaridades de cada casa família, como por exemplo: maior incidência de doenças de pele, nº DST, Etc.

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

- a) Medicamentos do Programa Farmácia Nativa (fitoterápicos): pela sua eficácia e efeitos colaterais que não existem;
- b) Medicamentos para vômito;
- c) Ambroxol, clortrimazol, voltaren injetável, hidróxido de alumínio. Porque a comunidade é super carente (A25);
- d) Penicilina G benzatina 1.200.000U, hidróxido de alumínio, soro fisiológico nasal;
- e) Secnidazol, devido ao grande nº de gardinerela, assim como metronidazol (creme), medicamentos de TB e MH, assim com também p/ reações do tipo 1 e 2 de MH;
- f) Pela necessidade constante deles: cefalosporinas, penicilinas, AINES.

Os itens julgados necessários, foram escolhidos segundo a experiência clínica, mas não com o auxílio das evidências científicas, o que pode levar a erros n utilização dos medicamentos prescritos.

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

Quando analisados os dados, Observa-se que os profissionais pesquisados

ainda vêm limitada a participação na seleção de medicamentos, 31% acreditam que o médico deve opinar no processo de seleção e 12% que ele deve ser informado; enquanto que os enfermeiros devem opinar em 35% , e participar, supervisionar, avaliar e ser informados em 12% das respostas.

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

Os assistente administrativo em 27% dos relatos deveria ser o responsável e planejar, em 23% deveria opinar e participar efetivamente e em 20% deveria avaliar o processo de seleção dos medicamentos.

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

Programação dos medicamentos

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

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

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

O Enfermeiro e o assistente administrativo são os responsáveis por este preenchimento do padrão de consumo, que deve ser em duas vias, uma a Unidade outra do DRM. O assistente administrativo encaminha o pedido junto ao Departamento de Recursos Materiais – DRM, onde fica a Central de Abastecimento

Farmacêutica (CAF) do Município.

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

Recebimento dos medicamentos

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

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

O recebimento é feito na recepção da casa família, são observados no recebimento destes medicamentos: prazo de validade, lotes, acondicionamento, quantidade pedida e a entrega, conservação e integridade das caixas.

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

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

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

Armazenamento dos medicamentos

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

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

Quando há vencimento dos medicamentos, os mesmos são separados pela

enfermeira e assistente administrativos, informado à Coordenação Distrital do PSF, que recolhe e entrega a Vigilância Sanitária Municipal, para ser incinerado. Sendo necessário o preenchimento do termo de baixa dos produtos vencidos e/ou alterados, assinado pelo médico, enfermeiro, assistente administrativo e coordenador distrital.

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

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

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

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

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

Distribuição dos medicamentos

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

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

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

As situação mais crítica foram encontradas em duas casas famílias, uma alugada onde a área esta imprópria para uso, com calor excessivo, umidade, rachaduras e sem a mínima segurança, e outra construída para abrigar ao PSF, onde não haviam

previsto nenhuma área para armazenar em grande quantidade os medicamentos e os mesmos foram colocados na sala usada para esterilização de materiais, próximo à estufa.

Prescrição dos medicamentos

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

A prescrição como “é o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento” (Portaria GM nº 3.916/98), representa uma das ferramentas de usar racionalmente os medicamentos. Aspectos legais de uma prescrição servem de parâmetro para avaliar a qualidade da prescrição e conseqüente uso dos medicamentos, segundo a legislação brasileira são itens obrigatórios (Art.35 da Lei 5.991/73):

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

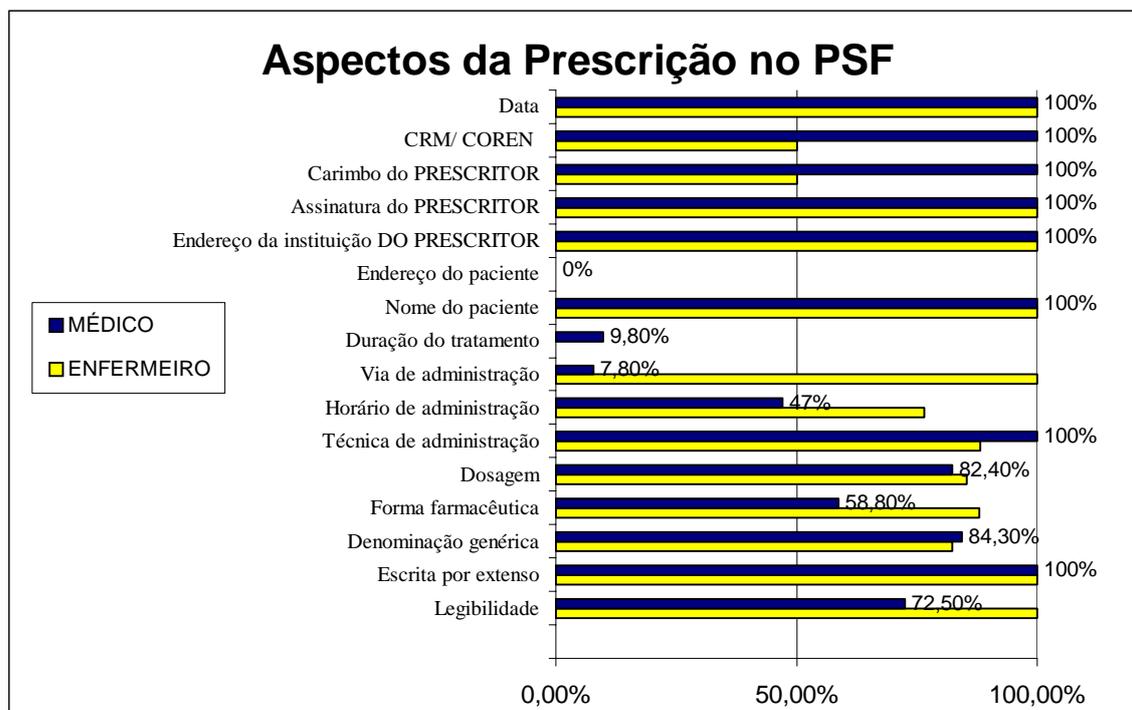
No estudo realizado de 2.000 prescrições analisadas de várias Casas Famílias os aspectos mais preocupantes foram:

- Apenas 59% das prescrições médicas indicavam a forma farmacêutica;
- Apenas 47% das prescrições médicas continham o horário de administração dos medicamentos;
- Quanto à duração do tratamento 0% e 9,80% respectivamente de enfermeiros e médicos informaram a duração do tratamento;
- 50% das prescrições do enfermeiro continham carimbo ou COREN presentes.

Mais de 82% dos medicamentos foram prescrito pelo nome genérico, o que

facilita o conhecimento do paciente quanto ao tratamento, pois o nome comercial costuma confundir o usuário. Mas quanto à legibilidade 72% das prescrições dos médicos estava ilegível, enquanto as dos enfermeiros estavam 100% legível, como demonstra a Figura 5.2:

Figura 5.2: Prescrição de médicos e enfermeiros do PSF



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

Dispensação e uso dos medicamentos

Falta de qualificação do profissional na dispensação de medicamentos, de acordo com a Tabela 5.10, o assistente administrativo não recebeu nenhuma capacitação para tal, como aspetos sobre a indicação; contra-indicação; via de administração; duração de tratamento; dosagem; posologia; cumprimento de horários; influência dos alimentos; interação com outros medicamentos dentre outros (BRASIL,2001):

TABELA 5.10: DISPENSADORES DE MEDICAMENTO NO PSF

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

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

Segundo MARIN (2003, p.239) a importância da dispensação deve-se ao fato que este é o momento em que os profissionais de farmácia interagem diretamente com os usuários. No caso do PSF a interação ocorre com o assistente administrativo, médico e enfermeiro, pois na há um farmacêutico na equipe, nem mesmo um auxiliar de farmácia capacitado para tal.

Aspectos para justificar uma adequada dispensação (Idem):

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

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

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

A capacitação dos profissionais em alguns temas, também mereceu atenção: Identificação de alterações de medicamentos (73%); Reações Adversas a Medicamentos (62%); Medicamentos genéricos (54%); Interação entre medicamento X medicamento (50%) e Seleção de medicamentos(42%).

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

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

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

5.3. Desafios com relação aos medicamentos no PSF

- Falta de controle de estoque dos medicamentos: segundo informações da pesquisa 46% dos profissionais do PSF responderam que todos os profissionais do PSF tem acesso aos locais onde são armazenados os medicamentos;
- Não há manual de normas ou procedimento descrevendo as funções, autoridades e responsabilidades da equipe quanto aos medicamentos;
- Não qualificação do assistente administrativo para dispensar medicamentos;
- O controle de entrada e saída de medicamentos na Casa Família é feito de maneira irregular;
- A falta/ inadequação de medicamentos reduz a resolutividade do programa:

Não adianta você implantar um programa, conseguir trazer a população, conseguir fazer um acompanhamento com idosos, com hipertensos, e quando ele mais precisa do medicamento que é aonde vai estar mantendo a sua qualidade de vida, você não ter para atender aquele paciente. Isso causa

certa rejeição, o que acaba trazendo transtorno, porque ele acaba desacreditando no programa, e você está perdendo um elo importante de ligação, que é para quem você está trabalhando, então (...), eu acho que deveria ser um ponto aonde deveria ser trabalhado melhor até a própria estruturação, se repensar, sentar, fazer uma avaliação do que esta sendo feito, porque dentre os locais de trabalho em que eu tenho contato, e que outros colegas tem contato, agente tem passado por dificuldades por falta do medicamento.(E3)

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

- Entre as dificuldades encontradas: restrita variação do elenco de medicamentos, principalmente antibióticos.

Este processo fragmentado e pouco qualificado da assistência farmacêutica no PSF expõe o programa a ter um baixo impacto nas ações de saúde. É necessário analisar as causas dos problemas, para encontrar alternativas, soluções possíveis. Neste trabalho apresentamos uma estimativa rápida e simples de listar estes problemas: A SELEÇÃO; A PROGRAMAÇÃO; O RECEBIMENTO; O ARMAZENAMENTO; A DISTRIBUIÇÃO; A DISPENSAÇÃO; O USO CORRETO.

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

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

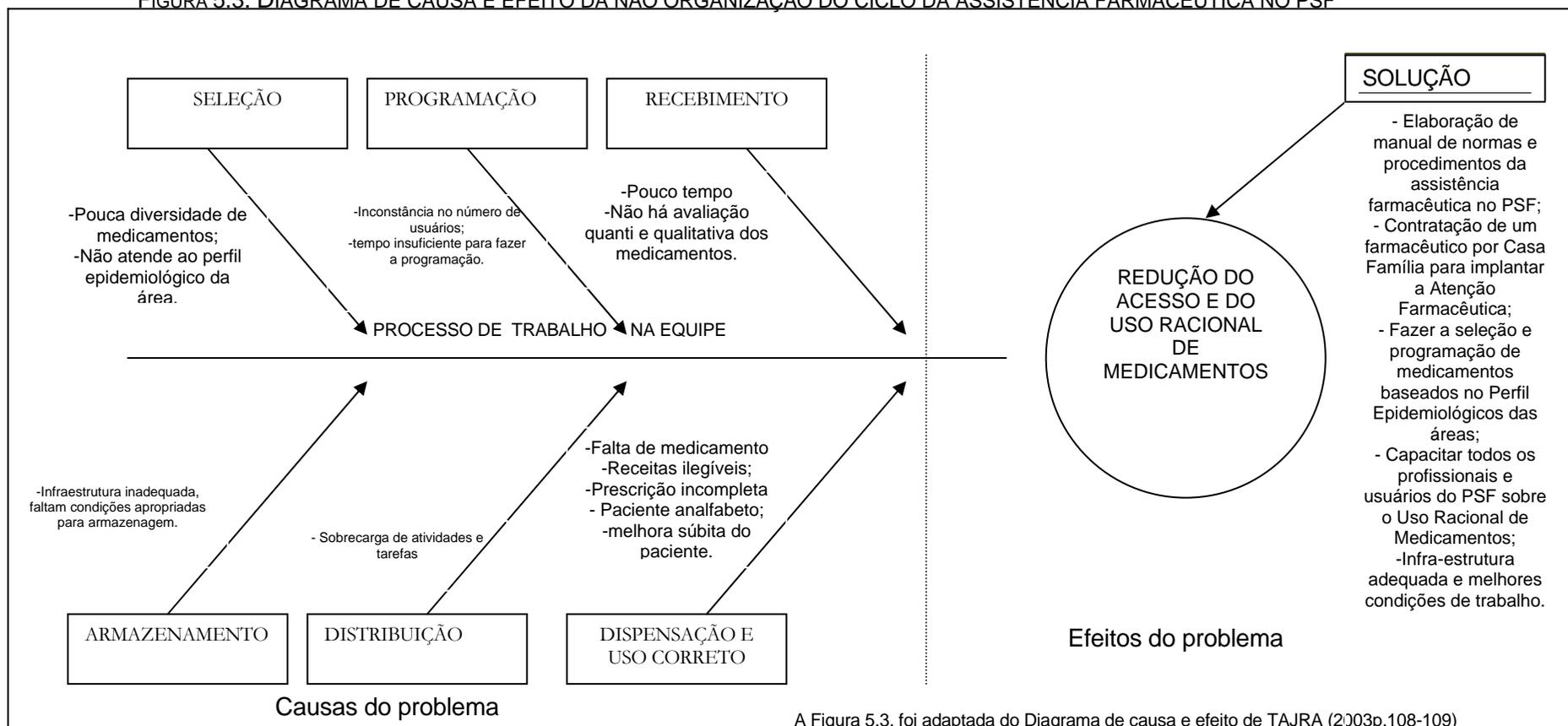
Devemos concentrar esforços no sentido de organizar um processo coletivo que permita a estruturação e a consolidação da assistência farmacêutica de modo racional e crescente. O planejamento será mais proveitoso se implanta-lo de forma gradual; caso contrário, correremos o risco de desperdiçar esforços e um tempo considerável, além de desmotivar a equipe de trabalho. (MARIN, 2003, P.99)

5.4 Causas e Efeitos das Dificuldades relatadas nas etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica:

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

Na Figura 5.3: Prescrição as causas do problema foram relacionadas às etapas do ciclo da assistência farmacêutica no PSF, mas o processo de trabalho na equipe é um dos eixos centrais.

FIGURA 5.3: DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO DA NÃO ORGANIZAÇÃO DO CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF



A Figura 5.3, foi adaptada do Diagrama de causa e efeito de TAJRA (2003p.108-109)

5.5 Estratégias de reestruturação

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

5.5.1 O Programa de Fitoterapia

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

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

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

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

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

Promover a integração e participação do saber científico/popular para o resgate, disseminação do uso e do conhecimento das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS no âmbito da Assistência farmacêutica, assegurando o compartilhamento dos resultados com as comunidades detentoras do conhecimento; estimular a utilização de plantas medicinais na dietoterapia, promovendo o uso de espécies nativas e exóticas com potencial para tanto, contribuindo para a prevenção, promoção e manutenção da saúde; (...) Promover o uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, com ênfase na promoção da saúde, envolvendo atenção farmacêutica, educação dos usuários, dos farmacêuticos, dos prescritores e dos demais profissionais da saúde; (...) Estimular e viabilizar o cultivo e o manejo sustentável de plantas medicinais, nos sistemas de produção familiar e tradicional, visando o uso na atenção básica de saúde. (BRASIL,2003)

Dentre as experiências do Programa de Fitoterapia no PSF desenvolvidas em Belém são destaque, segundo o Diário da Saúde¹²:

- Convênio entre a cidade de Pontassieve e Universidade de Firenze na Itália, um projeto que proporcionou um trabalho intersetorial do PSF, com a Secretaria de Educação (SEMEC), Secretaria de Economia (SECON), Secretaria de Saneamento (SESAN), Fundação de Parques e Áreas Verdes de Belém (FUNVERDE) e a Escola Bosque: promovendo a capacitação de profissionais de saúde e comunidade sobre o uso das plantas medicinais; criação de hortos de plantas medicinais na comunidade e em Unidades de Saúde.
- Projeto de Desenvolvimento Infantil em Santana do Aurá, financiado pela UNICEF: com a construção de horto comunitário para promover a geração de emprego e renda e capacitação dos ACS.
- Curso de Uso Correto de Plantas Medicinais para os ACS do Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO) e Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT), planilha do curso no ANEXO 5 (Cronograma do curso de capacitação para ACS sobre o uso de plantas medicinais na comunidade).

¹² BELÉM. SESMA.. **Interesses municipais são discutidos na Itália**. Diário da Saúde. 22.07.2001.

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

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

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

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

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

a utilização é muito grande de plantas medicinais, só que de uma forma incorreta, e muitas vezes a gente podendo ter um horto, ter uma produção voltada pra tá orientando, até mesmo orientações da forma correta de utilização de certas plantas, da forma de você tá lidando com o paciente, isso é muito viável, além do que a crença, a credence popular é muito forte, às vezes você vai utilizar um medicamento alopático, mas ele não quer, ele vai utilizar uma erva, uma planta, porque a cultura dele é voltada pra isso, então isso aí é uma arte antiga, em que eles crêem, e vem passando de geração em geração. E o ideal seria agente catalogar, mapear, o que é utilizado com maior frequência e procurar fazer um horto, estudar aquelas plantas, verificar a sua ação, e a partir de então, fazer o uso daquilo mesmo, uma terapia natural, para que você não bata de frente com a cultura do povo, e isso é muito importante, porque além de tudo você vai ter aceitação, vai ter adesão do paciente ao tratamento, e vai estar se adequando as condições locais, até mesmo de forma sócio-econômica, porque se o paciente precisa utilizar um medicamento e não tem condições de comprar, e você condições de fornecer através de um insumo medicinal como uma planta, você vai estar

conseguindo uma adesão muito maior do paciente, essa é uma proposta que deveria ser trabalhada, (...) isso seria um avanço muito grande para a população porque traria bons resultados.(E3)

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

Mas é válida a utilização dos recursos naturais para a manutenção/proteção da saúde, um Projeto de Horta Familiar¹³, feito por um enfermeiro do PSF em parceria com um agrônomo na Ilha do Mosqueiro (DAMOS) visa “através da implantação de hortas familiares, a melhoria da qualidade nutritiva diária e a geração de renda aos beneficiários, a fim de promover, manter e recuperar a qualidade de vida extensiva a todas as faixas etárias, principalmente infanto-juvenis, gestantes e idosos”. A questão nutricional e a geração de renda familiar é descrita como fatores que afetam diretamente no processo saúde-doença.

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

Quando solicitado aos profissionais do PSF sugestões de inclusões no Padrão de Consumo, foi referida a importância da disponibilidade dos medicamentos do Programa Farmácia Nativa por terem eficácia e não possuírem efeitos colaterais.

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

A OMS (2002), trabalha estratégias para o atendimento das necessidades sanitárias primárias em países em desenvolvimento, da medicina tradicional, compreendida como diversas práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias que incorporam a medicina com plantas, animais e fontes de minerais, assim como terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados isolados ou associados

¹³ BELÉM. SESMA. Programa Família Saudável.UMS MARACAJÁ. **Projeto Horta Familiar**. Março, 2003. (Mimeo)

entre si, para manter o bem estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as doenças.

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

Quanto conhecer as práticas da medicina tradicional nas comunidades, estudos como TEIXEIRA, 2002; DI STASI,2002; CORRÊA,1998; UDRY, 2001; MATOS, 2001, dentre outros. O Trabalho de TEIXEIRA (2002) estudou a ilha do Combú em Belém, com o apoio dos ACS da Equipe que assiste a esta ilha, foi feito um levantamento das práticas locais usadas no cuidado da saúde, dentre elas o uso das plantas medicinais.

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

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

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

Em capacitações sobre este tema, no Curso de Capacitação em Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância (AIDPI) para Agentes Comunitários de Saúde, em 2003, foi desenvolvido um formulário de acompanhamento para os ACS sobre a identificação de possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos (Anexo 1), como a presença de restos de medicamentos e/ou medicamentos vencidos no domicílio, automedicação, armazenamento domiciliar, uso concomitante com chás

e/ou remédios caseiros e uso conforme prescrição do médico ou enfermeiro. A Figura 5.4, abaixo foi capa do relatório de capacitação dos ACS na promoção do uso racional de medicamentos.

Figura 5.4: o ACS trabalhando na promoção do uso racional de medicamentos



Fonte: Relatório do Curso em Belém -Desenho do ACS Davi Reis -2001

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

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

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

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

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

Os principais problemas enfrentados neste campo de acordo com MARIN (2003,p.289) são o sobreuso de medicamentos (o medicamento não é necessário e/ou a dose é exagerada e/ou, o período de tratamento é muito longo e/ou a quantidade dispensada é exagerada em relação ao que será realmente utilizado), polimedicalização ou polifarmácia (A OMS preconiza para a atenção básica de saúde 1 ou 2 medicamentos por receita costumam ser suficientes) e uso incorreto de medicamentos (uso de antibióticos errado, uso de medicamentos de eficácia duvidosa e de medicamentos de segurança duvidosa e de doses inapropriadas).

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

A experiência engloba proficiência e julgamento oriundos da prática clínica, em que, a partir de diagnóstico eficiente, identificam-se situações, direitos e preferências dos pacientes, influenciando as tomadas de decisões sobre condutas a lhes serem oferecidas. A evidência externa provém da pesquisa

clínica sistemática e relevante que define acurácia de testes diagnósticos, poder de marcadores prognósticos e eficácia e segurança de medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras. É necessário o uso equilibrado de ambas, pois nenhuma sozinha é suficiente.(WANNMACHER,(2000)

Cursos de Promoção do Uso Racional de Medicamentos¹⁴, para professores, prescritores, farmacêuticos e Agentes Comunitários de Saúde tem sido ministrados por todo o país com o objetivo de melhorar, de mudar mesmo a forma de pensar as intervenções de saúde, trazendo mais qualidade no atendimento aos usuários e conseqüente qualidade de vida da população.

São usadas como ferramentas:

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

Com a promoção do Uso Correto de medicamentos pode-se evitar: conseqüências visíveis como aumento de eventos adversos, eficácia limitada, aumento da resistência bacteriana, farmacodependência, riscos de infecção como com o uso inapropriado de injetáveis, dentre outros como descrito em MARIN (2003,p.290).

¹⁴ Estão sendo realizados por todo o país cursos para o ensino para o Uso Racional de Medicamentos e para profissionais de saúde com apoio da ANVISA e OPAS. A autora participou da comissão organizadora do I CURSO PARAENSE PARA O ENSINO PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DE 03 A 10 DE ABRIL DE 2005, em Belém-PA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da sua complexidade, são grandes as possibilidades de melhoria 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 comecem de maneira qualificada.

MARIN (2003)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Assistência farmacêutica no PSF do Município de Belém não está organizada como preconiza a Política Nacional de Medicamentos.

O diagnóstico da assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família do Município de Belém – PA evidenciou que a infra-estrutura não é apropriada para o armazenamento de medicamentos, não há um controle eficiente da entrada e saída de medicamentos, o trânsito nas áreas de guarda e dispensação em algumas Unidades foi relatado como de livre acesso a todos os membros da equipe.

Os profissionais do PSF não participam do processo de seleção dos medicamentos das áreas de atuação;

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

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

O controle de qualidade é feito no armazenamento ou na entrega dos medicamentos aos pacientes, quando são observadas características de cor, cheiro e consistência dos medicamentos.

A distribuição dos medicamentos depende do nº de cômodos da Unidade, quando existe um grande número de salas na casa família, podem ser distribuído na sala de vacina, sala de curativo, consultórios de medicina e enfermagem e farmácia. Em alguns casos os próprios profissionais daquele setor fazem à distribuição e organização nas diversas salas;

A entrega dos medicamentos é uma das etapas mais críticas, na maioria das vezes é feita pelo assistente administrativo, que não recebeu nenhuma capacitação

para tal, ou é supervisionado por membros da equipe de nível superior. Os medicamentos podem ser entregues no arquivo, local onde além do armazenamento de medicamentos, é feito o atendimento e a marcação de consulta, além do arquivamento dos prontuários das famílias também é feito no local.

As maiores dificuldades descritas foram quanto ao abastecimento irregular de alguns medicamentos de uso crônico como anti-hipertensivos e antidiabéticos orais, o armazenamento inadequado, o não controle do estoque, a entrega dos medicamentos que ocorre sem as mínimas condições de orientação aos pacientes quanto o uso e cuidados no armazenamento.

Mas dentre as estratégias utilizadas para garantir o acesso e o uso correto dos medicamentos prescritos no PSF têm sido realizadas a capacitação dos profissionais quanto ao uso racional de medicamentos e das plantas medicinais, e a participação em projetos interdisciplinares junto com as áreas de saneamento básico, meio ambiente, economia e educação.

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

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

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

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

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

Mas, a assistência farmacêutica por ser complexa e multiprofissional precisa do consenso das equipes sobre responsabilidades e funções, fazendo-se necessário um manual de normas e procedimentos operacionais e na busca de atender a população com suas diversas particularidades é preciso trabalhar o perfil epidemiológicos das áreas em todos os aspectos, e acompanhar, avaliar este perfil a todo o momento.

Ao pensar em garantir o acesso aos medicamentos essenciais é necessário fazer um diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência das Equipes do PSF, como o perfil da população e do território a ser atingido, os profissionais disponíveis, nível de qualificação, infra-estrutura existente. A partir deste conhecimento pode-se iniciar um planejamento.

O Programa Saúde da Família não pode seguir uma fórmula de estruturação do sistema de saúde, é preciso conhecer o contexto de cada realidade, quanto a participação de outros profissionais, inclusive o farmacêutico, deve ser pensada como uma qualificação dos serviços de atenção básica, como ampliação da resolutividade e otimização dos recursos terapêuticos.

A concepção teórica da Saúde da Família de Belém é ser um Programa de Família Saudável. Uma das falas da pesquisa de NITSCHKE (1999) define o que deveria ser uma família saudável:

Ser amado, ter capacidade de amar, cuidar da mente e do corpo com atos e pensamentos o mais positivo possível, saber ouvir, compreender, tolerar, e tendo pelo menos a maioria das condições de vida que aqui apresentamos nos faz crer que isto é ser uma família saudável. (NITSCHKE, 1999,P.121)

PERSPECTIVAS

Pretende-se realizar mais estudos para compreender a estrutura organizacional da atenção básica à saúde, preparando os serviços de farmácia para ampliar o acesso e uso racional dos medicamentos.

Este estudo aponta a necessidade de reestruturação da atenção básica à saúde, no PSF, na criação de serviços de farmácia com a capacidade de promover a

assistência farmacêutica integral, otimizando os recursos do município. Com as seguintes sugestões:

- Um controle de estoque, de entrada e saída dos medicamentos, com pessoal devidamente capacitado para desenvolver as etapas do ciclo da assistência farmacêutica.

- A seleção e programação de medicamentos deveriam ser orientadas pelo perfil epidemiológico das áreas e pelo território de abrangência das equipes do PSF.

- O Processo de trabalho da equipe do PSF deveria ser revisto: papéis, responsabilidades, competências.

- Uma maior valorização da clínica, do uso racional de medicamento, da atenção farmacêutica, para alcançar o resultado de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

- A atenção à saúde deveria ser vista na sua complexidade, hierarquização e descentralização de acordo com a realidade local, sem pacotes prontos descendentes.

- Os municípios deveriam gerenciar os seus recursos, com o apoio técnico do Estado e do Governo Federal, com um planejamento ascendente, constituindo uma rede de serviços organizada segundo o modelo da promoção da saúde, considerando os processos de saúde-doença da sua população.

- Os serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde deveriam ser pensados de acordo com as necessidades das comunidades locais e com a discussão da equipe multidisciplinar de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, Maria Jose. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Rio de Janeiro : Vozes, 1994.

ALMEIDA, M.C.P; MISHIMA, S.M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família**. Interface – Comunic, Saúde, Educ 9, agosto, 2001,p.150-153.

ALVES,V.S. *et al* . **O médico de Saúde de Família e a dimensão psicossocial no momento clínico**. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, VII, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo:Hucitec. 2001.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.137.

ANJOS,S.D.S. **Programa Saúde da Família (des)caminhos na construção da saúde**. Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. ABRASCO, Brasília, vol 8 suplemento 2 . 2003. p.247.

ARAÚJO,Z.M.S.; CARVALHO,M.L.; FROTA,M.A. **Programa de saúde da família – compreendendo a ação do enfermeiro**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

BARROS,Karina *et al*. **A experiência da construção participativa e problematizadora do processo de trabalho das equipes do PSF no município de São Paulo** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

BELÉM. Secretaria Municipal de Coodenação Geral do Planejamento e Gestão **ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO MUNICÍPIO DE BELÉM**. v.5, 1999.

BELÉM. SESMA/ DEAS, **Política de medicamentos e assistência farmacêutica**, junho 2003.(Mimeo)

BEZERRA,A.L.Q. *et al* **O papel de educador dos profissionais de enfermagem na estratégia de Saúde da Família**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL Lei N°8.080, de 19/ 9/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D.O.U.; poder Executivo, de 20 de setembro de 1990, Órgão Emissor: Congresso Nacional

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

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

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

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE .Coordenação Geral de suporte as Ações de Assistência Farmacêutica. **Ofício nº 281/2004**. Brasília, junho de 2004 b.

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

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

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

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

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

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

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

BUSS, P.M. **Promoção da Saúde da Família**.Revista Brasileira de Saúde da Família. Nº 6, Dezembro/2002, p.50-63.

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

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

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

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

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

COSTA, C.M.M. *et al*. **Agentes Comunitários de Saúde: aprendendo, ensinando, participando do cuidado à saúde com as plantas medicinais**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003b.

Costa, I.E. *et al* **Discussão sobre o processo de trabalho com equipes do Saúde da Família em Camaragibe –PE: O olhar da gerência de Território**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2, 2003.

DI STASI, L.C. **Plantas medicinais na Amazônia e na Mata Atlântica**. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

DUPIM, J.A.A. **Assistência Farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: SEGRAC. 1999.

DUPUY, Jean-Pierre. **A Invasão farmacêutica**; tradução de Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

EGRY, Emiko Yoshikawa *et al*. **O uso da epidemiologia social na enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem (Série Didática: Enfermagem no SUS), 1997.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Editora Ícone, 1996.

FERNADES, A. *et al*. **A saúde-doença representada pelos usuários do Programa de Saúde da Família da cidade de Campina Grande – PB**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

FERREIRA, Rodrigo Viana *et al* .**Trabalho interdisciplinar – um olhar de integralidade sobre a saúde**. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, VII, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. **A classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e o Uso da Epidemiologia Social**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.p.20.

GOULART, F.A.A. **Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

GUIMARÃES, M. *et al*. **A Promoção da Saúde como Estruturante da Estratégia Saúde da Família Sobral – CE**. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

IVAMA, Adriana Mitsue *et al*. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

KOSISK apud EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. p.81.

- LAURELL apud EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. p.61.
- LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.
- LEFEVRÈ, F. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS,2000.
- LINCOLN, L.S. **Avaliação das interações profissionais das equipes de Saúde da Família**. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- MAMEDE, S. (Org). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec,2001.
- MARIN, Nelly (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/ OMS, 2003.
- MASSELLI, M.C. **A Universidade como mediadora da construção de vínculos entre educação e saúde do adolescente**. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- MATOS, Francisco José Abreu. *et al.* **O farmacêutico e o PSF: uma proposta**. Revista Pharmacia Brasileira - Set/Out 2000.p.10
- MATOS, Francisco José de Abreu. **Guia fitoterápico**, 2ª ed., Fortaleza: Os autores,2001.
- MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing : edição compacta**. São Paulo : Atlas, 2001.
- MATUS, C .**Adeus, Senhor Presidente: planejamento, antiplanejamento e governo**. tradução de Luis Felipe R. Del Riego. São Paulo: Fundap, 1997.
- MATUS, C. **Estratégias políticas: Chipanzé, Maquiavel e Ghandi**. Tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.
- MATUS, C. **Planificación y gobierno**. Revista de La CEPAL. Santiago, Chile, 1987.
- MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MEDEIROS, F. B. *et al.* **A produção cotidiana da estratégia saúde da família: um olhar multiprofissional**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2.
- MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**.2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MENDONÇA,C.S. *et al.* **Processo de Trabalho no Saúde da Família em Porto Alegre: a discussão das competências profissionais como proposta de mudança**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

MENDONÇA, Claunara S. *et al*. **Processo de trabalho no Saúde da Família em Porto Alegre: a discussão das competências profissionais como proposta de mudança**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

MERHY, E.E., *et al*. **Inventando a Mudança na Saúde**. 2ª edição. São Paulo:HUCITEC. 1994.

NESPOLI, A,G. **Micropolítica do Programa de Saúde da Família – um estudo de caso no território Ilha das Caeiras, Vitória-ES**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

O LIBERAL. Atualidades. **Anvisa manda destruir lotes de emagrecedor à base de sacaca**. Belém. 08-11-2001.

OLIVEIRA, Kleize Araújo *et al*. **A Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: quais os limites, os avanços e as perspectivas** : QUAIS SÃO OS LIMITES, OS AVANÇOS E AS PERSPECTIVAS? VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.p.114-115.

OMS. **Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud : indicadores seleccionados del uso de medicamentos**. Genebra: OMS, 1993.(Serie sobre investigaciones, n.7).

OMS. **Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000–2003**. Genebra: OMS, 2000.(Serie sobre Perspectivas políticas sobre medicamentos , n.2).

OMS. **Medicina Tradicional – necesidades crecientes y potencial**. Genebra: OMS, 2002.(Serie sobre Perspectivas políticas sobre medicamentos , n.2).

OPAS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Los medicamentos esenciales**. Washington, E.U.A. abril,1990.

OPAS. OMS. **Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud: indicadores seleccionados del uso de medicamentos**. Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. WHO/DAP/93.1.

OPAS. **Relatório da oficina de trabalho: Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”**. Fortaleza, 2001.

Organização Mundial de Saúde. **El papel Del farmacêutico em el sistema de atención de salud**. OMS. Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993.

PEDUZZI, M. **Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde**. Ver. Trabalho, Educação e Saúde, v.1, n.1, 2002,p.75-91.

PEREIRA,M. *et al* . **Estratégia de Saúde da Família: desafios para a mudança**

das práticas de saúde no município de Jequié – Bahia. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

PERETTA, Marcelo Daniel & CICCIA, Graciela Noemi. **Reengenharia farmacêutica**, Brasília: Ethosfarma, 2000.

PMB-SESMA-DEAS. **Assistência Farmacêutica no Município de Belém: Manual de Procedimentos para as Unidades Municipais de Saúde.** Belém: setembro de 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM. PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL. **RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DAS ATIVIDADES DO PFS.** Julho, 2002.

RIBEIRO, E.R. *et al.* **Ações de promoção de saúde: caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

ROSA, F.W.F. *et al* **Demonstração das dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional da Unidade Família Saudável da Vileta no atendimento ao idoso.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

SANTI, Valmir *et.* **Implantação da Atenção Farmacêutica no SUS – Seguimento de pacientes em uso de medicação continual.** Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, VII, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e planejamento local: perspectivas gerenciais no âmbito dos distritos sanitários.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.23, Nº53, p.43-53.

SANTOS, J.S. **Atacam-nos, mas não nos derrotam,** R.Pharmacia Brasileira. Brasília, CFF, 2003, Set/Out, p.3.

SANTOS, J.S. **Programas de Saúde sem farmacêuticos são equívocos.** R.Pharmacia Brasileira, Brasília, CFF, 2001, Jan/Fev, p.3.

SESMA-DEAS-PFS. **Solicitação de pedido de medicamentos para a coordenação do PFS.** Belém: 30/07/02.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde : o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo : Hucitec, 1998.

SILVA, A.P. **O processo de trabalho coletivo no contexto do Programa de Saúde da Família: integração e fragmentação de objetivos e práticas.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

SILVA, G.L.S. *et al.* **A questão gerencial na Unidade de Saúde da Família de Alto de Couto: uma perspectiva crítica e acadêmica.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003..

SILVA, I.Q.J. **A interação entre os profissionais do PSF no trabalho em equipe.** Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, VII, 2003, Brasília. Anais CD-ROW ,Vol. 8, suplementos 1 e 2.

SILVA, R.R. **Cuidados farmacêuticos: manual de capacitação em assistência farmacêutica.** 2ª edição. São Paulo: QUALIS. Fundação E. J. Zerbini, 2000.p.42

SOUZA, H.M. **Programa saúde da família: entrevista**. R. Brás. Enfermagem, Brasília, v.53, n. especial, 2000.p.7-16.

SOUZA, Marcelo J.L. **O Território: sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento** (p.77-116). IN: CASTRO, Iná C.; GOMES, Paulo César da C. e CORRÊA, Roberto L. (org). **Geografia: Conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrand ,1995.

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

TAJRA, S. F. **Tecnologias Organizacionais na Saúde**. São Paulo: Iátria, 2003, p.108-109.

TAKI, E. C. **Políticas públicas de Saúde: uma breve reflexão**. R. Pharmacia Brasileira, Brasília, CFF, Nov/Dez 2003 - Jan/2004, p.20-21.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica da ciência e da pesquisa**. 3ª ed. Belém: Grapel,2001.

TEIXEIRA, E. **Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano da saúde entre ribeirinhos**. In COUTO, R. C. (org). **Saúde, trabalho e meio ambiente:políticas públicas na Amazônia**. Belém: NAEA,2002.p.179-218.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.p.69.

UDRY, M.C.F.V. **Saúde e uso da biodiversidade: caminhos para a incorporação do conhecimento tradicional na política de saúde pública**. Brasília: UNB,2001(Tese de Doutorado em Políticas Públicas e Gestão Ambiental).

VASCONCELOS, E.M. **A priorização da família nas políticas de saúde**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.23, N°53, p.06-19.

VIEIRA, Sônia. **Metodologia Científica para área de saúde**. Rio de Janeiro: CAPUS, 2001.

WOOD JR, Thomaz. **Mudança organizacional : liderança, teoria do caos, recursos humanos, logística integrada, inovações gerenciais, cultura organizacional, arquitetura organizacional**. São Paulo, SP : Atlas, 2002.

ZUBIOLI, Arnaldo (org.). **A farmácia clínica na farmácia comunitária**. Brasília: Ethosfarma, 2001.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PROJETO DE DISSERTAÇÃO: Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém - PA: ORGANIZAÇÃO, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE REESTRUTURAÇÃO

AUTORA DO PROJETO: Cristina M^a Maués da Costa

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Esta pesquisa tem por objetivo **realizar um diagnóstico da Assistência Farmacêutica no PSF do Município de Belém**, contribuindo para a discussão de políticas de saúde efetivas, em particular sobre questões referentes aos medicamentos nas Unidades no Programa Saúde da Família do Município de Belém, como a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos. Os detalhes do estudo serão explicados pela autora.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____ concordo em participar da pesquisa “Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família do Município de Belém: organização, desafios e estratégias de reestruturação”.

Entendo que serão feitas perguntas a respeito de minha vida profissional, cargo que ocupo, minhas dúvidas, meus anseios e meus questionamentos sobre a Assistência Farmacêutica desenvolvida no Município de Belém, em particular no PSF. Também serei indagado(a) sobre valores financeiros, aquisições, distribuição e dispensação de medicamentos no Município, enfim, sobre aspectos relacionados aos medicamentos no Município de Belém.

Estou ciente de que as informações por mim fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados do trabalho serão de forma global e anônimos. Sei também que não receberei, nem efetuirei qualquer pagamento.

Em caso de qualquer dúvida posso esclarecer com a própria pesquisadora. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não responder às questões da entrevista e de me recusar a participar no momento em que eu quiser.

Autorização: _____ Belém, ___/___/___



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DATA: ___/___/___ LOCAL: _____ CÓDIGO DO ENTREVISTADO: _____

DADOS DO ENTREVISTADO:

NOME DO ENTREVISTADO: _____

SEXO: () FEM () MASC IDADE: _____ CARGO QUE OCUPA NA SMS: _____

PROFISSÃO: _____ TEMPO DE FORMADO: _____

QUAL SUA ESCOLARIDADE? _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR:

QUANTO TEMPO TRABALHA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE? _____

QUANTO TEMPO TRABALHA OU TEM CONTATO COM O PSF (PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA) NO MUNICÍPIO? _____

QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍSSIO COM O MUNICÍPIO? _____

1. O QUE É SAÚDE PARA VOCÊ? COMO PODEMOS TER SAÚDE?
2. QUAL O PAPEL DO MEDICAMENTO PARA A SAÚDE PÚBLICA?
3. O QUE É O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA VOCÊ? COMO ESTA ORGANIZADO NO MUNICÍPIO?
4. COMO VOCÊ DEFINIRIA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)?
5. COMO VOCÊ DEFINIRIA O PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL (PFS)?
6. QUAL O PAPEL DO PSF OU PFS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO?
7. VOCÊ ACHA QUE DEVEM HAVER MEDICAMENTOS NO PSF? POR QUÊ?
8. O QUE É A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA VOCÊ? COMO ESTA ORGANIZADA NO PSF?
9. QUAL É O SEU TRABALHO/ RELAÇÃO COM O PSF DO MUNICÍPIO? QUAIS AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE NO SEU COTIDIANO?
10. QUAIS SÃO AS MAIORES DIFICULDADES/ PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS QUE VOCÊ PERCEBE NO PSF, NO SEU DIA-A-DIA? QUAIS SÃO SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO?
11. POR QUE VOCÊ ACHA QUE ESTES PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS ACONTECEM NO PSF?
COMO VOCÊ ACHA QUE ESTES PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS PODERIAM SER RESOLVIDOS? QUEM (ATORES) PODERIA AUXILIAR NA RESOLUÇÃO DESTES PROBLEMAS?

ANEXO 3: Questionário aos profissionais do PSF



FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
PROJETO DE DISSERTAÇÃO: "GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM: desafios e estratégias de reestruturação"

Senhor(a) Profissional da Equipe do PFS, gostaríamos de contar com sua participação nesta pesquisa, que tem por objetivo realizar um **Diagnóstico da Assistência Farmacêutica no PFS do Município de Belém**, contribuindo para a discussão de políticas de saúde, em particular sobre questões referentes aos medicamentos nas Unidades do PFS, como a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos. As informações fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados deste trabalho, serão de forma global e anônimos.

QUESTIONÁRIO AUTO-APLICÁVEL PARA OS PROFISSIONAIS DO PFS DO MUNICÍPIO DE BELÉM QUANTO À GESTÃO DE MEDICAMENTOS

Local da pesquisa: Casa Família Distrito: _____ Data: __/__/04

Situação do imóvel:

Construída Reformada Alugada

Nº de cômodos do imóvel: _____

Quais são os serviços oferecidos à comunidade:

1. PERFIL DO PROFISSIONAL DO PFS

Nome:

Cargo:

Sexo: Feminino

Masculino

Idade: _____ Profissão: _____ Tempo de formado: _____

Há quanto tempo trabalha no PFS? _____

Há quanto tempo trabalha nesta Casa Família? _____

Indique seu vínculo empregatício no PFS:

Funcionário público estatutário/CLT

Contratado via Instituição conveniada

Funcionário público extra-quadro

Outros.

Especifique: _____

Indique seu grau de escolaridade:

Assinale com "X" sua situação escolar atual.

Ensino Fundamental (primeiro grau) Ensino Médio (segundo grau) completo incompleto

Ensino Fundamental (primeiro grau) Superior incompleto completo

Ensino Médio (segundo grau) incompleto Superior completo

Informe sobre os cursos de aprimoramento na área de Saúde:

Realizou/realizando curso de aperfeiçoamento/atualização (menos de 360 horas)

Realizou/realizando especialização/residência (> ou = 360 horas)

Realizou/realizando mestrado

Realizou/realizando doutorado

Não realizou ou não está realizando cursos de aprimoramento na área de saúde

Qual a sua experiência profissional anterior ao PFS?

Quais são as atividades que você realiza no dia-a-dia na Casa Família?

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO PROFISSIONAL DO PFS NA GESTÃO DE MEDICAMENTOS

I. GESTÃO DE MEDICAMENTO

Informe qual(is) a(s) atividades que você participa quanto a Gestão dos medicamentos na Casa Família.

Seleção dos medicamentos padronizados para o PFS.

Programação de medicamentos (padrão mensal de medicamentos).

Recebimento de medicamentos.

Armazenamento/ Estocagem de medicamentos.

Conservação de medicamentos.

Controle de estoque de medicamentos.

Distribuição de medicamentos para os diversos setores.

Prescrição de medicamentos.

Orientação do Uso Correto dos medicamentos.

Dispensação/ Entrega dos medicamentos ao paciente/ usuário.

Controle de Qualidade de medicamentos.

Na sua casa família existe alguém responsável pelos medicamentos?

Sim

Não

Não sei

Caso exista, quem é o(a) responsável? _____

Existe Manual ou outro documento descrevendo as funções, autoridade e responsabilidade dos membros da Equipe do PFS quanto às atividades, tarefas da gestão do Medicamento?

Sim

Não

Não sei

Caso exista, quem o elaborou? _____

II. SELEÇÃO DE MEDICAMENTO

Existe uma Comissão de Farmácia e Terapia legalmente constituída para estabelecer normas e critérios para a Seleção dos Medicamentos do PFS?

Sim

Não

Não sei

Quais são os critérios para a Seleção dos Medicamentos do PFS?

Não sei

Caso saiba , descreva quais são estes critérios?

Na sua opinião quais seriam os melhores critérios adotados para a escolha do elenco de Medicamentos do PFS?

Na sua opinião existem medicamentos que deveriam estar no Padrão dos Medicamentos do PFS?Quais e Por Quê?

Quais as maiores dificuldades/ problemas que você encontra quanto à Seleção do elenco de Medicamentos no PFS?

Quais as suas sugestões para melhoria/ resolução dos problemas desta etapa?

III. PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTO

Qual ou quais os profissionais que fazem a programação das quantidades necessárias à demanda da Casa Família?

Caso você participe de alguma etapa da programação de medicamentos, **descreva as tarefas** que você desempenha nesta **programação de medicamentos**.

Tarefas	O que você faz?	Como você faz e com que frequência? Uma vez por dia, uma vez por semana, uma vez no mês? Etc.	Quanto tempo você consome em 1 dia de trabalho para esta tarefa?	Quais são os profissionais envolvidos nesta tarefa?
1º) Conferência do estoque existente.				
2º) Avaliar necessidade do medicamento.				
3º) Preencher a solicitação do Padrão Mensal de Medicamentos.				
4º) Encaminhar ao Almoxarifado Central o pedido de Padrão Mensal.				
5º) Acompanhar o pedido de Padrão Mensal.				
6º) Avaliar a quantidade de medicamentos recebida no Padrão Mensal.				
7º) Preencher a Ficha de prateleira.				

Você sabe o que significa o CMM solicitado no Padrão Mensal de Medicamentos?

Sim

Não

Não sei

Caso _____ saiba, _____ o _____ que _____ é
CMM? _____

Quais as maiores dificuldades/ problemas que você encontra na Programação dos Medicamentos no PFS?

Na sua opinião porque estas dificuldades/ problemas acontecem no PFS?

Quais as suas sugestões para melhoria/ resolução dos problemas com a programação de medicamentos?

IV. RECEPÇÃO/ RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS

Qual ou quais são os responsáveis pelo recebimento dos medicamentos na casa família?

Aonde _____ os _____ medicamentos _____ são
recebidos? _____

Com _____ que _____ frequência _____ os _____ medicamentos _____ são
recebidos? _____

O que é observado no momento do recebimento dos medicamentos?

Qual o tempo consumido em 1 dia de trabalho para executar o recebimento de medicamentos?

V. ARMAZENAMENTO/ ESTOCAGEM DE MEDICAMENTOS

Há almoxarifado ou área específica para o armazenamento de medicamentos na casa família?

Sim Não Não sei

O número de prateleiras é suficiente para a guarda de medicamentos?

Sim Não Não sei

Caso seja insuficiente a quantidade de prateleiras, quantas seriam necessárias a mais? _____

As prateleiras respeitam a distância mínima:

de 1 m da parede de 1 m do teto de 50 cm do chão Não sei

Caso seja insuficiente a quantidade de prateleiras, quantas seriam necessárias a mais? _____

Há medicamentos em contato direto com o chão e/ou parede?

Sim Não Não sei

A disposição dos medicamentos nas prateleiras obedece à (ao):

uma codificação específica grupo terapêutico ordem alfabética – por comercial

nº lote laboratório por forma farmacêutica

prazo de validade ordem alfabética – por outro nome genérico

Não sei

Os medicamentos estão conservados nas embalagens originais, ao abrigo da luz direta?

Sim Não Não sei

Existe controle da temperatura ambiente no local de armazenamento de medicamentos?

Sim Não Não sei

Existe algum destes aparelhos no local de armazenamento dos medicamentos?

ar condicionado em funcionamento ventilador em funcionamento Não sei

A área destinada aos medicamentos permite a entrada de:

poeira insetos outros Não sei

Quanto à umidade. Existe:

infiltração bolhas na parede Não há problemas quanto umidade. Não sei

São feitas inspeções periódicas para observar-se degradações visíveis e vencimento do prazo de validade dos medicamentos?

Sim Não Não sei

Caso seja feita, com que frequência são realizadas estas inspeções? _____

O que é feito quando os medicamentos vencem ou estragam?

Para _____ onde

Quem se responsabiliza pela retirada desses produtos da Casa Família? _____

Não sei

Com que frequência é feito o inventário (contagem de estoque) dos medicamentos?

- diariamente semanalmente quinzenalmente
 mensalmente Não é feito Não sei

Você conhece as normas de armazenamento para medicamentos?

- Sim Não

A instalação física do almoxarifado facilita o fluxo de medicamentos e permite uma fácil movimentação dos estoques e de pessoal?

- Sim Não

Todas as pessoas da Casa Família tem acesso ao almoxarifado?

- Sim Não

Caso não tenham, quem tem livre acesso aos medicamentos?

Você recebeu alguma capacitação/ orientação sobre as normas de armazenamento de medicamentos?

- Sim Não

Caso tenha recebido, diga quando e quem forneceu estas informações?

VI. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA OS DIVERSOS SETORES

Caso você saiba, descreva como é feita a distribuição de medicamentos para os diversos locais da Casa Família?

Caso você saiba, descreva como é feita a distribuição de medicamentos para os diversos locais da Casa Família?

Assinale com "X" quantas opções forem necessárias.

- consultório médico consultório odontológico sala de vacina copa/ cozinha
 consultório de enfermagem farmácia sala de curativos outro_____

Caso você saiba, descreva como é feita a distribuição de medicamentos para os diversos locais da Casa Família?

Existe algum tipo de controle da saída destes medicamentos do almoxarifado para estes setores?

Sim Não Não sei

Em cada setor existe um controle das saídas destes medicamentos?

Sim Não Não sei

Quais os principais problemas encontrados na distribuição dos medicamentos para os diversos setores da casa família?

De que maneira você acha que estes problemas poderiam ser solucionados?

VII. DISPENSAÇÃO/ ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Quem dispensa/ entrega medicamentos na casa família?

Assinale com "X" quantas opções forem necessárias.

auxiliar de serviços gerais auxiliar de enfermagem enfermeiro

médico assistente administrativo Agente Comunitário de Saúde (ACS)

farmacêutico Não sei

Aonde são dispensados/ entregues os medicamentos ao paciente/ usuário?

Assinale com "X" quantas opções forem necessárias.

Almoxarifado Consultório médico Consultório de enfermagem

farmácia comunidade Não sei

Outros locais _____

Quais são as normas para a dispensação de medicamentos (orientações aos pacientes/ usuários)?

Não sei

Você pode descrever quais são as orientações que poderiam ser dadas aos pacientes?

Você já fez algum tipo de capacitação sobre dispensação de medicamentos?

Sim

Não

Caso tenha feito alguma capacitação, diga quando e qual o tema?

Os medicamentos são entregues mediante prescrição médica/ ou de enfermagem?

Sim

Não

Existe algum registro da demanda atendida?

Sim

Não

Não sei

Existe algum registro da demanda não atendida?

Sim

Não

Não sei

As cópias das receitas são guardadas na Casa Família?

Sim

Não

Não sei

Durante quanto tempo são guardadas as cópias das receitas? _____

Quais os itens que devem constar em uma prescrição?

Não sei

Caso você saiba, pode descrevê-las?

Quais as maiores dificuldades que você percebe na dispensação de medicamentos?

Na sua opinião quais são as maiores causas para que o paciente não use/tome o medicamento corretamente?

Você já recebeu alguma reclamação sobre a qualidade do medicamento dispensado?

Sim

Não

Não sei

Caso tenha recebido alguma reclamação, o que você fez?

Quais são as características que você observa no medicamento estragado/ alterado?

Não sei

Caso você saiba, comente as principais alterações observadas nos medicamentos:

QUAIS SUAS SUGESTÕES PARA MELHORAR O ACESSO AOS MEDICAMENTOS NO PFS QUANTO AO PROCESSO DE GESTÃO DE MEDICAMENTOS NA CASA FAMÍLIA?

QUAIS SUAS SUGESTÕES PARA MELHORAR O TRABALHO DAS EQUIPES DO PFS NO MUNICÍPIO?

5.RESUMO DAS RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DE MEDICAMENTOS NO PFS:

Envolvidos		MÉDICO	ENFERMEIRO	FARMACÊUTICO DISTRITAL	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ACS	AUXILIAR SERVIÇOS GERAIS	ASSISTENTE ADMINISTRATIV.	COORDENADOR DO DISTRITO DA SAÚDE
Atividades									
SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS									
PREENCHIMENTO DO PADRÃO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS									
PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS									
ACOMPANHA-MENTO DA SOLICITAÇÃO DO PEDIDO DE MEDICAMENTOS									
RECEBIMENTO MEDICAMENTOS									
ESTOCAGEM/ GUARDA DE MEDICAMENTOS									
DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS									
INVENTÁRIO DE MEDICAMENTOS									
RETIRADA DE MEDICAMENTOS VENCIDOS E/OU AVARIADOS DA CASA FAMÍLIA									
CONTROLE DE QUALIDADE DE MEDICAMENTOS									
DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS									
Responsabilidades: (código)	1-opina (é ouvido) 2- prepara/planeja	3-participa da execução 4-responsável pela execução		5- decide/aprova 6- supervisiona			7-verifica/ avalia 8-é informado		

Agradecemos sua colaboração nesta pesquisa certos de que suas sugestões, dúvidas, comentários poderão contribuir no processo de gestão de medicamentos no PFS do município de Belém.

ANEXO 4 :Formulário 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
 MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
 PROJETO DE DISSERTAÇÃO: GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM
 AUTORA DO PROJETO: CRISTINA M^º MAUÉS DA COSTA

FORMULÁRIO 2: AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES NO PSF DO MUNICÍPIO DE BELÉM

PERÍODO: JANEIRO-SETEMBRO/2003

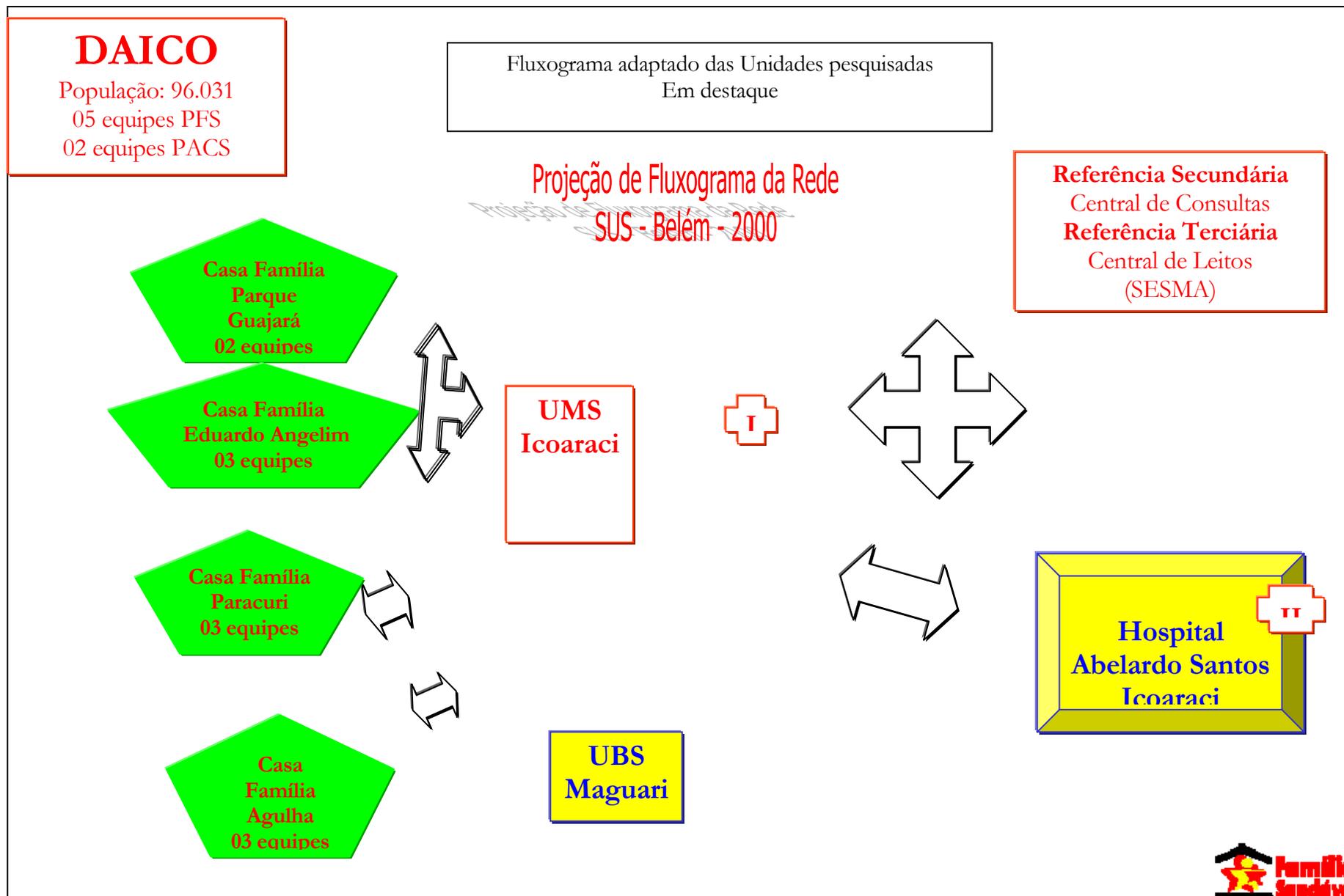
Casa Família: _____

Data da análise: __/__/__

DADOS DA PRESCRIÇÃO	E= ENFERMEIRO(A)										M= MÉDICO(A)										O= OUTROS									
01. LEGIBILIDADE																														
02. ESCRITA POR EXTENSO																														
03. DENOMINAÇÃO GENÉRICA																														
04. FORMA FARMACÊUTICA																														
05. DOSAGEM																														
06. TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO																														
07. HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO																														
08. VIA DE ADMINISTRAÇÃO																														
09. DURAÇÃO DO TRATAMENTO																														
10. NOME DO PACIENTE																														
11. ENDEREÇO DO PACIENTE																														
12. ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO DO PRESCRITOR																														
13. ASSINATURA DO PRESCRITOR																														
14. CARIMBO DO PRESCRITOR																														
15. CRM/ CRE ou Registro profissional																														
16. DATA																														
TOTAL:																														
Nº MEDICAMENTOS POR PRESCRIÇÃO?																														
OS MEDICAMENTOS PRESCRITOS SÃO DA LISTA DO PSF? S =SIM OU N =NÃO																														

LEGENDA	
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO	FORA DA LEGISLAÇÃO
(1)	(0)

ANEXO 5: Fluxograma dos Distritos Administrativos estudados

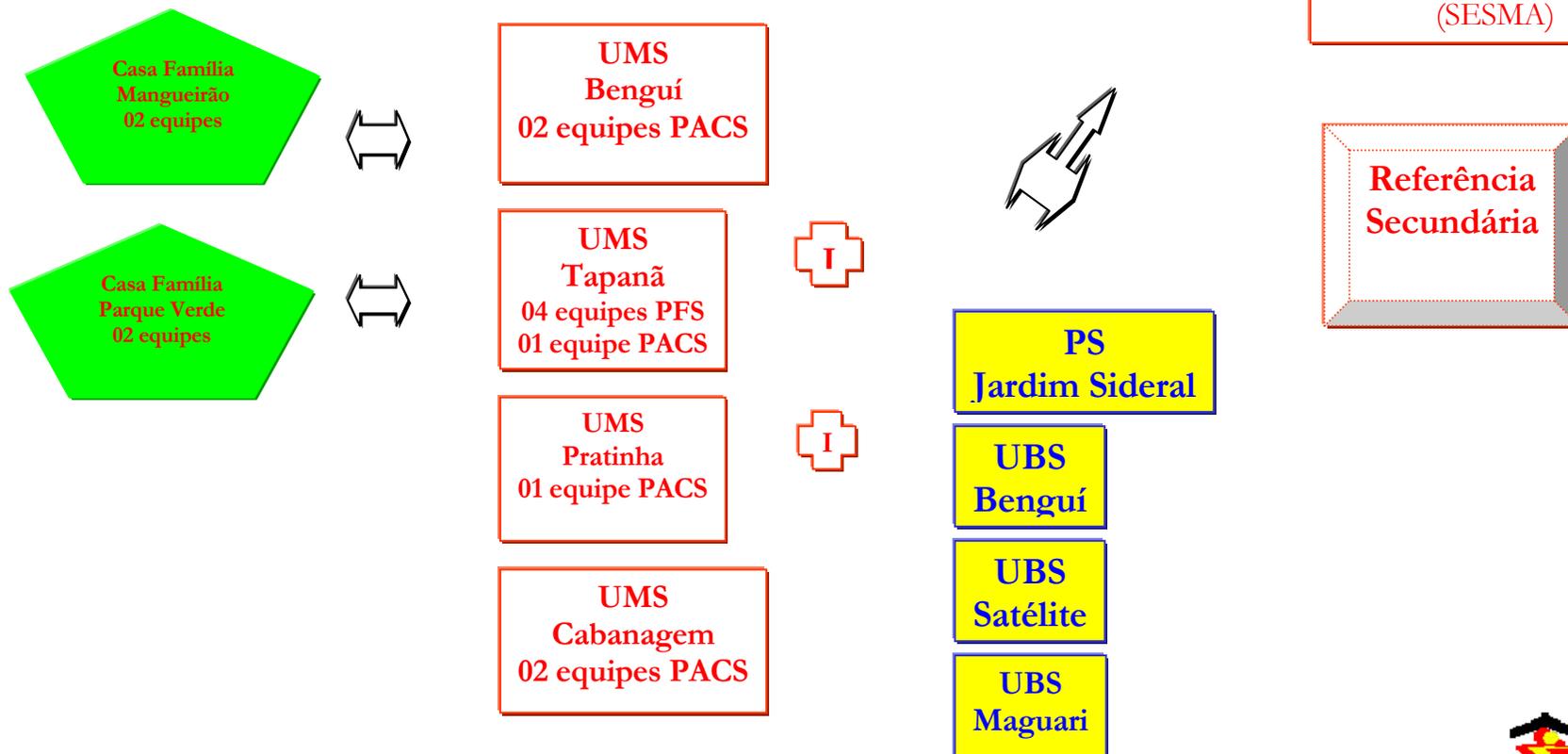


DABEN

População: 197.098
08 Equipes PFS
06 equipes PACS

Fluxograma adaptado das Unidades pesquisadas
Em destaque

Projeção de Fluxograma da Rede SUS - Belém - 2000

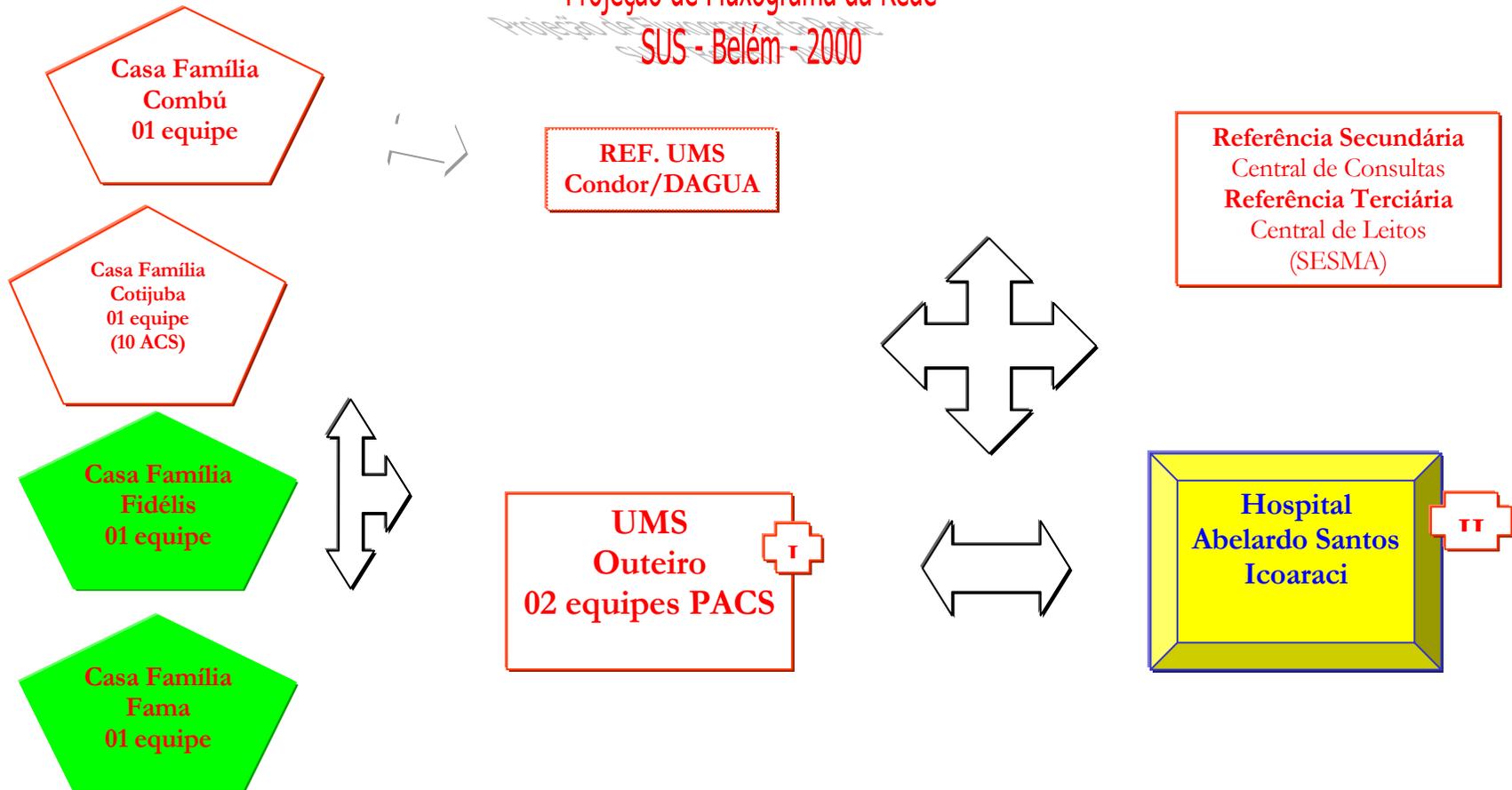


DAOUT

População: 17.6024
04 equipes PFS
02 equipes PACS

Fluxograma adaptado das Unidades pesquisadas
Em destaque

Projeção de Fluxograma da Rede SUS - Belém - 2000

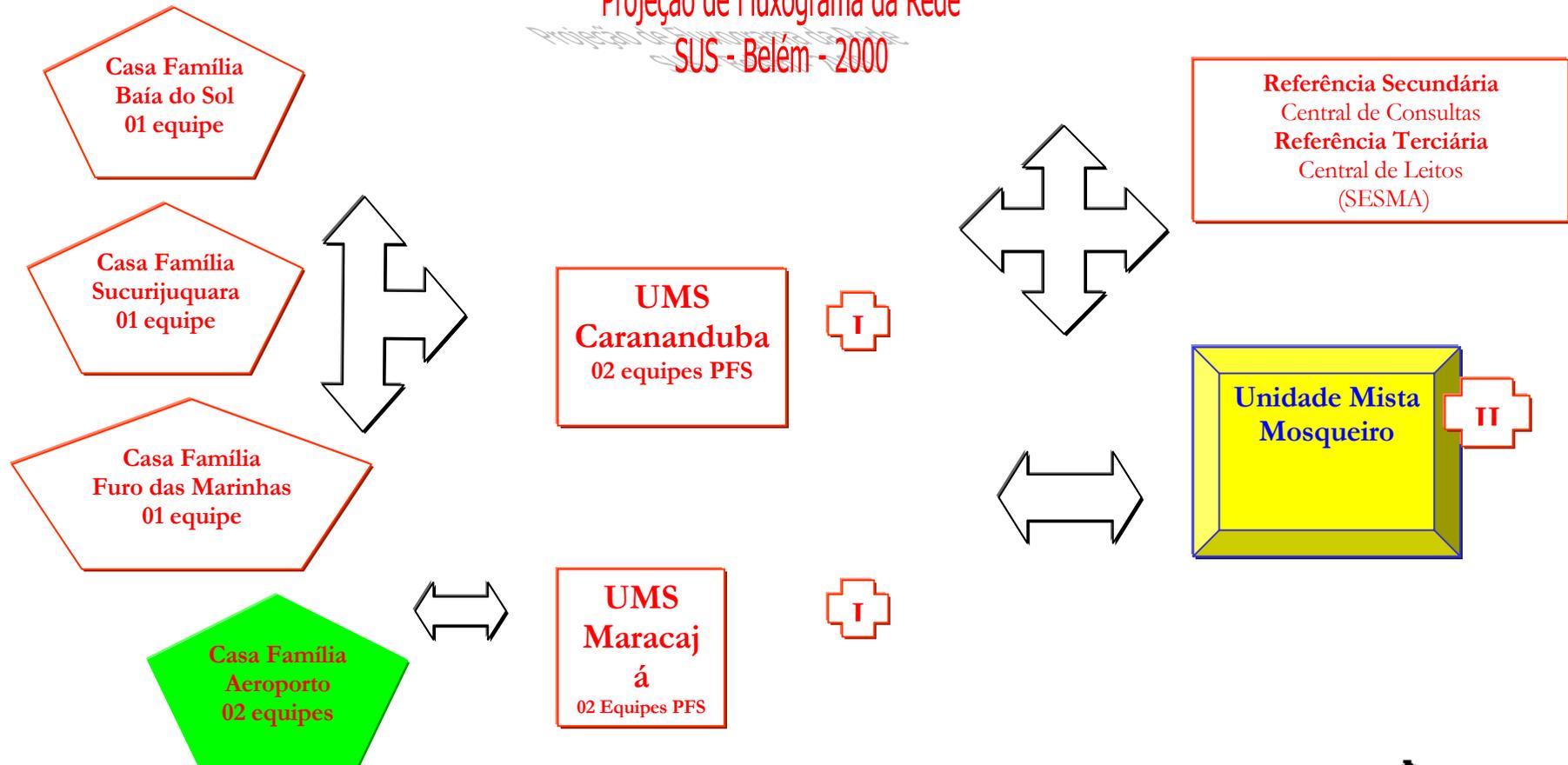


DAMOS

População: 22.420
08 equipes PFS

Fluxograma adaptado das Unidades pesquisadas
Em destaque

Projeção de Fluxograma da Rede SUS - Belém - 2000

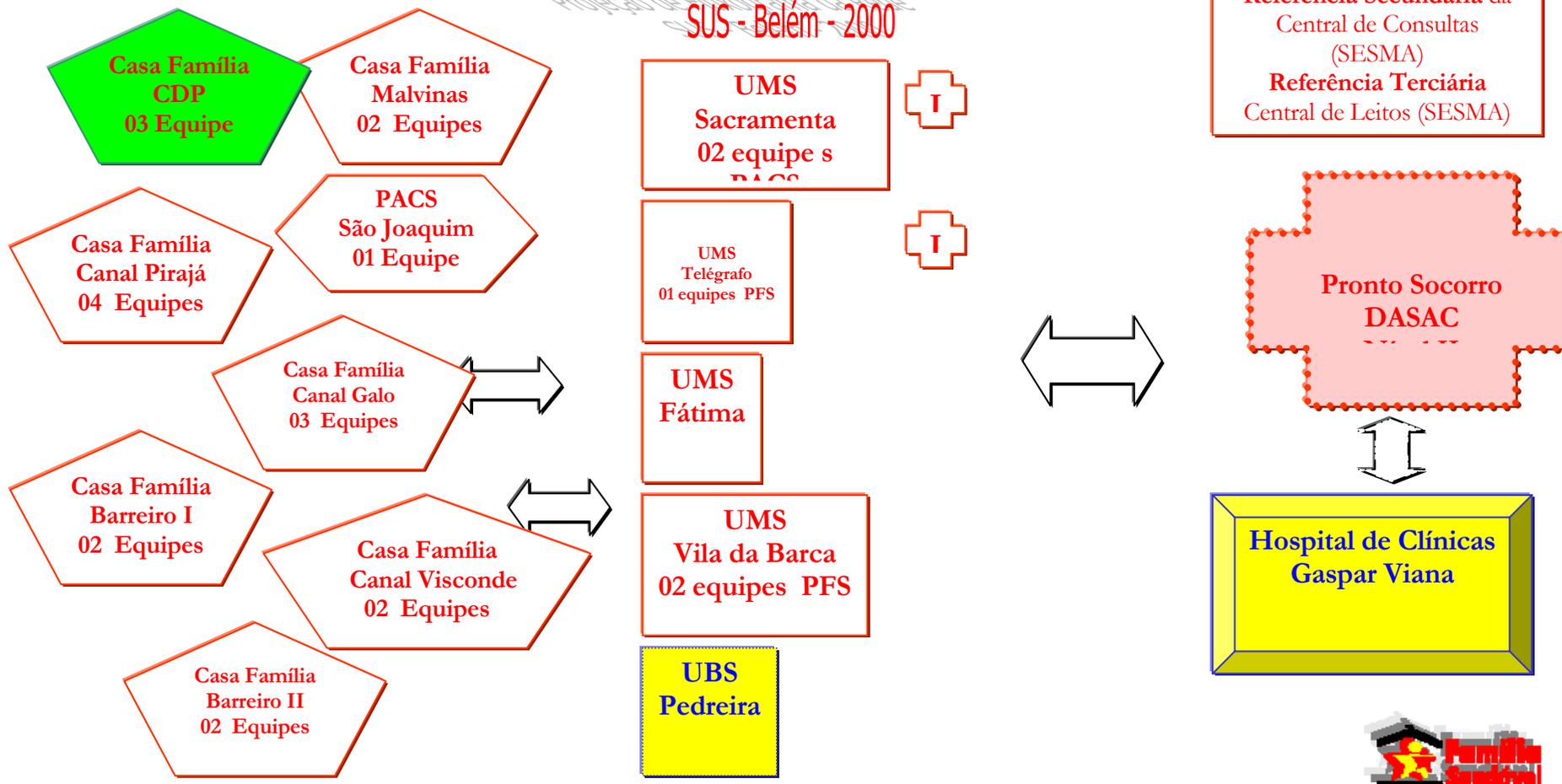


DASAC

População: 248.050
16 equipes PFS
04 equipes PACS

Fluxograma adaptado das Unidades pesquisadas
Em destaque

Projeção de Fluxograma da Rede SUS - Belém - 2000





ANEXO 6: Cronograma do Curso de Uso de Plantas Medicinais para ACS

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL

CRONOGRAMA DO CURSO PARA ACS DO DAOUT: CONHECENDO O USO DAS PLANTAS MEDICINAIS NA COMUNIDADE



Período 12 à 16 de maio de 2003

DATA	ASSUNTO	RESPONSÁVEL	LOCAL
12/05/2003 SEGUNDA-FEIRA 9:00ÀS13:00	DINÂMICA DE ASENTAÇÃO.	MAURA, LEILA E CRISTINA	ESCOLA BOSQUE
	PROGRAMA FARMÁCIA NATIVA.		
	OFICINA PRÉ-CAMPO: - QUESTIONÁRIO (SUB-GRUPO) - INDICADORES DE SAÚDE		
12/05/2003 SEGUNDA-FEIRA 14:00ÀS17:00	APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO – (MICROÁREA DE TRABALHO DO ACS)	ACS	MICROÁREA DE TRABALHO DO ACS
13/05/2003 TERÇA-FEIRA 9:00ÀS13:00	DRAMATIZAÇÃO DE ALGUMA HISTÓRIA RELACIONADA ÀS PLANTAS MEDICINAIS	LEILA E MAURA	ESCOLA BOSQUE
13/05/2003 TERÇA-FEIRA 14:00ÀS17:00	APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO – (MICROÁREA DE TRABALHO DO ACS)	ACS	MICROÁREA DE TRABALHO DO ACS
14/05/2003 QUARTA-FEIRA 9:00ÀS13:00	COMO FUNCIONAM AS PLANTAS: - METABOLISMO - FARMACOLOGIA - TOXIDADE - RISCOS E BENEFÍCIOS	MAURA, LEILA E CRISTINA	ESCOLA BOSQUE
14/05/2003 QUARTA-FEIRA 14:00ÀS17:00	APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO – (MICROÁREA DE TRABALHO DO ACS)	ACS	MICROÁREA DE TRABALHO DO ACS
15/05/2003 QUINTA-FEIRA 9:00ÀS13:00	MANEJO DAS PLANTAS	LIDUÍNA	ESCOLA BOSQUE
15/05/2003 QUINTA-FEIRA 14:00ÀS17:00	CUIDADOS PRELIMINARES AO USO DAS PLANTAS MEDICINAIS - IDENTIFICAÇÃO - COLETA - SELEÇÃO - CONSERVAÇÃO PREPARAÇÃO DO ALBÚM DE PLANTAS MEDICIANIS	LIDUÍNA	ESCOLA BOSQUE
16/05/2003 SEXTA-FEIRA 9:00ÀS14:00	DIVERSAS FORMAS DE PREPARAÇÃO DE REMÉDIOS CASEIROS PLANEJAMENTO DAS AÇÕES: - OFICINA PÓS-CAMPO: • SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS. • APRESENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO - PROPOSIÇÃO DE AÇÕES ENCERRAMENTO DO CURSO	LIDUÍNA, ÚRSULA, MAURA, CRISTINA, LEILA E DARIALVA	ESCOLA BOSQUE

ANEXO 7: Cronograma do Curso de Uso correto de Medicamentos para ACS

I CURSO DE CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (AIDPI)

MÓDULO: USO CORRETO DE MEDICAMENTOS

APRENDENDO SOBRE OS MEDICAMENTOS

PARTE 1:

Aula interativa com demonstração

Tempo estimado:1h00

O objetivo dessa aula é trabalhar os conceitos de princípio ativo, fórmula, forma e apresentação farmacêutica. Durante a aula, o instrutor deve disponibilizar para os alunos medicamentos em diferentes formas farmacêuticas, para que eles possam identificar as informações recebidas.

Ao final da aula, utilize os exercícios apresentados na página 35 do Livro dos Agentes para testar os conhecimentos dos alunos.

PARTE 2:

Aula interativa com demonstração

Tempo estimado:1h00

O objetivo dessa aula é trabalhar o uso das diferentes formas farmacêuticas, cuidados com o medicamento. Durante a aula, o instrutor deve disponibilizar para os alunos medicamentos em diferentes formas farmacêuticas, para que eles possam manuseá-los. É importante que sejam disponibilizados no mínimo um medicamento de cada forma farmacêutica, conforme as páginas 39 a 43 dos Agentes para reforçar os conteúdos.

Fazer leitura das páginas 39 a 43 do Livro dos Agentes para reforçar os conteúdos.

Intervalo: Tempo estimado de 15 minutos

PARTE 3:

Trabalhando com o problema 4: “Às vezes damos sorte” na página 44 a 47 do Livro dos Agentes em grupo

Tempo estimado:1h00

Para trabalhar os problemas, deve-se seguir os seguintes passos:

- a) Leitura do problema;
- b) Análise e discussão do problema;
- c) Leitura do texto de apoio;
- d) Resolução do problema

PARTE 4:

Como garantir que o paciente cumpra o tratamento: da página 50 a 51 do Livro dos Agentes

Tempo estimado:30 min

Leitura e discussão do texto em grupo

Onde os medicamentos precisam ser guardados: da página 53 a 54 do Livro dos Agentes

Tempo estimado:30 min

Leitura e discussão do texto em grupo

Avaliação das atividades do dia

Materiais necessários para uma turma com 30 alunos: Retroprojetor de transparência, três Flit-shirt por turma, Papel 40 Kg (12 folhas por turma), pincéis atômicos (3 preto e 3 vermelho), 10 transparências e trinta cartilhas para os ACS “O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Promoção do Uso Correto de Medicamentos”.

Formulário para atenção à criança: continuação

IDENTIFICANDO PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS	AVALIE Pergunte e observe:	CLASSIFIQUE	O QUE FAZER
	Se a criança está usando algum medicamento(s): ➤ Qual o medicamento(s)?	USA MEDICAMENTO	➤ Procure saber se o medicamento foi prescrito pelo médico ou enfermeira.
	Se o medicamento foi adquirido sem receita médica por indicação de vizinhos, parentes, balconista ou outros: ➤ Por que usou este(s) medicamento(s)	AUTOMEDICAÇÃO	➤ Oriente a mãe que qualquer medicamento pode alterar o funcionamento do corpo. Se o medicamento é tomado com receita e orientação médica, o funcionamento muda para melhor, quando o medicamento é tomado por conta própria ou por indicação de amigos ou parentes, o risco é grande: o corpo pode reagir ao remédio e a criança pode piorar, em alguns casos pode ocorrer intoxicações e a criança pode até morrer.
	Se o medicamento for de uma consulta antiga	RECEITA ANTIGA	➤ Oriente a mãe que não deve usar a mesma receita de consultas anteriores, o que a criança tinha anteriormente pode não ser a mesma coisa de hoje.
	Observe se tem restos de medicamentos no domicílio.	SOBRA DE MEDICAMENTOS	➤ Oriente a mãe para que não utilize remédios já abertos anteriormente como colírio (olhos) ou gotas nasais (nariz) porque podem sofrer contaminação por germes depois de abertos por muito tempo, podendo causar perigo para a saúde.
	Se o medicamento foi prescrito: ➤ Qual o nome do medicamento, está escrito de forma legível, pelo nome genérico, apresenta a posologia completa (dose, duração do tratamento, horários para tomar os medicamentos)	PRESCRIÇÃO COMPLETA	➤ Oriente a mãe sobre a importância de seguir a prescrição para obter uma cura/ melhora da saúde da criança.
	Se a mãe tiver dúvidas de como deve ser tomado o medicamento	DÚVIDAS DE COMO USAR O MEDICAMENTO	➤ Oriente a mãe usando calendários, escrevendo o horário das tomadas do medicamento nas embalagens, ou outras maneiras disponíveis no domicílio. Caso tenha dúvidas peça a visita da sua Equipe do PFS.

IDENTIFICANDO PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS

AVALIE Pergunte e observe:	CLASSIFIQUE	O QUE FAZER
Ao iniciar o tratamento com medicamento a criança apresentou coceira, febre, incômodo, irritação ou mal estar.	SUSPEITA DE ALGUMA REAÇÃO ADVERSA AO MEDICAMENTO	➤ Oriente a mãe que se ela observar alguma alteração na criança após tomar o remédio procurar a Unidade de Saúde imediatamente.
Como está o medicamento ➤ O medicamento não está vencido? Observe a data de fabricação e o prazo de validade, se existe o número do registro no Ministério da Saúde.	MEDICAMENTO DENTRO DA VALIDADE E EM BOAS CONDIÇÕES	➤ Oriente a mãe sobre a importância de observar o prazo de validade dos medicamentos.
	MEDICAMENTOS VENCIDOS OU ESTRAGADOS/ALTERADOS	➤ Oriente a mãe que os medicamentos vencidos ou estragados (características alteradas como cor, cheiro, presença de manchas ou grumos no remédio) não podem ser tomados, devem ser entregues no posto de saúde para serem destruídos sem causar danos aos indivíduos ou ao meio ambiente. ➤ Recolha imediatamente e leve a sua Unidade de Saúde para serem relacionados juntamente como os medicamentos vencidos ou alterados da Casa Família.
Onde são guardados os medicamentos: ➤ Estão dentro de gavetas, armários no quarto, na cozinha, no banheiro, em cima da televisão, ao alcance das crianças?	MEDICAMENTO ARMAZENADO EM LOCAL INADEQUADO	➤ Oriente a mãe sobre a necessidade de manter guardados os medicamentos fora do alcance das crianças, num armário fechado, pendurado em uma sacola, em lugar alto, longe do sol e de lugares com umidade (evitar deixar os remédios no banheiro ou cozinha).
A criança está tomando algum tipo de chá, ou remédio caseiro. ➤ Qual o remédio caseiro, como e porque usa?	USA REMÉDIO CASEIRO	➤ Oriente a mãe para que informe o médico ou enfermeira quando fizer uso de remédios caseiros porque alguns problemas podem ocorrer quando misturamos outros remédios aos já receitados.

ANEXO 8: FOTOS DAS CASAS FAMÍLIAS

