



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

TATIANE DE OLIVEIRA SILVA

**ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SANTO
ANTÔNIO DE JESUS - BA**

**FEIRA DE SANTANA
2008**

TATIANE DE OLIVEIRA SILVA

**ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SANTO
ANTÔNIO DE JESUS - BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração – Políticas, Planejamento, Gestão em Saúde.

Linha de pesquisa – Estudo de Políticas, Programas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Profa Dra. Maria Angela Alves do Nascimento

**FEIRA DE SANTANA
2008**

TATIANE DE OLIVEIRA SILVA

**ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SANTO
ANTÔNIO DE JESUS - BA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana - BA, 14 de fevereiro de 2008

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense - UFF

Profa. Dra. Gisélia Santana Souza
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Profa Dra. Maria Angela Alves do Nascimento (orientadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Aos meus pais, que mesmo sem entenderem perfeitamente o que este trabalho representa para mim, cuidaram com preocupação e zelo para que não houvessem obstáculos em meu caminho e que este fosse alcançado com êxito.

Aos farmacêuticos, trabalhadores da saúde que, diante das limitações do seu campo de trabalho, acabam por não dar vida ao seu próprio fazer. Que este trabalho seja um convite à reflexão coletiva que precisamos realizar para transformar nossas ações cotidianas em defesa da vida.

Aos meus alunos, com os quais compartilho conhecimentos, incertezas e expectativas, enquanto possibilidade para refletir sobre o modo como condizirão a Assistência Farmacêutica em seus processos de trabalho. Para que eles sejam vivos, e não se permitam capturar pelo trabalho morto.

AGRADECIMENTOS

Eternamente a Deus, pelas bênçãos constantes em minha vida. Pela luz que me guia em caminhos que percorro, pelos presentes que me concede em surpresas!

A minha família, especialmente meus pais, Irene e Francisco, pelo amor, preocupação, auxílio e disposição para ajudar-me a consolidar mais essa conquista.

A Profa Dra. Maria Angela Nascimento, minha querida orientadora, pelo amor, dedicação, compromisso e persistência com que conduziu esse trabalho. Por muitas vezes e incansavelmente, tentou “abrir meus olhos” diante de minhas inquietações. Você foi um presente para mim! Uma fonte de saber, de compromisso, de responsabilidade, que me guiou no caminho das convergências, divergências, complementaridades e diferenças. Sua vida profissional é um exemplo que guardarei em minha lembrança.

A Bruno Alencar, meu amor, meu amigo e companheiro, com o qual comungo dos ideais de vida e da profissão farmacêutica. Apesar da resistência inicial devido às minhas faltas, acabou seduzido pelo trabalho ajudando-me e compartilhando da nova experiência como se também fosse sua.

As amigas Eleonora, Ilma e Cris por cuidarem da Bom Viver com dedicação e zelo, durante meus momentos de ausência.

Aos mestres do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pela vivência, pela troca de experiências e articulação de saberes eminentes de nosso contato diário.

A professora Dra. Marluce Assis, com sua postura singular capaz de articular dialeticamente diferentes saberes e práticas. Sua contribuição ímpar proporcionada durante nosso convívio em sala de aula será inesquecível.

Aos colegas da turma, pelo convívio, alegrias e inquietações vividas coletivamente diante de nossas singularidades e particularidades, de nossos modos de ver e ser no mundo.

As amigas Lavínia, Luciene, Leonor, Patrícia, Márcia, Elaine, cujos laços foram construídos numa relação harmoniosa e que permanecerão no meu caminho.

As minhas amigas Márcia Reis e Elaine Leal, pelo convite e interesse para realização da pesquisa em Santo Antônio de Jesus na expectativa dos resultados e contribuições. Obrigada pela oportunidade!

A amiga Dayana Souza pela tolerância e paciência dedicados à revisão da formatação deste trabalho.

Aos sujeitos da minha pesquisa, trabalhadores de saúde, usuários das Unidades de Saúde da Família e gestores pela receptividade e presteza durante a realização desse estudo.

A todos os amigos que me acolheram com carinho em Santo Antônio de Jesus, compartilharam da minha alegria e torceram junto mesmo estando distantes.

Muito obrigada!

RESUMO

Estudo sobre o acesso do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) à Assistência Farmacêutica no município de Santo Antônio de Jesus-BA. Os objetivos são discutir o processo de organização da Assistência Farmacêutica e analisar a forma como se configura esse acesso do usuário à Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família. Seu referencial teórico compreende o processo de construção da Política de Medicamentos no Brasil, a organização da Assistência Farmacêutica e o acesso do usuário a essa Assistência, uma possibilidade de ser construída enquanto direito da cidadania. Pesquisa qualitativa, numa perspectiva crítico-analítica, tendo como campo de investigação as Unidades de Saúde da Família das zonas urbana e rural. Os sujeitos participantes do estudo foram divididos em três grupos: Grupo I, informantes-chave (dois); Grupo II, trabalhadores de saúde (seis); e Grupo III, usuários (treze). As técnicas de produção dos dados foram observação sistemática, entrevista semi-estruturada e análise de documentos. O método de análise foi o hermenêutico-dialético, a partir do qual se elaborou duas categorias de análise: Categoria 1 – Organização da Assistência Farmacêutica em Santo Antônio de Jesus-BA: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer; Categoria 2 – Acesso do usuário à Assistência Farmacêutica ou acesso a medicamentos? Um caminho para ser reconstruído. Quanto à organização da Assistência Farmacêutica, demarcada pelas ações de seleção, programação, aquisição, armazenagem e dispensação, encontramos uma realidade ainda em construção, que se dá de modo centralizado e, apesar de envolver trabalhos de diferentes setores, não se processa de modo articulado, divergindo da proposta de trabalho em equipe que tal atividade necessita. Como limitações do processo de organização, identificamos o excesso de atividades realizadas pelos trabalhadores de saúde, tanto da coordenação da Assistência Farmacêutica quanto os das Unidades de Saúde da Família; e a ausência de uma proposta ou política de educação permanente para os trabalhadores, na perspectiva da responsabilização e valorização do trabalho por eles desenvolvidos. Essas limitações trazem implicações para o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica, ao considerarmos as seguintes dimensões: disponibilidade, geográfica, econômica, funcional e comunicacional. Os resultados deste estudo em relação às formas de acesso do usuário à Assistência Farmacêutica mostraram que as unidades estão geograficamente acessíveis aos usuários, havendo dificuldades mais evidentes na zona rural. O Município apresenta constantes problemas de desabastecimento, o que podem gerar custos extras para os usuários com a aquisição de medicamentos, ou os deixar vulneráveis às complicações das patologias que são portadores e do uso inconstante de medicamentos. Além disso, as relações com os usuários, desde a recepção até a dispensação de medicamentos, são desprovidas de comunicação e interação entre os sujeitos e, conseqüentemente, do vínculo, do acolhimento e da humanização necessários à resolubilidade das ações de saúde. Entretanto, acreditamos que para a transformação dessa realidade, de modo a assegurar o acesso à Assistência Farmacêutica com qualidade e integralidade, e que a mesma possa ser entendida para além da disponibilidade de medicamentos, faz-se necessário uma reconstrução do modo de pensar e fazer dos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) que participam diretamente da organização das ações da Assistência Farmacêutica rompendo as práticas impessoais, burocráticas e pouco comunicativas que as caracterizam.

Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica, Organização, Acesso.

ABSTRACT

Study about access of the user of the Family Health Program (PSF) to the Pharmaceutical Assistance in the municipality Santo Antonio de Jesus – BA. The objective are to discuss the process of the organization's Pharmaceutical Assistance and; to analyze the way how to configure this access of the user to the Pharmaceutical Assistance in the Family Health Unit. The references contain the process of the building of the Medicines Policy in Brazil; organization's Pharmaceutical Assistance and the user's access to this assistance, a possibility to be construction as a right citizenship. Qualitative research, in one perspective critical-analytical, and the research field are Family Health Unit on urban and rural areas. The subjectives were three groups: group I, key-informant (two); group II, health worker (six); and group III, users (13). The techniques of production dates were systematic observation, semi-structured interview, and documental analyzes. As date analyzes method was the hermeneutic-dialetics from which were elaborate two categories: Category 1 - Organization's Pharmaceutical Assistance in Santo Antonio de Jesus-BA: meetings and disagreements between thinking and doing.; Category 2 – User's access of to the Pharmaceutical Assistance or access to drugs; A way to be reconstruct. In relation to organization's Pharmaceutical Assistance, this is demarcated by the action of selection, planning, acquisition, storage and dispensing, a reality are still under construction, which to happen on centralize way and, in spite of to involver works of the different areas, not process of the articulate way, diverging of the proposal team work that is necessary to this activity. As limitation of the process of the organization, we indentified the excess activities made by workers, both of coordination of the Pharmaceutical Assistance as those of the workers of the Family Health Unit; absence of a proposal or policy of continuing education for workers, in the perspective of the accountability and valorization of the work, develop by their. This limitation brings implications to access of the user to Pharmaceutical Assistance, to regard the following dimensions: availability, geographic, economic, functional and communicational. The units are geographically accessibly to users, which the difficult most evident are in the rural area. The municipality show constant problems of the supply, which can to create extras expense to users, with the purchase medicine or to left their vulnerable to the complication of the pathology to whom are porter and of the no constant use of the medicine. Moreover, relation with the users from reception until the dispensing of medicine, are destitute of communication and interaction between the subjectives and, consequently of attachment, reception and humanization necessary for the resolution of the health action. Therefore, we believe that to the transformation this reality , in order to ensure access to the Pharmaceutical Assistance with quality and integral health care, and for which it is understood beyond the availability of medicines, it's necessary a reconstruction of the way of to think and to make of subject who participate directly of organization of the action of the Pharmaceutical Assistance, managers, workers and users, breaking practice mechanized, impersonal, bureaucratic, and little communicative that their characterize.

Key- words: Pharmaceutical Assistance, Organization, Access.

LISTA DE SIGLAS

A.F. - Assistência Farmacêutica

ABIFARMA - Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica

AIS - Ações Integradas de Saúde

ALFOB - Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC - Autorizações para Pagamento de Alto Custo

CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico

CAP - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEAF-BA – Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica

CEME - Central de Medicamentos

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFF - Conselho Federal de Farmácia

CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica

DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

DST/AIDS – Doença Sexualmente Transmissível / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDM - Plano Diretor de Medicamentos

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM - Política Nacional de Medicamentos

PSF - Programa Saúde da Família

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SCTIE - Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

SISNEP - Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SOBRAVIME – Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana

UFC - Universidade Federal do Ceará

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFPR - Universidade Federal do Paraná

UNB – Universidade de Brasília

USF - Unidade Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil.	33
QUADRO 2	Distribuição das instituições de saúde públicas e privadas de Santo Antônio de Jesus-BA, 2007.	67
QUADRO 3	Distribuição das Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Santo Antônio de Jesus-BA, 2006.	68
QUADRO 4	Características dos informantes-chave do estudo. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.	70
QUADRO 5	Características dos trabalhadores de saúde das USF. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.	71
QUADRO 6	Caracterização dos usuários das farmácias das unidades de saúde da família. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.	71
QUADRO 7	Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo I - informantes-chave. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.	811
QUADRO 8	Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo II - trabalhadores das farmácias das USF. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.	822
QUADRO 9	Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo III - usuários das farmácia das USF. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.	822

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1	Desenvolvimento da análise Hermenêutica-dialética.	80
FLUXOGRAMA 2	Processo de distribuição de medicamentos em Santo Antônio de Jesus-BA, julho/2007.	1288
FLUXOGRAMA 3	Modelo de atenção de um serviço de saúde.	175

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	A construção da política de medicamentos no Brasil e a organização da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde	26
2.2	Organização da Assistência Farmacêutica: uma abordagem para efetivar o acesso	42
2.3	Acesso enquanto categoria de análise do serviço e das ações da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família	49
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	63
3.1	Tipo de estudo	64
3.2	Campo de Investigação	65
3.2.1	Considerações sobre o Município	65
3.2.2	As Unidades de Saúde da Família (USF): o campo de investigação propriamente dito.	68
3.2.3	Critérios de seleção das Unidades de Saúde da Família para o estudo	69
3.3	Sujeitos do Estudo	69
3.4	Técnicas e instrumentos de produção de dados	72
3.5	A coleta de dados propriamente dita: o caminho que percorremos	75
3.6	Método de análise dos dados	78
4	ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA	844
4.1	Organização da Assistência Farmacêutica no Município de Santo Antônio de Jesus-BA: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer	866
4.2	Acesso do usuário à Assistência Farmacêutica ou acesso a medicamentos? Um caminho para ser reconstruído	1488
5	CONSIDERAÇÕES	FINAIS
17171		

REFERÊNCIAS

17878

APÊNDICES

19090

Apêndice A Roteiro da observação sistemática na USF	19191
Apêndice B Roteiro de observação sistemática sobre a organização da Assistência Farmacêutica	19292
Apêndice C Roteiro da entrevista semi-estruturada para o(a) coordenador(a) da Assistência Farmacêutica do Município	19393
Apêndice D Roteiro da entrevista semi-estruturada para os trabalhadores das farmácias das USF do Município	19595
Apêndice E Roteiro da entrevista semi-estruturada para os usuários das farmácias das USF do Município	19696
Apêndice F Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	197

ANEXO

198

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Ao pesquisarmos não podemos nos fazer imparciais, pois a pesquisa já faz parte da nossa vida, do que somos, acreditamos e defendemos; reflete o nosso modo de agir com os outros e com o mundo.

A construção das políticas de saúde no contexto brasileiro foi marcada pela reflexão sobre a forma de se produzir ações mais resolutivas na saúde, anteriormente centradas no controle de epidemias, focalizadas na doença e sua cura, conformando o modelo biologizante, centrado na figura do médico.

Neste mesmo contexto histórico desenvolviam-se as ações do farmacêutico. Desde a década de 1930, quando os termos farmácia e farmacêutico tornaram-se de conhecimento público, houve inúmeras mudanças no que tange à atribuição desse profissional e desse estabelecimento, anteriormente denominado de botica, no qual se manipulavam as fórmulas prescritas pelo médico e as dispensava ao paciente (ZUBIOLI, 2004).

A Farmácia Hospitalar surge nesse mesmo momento histórico como um campo do trabalho farmacêutico, no qual se desenvolvia tanto atividades de manipulação quanto ações administrativas e de gerenciamento (REIS, 2003) e, posteriormente, foram incorporadas ações direcionadas à assistência ao paciente através da Farmácia Clínica¹. Nas décadas de 1940 e 1950, com o advento da indústria farmacêutica esse profissional adquiriu um novo perfil centrado na produção de medicamentos em larga escala, afastando-o, portanto, do contato com o usuário do medicamento. Concomitantemente ao desenvolvimento da indústria farmacêutica também foram desenvolvidas práticas mercadológicas e propagandistas junto aos prescritores e estabelecimentos farmacêuticos, o que acabaram por conferir uma visão distanciada da farmácia como estabelecimento de saúde e caracterizando-a apenas como um comércio cujo objetivo final é a lucratividade.

Esse momento se estende até fins do século XX e, apesar do crescimento exponencial de estabelecimentos farmacêuticos que comercializam medicamentos, a re-introdução do farmacêutico nas ações diretas com o paciente é feita muito lentamente, ainda que o Conselho Federal de Farmácia (CFF), sustentado legalmente por meio das Leis nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL, 2006a/Doc.10), da Resolução nº 308, de 2 de maio de 1997 (BRASIL, 2004/Doc.15), entre outras, exigisse a responsabilidade farmacêutica para o funcionamento desses estabelecimentos. Entre outros motivos que contribuíram para essa realidade, destacamos o fato de que a propriedade de farmácias no Brasil não é exclusiva de farmacêuticos e, dessa forma, qualquer indivíduo, independente dos seus interesses estarem incorporados ou não aos princípios éticos e da saúde, podem ser proprietários de farmácia.

¹ **Farmácia clínica:** área da Farmácia em que o farmacêutico oferece orientação ao paciente, a partir de uma prática interdisciplinar de responsabilidade pelos cuidados de saúde deste (ZUBIOLI, 2001).

A Assistência Farmacêutica² desenvolveu-se neste mesmo cenário e tem agregado uma série de mudanças que lhe conferem um caráter inovador e pertinente à proposta de Saúde Coletiva, a qual reconhece outros determinantes que precisam ser considerados no processo saúde-doença tais como o modo de vida, os aspectos culturais e religiosos, a subjetividade dos sujeitos e que têm sua resolução centrada num trabalho em equipe e na participação do usuário.

Dá-se início, então, a uma prática na farmácia em que, apesar de o farmacêutico assumir legalmente a responsabilidade pelo estabelecimento, ele se omite de suas atribuições na prática, oportunizando uma “confusão” na sociedade, que confere ao auxiliar da farmácia (balconista) o título de farmacêutico, pois aquele “aprendeu”, de modo mecanizado, a aviar receitas e indicar alguns medicamentos.

Acompanhando este processo histórico, a proposta da Saúde Coletiva foi se desenvolvendo desarticulada do trabalho farmacêutico no cuidado à saúde, tanto no setor público quanto privado, ainda que desde 1988 tenham se iniciado discussões sobre Assistência Farmacêutica no sentido de formular políticas e práticas integrantes da assistência à saúde. Assim, passou a ser definida como um conjunto de ações que envolvem seleção, programação, aquisição, armazenagem e dispensação, com o objetivo de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos (MARIN *et al*, 2003; ACURCIO, 2003; BRASIL, 1999/Doc.17). Ações estas, de caráter basicamente gerenciais, centradas no medicamento e não no usuário.

Ao considerarmos todo o contexto de mudanças históricas e políticas sobre a Assistência Farmacêutica, delimitamos como objeto deste estudo o *Acesso*³ do usuário à Assistência Farmacêutica no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. O interesse pela área da Assistência Farmacêutica foi despertado no decorrer do curso de graduação em Ciências Farmacêuticas na Universidade Estadual de Feira de Santana, entre 2000 e 2005, por meio, inicialmente, da disciplina Introdução à Assistência Farmacêutica. O entendimento ainda era superficial, mas a curiosidade acentuou-se devido à grande divulgação em eventos e publicações científicos, além de informações da mídia sobre assuntos relacionados ao tema,

² **Assistência Farmacêutica:** em todo o texto optamos por utilizar as iniciais maiúsculas para este termo, no sentido de destaca-lo como objeto do estudo.

³ **Acesso:** alcance das ações e serviços de saúde pelos usuários ao considerarmos os aspectos geográfico, econômico, funcional, de disponibilidade e comunicacional.

assim como às leis e demais regulamentações que já haviam sido implantadas ou eram discutidas naquele momento.

Nesse sentido, destacamos a Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, instituída pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999/Doc.17), que estabelece os propósitos, prioridades, estratégias e atividades para efetivá-la; o lançamento dos medicamentos genéricos, em 1999 (BRASIL, 2006b/Doc.11), como uma promissora repercussão no campo da saúde e, principalmente, nos aspectos dos custos com medicamentos na Saúde Pública; as elaborações e revisões das Relações Nacionais de Medicamentos Essenciais (RENAME); e, em paralelo, a discussão sobre a continuidade da produção dos medicamentos similares no mercado e a importância das atividades dos laboratórios oficiais com o intuito de consolidar essas novas discussões.

As políticas sobre medicamentos no Brasil tiveram quase sempre dois grandes focos de discussão: o elevado custo com medicamentos e o acesso dos usuários, principalmente na rede pública. Concomitantemente, evidenciamos aí a problemática do acesso do usuário ao medicamento, sustentada por inúmeras justificativas tais como interesses de mercado, empecilhos no financiamento à saúde e, ainda que não fosse divulgada, até porque sempre foi tratada em segundo plano, a desestruturação das ações da Assistência Farmacêutica dos municípios brasileiros.

Tal realidade oportunizou-nos discussões no decorrer do nosso curso de graduação, em particular nas disciplinas Farmácia Social, Introdução à Assistência Farmacêutica, Ética e Legislação Farmacêutica, Sociologia da Saúde e Saúde e Comunidade⁴, as quais contribuíram para uma maior compreensão sobre a instituição e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a conformação da saúde no Brasil, inclusive da Assistência Farmacêutica, bem como para o entendimento crítico da realidade concreta. Isso tudo foi importante não só para despertarmos sobre a relevância dessas temáticas, mas também para percebermos a

⁴ Destacamos aqui as sínteses das ementas das referidas disciplinas: **Farmácia Social:** Formação, organização, âmbito e exercício profissional. Participação integrada em programas de saúde; **Introdução à Assistência Farmacêutica:** Comunicação e interação profissional. Anamnese farmacêutica. Perfil farmacoterapêutico. Dispensação de medicamentos. Aconselhamento farmacêutico; **Ética e Legislação Farmacêutica:** Elementos de ética e de direito. Normas legais que regem a profissão. Código de Ética. Legislação Sanitária; **Sociologia da Saúde:** Análise e equacionamento dos componentes ou valores sociais na problemática da saúde; **Saúde e Comunidade:** Estudos dos princípios científicos relacionados com a educação para a saúde e fatores que influenciam na saúde das comunidades considerando-se a participação em trabalhos comunitários, indicadores de saúde e a política nacional de saúde.

Assistência Farmacêutica enquanto parte integrante da Política Nacional de Medicamentos do Sistema Único de Saúde.

Contudo, o interesse sobre o tema Assistência Farmacêutica ficou limitado devido à inexistência da articulação teórico-prática com tal finalidade durante a graduação, experienciada com atividades direcionadas aos campos de estágio apenas ao final do curso, assim como a um projeto de extensão, restrito à participação de poucos graduandos. Essa situação nos proporcionou maiores inquietações diante das dificuldades de expressar, de forma prática e articulada, as ações sociais do trabalho farmacêutico⁵ que poderiam contribuir de forma impactante na sociedade, com ações não só relacionadas ao uso do medicamento, mas também em ações de educação do usuário inserido no processo saúde-doença.

Cada vez mais observávamos uma dicotomia entre os aspectos conceituais que nos foram apresentados durante a graduação e as práticas profissionais farmacêuticas existentes até aquele momento, pois nelas não estavam inseridos os determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos que conformam os sujeitos sociais. Talvez, isto se deva a realidade da grande maioria das instituições de ensino superior estruturar os seus cursos no modelo biomédico, sem discussões políticas e sociais, como também sem a preocupação em formar sujeitos⁶ preparados para a atuação no SUS, para as particularidades e singularidades que se revelam nas relações de saúde, até porque atendem às propostas do modelo hegemônico neoliberal⁷. Todavia, as discussões provenientes da participação em movimentos estudantis, congressos e encontros, nos possibilitaram conhecer algumas propostas de outras instituições como a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Federal do Paraná (UFPR) e até mesmo da própria Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) com propostas de currículos inovadores, numa perspectiva social. Porém, a UEFS particularmente, por se tratar de um curso que foi implantado em 1999, naquele momento histórico apresentava algumas dificuldades de caráter prático para a implantação efetiva de tal proposta.

Assim, por não haver no nosso curso de graduação, até o início de 2003, a efetivação dessa proposta curricular enquanto prática social e, no intuito de compreender e discutir as

⁵ **Trabalho farmacêutico:** entendido como a ação do farmacêutico na relação com o usuário do medicamento, na perspectiva da educação, orientação, intervenção e resolubilidade.

⁶ **Sujeitos:** atores e agentes na construção das práticas de saúde; o “ser real considerado como aquele que tem qualidades e exerce ações” (AYRES, 2001, p.64).

⁷ **Modelo Neoliberal:** termo que se refere às políticas liberais adotadas por governos nacionais desde o século XX, teve início no Brasil a partir de 1990, sendo caracterizado pelas tendências do capitalismo e da globalização.

questões que nos inquietavam, elaboramos eventos, atividades e produções científicas relativas às diversas temáticas, dentre elas: farmácia enquanto estabelecimento de saúde; educação do usuário sobre medicamento; medicamentos genéricos; uso racional de medicamentos; importância do farmacêutico nas ações de saúde, entre outros. Temas estes que convergiam com os princípios e diretrizes estabelecidos nas leis e regulamentações instituídas até aquele momento.

Para tanto, destacamos a *I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica* (BRASIL, 2003), realizada em setembro de 2003, em Brasília, e que teve como tema central *Acesso, qualidade e humanização da Assistência Farmacêutica com controle social*, organizado em três subtemas: 1) Acesso a Assistência Farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde; 2) Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico para a produção de medicamentos; 3) Qualidade na Assistência Farmacêutica, Formação e Capacitação de Recursos Humanos.

Na *I Conferência, a Assistência Farmacêutica* foi discutida não apenas enquanto ação administrativa e de planejamento para assegurar a disponibilidade de medicamentos, mas enquanto ação que está norteada pela formação e educação em saúde, por uma visão mais abrangente de acesso, pela contribuição no controle social, pela dispensação como ato farmacêutico enquanto possibilidade de criar uma prática assistencial resolutiva e humanizada.

Porém, diante das inúmeras propostas apresentadas, entendemos que este é um processo que precisa ser desenvolvido por todos os trabalhadores que integram a área da saúde que vislumbram uma mudança no modo de agir, pensar e fazer saúde.

Continuando as mudanças políticas, em 2004, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004 (BRASIL, 2005a/Doc.12), implementou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, resultante de processos de discussão na *I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica* e, entre outros eixos estratégicos definidos, foram destacados:

- a) A garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica;

- b) Manutenção de serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;
- c) Qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica existentes em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;
- d) Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos [...] (BRASIL, 2005a/Doc.12).

Contudo, tais políticas ainda não se fizeram práticas em todo o seu conteúdo diante das limitações do cenário da saúde que, para operacionalizar tais estratégias, precisam previamente fundamentar a Assistência Farmacêutica como parte fundamental da assistência à saúde e que não se finaliza no acesso a medicamentos.

Ao sustentarmos este modo de pensar, e incorporarmos uma nova prática da Assistência Farmacêutica defendida pelo SUS, nesse mesmo ano, desenvolvemos como trabalho de conclusão do curso uma pesquisa sobre as práticas da Assistência Farmacêutica, intitulada *Assistência Farmacêutica no município de Feira de Santana: realidades e perspectivas* (SILVA, 2005), com o objetivo de compreender como ocorriam as ações de Assistência Farmacêutica no referido município. Os resultados do estudo apontaram limites/dificuldades tais como:

- quantidade insuficiente de farmacêuticos na equipe de saúde do município para o desempenho das ações de sua responsabilidade;
- coordenação despreparada tecnicamente para a atividade, não havendo, inclusive, atividades voltadas para a capacitação dos gestores da Assistência Farmacêutica;
- cargos provenientes de concessões de caráter paternalístico, tendo como consequência a alta rotatividade e instabilidade de funções desempenhadas pelos trabalhadores, no contexto das ações da Assistência Farmacêutica, devido à descontinuidade política, dificultando a implementação de ações;
- pouca importância, por parte da gestão municipal, às atividades pertinentes à organização da Assistência Farmacêutica, tais como seleção, programação e armazenagem dos medicamentos;
- dificuldade de acesso ao medicamento pelo usuário, principalmente devido à indisponibilidade dos mesmos em quantidades suficientes ao atendimento da demanda; e,

- ausência de atividades educativas para os usuários e trabalhadores das farmácias das unidades de saúde.

Apesar dos resultados encontrados, vimos também a falta de vontade política dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em transformar tal realidade, mesmo diante das sugestões de intervenção por nós apresentadas, o que causou-nos frustração. É evidente que, para a avaliação e/ou efetivação das sugestões, demandaria uma articulação intersetorial UEFS–Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com a missão da UEFS, diante do seu compromisso social com a comunidade de Feira de Santana e a região do semi-árido da Bahia, na efetivação de um trabalho de extensão direcionado aos saberes e às práticas na construção de uma proposta comum, em prol da defesa dos direitos dos cidadãos à Assistência Farmacêutica. Todavia, isso não ocorreu porque as idéias limitaram-se apenas à divulgação oral e encaminhamento de relatório à SMS, sem uma formalização de compromisso entre as Instituições.

Em 2005, nos graduamos e, logo em seguida, fomos trabalhar em uma farmácia comunitária⁸ do setor privado. O trabalho diário através do atendimento direto ao cliente⁹ nos permitiu verificar alguns aspectos mercedores de atenção referente à relação do profissional de saúde com aquele. Dentre estes aspectos destacamos a ausência de comunicação¹⁰, de vínculo¹¹ e de responsabilização¹², perceptíveis no simples ato do cliente dirigir-se à farmácia para comprar um medicamento que, muitas vezes, está prescrito de maneira inadequada ou ilegível e tem um custo incompatível às suas possibilidades financeiras para auxiliar no tratamento de uma patologia que ele mesmo [o cliente] não sabe qual é. Nesta perspectiva, citamos os estudos desenvolvidos por Silva, Schenkel e Mengue (2000); e Silva e Silver (2005), ao destacarem a prescrição medicamentosa, juntamente à aquisição e distribuição de medicamentos como aspectos agravantes para o acesso desigual e para a qualidade da Assistência Farmacêutica. Vemos assim uma seqüência de acontecimentos que se repetem

⁸ **Farmácia comunitária:** estabelecimento de saúde, sob responsabilidade técnica de um farmacêutico, que comercializa medicamentos industrializados em suas embalagens originais e produtos correlatos; entendida também como farmácia comercial.

⁹ **Cliente:** na Farmácia Comunitária ou Drogaria este é o termo adotado para se referir àquele que compra o medicamento ou utiliza o serviço.

¹⁰ **Comunicação:** diálogo necessário à relação entre indivíduos (profissional de saúde e usuário) nas ações de saúde.

¹¹ **Vínculo:** aquilo que une; compromisso, responsabilidade.

¹² **Responsabilização:** assumir a responsabilidade por algo ou alguém, no caso pelo cliente/usuário e pela saúde do mesmo.

diariamente e que implicam em uma banalização das práticas de saúde e das relações entre os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde.

Concretamente, essa situação encontra-se justificada por razões diversas originadas na equipe de saúde no momento em que perpassam questões políticas, condições de trabalho e relações interpessoais traduzidas por Merhy (2002) como tecnologias leves ou de relações para com os usuários, seja no setor público ou no setor privado. Tecnologias com as quais acreditamos poder proporcionar avanços significativos no atendimento à saúde. Além disso, observamos também a falta de participação e a passividade do usuário nas relações, tanto com os trabalhadores quanto nas instituições de saúde, fazendo-se necessário reconstruir os sujeitos da saúde.

Diante desse contexto, ressaltamos a nossa preocupação em relação ao acesso do usuário à assistência à saúde e, mais especificamente, à Assistência Farmacêutica, que tem como eixo o medicamento, “objeto tecnificado” que responde às necessidades medicamentosas para auxílio na recuperação da saúde dos indivíduos. Todavia, ao falarmos de acesso entendemos que este não pode ser visto de forma unidimensional, limitado à disponibilidade de recursos, mas como um conjunto de dimensões que precisam estar alinhadas de forma a suprir as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.

Contudo, somente em 2006, ao iniciarmos o mestrado em Saúde Coletiva, tomamos conhecimento das diferentes concepções sobre o Estado e as políticas públicas articuladas à saúde, a partir de uma perspectiva mais abrangente e significativa acerca das questões pertinentes ao acesso aos serviços e as ações de saúde no Sistema Único de Saúde, que influenciaram uma compreensão para a (re)construção das idéias até então nunca por nós refletidas ou até mesmo questionadas. Tais discussões e reflexões contribuíram para nos despertar quanto à necessidade de transformar as nossas práticas cotidianamente.

A possibilidade de contribuir para a (re)construção das práticas de saúde e, particularmente, sobre o novo modo de pensar na Assistência Farmacêutica centrada no usuário e fundamentada no trabalho farmacêutico, tornou-se concreta diante da minha aprovação no concurso público, na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)/BA, para professora da disciplina Estágio em Farmácia com ênfase em Farmácia Hospitalar, em 2007. Uma disciplina que, apesar de intitulada com ênfase, corresponde a todas as áreas do

campo da Farmácia, se dá nos semestres nono e décimo e tem como objetivo estimular o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, por meio das atividades nos campos de estágio.

A nossa prática na disciplina, experienciada com atividades nas diferentes áreas de conhecimento da profissão, Farmácia Hospitalar, Farmácia Comunitária e Farmácia com Manipulação, tem sido conduzida de forma crítica e reflexiva diante da diversidade da realidade nos diferentes contextos de assistência à saúde, articulando a teoria e a prática, o ideal e o real, no intuito de assegurar que é possível, ainda que existam obstáculos, transformar a realidade. Especialmente, no que diz respeito à Assistência Farmacêutica, destacando-se o acesso.

Assim, diante desta reconstrução de idéias, modos de pensar e construção do agir em saúde enquanto sujeitos coletivos, elaboramos duas **questões de estudo**.

a) Como se processa a organização¹³ da Assistência Farmacêutica para o acesso do usuário a esse serviço no município de Santo Antônio de Jesus-BA?

Ressaltamos que apesar da Organização da Assistência Farmacêutica não ser o nosso objeto de estudo, temos a clareza de que para compreender o acesso, faz-se necessário entendermos como se processa a organização da Assistência Farmacêutica, até mesmo no sentido de melhor dialogar¹⁴ e construir nossas reflexões sobre o objeto estudado. A partir da compreensão desta realidade é que elaboramos a segunda questão.

b) Como se configura o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus-BA?

Dessa forma, para responder a estes questionamentos, elaboramos os seguintes **objetivos**:

Discutir o processo de organização da Assistência Farmacêutica para o acesso do usuário ao serviço no município de Santo Antônio de Jesus-BA;

¹³ **Organização:** entendida como um conjunto de atividades desenvolvidas durante o processo de trabalho na assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenagem, dispensação) tendo em vista facilitar o acesso do usuário ao serviço.

¹⁴ **Diálogo/dialogar:** entendido como a possibilidade de, numa ação comunicativa, interagir com os sujeitos da realidade para compreender suas ações, atitudes e modos de agir diante de sua situação de saúde, tendo como foco o nosso objeto de estudo.

Analisar como se configura o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família no município de Santo Antônio de Jesus-BA.

A escolha do município de Santo Antônio de Jesus como campo de pesquisa justifica-se pela vontade política da gestora municipal diante das possibilidades de transformações em prol da melhoria do acesso dos usuários à Assistência Farmacêutica frente à realidade deste município de médio porte, caracterizado pela Gestão Plena do Sistema Municipal.

Apesar da Assistência Farmacêutica ser um tema relativamente novo (considerando o momento em que começou a ser discutida enquanto conceito, em 1988) até então houve poucas iniciativas de estudos no Brasil, principalmente se considerarmos a perspectiva do acesso. Alguns desses estudos referem-se a avaliação das ações que conformam a Assistência Farmacêutica. Dentre eles citamos o estudo realizado por Cosendey e colaboradores (2000), no qual avaliaram a Assistência Farmacêutica na atenção básica em três estados brasileiros: Paraná, São Paulo e Minas Gerais; e o estudo de Silva e Silver (2005), que avaliaram a Assistência Farmacêutica na atenção básica em Brasília.

Um outro estudo está sendo realizado pela Organização Mundial de Saúde mediante trabalho conjunto com o Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entre outras instituições colaboradoras (BRASIL, 2005b). Esse estudo teve início em 2003, dividindo-se em três etapas, nível I, II e III. O nível I objetivou acompanhar e avaliar a implementação de políticas farmacêuticas no país. No nível II avaliaram os resultados das políticas farmacêuticas quanto ao acesso, qualidade e uso racional de medicamentos. O nível III ainda não foi concluído e é composto por indicadores específicos que podem ser aplicados pelos países, conforme suas necessidades.

Assim, ao estudarmos *o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica*, o nosso olhar deverá estar voltado para uma maior aproximação e compreensão da realidade, pois acreditamos que esse estudo poderá contribuir para a concretização do acesso universal e integral aos serviços de saúde, conforme estabelece a lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2006c).

Por conseguinte, comungamos com a percepção de Assis, Villa e Nascimento (2003), por acreditarem que a saúde é um direito da cidadania garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime, norteados pela inclusão social e solidariedade humana, não devendo, portanto,

estar limitado ao cumprimento de normas, padrões ou metas impostas pelo sistema de saúde, mas sim sujeitos à dinamicidade e à peculiaridade inerentes à realidade.

Diante do exposto, acreditamos que a realização deste estudo poderá possibilitar também, a elaboração de propostas e estratégias que assegurem o direito à saúde reservado ao acesso à Assistência Farmacêutica garantido, entre outras formas, por meio da seleção de medicamentos a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população; disponibilidade adequada de medicamentos de qualidade capazes de atender às necessidades; recebimento, armazenagem e distribuição adequadas; capacitação dos trabalhadores envolvidos nas atividades referentes a esta política; educação permanente de usuários e trabalhadores de saúde, com valorização das tecnologias¹⁵ (leves, leve-duras e duras) inseridas no processo de trabalho e delineadas por Merhy (2002), no sentido de construir políticas e práticas resolutivas.

¹⁵ **Tecnologias leve, leve-dura e dura:** no processo de assistência à saúde o trabalhador utiliza um conjunto de tecnologias que incluem os equipamentos e o instrumental necessários à realização do trabalho, tais como, aparelhos, estrutura física (tecnologia dura); procedimentos técnicos, conhecimentos estruturados (tecnologia leve-dura); e tecnologias que envolvem relações entre os sujeitos como o respeito, o vínculo, o atendimento humanizado, entendidas como tecnologia leve (MERHY, 2002; NASCIMENTO; MISHIMA, 2004).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Ciência se faz com teoria e método. [...] A compreensão da realidade é sempre mediada por teorias, por crenças, por representações. Uma teoria é, pois, uma construção científica, por meio da qual o pesquisador se aproxima com o objeto, mesmo que depois a refute e construa outra que considere mais adequada para compreender ou explicar o assunto que investiga (MINAYO, 2002, p.17).

O eixo teórico deste estudo situa-se nas seguintes abordagens: o processo de construção da Política de Medicamentos no Brasil, desde o início do século XX até o momento atual; a organização da Assistência Farmacêutica, enquanto um campo de saberes e de práticas que vem historicamente se concretizando no contexto da Saúde Coletiva; e o acesso à Assistência Farmacêutica enquanto possibilidade a ser construída como direito de cidadania.

2.1 A construção da política de medicamentos no Brasil e a organização da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Para entendermos a relevância do estabelecimento da política de medicamentos como componente das políticas de saúde, é preciso que compreendamos as questões políticas, sociais e econômicas enquanto determinantes no processo de estruturação e organização da saúde. Para tanto, apresentaremos uma síntese sobre o processo de desenvolvimento da indústria farmacêutica no Brasil, embasada particularmente em Landmann (1983; 1986), Cordeiro (1985), Braga e Paula (1986) e Bermudez (1992; 1995).

Ao demarcarmos o início do século XX para analisar a saúde como questão social, este deve contemplar as determinações urbanas ou rurais, as condições do mercado de trabalho, o papel que a sociedade atribuía ao Estado, os limites técnicos e científicos e, conseqüentemente, a possibilidade de intervenção. Deve-se compreender também as emergentes políticas públicas de higiene e saúde.

As doenças pestilenciais como cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola e doenças infecciosas e parasitárias como tuberculose, lepra e febre tifóide compunham o quadro mórbido, necessitando de atenção pública. Em 1903, foi iniciado o combate à febre amarela urbana e, em 1904, foi promulgada a lei da vacinação obrigatória contra a varíola (BRAGA; PAULA, 1986). Paralelamente, iniciou-se neste período a implantação de instituições científicas voltadas para a pesquisa e produção de medicamentos, vacinas e soros, com destaque também para a síntese química (BERMUDEZ, 1995).

As campanhas contra as epidemias, assim como as medidas destinadas à promoção da higiene urbana caracterizavam-se por medidas impositivas, que não ultrapassaram os limites de soluções imediatistas a problemas agudos. Isso pode ser justificado pelo incipiente conhecimento científico e tecnológico referente ao diagnóstico, prevenção e terapia das doenças referidas.

Com a reforma de 1923 cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo como atribuições federais o saneamento rural e urbano, a propaganda sanitária, higiene industrial, atividades de supervisão e fiscalização e o combate às endemias rurais. Neste sentido, destacou-se o Decreto nº 16300, editado em 31 de dezembro de 1923, que vigorou como Regulamento Sanitário Federal, no qual encontram-se normas sobre licenciamento de farmácias, drogarias, laboratórios, ervanárias e indústria de medicamentos; licenciamento e fiscalização de produtos farmacêuticos, soros, vacinas e produtos biológicos (BRAGA; PAULA, 1986). A partir de então, temos o início do processo de desenvolvimento da indústria farmacêutica no Brasil.

Durante as décadas de 1940 e 1950 surge, em todo o mundo, a indústria farmacêutica, com desenvolvimento de produtos em maior escala resultantes de esforços conjuntos empreendidos por governos, grupos empresariais e universidades. Como um determinante deste processo destaca-se a Segunda Guerra Mundial, na qual houve expansão do processo industrial dos Estados Unidos, diante da destruição do parque industrial europeu.

Por conseguinte, a política nacional desenvolvimentista iniciada na década de 1940 favoreceu a entrada de capital estrangeiro das empresas transnacionais farmacêuticas o que influenciou a hegemonia das transnacionais e, conseqüentemente, a nossa dependência econômica e industrial nesse segmento. Como justificativas desse processo acrescentam-se ainda, a ausência de uma política setorial governamental com finalidade de proteger a indústria nacional da competição estrangeira; a fragilidade das empresas locais, e as medidas de estímulo à entrada de capital estrangeiro na década de 1950 enfraquecendo o poder de competição das empresas nacionais (BERMUDEZ, 1995). Ainda que em 1953 a Superintendência de Moeda e Crédito formulasse as Instruções nº 70 e nº 113, que davam privilégios à importação de matéria-prima de cunho farmacêutico, o que impulsionou a indústria nacional, a instalação de indústria estrangeira ocorreu de forma simultânea (BRAGA; PAULA, 1986).

Bermudez (1992; 1995) destaca que na década de 1960 iniciaram algumas manifestações de propostas contra-hegemônicas, que partiram de segmentos da sociedade civil organizada e de setores governamentais. Nesse período, foram implantadas algumas idéias relativas às políticas de medicamentos, como, por exemplo, o Decreto nº 52471, que estabelecia normas para o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica nacional e o

Decreto nº 53612, de 1964, por aprovar a primeira relação de medicamentos essenciais¹⁶ antes mesmo da recomendação da Organização Mundial de Saúde, como veremos adiante. No entanto, esse período foi também marcado pela expansão do complexo industrial, representado pelas empresas transnacionais na área da indústria farmacêutica, que encontraram força nas diretrizes que nortearam a redefinição do modelo de assistência à saúde durante o período militar.

Havia uma preocupação quanto à criação de uma indústria farmacêutica voltada aos interesses nacionais desde 1963, quando foi criado o Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica, com o objetivo de implantar uma indústria química de base não só na área de medicamentos, mas também de fertilizantes e outros produtos; além de controlar os preços dos produtos acabados e da importação da matéria-prima (LANDMANN, 1986). Esses objetivos foram operacionalizados em 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), mediante o Decreto nº 68608.

Como objetivos dessa política, Bermudez (1995) destaca a identificação de indicadores como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional.

Dois anos seguintes à sua criação, foi publicado, em julho de 1973, o Plano Diretor de Medicamentos (PDM), que nortearia e definiria a atuação da CEME, comprometendo-se a combater o oligopólio do fornecimento de matérias-primas, intensificando a transferência de tecnologia e realizando todas as fases de produção, da pesquisa à comercialização, numa tentativa de incentivar os laboratórios nacionais (LANDMANN, 1986). Bermudez (1995) complementa que, para consolidação desse plano contribuíram os diversos órgãos do Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho, a Universidade de Brasília, a Organização Mundial de Saúde, as Secretarias de Saúde e os sindicatos da indústria farmacêutica.

Landmann (1986) considera no PDM, como itens mais importantes da ação estatal:

¹⁶ **Medicamentos essenciais:** aqueles capazes de satisfazer as necessidades de saúde da maioria da população, devendo estar disponíveis em todos os momentos, em quantidades adequadas e em dosagens apropriadas, a um preço com os quais os indivíduos possam pagar (ACURCIO; GUERRA JUNIOR, 2003).

a) a intervenção na esfera da distribuição através da criação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, definindo cerca de 304 medicamentos básicos;

b) o incentivo à pesquisa e desenvolvimento tecnológico, através de acordos com universidades, empresas públicas e privadas;

c) o apoio à iniciativa privada nacional através de financiamentos e;

d) a ampliação do mercado consumidor com distribuição gratuita ou a preços reduzidos.

No entanto, as multinacionais rapidamente interviram no sentido de não possibilitar o cumprimento das proposições do Plano Diretor de Medicamentos, e criaram a Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABIFARMA). Essa Associação propunha que o investimento da CEME fosse dirigido para utilizar a capacidade ociosa das organizações particulares, que além de fornecerem matéria-prima, deveriam participar na produção de medicamentos e comprar medicamentos na rede privada (CORDEIRO, 1985).

Assim, a CEME transformou-se numa compradora de produtos fabricados na rede privada, embalando-os e distribuindo-os com pouca regularidade. Os ideais de pesquisa pura, criação de uma infra-estrutura própria aos testes e avaliações foram arquivados.

Em maio de 1974, a CEME transferiu-se para o Ministério da Previdência e Assistência Social e, em abril de 1975, passou à competência do Ministério da Indústria e Comércio (Secretaria de Tecnologia Industrial) as atividades de desenvolvimento tecnológico do setor químico farmacêutico. Tal mudança significou uma diminuição do poder da CEME, reduzindo sua capacidade gerencial de articulação e coordenação interministerial, e significou também o fortalecimento do Ministério da Previdência e Assistência Social na saúde (LANDMANN, 1986).

A criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, acentuou a relevância do programa de distribuição de medicamentos, que passou a ser atividade permanente da CEME. A evolução dos recursos gastos pela CEME entre 1972 e 1977, evidenciou a predominância do programa de aquisição e distribuição de medicamentos, enquanto os programas de modernização de laboratórios oficiais e de pesquisa mantiveram-se estacionados ou pouco desenvolvidos.

Em 1977 a Organização Mundial de Saúde publicou uma lista de medicamentos essenciais, revista dois anos após sua publicação. Essa lista serviu como modelo para identificar as prioridades de cada país e evitar o desperdício no consumo de drogas. Porém, em 1978, a Assembléia Geral das Nações Unidas propôs que os países em desenvolvimento estabelecessem suas próprias listas com o mesmo objetivo. Por conseguinte, no Brasil foi criada uma lista essencial da CEME contendo 500 produtos previstos para atenderem às necessidades da população, no que diz respeito à disponibilidade de medicamentos. No entanto, segundo Bermudez (1992; 1995), tal lista não teve o merecido destaque, nem a divulgação ou mesmo um projeto de racionalização no uso de medicamentos, deixando espaço à livre iniciativa das indústrias farmacêuticas.

Quase uma década depois, em 1987, foi realizado um diagnóstico institucional pela CEME, o qual revelou um conjunto de problemas que contribuíram para a ineficiência do Programa de Assistência Farmacêutica desse período, dentre eles a insuficiência de recursos financeiros para satisfação das necessidades existentes, desperdícios de medicamento, baixa utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) por parte dos prescritores, pouco conhecimento das doenças prevalentes no país, sucateamento dos laboratórios e a não implantação de uma política de medicamentos efetiva (GOMES, 2004; ACURCIO, 2003; MARIN *et al*, 2003).

Como forma de corrigir e até mesmo racionalizar a disponibilidade de medicamentos foi criada a Farmácia Básica CEME, baseada em um módulo padrão de suprimentos compostos por medicamentos selecionados da RENAME, com o objetivo de tratar dos agravos mais comuns da população, na atenção básica em nível ambulatorial (ACURCIO, 2003).

Entretanto, devido a inúmeros problemas, principalmente àqueles decorrentes da centralização dos processos de programação e aquisição que não correspondiam à realidade da demanda dos serviços de saúde dos Estados e Municípios, este programa se encerrou em 1989, durando apenas dois anos.

Neste contexto, a CEME foi desativada por meio do Decreto nº 2283, de 24 de julho de 1997, e a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde ficou responsável pela manutenção das atividades de aquisição e distribuição de medicamentos para os programas das Secretarias Estaduais de Saúde (GOMES, 2004).

Além disso, a conjuntura política e sócio-econômica da época contribuiu para a desarticulação da Assistência Farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde, o que tornou evidente a necessidade de reorganizá-la diante do seguinte cenário: a falta de uma relação de medicamentos essenciais padronizada e atualizada, as irregularidades no abastecimento de medicamentos no nível ambulatorial e, em contraste, o aumento na demanda por medicamentos atrelados à automedicação e ao uso inadequado de medicamentos (GOMES *et al*, 2001).

Em decorrência desses processos e considerando-se a recomendação da Organização Mundial de Saúde de adoção de políticas nacionais de medicamentos com base no conceito de medicamentos essenciais, o Ministério da Saúde aprovou e homologou a Política Nacional de Medicamentos do Brasil (PNM), por meio da Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1999/Doc.17).

Assim, a PNM foi instituída com o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1999, p.6/Doc.17), tendo como diretrizes a adoção da RENAME, a regulação sanitária de medicamentos, a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Compreendemos, então, que no contexto em que estava situada a saúde no Brasil, o estabelecimento da PNM contribuiria de maneira significativa para o fortalecimento das políticas inseridas no Sistema Único de Saúde, sendo importante discutirmos as diretrizes estabelecidas por tal política.

A aprovação de uma nova RENAME, através da Portaria nº 507, de 23 de abril de 1999 (BRASIL, 2006c), reforçou o atendimento às políticas de acesso aos medicamentos essenciais, o que contribuiu também para a efetivação das diretrizes propostas na PNM.

Ao servir de referência para a elaboração das listas de medicamentos essenciais dos Estados e Municípios, constituindo um instrumento fundamental à orientação, à prescrição, à dispensação e ao abastecimento de medicamentos, a RENAME tem sua relevância acentuada e tornam-se imprescindíveis ações de atualização, revisão e adaptação às reais necessidades de cada local para que seja efetiva. Além disso, os determinantes como a modificação do

perfil epidemiológico da população, o processo dinâmico da indústria farmacêutica com a introdução e a modificação de novos fármacos, os avanços terapêuticos e tecnológicos são justificativas plausíveis para a necessidade de constante revisão da RENAME.

A atual RENAME (BRASIL, 2007a/Doc.3), instituída pela Portaria nº 2475, de 18 de outubro de 2005, contém 330 fármacos, oito correlatos e 34 imunoterápicos, em 522 apresentações, além de produtos médico-farmacêuticos, representando um avanço considerável para a melhoria da atenção à saúde. Ressaltamos ainda que a adequada utilização da RENAME poderá contribuir para a promoção da prescrição e uso racional de medicamentos, compreendendo este último como o uso do medicamento adequado, eficaz, com menor riscos ao usuário, e com custos compatíveis à sua capacidade de pagamento.

Um outro avanço ocorrido durante esse processo de construção da política de medicamentos, exposto como diretriz da PNM, refere-se à regulação sanitária de medicamentos, atualmente sob responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criada pela Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999, com a finalidade de promover e proteger a saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive ambiente, processos, insumos e tecnologias relacionadas. São também atribuições da ANVISA ações que garantam segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; o que vem a colaborar para o cumprimento de tal diretriz descrita na PNM (BRASIL, 1999/Doc.17).

Quanto à promoção da produção de medicamentos ressaltamos, no Quadro 1, a participação dos laboratórios oficiais no atendimento dessa diretriz.

Até o momento, existe um total de 18 laboratórios oficiais, localizados em diferentes estados brasileiros. Esses laboratórios desenvolvem atividades de pesquisas e desenvolvimento de fármacos, além da produção de medicamentos similares e genéricos, através do convênio com universidades, empresas privadas ou outras instituições. Os medicamentos produzidos por estes laboratórios são comercializados a baixo custo para as Secretarias Estaduais e Municipais e outras instituições públicas na tentativa de melhorar o acesso da população aos medicamentos.

QUADRO 1 Distribuição dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil.

Laboratórios Farmacêuticos oficiais		Cidade - Estado
FUNED	Fundação Ezequiel Dias	Belo Horizonte-MG
FURP	Fundação para o Remédio Popular	São Paulo-SP
LAFERGS	Laboratório Farmacêutico do Rio Grande do Sul	Porto Alegre-RS
IQUEGO	Indústria Química do Estado de Goiás	Goiânia-GO
IVB	Instituto Vital Brasil	Niteroi-RJ
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco	Recife-PE
LIFAL	Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas S.A	Maceió-AL
LPM	Laboratório de Produção de Medicamentos	Londrina-PR
LAQFA	Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica	Rio de Janeiro-RJ
LEPEME	Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Medicamentos e Cosméticos	Maringá-SP
LQFE	Laboratório Químico Farmacêutico do Exército	Rio de Janeiro-RJ
LFM	Laboratório Farmacêutico da Marinha	Rio de Janeiro-RJ
NUPLAM	Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos	Natal-RN
LIFESA	Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado da Paraíba S.A	João Pessoa-PB
LTF	Laboratório de Tecnologia Farmacêutica	João Pessoa-PB
FFOE	Faculdade de Farmácia, Odontologia e enfermagem – Farmácia escola	Fortaleza-CE
LAFESC	Laboratório Farmacêutico de Santa Catarina	Florianópolis-SC
FAR-MANGUINHOS	Instituto de Tecnologia de Fármacos	Rio de Janeiro-RJ

Fonte: Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil, 2006.

Os laboratórios oficiais estão representados pela Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil (ALFOB), uma sociedade civil de âmbito nacional e sem fins lucrativos que tem como principais objetivos estimular a modernização técnica e administrativa da rede de laboratórios; e promover o desenvolvimento de uma política de Assistência Farmacêutica voltada ao atendimento dos programas e atividades de saúde pública, em nível nacional (ALFOB, 2006).

Acreditamos que a implantação dessas diretrizes, vinculada ao desenvolvimento e capacitação de trabalhadores de saúde, poderá favorecer e possibilitar a reorientação da Assistência Farmacêutica enquanto um modelo que não se restrinja apenas à aquisição e distribuição de medicamentos.

Em cumprimento às diretrizes da PNM, efetivou-se o estabelecimento dos medicamentos genéricos no Brasil através da Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999 (BRASIL, 2006b/Doc.11), regulamentada pela Resolução RDC nº 315, de 29 de maio de 2003 (BRASIL, 2006d), representando um importante avanço sanitário para o Brasil. A referida lei define medicamento genérico como o medicamento similar a um produto de

referência¹⁷, geralmente produzido após o período de proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, sendo estes de comprovada eficácia e segurança, ou seja, bioequivalentes¹⁸ e biodisponíveis¹⁹ em relação ao produto de referência. Criou-se, então, uma alternativa para contribuir para o acesso econômico da população aos medicamentos.

Essa política tem trazido, entre outros benefícios, a possibilidade de maior alocação de recursos, com redução dos gastos em medicamentos no serviço público. Dados do Ministério da Saúde relatam que o projeto de produção dos genéricos permitiu uma redução de 20% nos gastos com aquisição de medicamentos por parte do governo (PINA; ANDRADE, 2002).

Ressaltamos que a produção de medicamentos genéricos tem crescido consideravelmente nas indústrias privadas, ao disponibilizarem à população produtos que, em sua maioria, apresentam menor custo que os respectivos medicamentos de referência. De acordo com dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2007b), até novembro, foram registradas no país, 325 substâncias ativas genéricas, correspondendo a um total de 2266 medicamentos genéricos em 12535 distintas apresentações comerciais.

No entanto, observamos que o acesso da população a tais medicamentos dependerá da informação, da comunicação e do processo de educação em saúde, tanto dos trabalhadores de saúde quanto dos usuários, em relação ao uso do medicamento genérico. Diante disso, é imprescindível a participação efetiva da ANVISA enquanto órgão regulador da produção de tais medicamentos; como também dos profissionais de saúde, principalmente os médicos e dentistas que são os prescritores, e dos farmacêuticos, aqueles que deveriam lidar diretamente com o usuário e o medicamento na dispensação. Ademais, esses sujeitos devem estar em sintonia mútua mediante às diversas situações, na tentativa de informar e educar o usuário sobre o medicamento genérico enquanto direito garantido, para que o mesmo não seja intermediário das relações entre o mercado e interesses do modelo médico-liberal-privatista, e

¹⁷ **Produto de referência:** produto inovador, registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro. Já o **medicamento similar** é aquele que apresenta a mesma forma farmacêutica, o mesmo ou os mesmos princípios ativos, a mesma concentração, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária (BRASIL, 2006b).

¹⁸ **Bioequivalentes:** significando que os medicamentos genéricos devem apresentar, em relação aos seus respectivos medicamentos de marca (ou de referência), as mesmas propriedades de ação no organismo humano (BRASIL, 2006b).

¹⁹ **Biodisponíveis:** significando que as características da absorção do princípio ativo na corrente sanguínea ou sua excreção na urina são semelhantes entre o medicamento genérico e o medicamento de referência (BRASIL, 2006b).

nem mesmo entre o mercado e interesses comerciais de laboratórios e drogarias que incorporam, de forma equivocada e não ética, práticas de “empurroterapia”²⁰.

Como estratégia importante da política de medicamentos, destacamos o *Programa Governamental Farmácia Popular do Brasil*, instituído em 2004, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais. Este programa é executado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), responsável pela aquisição dos medicamentos nos laboratórios oficiais ou no setor privado, se necessário, e distribuição dos mesmos às farmácias populares a baixo custo, sendo possível reduzir, em média, até 90% o preço do produto, contribuindo para o acesso do usuário aos medicamentos.

Até o momento, existem, de acordo com informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007c), 439 farmácias populares distribuídas nos estados brasileiros, disponibilizando 106 itens de medicamentos para patologias diversas como hipertensão, diabetes, doenças infecciosas, aparelhos respiratório e digestivo, depressão, entre outros, e também preservativos masculinos. Além dessas farmácias populares, o Programa Farmácia Popular do Brasil também abrange 4.025 drogarias privadas cadastradas que exibem a marca “Aqui Tem Farmácia Popular”, mas com um elenco reduzido de medicamentos.

As Farmácias Populares apresentam uma organização e estrutura diferenciadas, com a presença de farmacêutico, atendimento por senhas e dispensação de medicamentos condicionados a apresentação de prescrição médica, seja proveniente do serviço público ou privado, na quantidade adequada ao tratamento, o que poderá contribuir para o uso racional de medicamentos, além de dificultar a automedicação.

Por outro lado, também há um paradoxo, se considerarmos que tal proposta “mascara” o direito de acesso gratuito e de qualidade aos serviços e demais recursos necessários à saúde, incluindo os medicamentos. Pois, ainda que sejam mais baratos, muitas pessoas não podem adquiri-los e, inclusive, encontram, muitas vezes, indisponibilidades na oferta de medicamentos nas unidades de saúde na qual são atendidos.

Além disso, até mesmo o seu caráter de acesso universal necessita de reflexão, pois o sujeito que realizou atendimento médico e demais procedimentos na rede privada, seja via

²⁰ **Empurroterapia:** terminologia pejorativa que representa uma prática comumente utilizada por balconistas de farmácia na tentativa de “prescrever”, substituir ou vender medicamentos aos clientes das farmácias, com ou sem prescrição.

convênio ou particular, pode ter acesso aos medicamentos disponíveis na Farmácia Popular como se esse fosse um complemento do setor privado, da mesma forma que aquele sujeito que, diante das limitações encontradas, se submetem a um atendimento médico no serviço público.

Dessa forma, compreendemos que a Farmácia Popular não se dissociou do caráter focalizado, seletivo e excludente que ainda caracteriza as práticas dos serviços de saúde no contexto atual (ASSIS; VILA; NASCIMENTO, 2003; CAMPOS, 1992). Assim, compreendemos que, apesar de facilitar o acesso, este Programa “inocentemente” possibilita que o SUS seja, muitas vezes, utilizado como farmácia pública, sem necessariamente proporcionar Assistência Farmacêutica de qualidade.

Contudo, apesar dessas características, ressaltamos que o ambiente da Farmácia Popular poderá se tornar um importante local para promover atividades educativas de orientação aos usuários capazes de transformar práticas e saberes, e de construir relações de vínculo entre usuário-instituição-trabalhador de saúde. No entanto, para que essa relação aconteça efetivamente, faz-se necessário uma mudança paradigmática da prática da saúde, numa perspectiva humanizadora não só dos trabalhadores de saúde, mas também por parte dos organizadores e coordenadores da política de saúde, para que a Farmácia Popular não se restrinja a um local para aquisição de medicamentos de baixo custo, norteadas por normas e instruções.

Podemos perceber, portanto, a amplitude e complexidade de ações relacionadas à política de medicamentos e, mais particularmente da Assistência Farmacêutica que tem como propósito incorporar, de forma organizada e resolutiva, essas políticas que foram e continuam sendo construídas ao longo da dinamicidade do processo histórico. Nesta perspectiva, destacamos a reorientação da Assistência Farmacêutica entendida como um modelo que não se restrinja apenas à aquisição e distribuição de medicamentos, conforme estabelecido na PNM.

Após o processo de construção da política de medicamentos no Brasil, discutiremos, em seguida, as concepções e a organização da Assistência Farmacêutica, com o intuito de situá-la não apenas como um conjunto de ações que delineiam o acesso enquanto disponibilidade de medicamentos, mas entendendo-a como processo de trabalho em saúde, amplo, complexo e transformador.

Nos remetemos a Mendes-Gonçalves (1989) para compreendermos o processo de trabalho como o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção do serviço a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social; é o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços. Dessa forma, também compreendemos a Assistência Farmacêutica como um conjunto de atividades formado por diferentes processos de trabalho, nos quais estão inseridos distintos sujeitos, que têm se articulado e se desenvolvido sem desprenderem dos aspectos históricos e sociais que configuram o seu desenvolvimento.

A Assistência Farmacêutica foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 4726, de 9 de junho de 2003, com a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE (BRASIL, 2006e). A SCTIE possui três departamentos: o Departamento de Ciência e Tecnologia, o Departamento de Economia da Saúde e o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF).

Dentre as atribuições do DAF, definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006e), destacamos:

- a) a participação na formulação e implementação, assim como a coordenação da gestão das políticas nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos;
- b) a cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de Estados, Municípios e do Distrito Federal no âmbito da sua atuação;
- c) a coordenação da organização e do desenvolvimento de programas, projetos e ações em áreas e temas de abrangência nacional;
- d) a normatização, promoção e coordenação da organização da Assistência Farmacêutica nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS;
- e) a formulação de diretrizes para as áreas e temas estratégicos com vistas à implementação da Política Nacional de Saúde;
- f) a aquisição e a distribuição de insumos estratégicos para a saúde, em particular para a Assistência Farmacêutica, entre outros.

Conforme comentamos anteriormente, o setor farmacêutico não é regulamentado por uma única lei, mas um conjunto de leis, decretos, portarias e resoluções que envolvem os diversos assuntos relacionados ao medicamento. Contudo, as políticas farmacêuticas estão estabelecidas legalmente pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

A PNAF, entendida como integrante da Política Nacional de Saúde, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, e foi resultante de uma das propostas provenientes da Primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, ocorrida em 2003. Em seu texto, a PNAF (BRASIL, 2005a) traz como eixos estratégicos a modernização e ampliação da produção de laboratórios oficiais, a utilização da RENAME como instrumento racionalizador das ações de Assistência Farmacêutica, o desenvolvimento e a capacitação de trabalhadores de saúde, a articulação entre gestores estaduais e municipais com o objetivo de qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica, a promoção de ações que disciplinem a prescrição, dispensação e o consumo de medicamentos entre outros.

Essas ações estabelecidas na PNAF e também aquelas que dizem respeito à aquisição de medicamentos são de responsabilidade de todas as esferas, visto que, no processo de descentralização da atenção à saúde, a Assistência Farmacêutica está também descentralizada, e isso inclui, portanto, as responsabilidades federais, estaduais e municipais.

Os medicamentos disponibilizados no SUS não estão restritos aos medicamentos constantes na RENAME, mas atendem aos objetivos dos Programas do atual modelo de atenção tais como Assistência Farmacêutica Básica, Medicamentos Estratégicos, Medicamentos Excepcionais, Medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e Medicamentos para Saúde Mental.

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica encontra-se regulamentada pela Portaria nº 2084 de 28 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005c/Doc.14) que estabelece normas e mecanismos para seu financiamento, bem como o elenco mínimo obrigatório de medicamentos compreendido pelo componente Estratégico e Componente Descentralizado.

O primeiro componente corresponde ao conjunto de medicamentos e produtos cuja responsabilidade pelo financiamento e/ou aquisição é do Ministério da Saúde e corresponde aos medicamentos para tratamento de patologias específicas estando organizado nos seguintes

grupos: Hipertensão e Diabetes; Asma Rinite; Insulina; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao tabagismo. Já o Componente Descentralizado é de responsabilidade dos estados, municípios e Distrito Federal, conforme pactuação nas respectivas Comissões Intergestores Tripartite, sendo o elenco de medicamentos fundamentado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de acordo com suas atualizações.

Porém, em 2006, o Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2007d/Doc.5), que institui o Pacto pela Saúde, um compromisso assumido pelos gestores com base nos princípios constitucionais do SUS diante das necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Neste último componente encontramos o *Bloco de financiamento da Atenção Básica*, no qual está inserido o *Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica*.

Essa Portaria estabelece que a Assistência Farmacêutica deve ser financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das **ações de assistência farmacêutica** (destaque nosso) necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. O que vem a reforçar a possibilidade da atuação do farmacêutico no contexto das ações de Assistência Farmacêutica, no serviço de atenção à saúde.

O Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em três componentes:

1) *Componente Básico* que financia as ações de Assistência Farmacêutica na atenção básica em saúde, para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS. É composto de uma parte fixa e outra variável. A parte fixa é calculada em função do valor com base *per capita* para ações de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, sendo responsabilidade das três esferas, com contrapartida dos estados e municípios. Já a parte variável é determinada pelo valor com base *per capita* para ações de Assistência Farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina, sendo responsabilidade dos estados e municípios.

Equivale, portanto, ao Componente Descentralizado de Financiamento da Assistência Farmacêutica, definido pela Portaria nº 2084 (BRASIL, 2005c/Doc.14), e agrega outros

programas (Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo) que são de responsabilidade do Ministério da Saúde. Ou seja, há possibilidade de maior autonomia quanto aos recursos destinados à Assistência Farmacêutica.

2) *Componente Estratégico* que consiste em financiamento para ações de Assistência Farmacêutica de programas estratégicos, sendo o financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para esses Programas de responsabilidade do Ministério da Saúde. Reúne o controle de endemias como tuberculose, hanseníase, malária e leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais); Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados; Imunobiológicos; Insulina.

3) *Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional* que visa o financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, que inclui aqueles de uso prolongado, de alto custo, destinados ao tratamento de patologias específicas que atingem um número limitado de pacientes, por exemplo, esclerose múltipla, hepatite C, doenças auto-imunes, e medicamentos destinados a indivíduos submetidos a transplantes. O financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado. O Ministério da Saúde deverá repassar aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados de acordo com as informações encaminhadas pelos Estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo – APAC.

Contudo, a Portaria nº399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2007d/Doc.5) não revoga a Portaria nº 2084 (BRASIL, 2005c/Doc.14), pois a sua operacionalização ocorre a partir da opção dos municípios e estados por participar deste Pacto mediante assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006. De acordo com dados do Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde – CONASEMS (BRASIL, 2007e), até o momento 812 municípios e 16 estados já aderiram ao Pacto pela Saúde, correspondendo a 15% do total dos municípios e 60% dos estados. Particularmente, o município de Santo Antônio de Jesus ainda não aderiu ao Pacto, estando, o seu financiamento da Assistência Farmacêutica de acordo à Portaria nº 2084 (BRASIL, 2005c/Doc.14).

Percebemos assim, que a Assistência Farmacêutica encontra-se fundamentalmente estruturada na tentativa de atender as necessidades da população. No entanto, essa organização precisa ser constantemente revista no sentido de adequá-la melhor às realidades locais, apontando falhas, limites e avanços no processo de construção de um modelo descentralizado e equânime. Nesta perspectiva, alguns estudos sobre a organização da Assistência Farmacêutica foram realizados nos municípios brasileiros, tanto por iniciativa federal quanto com a participação de outras instituições. Dentre eles, destacamos o estudo promovido pela Organização Mundial de Saúde, já citado anteriormente. Esse estudo teve início em 2003 e foi dividido em três níveis e ainda não foi finalizado (BRASIL, 2005b).

O nível I, realizado em 2003, teve como objetivo avaliar a implementação das políticas farmacêuticas no país. As conclusões dessa etapa apontam para uma cobertura insuficiente da disponibilidade de medicamentos, havendo necessidade de maior integração e otimização dos processos de Assistência Farmacêutica. Para tanto, faz-se necessário um ajuste das atividades ao processo de descentralização do SUS, assim como uma integração da Assistência Farmacêutica às ações de saúde; como também uma reorientação das políticas farmacêuticas no sentido de promover o acesso e o uso racional dos medicamentos à população.

O nível II foi realizado em 2004, sob coordenação do Ministério da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde e Núcleo de Assistência Farmacêutica/Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, com o objetivo de avaliar os resultados das políticas farmacêuticas em relação ao acesso, qualidade e uso racional de medicamentos. De forma geral, essa etapa do estudo permitiu a construção de indicadores que podem ser aplicados a outros estudos para a construção de estratégias de intervenção e estabelecimento de um modelo de monitoramento da política de medicamentos no Brasil.

A partir desses resultados e discussões sobre o processo de construção das políticas farmacêuticas, observamos mudanças significativas no setor que contribuíram para a estruturação do atual modelo de Assistência Farmacêutica. Contudo, ainda faltam alguns avanços mais significativos para se alcançar um modelo mais amplo e resolutivo, dentre os quais destacamos a necessidade de maior articulação entre os serviços e gestores responsáveis pelas ações, no sentido de favorecer a disponibilidade e estabilidade do abastecimento de medicamentos às populações; bem como a necessidade de que os mesmos ampliem as

concepções de Assistência Farmacêutica para além das atividades de aquisição e distribuição, inserindo o acesso igualitário e efetivo, e o uso racional dos medicamentos.

2.2 Organização da Assistência Farmacêutica: uma abordagem para efetivar o acesso

As discussões sobre os primeiros conceitos de Assistência Farmacêutica tiveram início a partir do *I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos* realizado em Brasília, em 1988. Neste cenário, o Ceará já havia organizado o seu próprio conceito, mas o primeiro enunciado nacionalmente divulgado surgiu em 1988, na *Carta de Brasília* (BRASIL, 1988), resultante de uma proposta que teve a participação de profissionais farmacêuticos de todo o país, sindicatos, representantes de estudantes de Farmácia e outros. Neste documento ficou estabelecido que esse novo conceito não poderia se restringir ao binômio produção/distribuição, mas refletir um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade, centrado no medicamento.

Historicamente, no decorrer de quase duas décadas, observamos que a Assistência Farmacêutica pode ser conceituada de diversas formas, inclusive com nuances conceituais consideráveis entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Em relação a esta dificuldade conceitual, Marin e colaboradores (2003) destacam que a apropriação equivocada dos termos *pharmaceutical care* (do inglês) e *atención farmacéutica* (do espanhol) contribuíram para uma dificuldade de transposição das práticas dos países de origem para a nossa realidade. No entanto, todas as concepções se acompanham ou se complementam de forma a detalhar e esclarecer o seu principal objetivo: o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos.

Por compreendermos a Assistência Farmacêutica como produto de um conjunto de atividades que reúnem diferentes processos de trabalho, discutimos a seguir algumas concepções articuladas com as tecnologias envolvidas no processo de trabalho, definidas por Merhy (2002) como tecnologias leves, que compreendem as tecnologias das relações do tipo vínculo, autonomização, acolhimento; tecnologias leve-duras, entendidas como os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a Clínica Médica, a orientação farmacêutica e a Epidemiologia; e as tecnologias duras, como os equipamentos, normas e estruturas.

A Portaria Ministerial que estabelece a Política Nacional de Medicamentos define a Assistência Farmacêutica como

[...] um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1999/ Doc.17, p.34).

A partir desta definição entendemos a Assistência Farmacêutica enquanto ações que se somam a um outro conjunto de práticas de saúde, direcionadas ao atendimento das necessidades de uma coletividade. Nessa perspectiva se destacam as atividades de produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenagem e dispensação estruturadas e detalhadas por Marin e colaboradores (2003) e Acurcio (2003) com uma visibilidade das tecnologias duras e leve-duras, com destaque para a educação permanente dos trabalhadores de saúde ²¹ e da comunidade, “estratégia- chave” no processo de construção dos sujeitos da saúde.

Um outro conceito sobre Assistência Farmacêutica é o do Conselho Federal de Farmácia, estabelecido por meio da Resolução n° 308, de 2 de maio de 1997 (BRASIL, 2004/Doc.15, p.1), concebida em seu artigo 1°, como um

[...] conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos.

Tal definição é mais ampla, pois considera como construtores dessa proposta todos aqueles envolvidos nas atividades relacionadas ao medicamento, desde os laboratórios responsáveis por sua produção até as farmácias e drogarias, e demais estabelecimentos dispensadores, sejam eles instituições públicas ou privadas. Destacamos também uma

²¹ **Trabalhadores de saúde:** todos aqueles inseridos direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos ou em atividades de saúde podendo ou não ter formação específica para desempenho das funções do setor (PAIM; TEIXEIRA, 1994).

abordagem marcadamente técnica, sintetizada em procedimentos estruturados, assim como a definição anterior.

No entanto, dentre o conjunto de ações expressas nesse conceito, apontamos a possibilidade de inserir as tecnologias leves na atividade de dispensação de medicamentos, visto que elas possibilitam, por meio da relação entre indivíduos estabelecer um relacionamento que se inicia a partir da comunicação, o que poderá oportunizar o acolhimento e o vínculo como relações subseqüentes que traduzem um acesso humanizado, sem obstáculos de qualquer natureza.

O que pretendemos com essa articulação não é desconstruir as técnicas, as normas ou os procedimentos das ações da Assistência Farmacêutica, mas sugerir que elas estejam articuladas e imbricadas às propostas de acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade no contexto das práticas de saúde. Até porque acreditamos, como afirmam Franco e Merhy (2003), que o lugar de produção é controlado mais pelos sujeitos que trabalham e menos pela normativa que tenta se impor como verdade, embora esta seja válida e é sempre um referencial importante.

Por conseguinte, com a finalidade de melhor compreendermos as atividades que conformam a Assistência Farmacêutica, sendo elas a produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenagem e dispensação dos medicamentos, tornam-se imprescindíveis discutirmos cada uma delas.

De acordo com Perine (2003), a **produção** pode ser entendida como a obtenção de produtos farmacêuticos a partir de um conjunto de conhecimentos e procedimentos condicionados a padrões e técnicas de qualidade, regidos por regulamentações e normas.

Como vimos anteriormente, a Política Nacional de Medicamentos estabelece a produção como diretriz, uma atividade realizada tanto por laboratórios privados quanto por laboratórios públicos, inseridos no contexto das relações de mercado, dos incentivos à pesquisa e desenvolvimento de fármacos e das necessidades sociais. Tais aspectos, juntos, implicam diretamente nos níveis de produção e na sua capacidade de atender a realidade.

No processo de Assistência Farmacêutica, a produção de medicamentos é a etapa que envolve unicamente as tecnologias duras, representadas pelos diversos equipamentos, e as tecnologias leve-duras, sintetizadas nos conhecimentos técnicos específicos da área

farmacêutica. Compreendemos, no entanto, que ela é essencial, pois os medicamentos resultantes deste processo são instrumentos que possibilitam a continuidade das demais ações que são constituídas por outros tipos de tecnologias, e que permitem outros tipos de relações. Porém, não nos detivemos a sua discussão, pois, além de não estar inserida no campo da assistência ao usuário no contexto do PSF, não é objeto deste estudo, destacando-se neste momento as ações de tecnologias leve-duras.

A **seleção** pode ser entendida como um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população, com base em critérios fármaco-epidemiológicos²² e fármaco-econômicos²³ pré-definidos, e também na estrutura dos serviços de saúde, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde, sendo a RENAME o documento oficial de referência nacional (BRASIL, 2001).

Como vemos, a seleção não significa apenas determinar uma relação de medicamentos, mas também criar condições para a sua adoção; mediante a manutenção de um processo eficiente e permanente de informações objetivas e cientificamente embasadas para a divulgação da relação e dos esquemas padronizados de tratamento. Constitui-se, então, em um procedimento essencial à garantia da disponibilidade de medicamentos que atendam a demanda real de uma coletividade.

Uma outra etapa imprescindível do ciclo de Assistência Farmacêutica é a **programação**, considerada como um conjunto de atividades destinadas a garantir a disponibilidade de medicamentos previamente selecionados e compatibilizar com os recursos disponíveis, a fim de garantir o acesso da população à terapêutica medicamentosa em qualidade e quantidade adequada, em um período definido de tempo (BRASIL, 2001; ACURCIO, 2003; MARIN *et al*, 2003).

A programação é, portanto, uma atividade associada ao planejamento; porém, precisa haver mecanismos de controle e de acompanhamento. Para isso, é necessário dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos na área ou serviço, o seu perfil demográfico e epidemiológico, a oferta e a demanda de serviços na área da saúde, bem como os trabalhadores de saúde e a disponibilidade financeira para a execução dessa etapa (BRASIL, 2001).

²² Critério que relaciona os medicamentos às necessidades nosológicas de determinada comunidade.

²³ Critério que considera os aspectos de custo e eficácia dos medicamentos no processo de seleção dos mesmos.

Compreendemos, a partir de então, que falhas nessas atividades podem implicar em conseqüências danosas no acesso aos medicamentos. A ausência de um planejamento, por parte dos gestores, nestas atividades, pode ocasionar desperdícios de recursos e indisponibilidade de medicamentos adequados à demanda real de uma população.

Sobre a **aquisição**, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) a define como um conjunto de procedimentos articulados pelas quais se efetiva o processo de compra de medicamentos estabelecidos pela programação, de forma a garantir o suprimento das unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, com a finalidade de manter a regularidade e funcionamento do sistema.

A aquisição de medicamentos tem um aspecto crucial nos países em desenvolvimento e continua sendo um dos grandes problemas mundiais no campo sanitário. Um terço da população mundial, sobretudo nos países pobres, não tem direito a medicamentos essenciais, enquanto as populações dos países ricos consomem cerca de 80% dos medicamentos produzidos no mundo (SOBRAVIME, 2001). No Brasil, o acesso a medicamento segue a mesma lógica da distribuição de renda – 65 milhões de pessoas não têm acesso a medicamentos, 16% da população compra 60% dos medicamentos vendidos (RODRIGUES; MACHADO, 2002).

Após selecionados e adquiridos pelas unidades gestoras em todos os níveis, os medicamentos devem ser distribuídos de maneira coerente às demandas locais previamente conhecidas, nos prazos determinados, em quantidade e qualidade adequadas. Este processo é definido como **distribuição** e alguns critérios são estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) tais como rapidez, segurança, controle das informações relacionadas ao estoque e adequadas condições de transporte.

É importante destacarmos que a periodicidade em que os medicamentos são distribuídos às unidades operativas varia em função da programação, número de unidades usuárias, capacidade de armazenagem das unidades, demanda local, tempo de aquisição, disponibilidade de transporte e trabalhadores de saúde e, principalmente, da comunicação entre todos os envolvidos no processo, a fim de minimizar falhas provenientes de programação, controle ou cronograma de distribuição e demais instrumentos relacionados a essa atividade. São, portanto, procedimentos técnicos que, se não ocorrerem em conformidade

com a realidade local, poderão prejudicar toda a seqüência de atividades que acompanham a Assistência Farmacêutica e, mais particularmente, aos indivíduos que dela necessitam.

A **armazenagem** destina-se à guarda de medicamentos, com a finalidade de garantir qualidade sob condições adequadas, desde o recebimento até a dispensação, e também o controle de estoque. Ela é conduzida, geralmente, a partir de manuais de boas práticas de armazenamento elaborados pelas Centrais de Abastecimento Farmacêutico - CAF (BAHIA, 2005/Doc.13). Tal atividade é muitas vezes negligenciada, como se o não atendimento às boas condições de armazenagem não interferisse na qualidade do produto. Nesse processo, acreditamos que possíveis justificativas que interferem na negligência, vão desde a falta de espaço físico até a ausência de capacitação dos responsáveis pela atividade.

Todas as atividades já comentadas têm como propósito final a **dispensação** de medicamentos, entendida por nós como “atividade chave”, na qual consiste um conjunto de ações que implicam, de forma muito direta, na qualidade do acesso do usuário à Assistência Farmacêutica. Isso porque esta atividade encerra a relação do usuário com a unidade de saúde após o atendimento médico, de enfermagem ou odontológico, constituindo-se numa oportunidade de acentuar ou efetivar a adequada orientação ao usuário em relação à prescrição, o que poderia evitar ou reduzir riscos ou falhas relacionadas à terapêutica medicamentosa.

Em relação a esses possíveis riscos, destacamos como motivos que podem contribuir para isso o curto tempo da consulta médica e também da dispensação, a ausência de práticas farmacêuticas no local, inclusive ausência do profissional farmacêutico, a alta freqüência de prescrições ilegíveis, a ausência de capacitação dos trabalhadores que dispensam medicamentos e a falta de instrução e esclarecimento dos usuários, o que implicam em baixo nível de entendimento e conhecimento dos mesmos. Este último inclusive é apontado por Silva e Silver (2005), a partir de um trabalho realizado em Brasília, como um dos principais problemas com implicações na efetividade e eficiência dos investimentos em medicamentos essenciais.

Arrais, Barreto e Coelho (2007) no estudo realizado em Fortaleza, reforçam os resultados encontrados por Silva e Silver (2005), e também apontam nesses resultados uma prática sem comunicação entre os sujeitos, onde não eram fornecidas informações sobre o uso racional de medicamentos e nas quais o farmacêutico também se fazia ausente.

Complementando essas idéias, Acurcio, Perini e Magalhães (2004), em estudo realizado em centros de saúde de Minas Gerais no qual foram avaliadas prescrições de medicamentos, identificaram aspectos quanto à qualidade da prescrição, evidenciando a necessidade de educação continuada dos prescritores e adoção de outras medidas para melhoria da qualidade de prescrições, na perspectiva de promover o uso racional de medicamentos.

As possibilidades visualizadas na dispensação vão além de orientações técnicas, com a possibilidade de se estabelecer as relações de vínculo e acolhimento, ou seja, sendo possível aplicar as tecnologias leves que não estão contidas nas atividades que a precedem e, muitas vezes, também não se encontram nas relações dos usuários com os trabalhadores de saúde e com a instituição.

Como estabelece o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), compreendemos que as ações da Assistência Farmacêutica exigem uma articulação permanente com outras áreas como a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica, da Coordenação de programas estratégicos de saúde (saúde mental, saúde da mulher, tuberculose e outros), Programa Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde, Área administrativo-financeira, Planejamento, Material e Patrimônio, Licitação, Auditoria, Setor jurídico, Controle e Avaliação.

Além disso, para viabilizar e efetivar o desenvolvimento de ações conjuntas, existe a necessidade de articulações entre todos os trabalhadores de saúde, com seus saberes e suas práticas específicas, direcionados para o mesmo objetivo: a saúde dos indivíduos e das coletividades. Acrescenta-se, nesse sentido, a relação com entidades de classe, Conselhos de saúde, universidades, setores da comunicação, fornecedores, entre outros.

Enfim, entendemos a Assistência Farmacêutica como um conjunto de atividades peculiares e complementares que, ao ocorrer de maneira articulada, pode ser garantida como direito do usuário, e não apenas enquanto aquisição e distribuição de medicamentos, conforme consideram e divulgam muitos gestores ao exporem seus números de cobertura assistencial. Isso porque, consideramos que o acesso à Assistência Farmacêutica exige o envolvimento de todas as tecnologias nas relações dos trabalhadores de saúde com os usuários dos serviços no sentido de garantir a continuidade do elo que se estabelece nessas relações.

2.3 Acesso enquanto categoria de análise do serviço e das ações da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família

A análise do acesso aos serviços de saúde nos remete a uma contextualização do modelo de seguro social que caracterizou o Brasil no século XX, da década de 1920 até a década de 1980, diante a eclosão da crise estrutural e a elaboração e discussão das propostas reformadoras. Modelo este que, segundo Cohn e colaboradores (1991) foi marcado por dicotomias entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não carente, a assistência médica previdenciária e a não-previdenciária, e entre o discurso e a prática das políticas de saúde.

Nesta perspectiva, a fim de construir e delinear as concepções que norteiam nosso objeto de estudo – acesso à Assistência Farmacêutica – traremos uma síntese do processo histórico da conformação das políticas de saúde no Brasil, aqui demarcadas e fundamentadas a partir da Constituição Federal de 1988.

A intervenção do Estado na área do seguro social para assalariados urbanos surge por meio da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) em 1923. A primeira foi a dos ferroviários, criada pelo Decreto Lei nº 4682/23. Em seguida, as CAP foram estendidas aos demais grupos de trabalhadores, sendo facultativo às empresas com menos de 50 empregados (COHN *et al*, 1991; COHN, 1996; CUNHA; CUNHA, 2000).

As CAP foram instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas por empregadores sob a forma contributiva, tendo como finalidade a assistência médica a seus filiados e dependentes. Porém, o Estado não participava diretamente do seu gerenciamento.

Para Cohn e colaboradores (1991), a partir desse momento, iniciou-se a primeira dicotomia no interior da saúde: o enfoque curativo *versus* preventivo. Estava assim instituída uma divisão de responsabilidades relativas, cabendo ao Estado medidas coletivas de saúde, particularmente de controle de endemias, e a assistência médica individual ficava sob responsabilidade do seguro social, ou seja, as CAP compravam serviços médicos do setor privado mediante o mecanismo de credenciamento médico.

Não se constituiu, portanto, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, mas sim a assistência médica restrita àqueles inseridos no mercado de trabalho formal, os quais

deveriam contribuir compulsoriamente com o percentual do salário. O sistema era caracterizado pela “cidadania regulada” (COHN, 1996), aquela que reconhece como cidadão somente aqueles que têm uma ocupação reconhecida por lei.

A década de 1930 foi caracterizada pela formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), com a inserção de trabalhadores de outros setores, dentre eles marítimos, bancários, comerciários, industriários e outros. Os IAP passam a ser geridos pelo Estado e a contribuição patronal passou a ser calculada sobre o salário pago aos empregados.

Somente três décadas depois, em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social que propõe a uniformização dos benefícios prestados pelos institutos. Assim, a estrutura dos IAP permanecem até 1966, quando ocorre a unificação de todo o sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Nesse momento, com as transformações sociais brasileiras, os serviços previdenciários de saúde são progressivamente pressionados pelos trabalhadores assalariados urbanos que, naquele momento, dispunham de pouco ou nenhum outro serviço médico alternativo, havendo apenas uma rede de estabelecimentos de natureza filantrópica e uma insuficiente rede pública hospitalar ambulatorial e de atenção primária (COHN *et al*, 1991; CUNHA; CUNHA, 2000).

A forma como vinha ocorrendo a Previdência Social acentuou a desigualdade entre os trabalhadores, principalmente pela ausência de mecanismos de controle que regulamentassem as contribuições, a qual permitiu uma série de irregularidades caracterizadas pela estigmatização da clientela.

Concomitantemente, surge uma outra dicotomia entre serviços públicos e privados de saúde, apontada por Cohn e colaboradores (1991), que continua até a segunda metade da década de 1970, quando a rede pública de serviços de saúde passa a assumir também a assistência médica individual. Nesta mesma década, ocorre uma intensificação do setor privado na prestação de serviços, decorrentes da compra dos serviços privados pela previdência social somados ao decrescente gasto do orçamento da União com o setor. Como consequência ocorre um processo de sucateamento da rede pública de serviços de saúde e previdência social.

É estabelecida, a partir dessa situação, uma divisão entre os Ministérios da Previdência Social e o Ministério da Saúde. O primeiro se responsabilizaria pela classe trabalhadora

inserida no mercado de trabalho e o segundo, pelas populações de baixa renda, excluídas do setor formal da economia.

O novo contexto caracterizou-se pela dicotomia entre assistência médica enquanto direito contratual compulsório e contributivo, e a assistência médica pública e filantrópica para a população carente. Essa lógica de favorecimento do setor privado da assistência médica prevaleceu até a década de 1980 quando surgem as empresas médicas, a medicina de grupo, os hospitais privados e as cooperativas médicas.

Para Cohn (1996) esse processo de privatização da esfera pública tem como consequência o prevalecimento da lógica do lucro e da capitalização nos investimentos do setor, também expressas por um modelo de assistência médica de alta densidade tecnológica, particularmente nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. O direito à saúde se consolida como possibilidade de acesso a uma precária assistência médica. Soma-se como justificativa o frágil suporte financeiro, contribuindo para a conformação de um acesso desigual da população aos serviços.

A consolidação desse modelo de assistência à saúde é fundamentado em ações individuais médico-hospitalares, no privilegiamento da contratação do setor privado, através da assistência médica previdenciária e no desinteresse das ações de saúde pública, registrando um padrão de intervenção estatal de caráter privatista e excludente (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Privatista, por privilegiar a contratação do setor privado para a prestação de serviços médicos, principalmente hospitalares. Excludente, por guardar as características do modelo de seguro que condiciona o direito à assistência mediante contribuição prévia, excluindo o acesso àqueles não vinculados ao mercado formal de trabalho.

Numa possibilidade de reconstrução do modelo até então vigente, estudiosos da área da Saúde Pública²⁴, da Medicina Social²⁵ e também intelectuais da área da Saúde Coletiva²⁶

²⁴ **Saúde Pública:** movimento que caracterizou a década de 1930 até a década de 1960, baseado em um modelo de saúde voltado para práticas preventivas e curativas, caracterizado pelas campanhas sanitárias para o atendimento das exigências do modelo agroexportador e o projeto de industrialização que se iniciava. Em fins da década de 1960 esse modelo apresenta os sinais de crise e a necessidade de abordagens mais complexas para o entendimento do processo saúde-doença (NUNES, 1994).

²⁵ **Medicina social:** movimento característico da década de 1970 que pode ser entendido como o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica visando à transformação destas relações para a obtenção de níveis máximos de saúde e bem-estar das populações (NUNES, 1994).

²⁶ **Saúde Coletiva:** movimento que teve início na década de 1980 e caracteriza o momento atual. Fundamenta-se na interdisciplinaridade como possibilitadora da construção do conhecimento ampliado na saúde e na

reuniram seus ideais e propostas num movimento que caracterizou as décadas de 1970 e 1980, a Reforma Sanitária brasileira. Os propósitos desse movimento foram marcados por propostas como a estatização dos serviços de saúde e a constituição de um sistema único de saúde mediante os princípios de descentralização, universalização e equidade do direito à saúde.

No início da década de 1980, houve uma estratégia de integrar as ações de saúde dos serviços públicos com o objetivo de conter os custos da assistência médica previdenciária. Tal estratégia foi reunida nas Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas ações privilegiaram a desconcentração das ações de atenção à saúde para os níveis estadual e municipal, a participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação de políticas de saúde, a integração interinstitucional através da formação de instâncias colegiadas, e a contratação do subsetor público para a prestação dos serviços de saúde (SOUZA, 2003).

Por conseguinte, as concepções de saúde do movimento da Reforma Sanitária extrapolam os limites do saber e das práticas médicas, com a inserção da produção social da saúde e da doença. Essas concepções exigiram mudanças significativas no setor, principalmente no intuito de superar as dicotomias.

Assim, propostas foram definidas e tiveram sua consagração em 1986 no relatório da *VIII Conferência Nacional de Saúde* (BRASIL, 1986), conformando o projeto da Reforma Sanitária Brasileira que teve como eixos a instituição da saúde como direito da cidadania e dever do Estado; a compreensão da determinação social do processo saúde-doença mediante o conceito ampliado em saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde.

Tais propostas foram traduzidas em medidas concretas com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, o texto constitucional promulgado em 1988 e, posteriormente, com a criação do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foi criado pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, por iniciativa da Previdência Social, o que possibilitou mudanças na estrutura do poder e o início de um processo de descentralização das decisões e desconcentração das ações para estados e municípios. Incorporava assim alguns princípios postulados pela Reforma Sanitária, como a universalização, a equidade, a descentralização, a

multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias (NUNES, 1994; CAMPOS, 2000a).

regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. O SUDS constituiu-se numa estratégia para reorientação das políticas de saúde e para reorganização dos serviços, enquanto se elaborava a Constituição, não conseguindo promover os princípios que o fundamentavam (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em 1988, concluiu-se os trabalhos da Constituinte sendo promulgada a oitava Constituição do Brasil. A Constituição de 1988 assegura a saúde enquanto direito social universal, cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos e agravos. Essa responsabilidade de garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde coube ao SUS, devendo ser organizados segundo os princípios da descentralização, direção única em cada esfera de governo, integralidade da atenção e participação da comunidade (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Ainda que a Reforma Sanitária tenha trazido e impulsionado propostas que iam de encontro ao modelo de saúde instalado desde a década de 1920, Conill (2002) considera que ela foi tardia, preconizando princípios democráticos racionalizadores com a implementação do SUS numa conjuntura neoliberal, o que, na concepção da autora, dificultou a adequação do modelo assistencial aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas.

Assim, mediante a necessidade de regulamentar os dispositivos constitucionais, foi promulgada, a Lei nº 8080, em setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, e as respectivas competências dos vários níveis de governo (BRASIL, 2006c). Em seguida, foi promulgada a Lei nº 8142, de 1990 (BRASIL, 2006f), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, resultante de negociações desencadeadas por atores sociais comprometidos com a implantação do SUS.

Diante desse processo histórico que conduziu à constituição do SUS, é visível que o texto constitucional significou um avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social em contraposição àquela até então vigente. Enquanto a anterior se restringe a formas de benefícios e prestações de serviços bastante específicas, a atual abrange um conjunto integrado de ações com o objetivo de assegurar o direito à saúde, à

previdência e assistências sociais, abolindo o caráter estritamente contratualista, e reafirmando esses direitos como universais.

É sob esta perspectiva de mudança que acompanhou o processo de construção do SUS e o impasse vivenciado para a concretização do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde que refletiremos sobre as diferentes abordagens das formas de acesso enquanto possibilidade de ser construído como direito de cidadania.

Como uma definição inicial de acesso, podemos compreender como entrada ou ingresso, passagem, trânsito (XIMENES, 2000). No entanto, ao nos referirmos à saúde, esta definição necessariamente amplia suas dimensões, com ênfase para as condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação destacados por Ramos e Lima (2003), que são traduzidas nas dimensões social e política (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000), além das dimensões geográficas, econômica, funcional, cultural e comunicacional, evidenciadas por Unglert (1987;1999), Assis, Villa e Nascimento (2003) e outros autores, que discutiremos em seguida.

Dessa forma, o acesso é visualizado como conceito geral que sintetiza um conjunto de áreas ou dimensões específicas do ajuste entre usuários e serviços de saúde. Essas áreas específicas ou dimensões de acesso são consideradas por Penschansky e Thomas (1981) como:

- disponibilidade, que representa a relação entre o volume e o tipo de serviços e recursos existentes e o volume (demanda) e o tipo de necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Essa dimensão sugere, portanto, adequação dos trabalhadores de saúde (médicos, odontólogos e demais profissionais), dos recursos clínicos e hospitalares, bem como de programas e serviços especializados como saúde mental e serviços de urgência;

- acessibilidade, expressa através da relação entre localização de recursos (oferta) e de usuários, considerando transporte, tempo de viagem, a distância e custos;

- acomodação/adequação funcional entendida como a maneira em que os serviços estão organizados para aceitar os usuários (incluindo agendamento, horário de funcionamento, serviços telefônicos) e a capacidade de acomodação desses usuários em relação à organização dos serviços e a percepção deles sobre essas condições;

- capacidade financeira, que indica a relação entre os preços dos serviços e dos mantenedores e a capacidade de pagar, e a existência de seguros de saúde;

- aceitabilidade, indicando a relação das atitudes dos usuários sobre as práticas dos provedores do serviço, bem como as atitudes desses provedores sobre os clientes a quem prestam serviços.

Para Giovanella e Fleury (1996) o dever do Estado em relação à saúde é comumente traduzido pelos organismos governamentais como a necessidade de ampliação do acesso à atenção, que tem sido implementada por meio de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais no sentido de verificar e descentralizar a atenção à saúde.

As autoras referem que os estudos sobre acesso aos serviços de saúde costumam utilizar a conceituação de acessibilidade formuladas por Frenk²⁷ e Donabedian²⁸. Embasados nesses autores, Giovanella e Fleury (1996) compreendem a acessibilidade como disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo e as características dos recursos que facilitam ou dificultam seu uso por parte dos usuários. Ao se verificar o “grau de ajuste” entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população no processo de busca e obtenção da atenção tem o estudo de utilização dos serviços.

Ao referenciar *Dever*²⁹, Giovanella e Fleury (1996) comentam que a utilização dos serviços é uma interação entre consumidores e prestadores de serviços, sendo influenciada por determinantes socioculturais (tecnologia e valores sociais) e organizacionais, além de determinantes relacionados com o consumidor e o prestador de serviços. Entre os determinantes organizacionais, citam a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social e as características da estrutura e o processo do cuidado. Neste sentido, entendem acessibilidade como características dos recursos que facilitam ou obstruem a resolubilidade das ações e serviços utilizados pelos usuários. Dessa forma, a acessibilidade geográfica refere-se aos fatores de espaço (distância, tempo da viagem) e a acessibilidade temporal ou acomodação a limitações no tempo em que os recursos estão disponíveis. Já a acessibilidade social inclui os conceitos de aceitabilidade e a disponibilidade financeira.

²⁷ FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica México*, sep./oct, 1985

²⁸ DONABEDIAN, A. *Benefits in medical care programs*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1976

²⁹ DEVER, G. E. *Epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988.

Vão ao encontro dessas definições o conceito de acessibilidade discutidos por Barrenechea, Trujillo e Chorny (1990) referenciados por Giovanella e Fleury (1996) que o consideram complexo e integrado pelas categorias de distância/tempo entre a população e as unidades de saúde; oportunidade de prestar serviço em sintonia com a demanda; funcionalidade, ou seja, a capacidade dos serviços para resolver o problema; custos; e a aceitação do demandante do modo e características como se produz a atenção.

A partir desse conjunto de definições sobre acessibilidade, Giovanella e Fleury (1996) construíram quatro modelos teóricos descritos a seguir:

a) modelo economicista, que se constitui num modelo de estudo da relação entre oferta e demanda considerando o conhecimento (“aptidões ideológicas”) dos consumidores sobre a oferta e o acesso aos bens e serviços de saúde.

b) modelo sanitarista-planificador, o qual traduz o conhecimento de acesso pela possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços, que deverá ser regionalizada, hierarquizada, com agilidade nos processos administrativos, com informação adequada aos usuários e com referência e contra-referência. Nesse modelo, o acesso é decorrente da ação planejadora do Estado, a partir da localização adequada, da disponibilidade e articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda;

c) modelo sanitarista-politicista, que tem como conceito-chave a noção de consciência sanitária, entendida como um componente cognitivo através do qual a população compreende a determinação social do processo saúde/doença e os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde;

d) modelo das representações sociais, com o intento de resgatar o lugar do sujeito histórico já que as representações sociais estão enraizadas na realidade social e histórica e é relativo às representações sociais acerca do processo saúde-doença e da forma como o sistema se organiza para atender às necessidades dos usuários.

Compreendemos, a partir desses conceitos e modelos, que o acesso encontra reflexo nas relações dos usuários com os serviços, considerando desde a entrada até o uso propriamente dito dos recursos disponíveis. As definições de acesso têm como centro essas relações consideradas sob distintas abordagens ou dimensões, não havendo, portanto, de

acordo com Penchansky e Thomas (1981), Travassos e Martins (2004), um consenso sobre a definição precisa do tema. Todavia, os diferentes conceitos e abordagens se complementam e têm sido adaptados ao longo dos anos no sentido de ampliá-lo, tornando-o coerente às necessidades e contextos locais.

Sobre essa dificuldade de uniformização de conceitos, Travassos e Martins (2004), a partir de um estudo de revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços, concluíram que apesar das discordâncias na terminologia e na abrangência dos conceitos de utilização e acesso, podem ser traçadas algumas concordâncias entre autores.

Quanto à terminologia, acessibilidade é concebida pelos autores Donabedian³⁰ e Frenk³¹ como uma característica da oferta de serviços de saúde ou ajuste entre a oferta e a população. Já Andersen³², Penchansky, Thomas, Gold³³ optam pelo termo acesso e o concebe como entrada inicial dos serviços de saúde. Prevalece assim a idéia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Nesse contexto, apontam que quanto à abrangência do conceito, observa-se uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada de serviços para os resultados dos cuidados recebidos. É nessa dimensão mais ampla que pensamos ser (mais) resolutivas as ações de saúde, visto que ela implica numa relação processual e não pontual, possibilitada pelas relações interpessoais caracterizadas pelo vínculo, acolhimento, resolubilidade e responsabilização.

Ao transporem essas discussões sobre acesso para o cenário nacional, Assis, Villa e Nascimento (2003) e Campos (1992) afirmam que convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social.

O acesso seletivo se refere à desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário, seja pelo desembolso direto ou pelos contratos

³⁰ DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

³¹ FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**. 1985; 27.

³² ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc Behav**, 1995.

³³ GOLD, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. **Health Serv Res**, 1998.

estabelecidos por seguradoras de saúde ou cooperativas médicas, consideradas medicina supletiva.

Acesso excludente é aquele pautado na lógica do mercado e que condiciona o direito à assistência universal aos mecanismos de racionamento dos gastos, tendo como consequência a deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos.

Ao restringir o atendimento público a determinados serviços e programas, o acesso torna-se focalizado, e a universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo.

Essas características abrangem todas as ações que se referem aos serviços de saúde, inclusive a Assistência Farmacêutica, muitas vezes entendida, de forma restrita e equivocada, como acesso a medicamentos, como se unicamente a disponibilidade de medicamentos fosse suficiente para contribuir no processo de assistência à saúde. Conforme já discutimos anteriormente ao tratarmos das concepções de Assistência Farmacêutica, acreditamos numa concepção mais ampla, capaz de contribuir para a resolutividade das ações que caracterizam o nosso sistema de saúde. Por este motivo, e em consonância com as dimensões de acesso apresentadas e também com as concepções delimitadas por Fekete (1995), pensamos que serão coerentes com o nosso objeto de estudo as seguintes dimensões:

- geográfica, que considera as variáveis relacionadas à distância, tempo e transporte necessários para deslocar-se ao serviço e outros fatores;

- econômica, ao consideramos os possíveis custos envolvidos com a aquisição de medicamentos pelos usuários do serviço caso os mesmos não sejam ou não estejam disponíveis nas farmácias das unidades;

- funcional, visto que se faz importante verificar como os serviços estão organizados (agendamento, horário de funcionamento, serviço telefônico) para o atendimento das necessidades dos usuários, inclusive a qualidade dos serviços prestados;

- de disponibilidade, no sentido de que os medicamentos devem ser disponibilizados continuamente e de forma adequada com as reais necessidades locais, em quantidade adequada para atender à demanda.

Uma outra dimensão que consideraremos refere-se a comunicacional, discutida por Souza (2006). Nossa experiência profissional nos permite perceber que um dos importantes obstáculos no processo de assistência à saúde, desde a recepção até os demais atendimentos realizados pelos profissionais, é a informação. Ao referirmos sobre o uso de medicamentos isso torna-se mais preocupante, visto que por diversos fatores tais como propagandas e uso indiscriminado de medicamentos, estes são vistos, muitas vezes, unicamente como bem de consumo, desprovido de qualquer dano ou cuidado. Dessa forma, a ausência de informações adequadas e coerentes prejudicam a qualidade da assistência. Ressaltamos ainda que, nesta dimensão, também estão inseridas a educação à saúde, tanto aos usuários quanto àqueles que prestam os serviços, e a possibilidade de estabelecimento de acolhimento e vínculo às relações, tecnologias que integram o acesso comunicacional.

Ao decidirmos por estas dimensões de acesso aplicadas ao nosso objeto de estudo – *Acesso a Assistência Farmacêutica* – no Programa Saúde da Família (PSF) é por entendermos o Programa como uma possibilidade de mudanças do modelo assistencial, a partir da reorganização da atenção básica. Inclusive, conforme Andrade, Barreto e Bezerra (2007) o Programa Saúde da Família foi implantado essencialmente para estruturar o sistema público de saúde brasileiro, diante de um redirecionamento de prioridades de ações de saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS, passando o PSF a ser considerado uma estratégia dentro do Programa.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006g) estabelece que no PSF a atenção é centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, desenvolvendo-o por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes com atuação inter e multidisciplinar, responsáveis pela integralidade das ações na área de abrangência.

As equipes de saúde da família são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde.

Ressaltamos, porém que o PSF surge, em meados da década de 1990, num cenário neoliberal, resultante das pressões do Banco Mundial, com propostas nitidamente privatistas, que conduziam à organização neoliberal da sociedade e da idéia de direito público sobre o sistema de saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Certamente por isso, observamos ainda uma prática com atividades normativas e desumanizadas, sem participação, interação e envolvimento dos diversos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), fortalecida no modelo médico-centrado, direcionadas ao cumprimento de metas e regras que tornam as relações de saúde impessoais e burocráticas.

Diante do esforço do PSF incorporar, em sua dimensão teórica, as noções de integralidade e universalidade da assistência, equidade, resolubilidade e humanização do atendimento, é essencial que haja uma mudança nas relações entre trabalhadores de saúde e os usuários a partir da percepção de vínculo, acolhimento e responsabilidade nas práticas, para o alcance de ações resolutivas que possam favorecer o acesso dos usuários aos serviços e à assistência terapêutica, a partir dos dispositivos das tecnologias leves.

Aprendemos o acolhimento, conforme discute Merhy (2002; 2006a; 2006b) como uma relação humanizadora, acolhedora que deve ser estabelecida com os diferentes tipos de usuários, os trabalhadores e o serviço. Para Campos (1994), o acolhimento consiste na abertura de serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região e que, para isso, o serviço precisa adaptar técnicas e combinar atividades de modo a adequar os recursos, aspectos sociais, culturais e econômicos.

Já o vínculo, na concepção de Merhy (2006a), compreende a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com cada usuário da sua área de abrangência e com os problemas que apresentam. Contudo, também concordamos com Campos (1994) ao afirmar que o vínculo entre trabalhador/usuário estimula a autonomia e a cidadania, com a sua participação durante a prestação de serviço. Franco e Merhy (2003) destacam que hoje, em diversos países, o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como ferramenta na consolidação de referências nos trabalhadores de saúde e a sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária dos serviços de saúde.

A resolubilidade consiste em utilizar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. Implica em criar um processo que tenha como desdobramento uma alteração do quadro do usuário e a satisfação do mesmo.

Estes dispositivos das tecnologias leves aqui discutidos, são por nós defendidos em nossa prática, por compreendermos que eles permeiam o acesso do usuário ao sistema de saúde. Entretanto, na prática observamos um desencontro da produção do cuidado, tornando-o objetivante e impessoal. Porém, para Franco, Bueno e Merhy (1999), na medida em que o trabalho em saúde busca a produção de práticas e saberes a partir da clínica e da epidemiologia com uma intervenção resolutiva, centrada nos usuários como sujeitos, é possível que os próprios trabalhadores de saúde reconheçam e se sensibilizem de que sem acolher e vincular não há produção desta responsabilização e nem da resolutividade que impactam nos processos sociais.

Por este motivo, coadunamos com a idéia defendida por Merhy (2006a) de que é preciso repensar uma nova maneira de se atuar na saúde, a partir de uma nova relação com o sofrimento e com a vida, tanto na dimensão individual quanto coletiva.

Entretanto, segundo Rosa e L´abate (2005), para construirmos o PSF como uma estratégia para mudança do modelo assistencial, faz-se necessário conscientizar trabalhadores de saúde, instituições de ensino, gestores e comunidades no sentido de desenvolver ações mais humanizadas e numa abordagem de trabalho em equipe.

Acreditamos, portanto, que a Assistência Farmacêutica, também compreendida com abrangência na atenção básica, precisa acompanhar a mesma proposta da inserção das tecnologias leves estruturadas na estratégia do PSF. Por este motivo, consideramos que ela não deve ser restrita ao entendimento de acesso aos medicamentos (disponibilidade), mas sim de maneira ampla e integrada em suas ações e com as demais práticas de saúde, com ênfase na atenção aos usuários e no trabalho em equipe. Ações estas, que sugerem a inclusão do farmacêutico enquanto integrante da equipe de saúde e não somente enquanto sujeito das ações administrativas.

Contudo, ressaltamos que a participação do farmacêutico nas ações de saúde no serviço do SUS não está clara nas regulamentações sobre a atenção básica. Inclusive, ao referirem à Assistência Farmacêutica como políticas que se restringem ao financiamento para aquisição de medicamentos, não explicitam a participação do farmacêutico no serviço. No entanto, a partir da Portaria nº 698, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006h), ao definir o custeio das ações de saúde do SUS, insere o termo *serviços farmacêuticos*. Ou seja, não refere apenas ao financiamento de medicamentos, mas sugere a participação de um profissional para

realizar esses serviços. Porém, não produziu avanços, pois cabem muitas “interpretações” e interesses que influenciam o modo de se planejar as ações de saúde. Além disso, foi revogada pela Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007f), que delimita os blocos de financiamento da Assistência Farmacêutica e retoma a ênfase na disponibilidade de medicamentos.

Temos clareza, portanto, de que a discussão quanto à necessidade de integração do farmacêutico no PSF e no trabalho com a equipe de saúde é importante e necessária, e ainda que não se demonstre concreta, aponta para a possibilidade de proporcionar mudanças significativas na saúde.

Embasada nestes referenciais, elaboramos os seguintes **pressupostos teóricos**:

O acesso do usuário à Assistência Farmacêutica tem raízes histórico-sociais, políticas e econômicas relacionadas às políticas sociais do município de Santo Antônio de Jesus-BA.

O acesso do usuário à Assistência Farmacêutica é caracterizado por um modelo de atenção excludente, focalizado, impessoal, burocratizado e não resolutivo, havendo um descompasso entre a legislação e a legitimidade social.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

[...] o conhecimento só nasce da prática com o mundo, enfrentando os seus desafios e resistências, o conhecimento só tem sentido pleno na sua relação com a realidade (LUCKESi *et al*, 1998, p. 49).

3.1 Tipo de estudo

A trajetória metodológica revela o caminho percorrido e os instrumentos utilizados na construção do conhecimento que se pretende atingir em um estudo, a partir da abordagem da realidade.

A construção do conhecimento, por sua vez, é possibilitada mediante os questionamentos que são feitos aos sujeitos no sentido de compreender a realidade, associado aos conhecimentos teóricos já existentes sobre a temática em estudo. Nesse sentido, concordamos com Luckese e colaboradores (1998, p. 49) que “o conhecimento só nasce da prática com o mundo, enfrentando os seus desafios e resistências e que o conhecimento só tem sentido pleno na sua relação com a realidade”.

Ao considerarmos tais elementos, escolhemos o método de abordagem crítico-analítico para pesquisarmos o objeto de estudo, Acesso do usuário à Assistência Farmacêutica no município de Santo Antônio de Jesus-BA, por compreendermos que este poderá possibilitar uma maior apreensão da realidade, das ações, dos comportamentos, dos sentimentos que, em conjunto, implicam no conhecimento que desejamos alcançar. Até porque, esse universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores não pode ser medido através de gráficos, equações, médias e estatísticas, mas sim necessita de um referencial de produção de dados de outra natureza, que tal abordagem oferece (MINAYO, 1996).

Ao optarmos por este tipo de pesquisa, pensamos uma aproximação com a dialética, que busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade e esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação (MINAYO, 1996). Neste sentido, Triviños (1987, p.51) afirma que “a dialética realiza a tentativa de buscar informações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento”.

Desse modo, confrontamos o conhecimento obtido das teorias que fundamentam este estudo, da produção de dados empíricos a partir das práticas dos sujeitos do estudo e das observações da pesquisadora, além da sua experiência enquanto discente e profissional. Contudo, temos clareza de que ainda que embasada nesses elementos, apenas nos aproximamos da realidade, pois a verdade não é única e nem pretendíamos ou podíamos

conhecê-la por completo. Mas sim, buscamos responder às nossas inquietações diante de uma realidade ainda não confrontada e que acreditamos estar constantemente em reconstrução.

3.2 Campo de Investigação

O campo de investigação foram as farmácias das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Porém, antes de caracterizar tais USF apresentaremos alguns dados sobre o município, obtidos do Plano Municipal de Saúde (BAHIA, 2002/Doc.16), Relatório de Auditoria Operativa (BAHIA, 2006a/Doc.8) e Relatório de Gestão 2006 (BAHIA, 2007a/Doc.1).

3.2.1 Considerações sobre o Município

Santo Antônio de Jesus, também denominada de Cidade das Palmeiras devido às suas palmeiras seculares, é uma das mais importantes cidades do recôncavo baiano, tornando-se emancipada politicamente no dia 29 de maio de 1880. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006), tem uma população aproximada de 85.536 habitantes, 77.368 deles residentes, e uma extensão territorial de 259, 21 Km². Encontra-se situada à margem da BR 101; dista da capital Salvador 187 Km por via terrestre e 90 Km via marítima. Delimita-se pelos municípios de Varzedo, Conceição do Almeida, Aratuípe, Laje, Muniz Ferreira, Dom Macedo Costa, Elízio Medrado e São Miguel, conforme visualizamos na Figura 1.



FIGURA 1 Localização do município de Santo Antonio de Jesus- BA. 2007

As características espaciais, locacionais e físicas de Santo Antônio de Jesus lhe atribuíram a condição de pólo comercial da região que centraliza cerca de 38 cidades, que se situam no raio de 100 Km de distância, e totalizam uma população de 732.784 habitantes.

Situado num entroncamento rodoviário de grande importância, Santo Antônio de Jesus absorve o fluxo de rendas, mercadorias e de pessoas, induzindo uma industrialização doméstica de pequeno porte e pequena escala como fabrico de doces e massas, sabões, óleos, móveis e outros destinados ao comércio local. Como forma de estender essas atividades de pequeno e médio porte foi criado o Distrito Industrial, que abrange uma área de 201.180 m², divididos em 40 lotes distribuídos em sete quadras (BAHIA, 2006a/ Doc.8).

Em relação à produção agropecuária, é perceptível o avanço da ovinocultura em detrimento de atividades tradicionais como os cultivos de laranja e mandioca, que vêm perdendo espaço devido à expansão das pastagens. Por localizar-se fora do polígono das secas e numa região rica e progressista, o município está em franco desenvolvimento, na medida em que oferece à população e às empresas que se instalam inúmeras condições para uma melhor qualidade de vida e desenvolvimento de suas atividades.

Devido à sua localização privilegiada, Santo Antônio de Jesus se destaca como pólo comercial e de serviços, dentre eles os ramos alimentício, tecido, automobilístico, material de construção, armazéns e mercearias, produção e comercialização de fogos de artifício, que inclusive, caminha para completa regularização, devido a sua importância como fonte de empregos para grande parcela da população.

O município de Santo Antônio de Jesus é habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e teve seu processo de reorganização da assistência à saúde iniciado com a adoção do Programa Saúde da Família (PSF). É a sede da 4ª Região Administrativa de Saúde conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Compõe a Macrorregião Nordeste e se constitui sede de Módulo Assistencial e município pólo da Microrregião. Sua microrregião atinge uma população de 453.653 habitantes, com uma área de influência que ultrapassa os limites da Microrregião de Saúde, com abrangência dos municípios de Itaparica, Vera Cruz, Valença, Gandu, Tancredo Neves, entre outros.

Em relação aos aspectos de morbidade hospitalar tem-se como maiores causas de internamento as doenças do aparelho circulatório (10,5%), as doenças do aparelho digestivo (10,4%), as doenças infecciosas e parasitárias (9,4%), as doenças do aparelho geniturinário (8,6%) e as causas externas (7,7%).

Quanto aos aspectos de mortalidade, no período de 2000 a 2003 foram destacadas como principais causas doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório,

neoplasias, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo.

O município possui uma rede assistencial constituída por 40 unidades de serviços de saúde, compreendendo unidades de saúde da família, centros de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades laboratoriais, unidade móvel e hospitais, com níveis de complexidade primário e médio. Estas informações encontram-se no Quadro 2 que apresenta a organização dos serviços de saúde em relação à quantidade, nível de complexidade, entidade mantenedora e localização.

QUADRO 2 Distribuição das instituições de saúde públicas e privadas de Santo Antônio de Jesus-BA, 2007.

Quantidade	Instituições	Organização dos serviços		Localização
		Nível de complexidade	Entidade mantenedora	
17	Unidades de Saúde da Família	Atenção Primária	Município	Zona urbana
3	Unidades de Saúde da Família	Atenção Primária	Município	Zona rural
2	Centros de Saúde	Atenção Primária	Município	Zona urbana
1	Policlínica	Media Complexidade	Município	Zona urbana
1	CAPS	Media Complexidade	Município	Zona urbana
3	Unidade laboratorial	Media Complexidade	Particular com fins lucrativos conveniado ao SUS	Zona urbana
1	Unidade laboratorial	Media Complexidade	Estado	Zona urbana
1	Unidade Móvel de ações básicas	Atenção Primária	Município	Zona rural
1	Clínica Médica	Media Complexidade	Particular com fins lucrativos conveniado ao SUS	Zona urbana
1	Sta. Casa de Misericórdia	Media Complexidade	Sem fins lucrativos conveniado ao SUS	Zona urbana
31	(Hospital Maternidade)			

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2006**. Sistema Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, (2007a/ Doc.1).

No Quadro 2 há um total de 31 Unidades de Saúde, das quais 22 são de atenção básica, ou seja, 20 são unidades de PSF, 3 sediadas na zona rural e 17 na zona urbana; e 2 unidades são centros de saúde. Quanto aos serviços de média complexidade, são caracterizados em uma (1) policlínica, um (1) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e quatro (4) unidades laboratoriais (uma unidade estatal e três particulares); uma (1) clínica médica privada e um (1) hospital maternidade da Santa Casa de Misericórdia, conveniado ao SUS.

Na visita preliminar para o reconhecimento do campo de investigação, tivemos conhecimento de que a coordenação da Assistência Farmacêutica dispunha de uma equipe composta por um farmacêutico e três técnicos auxiliares, que são responsáveis por todas as atividades de aquisição e distribuição de produtos, inclusive medicamentos, correlatos e materiais gráficos. A partir da visita preliminar e da análise do documento Relatório de Auditoria Operativa (BAHIA, 2006a/Doc.8), tomamos conhecimento da existência de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, integrada por 10 membros representados por médicos, enfermeiros e farmacêutico, cujo objetivo é definir os medicamentos a serem padronizados, bem como discutir outros assuntos relacionados.

3.2.2 As Unidades de Saúde da Família (USF): o campo de investigação propriamente dito

O campo de investigação propriamente dito foram as 20 Unidades de Saúde da Família, localizadas nas zonas urbana e rural, com uma cobertura de 67,83%. No momento, estão cadastradas 19.089 famílias que são assistidas pelas equipes de saúde da família, conforme distribuição apresentada no Quadro 3.

QUADRO 3 Distribuição das Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Santo Antônio de Jesus-BA, 2007.

Nº de USF	Localização	Nº de equipes	Nº de famílias
USF São Francisco	São Benedito (Zona urbana)	01	1183
USF Aurelino P. Reis	Rádio Clube (Zona urbana)	01	782
USF Urbis II	Urbis II (Zona urbana)	01	1096
USF Urbis III	Urbis III (Zona urbana)	01	1111
USF Dr. Fernando Queiroz I	Urbis IV (Zona urbana)	01	937
USF Dr. Fernando Queiroz II	Urbis IV (Zona urbana)	01	1086
USF Geraldo Pessoa Sales	Barro Vermelho (Zona urbana)	01	747
USF Viriato Lobo	Cajueiro (Zona urbana)	01	947
USF Amparo	Amparo (Zona urbana)	01	1184
USF Irmã Dulce	Irmã Dulce (Zona urbana)	01	912
USF São Paulo	São Paulo (Zona urbana)	01	1153
USF Alto do Santo Antônio	Alto do Sto. Antônio (Zona urbana)	01	994
USF Urbis I	Calabá (Zona urbana)	01	965
USF Andaiá I	Andaiá (Zona urbana)	01	1018
USF Andaiá II	Andaiá (Zona urbana)	01	993
USF Marita Amâncio	Centro (Zona urbana)	01	1594
USF Bela Vista	Bela Vista (Zona urbana)	01	558
USF Esperança	Zona rural	01	544
USF Cocão	Zona rural	01	563
USF Boa Vista	Zona rural	01	722
20	-	20	19089

A partir do Quadro 3 notamos que a maior USF em abrangência populacional é a Marita Amâncio, localizada na zona urbana e responsável pelo atendimento de 1594 famílias,

seguidas pelas USF do Amparo, São Francisco, São Paulo e URBIS III o que extrapola os limites determinados pela Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 2006i) a qual determina que cada equipe seja responsável por uma área geográfica com 600 a 1000 famílias.

3.2.3 Critérios de seleção das Unidades de Saúde da Família para o estudo

Diante da abrangência de 20 USF, estabelecemos os seguintes critérios de inclusão para selecionar as USF a serem pesquisadas: USF localizadas tanto da zona urbana quanto na zona rural que desenvolvem atividades de dispensação medicamentos essenciais, não havendo necessariamente uma estrutura ou sala denominada de farmácia; deverá ter um trabalhador de saúde com mais de seis meses no serviço, responsável pela dispensação de medicamentos.

3.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos participantes deste estudo foram divididos em três grupos:

Grupo I, os informantes-chave³⁴ que correspondem ao gestor municipal e ao coordenador da Assistência Farmacêutica Municipal;

Grupo II, os trabalhadores de saúde das farmácias das Unidades de Saúde da Família (USF), num total de seis; e

Grupo III, constituído por treze usuários das referidas farmácias inseridas nos Unidades de Saúde da Família.

A **coordenação da Assistência Farmacêutica** é a responsável pelos procedimentos técnicos, administrativos e políticos que deverão viabilizar o acesso aos medicamentos à população. Tais procedimentos devem ocorrer de maneira integrada às ações da equipe de saúde, pois são determinantes para o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica.

Os **trabalhadores de saúde** referem-se àqueles que exercem as atividades relacionadas à dispensação de medicamentos nas farmácias das unidades de PSF, lidando diretamente como o usuário. Por isso, estabeleceremos como critério de inclusão, trabalhadores de saúde da zona urbana e rural com experiência de trabalho nas farmácias das

³⁴ **Informantes-chave:** pessoas que, supomos, tenham um conhecimento mais aprofundado e detalhado sobre o assunto de interesse específico ao objeto a ser pesquisado (NASCIMENTO, 1997).

USF por um período mínimo de seis (06) meses para que o mesmo seja capaz de contribuir para a obtenção de dados do estudo a partir das respostas dos nossos questionamentos.

Os **usuários** são considerados aquelas pessoas que utilizam a farmácia das USF. Para a definição deste grupo de sujeitos, também adotamos como critério de inclusão os usuários maiores de 18 anos que utilizam as farmácias das USF há pelo menos seis (06) meses, por entendermos que este seria um período mínimo suficiente para que, a partir de suas experiências, pudessem expor suas opiniões e sentimentos sobre as questões a serem pesquisadas.

Por ser uma pesquisa qualitativa, num primeiro momento não houve preocupação em delimitar o número de sujeitos participantes do estudo, pois, ela não se baseia em critério numérico, uma vez que considera como amostragem ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Ou seja, a delimitação da amostragem foi obtida à medida que identificamos a reincidência das informações, sem, contudo, desprezar as informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em consideração (MINAYO, 1996).

Dessa forma, participaram do estudo 21 sujeitos no total, identificados de acordo com o grupo ao qual pertenciam e com o número que correspondeu à ordem em que estes foram entrevistados. Assim temos a seguinte identificação: para os **informantes-chave** (2), E.1, Grupo I e E.2, Grupo I; para os **trabalhadores**, E.3, Grupo II até E.8, Grupo II; e, para os **usuários**, E.9, Grupo III até E.21, Grupo III.

Estes sujeitos foram caracterizados de acordo com os Quadros 4,5 e 6 a seguir.

QUADRO 4 Características dos informantes-chave do estudo. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.

Identificação	Sexo	Formação	Tempo no serviço	Função/Cargo
E.1	M	Farmacêutico	2 anos	Coordenador da A F
E.2	F	Médica Esp. em Saúde Pública Mestranda em Saúde Coletiva	1 ano e 08 meses	Secretária de Saúde Municipal

QUADRO 5 Características dos trabalhadores de saúde das USF. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.

Identificação	Sexo	Formação	Tempo no serviço	Função/cargo
E.3	F	2º grau completo	3 anos	Agente administrativo
E.4	F	2º grau completo Tec. de enfermagem	6 anos	Agente administrativo
E.5	F	2º grau completo Aux. de enfermagem	10 anos	Agente administrativo
E.6	F	2º grau	13 anos	Aux. de farmácia
E.7	F	2º grau Téc. de enfermagem	16 anos	Agente administrativo
E.8	F	2º grau Téc. de enfermagem	6 anos	Aux. de farmácia

QUADRO 6 Caracterização dos usuários das farmácias das unidades de saúde da família. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.

Identificação	Sexo	Formação	Tempo de utilização do serviço	Função/cargo
E.9	F	Fundamental incompleto	1 ano	Doméstica*
E.10	F	Fundamental incompleto	12 anos	Doméstica
E.11	F	Primário incompleto	4 anos	Autônoma
E.12	F	-----	5 anos	Dona de casa**
E.13	F	1º grau	3 anos	Dona de casa
E.14	F	2º grau	3 anos	-----
E.15	F	2º grau incompleto	4 anos	Doméstica
E.16	M	Sem escolaridade	-----	Trabalhador rural
E.17	F	2º grau	1 ano	Dona de casa
E.18	F	2º grau	Seis meses	Dona de casa
E.19	F	Fundamental incompleto	3 anos	Dona de casa
E.20	F	2º grau	8 anos	Dona de casa
E.21	M	2º grau	2	Aposentado

* Doméstica- trabalhadora remunerada.

** Dona de casa- trabalhadora em seu próprio lar.

Os Quadros 4, 5 e 6 apresentam, portanto, as características dos diferentes sujeitos do estudo. Assim, o Quadro 4 é constituído por apenas dois sujeitos, sendo um representante da gestão municipal e o outro da coordenação da Assistência Farmacêutica municipal, ambos com mais de seis meses de serviço na função que exerciam no momento da entrevista.

As características dos trabalhadores de saúde das USF são representadas no Quadro 5, com seis sujeitos, sendo todos do sexo feminino e, no mínimo, com escolarização de segundo

grau completo e três anos de experiência no serviço. Quanto à função exercida no momento da coleta de dados, apenas dois dos seis eram auxiliares de farmácia, ou seja, trabalhadores contratados exclusivamente para a farmácia e os demais eram agentes administrativos ainda que a maioria deles exercesse outras funções na prática cotidiana.

No Quadro 6 são caracterizados os usuários participantes do estudo, sendo também em sua maioria do sexo feminino, com nível de escolaridade que varia do analfabetismo ao segundo grau completo e, em sua maioria, são donas de casa. Quanto ao tempo de utilização dos serviços das unidades, variou de seis meses a 12 anos.

3.4 Técnicas e instrumentos de produção de dados

No desenvolvimento desta pesquisa utilizamos três técnicas para produção de dados: a observação sistemática, a entrevista semi-estruturada e a análise de documentos.

A técnica da observação no estudo qualitativo deve permitir ao pesquisador examinar os fenômenos e situações que ocorrem no campo de estudo de forma natural, pois poderá possibilitar assim, acompanhar e registrar as subjetividades dos sujeitos envolvidos, referentes às suas emoções, expressões, ações e falas.

Conforme afirma Triviños (1987, p.153):

[...] observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado do seu conteúdo para que, em sua dimensão singular seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações.

Dessa forma, o tipo de observação escolhida foi a observação sistemática que se caracteriza pela utilização de um plano específico para organização e registro das informações, tendo estabelecido previamente as categorias necessárias à análise da situação (GIL, 1999).

Portanto, com o objetivo de orientar os aspectos a serem observados nas unidades de PSF, elaboramos um roteiro (APÊNDICE A), contendo os seguintes aspectos: as dimensões de acesso, caracterização da farmácia (espaço físico, recursos humanos, atividades desenvolvidas), tecnologias de relacionamento (acolhimento, vínculo, responsabilização).

Uma outra técnica utilizada na produção dos dados foi a entrevista, pois, como fonte de informação questionamos dados referentes a fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar e de sentir, opiniões, sentimentos, condutas e comportamentos (MINAYO, 1996), considerados importantes para alcançarmos os objetivos desse estudo.

A entrevista pode ser definida segundo Gil (1999) e Santana (2006) como uma forma de interação social, resultante da relação entre duas pessoas que se vêem, o(a) pesquisador(a) e o(a) entrevistado(a), com o objetivo de obter dados que interessam à investigação. Nesta técnica, o instrumento primordial é a palavra, através da qual revelam-se valores, símbolos, sentimentos e condições estruturais.

Para este estudo escolhemos a entrevista semi-estruturada, ou seja, aquela que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, havendo possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 1996).

A entrevista semi-estruturada, segundo Triviños (1987, p.146),

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas dos informantes.

Dessa forma, também elaboramos três roteiros de entrevistas (APÊNDICES B, C e D), direcionados respectivamente aos informantes-chave, aos trabalhadores das farmácias das unidades de saúde da família e aos usuários do serviço da farmácia.

As entrevistas com os informantes-chave foram agendadas previamente, sendo uma realizada no próprio ambiente de trabalho, em local reservado; e a outra fora do campo de investigação por sugestão do entrevistado. As demais entrevistas com os trabalhadores de saúde e usuários do serviço foram realizadas na própria unidade de saúde em local reservado, assegurando a privacidade e o sigilo da conversa. As entrevistas foram gravadas, de acordo com a autorização dos entrevistados, levando em consideração os critérios éticos estabelecidos na Resolução 196/96 (BRASIL, 2006j), no que diz respeito à pesquisa com seres humanos.

Com a finalidade de complementar e enriquecer os dados obtidos pelas técnicas da observação sistemática e da entrevista, utilizamos também a análise de documentos. Para

Fachin (2003, p. 136), documento pode ser entendido como “qualquer informação na forma de textos, imagens, [...] editoriais, leis, atas, relatórios, inventários, entre outros”.

Como vantagens do uso de fontes documentais Gil (1999) destaca que elas possibilitam o conhecimento do passado, a investigação dos processos de mudança social e cultural e favorecem a obtenção de dados sem o constrangimento dos sujeitos.

Assim, consideramos importante a análise de documentos pertinentes ao objeto em estudo, já que são fontes específicas e únicas, que contribuiram para complementar e dar maior compreensão aos resultados encontrados. Os documentos utilizados na análise foram:

Documento 1 Relatório de Gestão 2006 (BAHIA, 2007a);

Documento 2 Programa de Atividades do Almoxarifado 2007 (BAHIA, 2007b);

Documento 3 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 2007a);

Documento 4 Portaria n° 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007g);

Documento 5 Portaria n° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela saúde 2006 (BRASIL, 2007d);

Documento 6 Resolução n°328, de 22 de junho de 1999. Dispõe sobre os requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. (BRASIL, 2007h);

Documento 7 Resolução n° 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico de boas práticas em Farmácia (BRASIL, 2007i);

Documento 8 Relatório de Auditoria Operativa do Município (BAHIA, 2006a);

Documento 9 Ata da Reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica (BAHIA, 2006b);

Documento 10 Lei n° 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos (BRASIL, 2006a);

Documento 11 Lei n° 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico (BRASIL, 2006b);

Documento 12 Resolução n° 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2005a);

Documento 13 Orientação de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição de Medicamentos (BAHIA, 2005);

Documento 14 Portaria n° 2084/GM de 28 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o elenco mínimo obrigatório de medicamentos (BRASIL, 2005c);

Documento 15 Resolução n° 308, de 2 de maio de 1997. Dispõe sobre Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias (BRASIL, 2004);

Documento 16 Plano Municipal de Saúde do município de Santo Antônio de Jesus (BAHIA, 2002);

Documento 17 Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1999);

Durante todo o texto estes documentos foram identificados com números. Portanto, quando mencionados, para Documento 1, leia-se Doc.1 e assim sucessivamente.

3.5 A coleta de dados propriamente dita: o caminho que percorremos

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, esta obedeceu à Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006j), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Assim, esta Resolução estabelece que a eticidade na pesquisa implica nos seguintes princípios:

1) Autonomia, ou seja, o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa. Este princípio foi garantido através da aceitação pelos sujeitos do estudo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE F), elaborado pela pesquisadora. O

TCLE é individual para cada sujeito pesquisado, tendo sido elaborado numa linguagem acessível à compreensão clara e objetiva, com informações e esclarecimentos sobre o estudo tais como pesquisadoras responsáveis com os respectivos endereços, objetivos, justificativas, metodologia, benefícios, riscos, entre outros.

2) Beneficência, ou seja, ponderação entre riscos e benefícios atuais ou potenciais, individuais ou coletivos.

3) Não maleficência, garantindo que os danos serão evitados.

4) Justiça e equidade: garantia da igualdade de interesses para os sujeitos envolvidos.

Observando tais princípios, registramos o projeto desta pesquisa no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (SISNEP) e, em seguida, o submetemos ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS. Após avaliação o projeto foi aprovado, em novembro de 2006, sob o protocolo nº 112/2006 e somente em seguida iniciamos a coleta de dados, conforme determina a Resolução 196/96 (BRASIL, 2006 j).

Esta pesquisa obedeceu ainda aos critérios de confidencialidade e privacidade; respeito dos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; comunicação dos resultados obtidos às autoridades sanitárias e comunicação dos sujeitos sobre possíveis benefícios resultantes do estudo.

O primeiro contato com o campo de investigação foi por meio de uma visita preliminar, em setembro de 2006, com o objetivo de conhecer o ambiente e os sujeitos na tentativa de nos aproximarmos daquela realidade a ser descoberta. Na oportunidade, aproveitamos para conhecer algumas USF e seus coordenadores, o almoxarifado central, o farmacêutico e os demais trabalhadores. Porém, a coleta de dados propriamente dita só iniciou-se em março de 2007, quando nos apresentamos à Secretaria de Saúde e solicitamos autorização para realizar a coleta de dados.

Logo após o consentimento do gestor, nos apresentamos formalmente à Coordenação da Assistência Farmacêutica e à Coordenação dos Programas³⁵ com o objetivo de não apenas nos apresentarmos como pesquisadoras, mas discutirmos a pesquisa a ser desenvolvida.

³⁵ **Coordenação de Programas** responsável pela coordenação dos seguintes programas: Programa Saúde da Família, sistema Pré-Natal; Programa Triagem Neonatal, Programa Triagem Pré-natal; Programa de Saúde do

No entanto, esse momento foi inviabilizado diante da impossibilidade, revelada pela coordenadora, para reunir parte dos trabalhadores. Por isso, decidimos nos dirigir a algumas unidades para nos apresentarmos formalmente, com a autorização por escrito do gestor, e explicitar alguns aspectos da pesquisa, particularmente a identificação do estudo, dos pesquisadores, os objetivos e as possíveis contribuições. Muitos trabalhadores mostraram-se bastante gentis e receptivos à pesquisa, incluindo os coordenadores das unidades e os demais envolvidos, ressaltando, inclusive, que seria muito importante para o Município tal pesquisa, mostrando-se aparentemente solícitos.

Procedemos então à observação sistemática procurando “neutralizar” a nossa presença, na medida do possível, para que não houvesse prejuízos na coleta de dados diante de prováveis mudanças de comportamentos, ações e expressões dos observados. As informações das observações seguiram o roteiro elaborado (APÊNDICE A) e foram registradas em caderno específico.

A observação na Central de Abastecimento Farmacêutico se deu da mesma forma, e para compreendermos como eram realizadas todas as atividades agendamos uma data com o coordenador de acordo com a rotina de trabalho do almoxarifado, já que as ações de aquisição, armazenagem e distribuição aconteciam lá e tinham um cronograma.

Mesmo durante a observação, em alguns momentos estabelecemos contato com os usuários e também trabalhadores diante da possibilidade de realizar entrevista com os mesmos e percebermos dificuldade para encontrarmos um horário conveniente, inclusive muitos deles não tinham telefone para facilitar a comunicação. Diante disso, articulamos com a coordenação das unidades de saúde um local disponível na própria unidade para que as entrevistas fossem realizadas.

Inicialmente orientamos os entrevistados para a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE F), destacando a necessidade de que a entrevista fosse gravada a fim de não haver perda de informações e também pela possibilidade de ser mais rápida, mas que assim o faríamos somente sob autorização do entrevistado que, por sua vez, não seria identificado. Porém, apenas os entrevistados do grupo I leram o TCLE e os demais disseram não haver necessidade. Neste caso, explicitamos alguns aspectos da pesquisa tais como os autores, a instituição, os objetivos e os possíveis riscos e contribuições para o

Município. O tempo de realização das entrevistas variou de 10 minutos a uma hora e quarenta e cinco minutos, sendo gasto um menor tempo com os usuários e maiores com os informantes-chave e os trabalhadores de saúde.

Quanto à análise documental, alguns documentos foram analisados no próprio campo de investigação, pois não poderiam ser deslocados e outros nos foram disponibilizadas em cópias. Os documentos correspondentes a leis, resoluções, entre outros, foram pesquisados na Internet.

Durante todo o processo de produção de dados não houve dificuldade para termos acesso aos trabalhadores ou usuários e, até mesmo aos documentos. Dessa forma, o trabalho foi conduzido com tranquilidade, colaboração e interesse por parte dos pesquisados.

3.6 Método de análise dos dados

A análise ou o tratamento do material empírico tem como objetivo ultrapassar a incerteza, enriquecer a leitura e integrar descobertas, levando em consideração diferentes dimensões de análise, articulando a teoria e os dados empíricos no entrecruzamento de comunicações, na observação de condutas, nas concepções, idéias e valores, e na ação particular, coletiva e social (ASSIS; JORGE, 2006).

Assim, a análise de dados permeou todo o processo de investigação iniciado pela coleta de dados ocorrendo, portanto, de forma dinâmica, o que nos possibilitou o aprofundamento das questões norteadoras do estudo, a partir da busca da compreensão e análise minuciosas dos aspectos apreendidos com a da observação sistemática, as entrevistas e a análise de documentos.

Dessa forma, o método de análise de dados foi uma aproximação com a hermenêutica-dialética, que se apresenta como “um caminho do pensamento”, um encontro entre a arte da compreensão (hermenêutica) e arte do estranhamento e da crítica (dialética), entre a teoria e práxis (MINAYO, 1996).

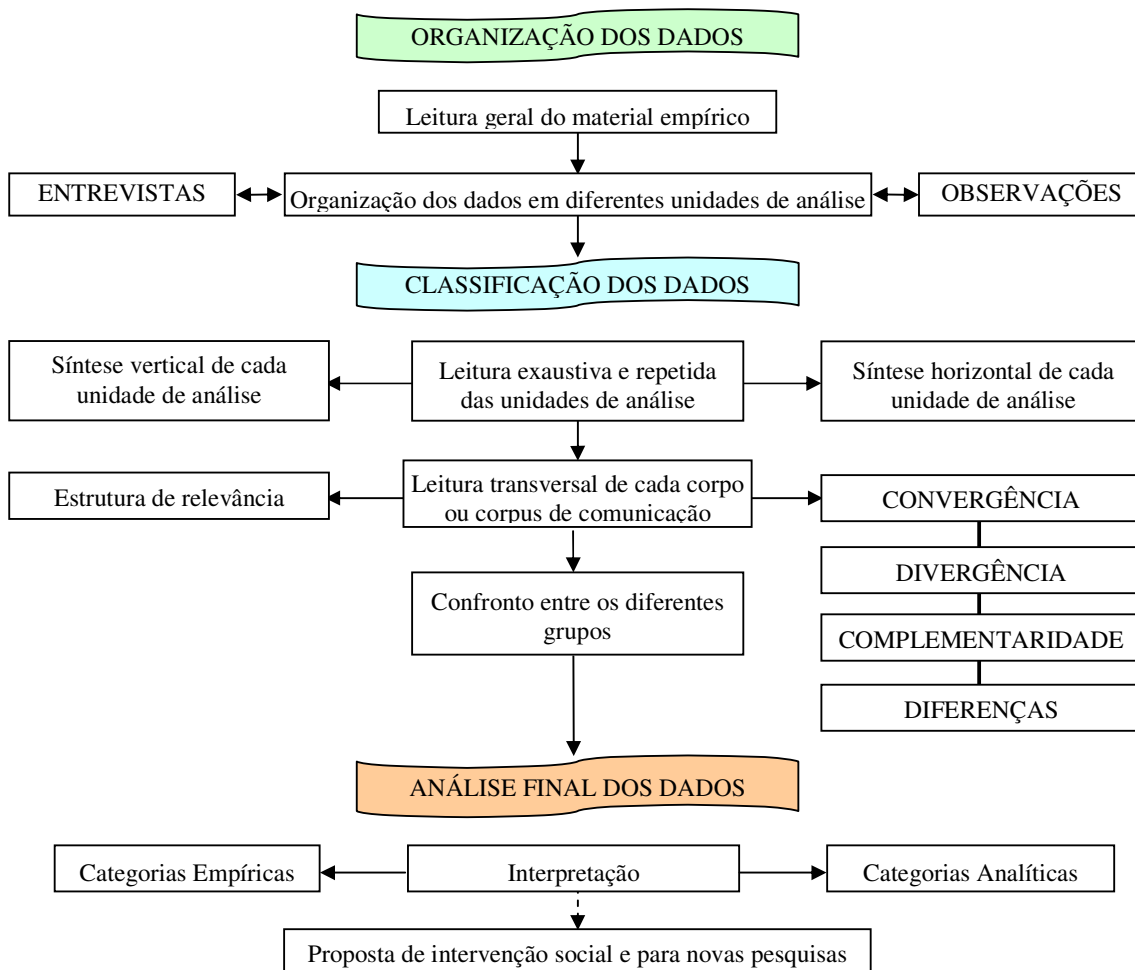
Ao articular a hermenêutica, na perspectiva de Habermas, com a dialética, Minayo (1996) resume da seguinte forma: a união da hermenêutica com a dialética leva o pesquisador a buscar entender o texto, a fala, o depoimento como resultados de um processo social e um processo de conhecimento em que o pesquisado e o pesquisador são partes de um mesmo

contexto ético-político e o acordo subsiste ao mesmo tempo nas tensões e perturbações sociais.

Embasada nas idéias de Stein, Minayo (1996) afirma que a hermenêutica e a dialética apresentam-se como momentos necessários na produção da racionalidade, pois ambas trazem em seu núcleo a idéia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, da linguagem e de qualquer trabalho do pensamento; ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial; ambas ultrapassam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento; ambas questionam o tecnicismo presente nos métodos das Ciências Sociais; ambas referem-se à práxis.

Nesta direção, a análise de dados foi realizada considerando a seguinte trajetória metodológica traduzida por Assis e colaboradores (1998) e Assis e Jorge (2006) a partir de Minayo: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Etapas estas interdisciplinares, dinâmicas e intercomplementares, conforme podemos visualizar no Fluxograma 1 a seguir.

FLUXOGRAMA 1 Desenvolvimento da análise Hermenêutica-dialética.



Fonte: ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa. Método de análise em pesquisa qualitativa no campo da Saúde Coletiva. In: SANTANA, Judith Sena da S.; NASCIMENTO, Maria Ângela A. (Org.). **Pesquisa**: técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS. 2006 (Digitado).

1º Passo - Ordenação dos dados

Teve como objetivo estabelecer uma identificação do material empírico coletado no campo de estudo. Para tanto, transcrevemos todas as entrevistas e, em seguida, fizemos a leitura preliminar do material que nos possibilitou, juntamente com os dados das observações e documentos, visualizar os núcleos de sentido.

2º Passo - Classificação de dados

Essa etapa nos possibilitou a construção dos dados empíricos a partir dos pressupostos teóricos e a teoria que sustenta a pesquisa. Para isso, desenvolvemos inicialmente a leitura flutuante das entrevistas, documentos e observações, com o intuito de identificar as idéias centrais sobre o tema *acesso*, e assim, encontramos os seguintes núcleos de sentido: atividades desenvolvidas no serviço; capacitação prévia ao trabalho na unidade; instabilidade na função, relação com a equipe; relação com o usuário; vínculo; resolubilidade; dispensação; informação sobre medicamentos; expectativas; avanços; limitações; dificuldades; atividades da Assistência Farmacêutica; acesso geográfico; acesso econômico; acesso funcional; acesso comunicacional; disponibilidade; dispensação; atividades educativas; e serviços utilizados.

Após a identificação dos núcleos de sentido, os fragmentos das falas relacionados ao núcleo correspondente foram recortados e inseridos em “gavetas”, tendo sido organizado três quadros de análise correspondente aos três diferentes grupos de sujeitos, conforme demonstram os Quadros 7,8 e 9.

QUADRO 7 Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo I - informantes-chaves. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.

NÚCLEOS DE SENTIDO	E.1	E.2	SÍNTESE HORIZONTAL
Atividades de Assistência Farmacêutica			
Relação com a equipe			
Limites			
Dificuldades			
Avanços			
SÍNTESE VERTICAL			

QUADRO 8 Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo II – trabalhadores das farmácias das USF. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.

NÚCLEOS DE SENTIDO	E.3	E.4	...	E.8	SÍNTESE HORIZONTAL
Atividades desenvolvidas no serviço					
Atividades de Assistência Farmacêutica					
Capacitação prévia					
Instabilidade na função					
Relação com a equipe					
Relação com o usuário					
Informação sobre medicamentos					
Resolubilidade					
Dispensação					
Expectativas					
Avanços					
Limitações					
Dificuldades					
SÍNTESE VERTICAL					

QUADRO 9 Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo III - usuários das farmácia das USF. Santo Antônio de Jesus-BA, mar/jun 2007.

NÚCLEOS DE SENTIDO	E.9	E.10	...	E.21	SÍNTESE HORIZONTAL
Acesso geográfico					
Acesso econômico					
Acesso funcional					
Acesso comunicacional					
Disponibilidade					
Dispensação					
Relação com a equipe					
Vínculo					
Resolubilidade					
Avanços					
Limites					
Participação em atividades educativas					
Serviços utilizados					
Dificuldades					
SÍNTESE VERTICAL					

Após a construção desses quadros, os dados empíricos foram confrontados a partir da síntese horizontal de cada núcleo de sentido e também da síntese vertical. A primeira nos possibilitou identificar convergências, divergências, complementaridades e diferenças das idéias de cada entrevistado, da observação sistemática e dos documentos analisados. Já a síntese vertical nos deu uma idéia geral de cada entrevistado sobre os núcleos de sentido.

Em seguida, efetuamos a leitura transversal dos *corpus* de comunicação, possibilitando o confronto de idéias entre as diferentes representações dos sujeitos, retomando as questões norteadoras, os objetivos, os pressupostos e o referencial teórico do estudo. A partir dessa leitura consolidamos as categorias do estudo, pois já existiam duas categorias analíticas implícitas no nosso objeto de estudo.

Categoria 1 Organização da Assistência Farmacêutica em Santo Antônio de Jesus-BA: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer.

Categoria 2 Acesso do usuário à Assistência Farmacêutica ou acesso a medicamentos? Um caminho para ser reconstruído.

3º Passo Análise final de dados

Consistiu na triangulação do material empírico e do referencial teórico. A triangulação de dados é entendida como uma técnica usada em pesquisa qualitativa, em que a intersecção de diferentes olhares e falas possibilitam a verificação e validação da pesquisa, através do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e visões distintas. Assim, buscamos desvendar o “conteúdo latente” dos textos, a partir da análise de todo o material disponível, já envolvida pelas convergências, divergências, complementaridades e diferenças. Neste momento, além das técnicas utilizadas, trouxemos a contribuição de autores, bem como a nossa própria experiência como sujeito do mundo e da pesquisa em busca do conhecimento.

4 ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e abrir-se para os ruídos analisadores presentes no seu cotidiano. Com isso [...] pode reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (MERHY, 2006b).

Historicamente, observamos que o processo de construção das políticas de saúde brasileira tem incorporado regulamentações diversas no âmbito da Assistência Farmacêutica tais como a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1999/ Doc.17), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2005a/Doc.12), a Política de Financiamento da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2005c/Doc.14) e o Programa Farmácia Popular do Brasil criado pelo Decreto nº 5090, de 20 de maio de 2004, entre outros. Todavia, sua incorporação às práticas dos serviços tem ocorrido de maneira centrada no medicamento.

Não podemos desconsiderar a contribuição sobre o acesso a medicamentos que aquelas políticas proporcionam no cenário da saúde, bem como também desconsiderar algumas limitações de caráter prático que tais políticas ainda apresentam, especialmente, no que se refere ao atendimento das necessidades dos indivíduos. Concretamente, convivemos com um complexo e diversificado conjunto de interesses que integram políticas de saúde, política industrial e políticas científicas e tecnológicas que têm contribuído, segundo Bermudez (1995) para que as práticas dos serviços ainda mantenham-se centradas no medicamento.

Entretanto, pela complexidade de ações constituintes, a Assistência Farmacêutica exige também uma integração de saberes que envolvem diferentes sujeitos, com distintas práticas, já que, inserido no contexto multiprofissional que caracteriza a atenção básica à saúde, todos têm sua parcela de contribuição. Desde o médico ou odontólogo que, a partir do seu cuidado recorre ou não a uma prescrição; a enfermeira que, na grande maioria dos casos, executa, além de suas atribuições específicas, atividades de coordenação das USF; até os auxiliares que participam desse processo; e, especialmente o farmacêutico que para promover a disponibilidade de medicamentos, bem como prover um acompanhamento e orientações farmacêuticas precisa estar consciente das informações concretas da realidade construída coletivamente.

Talvez por localizar-se como “etapa final” no complexo de ações e procedimentos a que estão submetidos os sujeitos no contexto saúde-doença, hoje, ainda encontramos a defesa da disponibilidade de medicamentos como resultado final do processo de organização e não visualizamos o desenvolvimento de ações que, instrumentalizadas pelo medicamento, objetivem o acesso a serviços que, por meio da interação de tecnologias leve-duras e leves, assegurem o direito à Assistência Farmacêutica.

No entanto, no intuito de discutirmos este objeto, precisamos nos aproximar da realidade num olhar subjetivo, reflexivo e de apreensão para que entendamos o fenômeno, não nos limitando apenas ao contexto teórico, mas articulando-o com a realidade empírica, numa perspectiva dialética.

Assim, por acreditarmos nesta possibilidade, iniciamos nossa discussão na tentativa de compreender essa realidade que tem na organização das ações um caminho para garantir o acesso à Assistência Farmacêutica.

4.1 Organização da Assistência Farmacêutica no Município de Santo Antônio de Jesus-Ba: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer

A organização da Assistência Farmacêutica, no nosso entendimento, reforça o sentido de integralidade das ações conforme estabelecido como princípio do SUS, uma vez que ela poderá contribuir para tornar mais eficiente e resolutiva as ações, bem como criar vínculo entre profissionais, usuários e unidades de serviço, no sentido de possibilitar um acesso mais amplo e significativo em suas dimensões econômica, geográfica, funcional, de disponibilidade e comunicacional.

Por isso, compreendemos que a Assistência Farmacêutica situa-se numa perspectiva na qual estão inseridas tecnologias leve-duras e leves. As tecnologias leve-duras são aquelas que incorporam os conhecimentos específicos tais como Farmacologia, Epidemiologia, Planejamento, Economia, Logística entre outros, necessários à resolução das atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação que, segundo Carlos (1997), conformam o ciclo técnico-científico e operativo da Assistência Farmacêutica.

Ao considerarmos que o ciclo operativo envolve ações que implicam em relação entre sujeitos, mais particularmente através da dispensação, há necessidade, portanto, da incorporação de tecnologias leves, denominadas por Merhy (2002) de tecnologia das relações, como vínculo, acolhimento, humanização, dentre outras percebidas enquanto possibilidade para transformação das práticas no contexto da assistência à saúde.

Estudos de Franco, Bueno e Merhy (1999), Oliveira, Collet e Vieira (2006), e Gomes e Pinheiro (2005), apontam sobre as implicações dessas tecnologias no cuidado em saúde, que

consequentemente são determinantes para a organização da Assistência Farmacêutica ao situar-se nesse contexto como possibilidade de acesso dos usuários.

A Assistência Farmacêutica é uma atividade essencial para o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e a sua organização constitui-se em uma série de atividades interligadas e dependentes que contribuem para a integralidade das ações como seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

A **Seleção** de medicamentos inicia o conjunto de atividades que configuram o processo organizativo das ações de Assistência Farmacêutica e pode ser definida, segundo a concepção de Acurcio (2003) e Marin e colaboradores (2003) como a escolha mediante critérios técnicos, científicos e epidemiológicos, de medicamentos que atendam às necessidades de uma dada população. Caracteriza-se, portanto, como atividade capaz de possibilitar desde a garantia da disponibilidade de medicamentos seguros e eficazes, a redução de custos até a uniformização de condutas terapêuticas, dentre outros resultados, através de uma lista de medicamentos.

Do mesmo modo, a referência para elaboração das listas de medicamentos essenciais nos níveis estadual e municipal é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), constituída a partir da Comissão Técnica e Multidisciplinar para atualização da RENAME (Comare), composta por diferentes instituições como Universidades, Núcleos de Pesquisa, Organizações e Conselhos (BRASIL, 2007a/Doc.3). Esta comissão possibilita, com sua multisetorialidade, a incorporação de diferentes saberes, técnicas e práticas que possam contribuir para a elaboração de uma lista que atenda, de maneira ampla, as diferentes necessidades. Ou seja, torna-se instrumento facilitador do uso racional de medicamentos, com impactos no processo de organização como um todo.

A elaboração da relação de medicamentos na esfera municipal ocorre, portanto, em virtude da adequação das listas nacional e estadual às demandas locais com o objetivo de atender as características e o perfil epidemiológico da população.

Neste estudo, vimos que a seleção de medicamentos não é um processo dinâmico, constante e coletivo, uma vez que, na prática, essa seleção é uma simples adaptação de listas de medicamentos já existentes ou, quando muito, aparecem como discussões pontuais, apesar de existir uma Comissão de Farmacoterapêutica (CFT) no município.

A Comissão de Farmacoterapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo que deve garantir um caráter multidisciplinar e dinâmico ao processo de seleção de medicamentos. Geralmente é constituída por médicos, enfermeiros e farmacêuticos escolhidos a partir da experiência na área terapêutica e, principalmente, do interesse e disponibilidade para contribuir (BRASIL, 2001; GOMES; REIS, 2003).

A fala do entrevistado a seguir expõe essas características na medida em que revela uma preocupação em garantir resolutividade do processo de trabalho da CFT.

[...] além do farmacêutico, tinha representante médico, da enfermagem, de compras. Eu fiz questão de participar porque dos médicos que estavam lá, basicamente nenhum tinha formação em Saúde Pública [...]. Então eu queria participar nesse sentido [...]. Eu sabia que os profissionais que tinham lá, com exceção do farmacêutico que tinha formação em saúde pública, que eles teriam dificuldade nesta questão. Eu procurava sempre tomar uma decisão conjunta (E.2, Grupo I).

Como vemos, o entrevistado neste depoimento expõe uma intencionalidade de compromisso do sujeito e a necessidade de articulação dos saberes para a construção das ações da comissão, diante da possível dificuldade dos representantes em perceberem as questões mais particulares do contexto da Saúde Pública, no que se refere à Assistência Farmacêutica. Portanto, há necessidade de uma interação coletiva e democrática, baseada em reflexões cotidianas do processo de assistência à saúde.

Possivelmente, estes aspectos particulares da Saúde Pública por estarem ausentes do processo de formação dos trabalhadores destacados pelo entrevistado e, conseqüentemente, das práticas desenvolvidas por estes trabalhadores, possibilitaram dificuldades na condução do trabalho da CFT, que se refletiram em descompromisso dos representantes e também em pouca resolutividade das ações que seriam de sua competência, conforme os depoimentos a seguir:

A gente organizou a comissão, **mas de lá pra cá a gente não teve mais reuniões**. Eu conversei com uma colega pra gente estar fazendo essas reuniões, mas **ela também tá cheia de trabalho** e aí a gente deu uma parada. [...] O que a gente pensa é que, no próximo ano, antes de fazer a licitação, a gente faça uma reunião pra se avaliar novamente esse elenco de medicamentos, pra ver se inclui ou retira algum item (E.1, Grupo I).

Tinha muita dificuldade pra encontrar um dia pra se reunir. O dia era de acordo com a disponibilidade de uma médica psiquiatra do CAPS. Como ela só ia uma vez por semana no município, a gente tentava marcar neste dia. Precisava de um psiquiatra porque são medicações que realmente precisavam ter. Mas também marcava no dia e ela acabava não indo (E.2, Grupo I).

De acordo com os depoimentos existe uma desarticulação e não efetividade do trabalho entre os componentes da Comissão ao revelarem que, na prática, as reuniões não têm ocorrido de maneira regular, prejudicando a realização das atividades. Compreensão esta, que pode ser complementada com a análise da Ata da Comissão de Farmácia e Terapêutica (BAHIA, 2006b/Doc.9), no qual há registro de apenas uma única reunião, conforme explicitou o entrevistado.

Além do mais, os entrevistados 1 e 2 justificam a dificuldade da ausência de reuniões devido ao excesso de trabalho ou disponibilidade desses trabalhadores. Vemos também, a partir daí, que a responsabilidade dessa comissão aparentemente fica condicionada à participação de um outro representante para ser operacionada, além de outras dificuldades como a não disponibilidade e nem mesmo o compromisso necessários ao desenvolvimento das atribuições da comissão, que passa a representar uma situação de menor importância no conjunto de atividades que esses profissionais já possuem.

Outras limitações para o desenvolvimento das ações da CFT podem ser encontradas no depoimento a seguir:

Outra dificuldade era na objetividade da reunião. Muitas vezes se falava muita coisa e não se concluía nada. Acho que faltou um pouco de liderança [...] no sentido de estar conduzindo as reuniões. [...] A comissão ficou com questões pontuais e mais urgentes e acabou não sendo elaborado esse plano [Plano Municipal de Assistência Farmacêutica]. Primeiro, a capacitação. Muitos não sabiam realmente a função da comissão. O farmacêutico dava muito material. Era tanto material que ninguém lia. [...] Eles não tinham um processo de trabalho organizado (E.2, Grupo I).

Nessa fala vislumbramos a importância da linguagem na relação entre os sujeitos e, neste sentido, de acordo com Ayres (2001), um dos mais poderosos meios do engendramento dos sujeitos e mundos é a linguagem. Assim, distantes da compreensão mútua dos objetivos que ali se buscavam alcançar e que nem mesmo eram de conhecimento de todos os membros da comissão, o diálogo, aparentemente, perdia seu valor e, obviamente, não produzia resultados. As ações pertinentes ao trabalho coletivo da CFT deixaram de ser realizadas, tais como o Plano de Assistência Farmacêutica Municipal, o qual constitui uma programação das

ações da Assistência Farmacêutica para o município, expondo atividades e recursos necessários à realização das ações num período determinado, e tem como objetivo orientar as atividades da equipe.

De fato, a CFT tem uma série de atribuições dentre elas o auxílio à coordenação da Assistência Farmacêutica nos assuntos referentes a medicamentos, o desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais e à comunidade, a promoção e a avaliação do uso seguro e racional de medicamentos.

Entretanto, vemos a necessidade de um trabalho participativo, solidário, cuja equipe esteja disponível e disposta a efetivar e transformar as práticas através de ações diversas e não apenas reduzidas à atualização, por meio da inclusão ou exclusão de medicamentos como refere o entrevistado 1, ao apresentar um entendimento ampliado sobre suas atribuições com propostas educativas, ainda que expostos como possibilidade futura.

[...] Trabalharia com **treinamento**, estaria acompanhando programa, vendo como está sendo a adesão desses pacientes ao tratamento. Se o número de pacientes cadastrados é compatível com o uso de medicamentos, se realmente existe aquela demanda de medicamentos para as unidades [...] fazer parte do acompanhamento terapêutico (E.1, Grupo I).

Ao trazermos a necessidade de revisar as ações e preparar as equipes com atividades de treinamento diante da realidade observada das práticas e relações desenvolvidas pelos trabalhadores com o usuário, é visível a importância de discussões sobre o processo de educação para a saúde, até porque Ximenes (2000, p. 723) define treinamento como “treino, adestramento de pessoas ou animais para participação em torneio, apresentação em público”. Tal definição, portanto, pode ser atribuída às ações repetidas e não dinamizadas, desarticuladas de atitudes humanizadas e descontextualizadas do caráter subjetivo dos sujeitos. Ou seja, o treinamento apresenta-se incoerente às práticas de saúde porque entendemos que, enquanto processo educativo, a educação em saúde deve ser ampla, dinâmica e construtiva com capacidade para transformação da realidade, com envolvimento dos sujeitos trabalhadores e usuários do serviço.

A idéia sobre treinamento do entrevistado 1 diverge, portanto, de Lobo e colaboradores (2000) que afirma que os processos educativos não podem desvincular a educação enquanto prática social, uma vez que deverá ocorrer através da interação entre as pessoas e, conseqüentemente, poderá contribuir para o crescimento dos sujeitos. Para tanto, o autor classifica os processos educativos em:

[...] **formais** quando a intenção de promover a educação e a maneira de realizar a interação pedagógica se explicitam em normas que tratam da definição de objetivos, que orientam a seleção de conteúdos, que determinam as linhas metodológicas a serem adotadas, que indicam os critérios de avaliação; **não formais** quando o processo não se pauta por normas específicas definidoras da ação pedagógica; **informais** quando ocorrem processos educativos em situações ocasionais de convívio social, de participação em eventos, sem previsão ou formalização de procedimentos (LOBO *et al*, 2000, p. 17).

Concretamente, encontramos no mesmo depoimento do entrevistado 1 ações que conformariam práticas formais, tais como acompanhamento de programas, que corresponde aos programas desenvolvidos pelo Município (Pré-Natal de Alto Risco, Anemia Falciforme e Medicamentos de Alto Custo, Programa Asma Rinite, DST); práticas não formais e informais como a avaliação da adesão³⁶ dos pacientes ao tratamento e acompanhamento terapêutico.

Porém, o entrevistado 1 traz uma perspectiva futura de ações que ainda não ocorrem na prática, inclusive sem a participação do farmacêutico, apresentando-se apenas como possibilidade devido à falta de participação e envolvimento dos demais trabalhadores. Dessa forma, o que encontramos, tanto a partir da observação quanto na fala dos sujeitos entrevistados, são atividades caracterizadas pelo modelo biologizante, com foco na doença vista isoladamente, de maneira fragmentada, sem considerar seus caracteres determinantes, tais como aspectos sócio-culturais e históricos dos indivíduos na sociedade:

Faço acompanhamento da hipertensão uma vez por mês. Sempre que têm [palestras] eu venho [...] Hipertensão, sobre as divulgações [os resultados alcançados pela ESF durante um determinado período] que passam [...] assim, tuberculose, dengue (E.10, grupo III).

Outro entrevistado complementa:

Participo de quase todas. [...] De dente [saúde bucal], o curso de preventivo, hipertensão. Só isso. Minha menina que é gestante tem palestra pra ela, mas eu acompanho também (E.12, Grupo III).

O fato dessas falas abordarem temas importantes e diversos como hipertensão, dengue, tuberculose e saúde da mulher, as observações nos permitiram também visualizar que ainda ocorrem ações educativas descontextualizadas de uma concepção mais ampla de saúde, sem incorporar a diversidade de saberes característicos da integração da equipe de trabalhadores que, inclusive, norteiam as propostas do Programa Saúde da Família. Concretamente, essas

³⁶ **Adesão** consiste no grau de coincidência entre o que foi orientado e o cumprimento dessas orientações, tanto quanto aos aspectos farmacológicos como não farmacológicos. Deve considerar os fatores relacionados ao paciente, os aspectos psicosociais, patologias, crenças, valores, hábitos de vida, cultura, acesso aos serviços, relacionamento com a equipe (ALENCAR, 2005).

práticas são realizadas, na maioria das vezes, pela enfermeira coordenadora da unidade ou pelos agentes comunitários de saúde sobre a supervisão da primeira.

Além disso, presenciamos ainda que as atividades educativas não incluem orientações sobre cuidados com o medicamento, incluindo o seu uso correto e a automedicação, como se o tratamento medicamentoso não fizesse parte do processo de recuperação da saúde, ou até mesmo, que estas orientações produzidas não oferecessem uma contribuição sobre a saúde do usuário. Práticas essas, emergentes se considerarmos que os usuários estão inseridos num contexto de medicalização como reflexo do próprio modelo de atenção à saúde e das “fragilidades” que o mesmo apresenta na sua operacionalidade.

Particularmente, destacamos a automedicação como um grande problema de Saúde Pública, já que é uma prática realizada por cerca de 80 milhões de pessoas (SERVIDONI *et al*, 2006). Dentre os motivos que contribuem para esta realidade, a nossa experiência enquanto trabalhadores de saúde nos permite inferir a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de disponibilidade ou de acesso comunicacional, que possibilitam, por sua vez, que os usuários do serviço fiquem sujeitos a “orientações” de trabalhadores, muitas vezes, despreparados e inseridos num contexto de práticas meramente comerciais, as quais poderão oferecer prejuízos à saúde da população.

Retomando ainda sobre o “treinamento” no processo de educação em saúde, há uma convergência com as falas dos entrevistados (Grupo II) sobre a necessidade de um treinamento para o desenvolvimento das atividades que desempenham nas unidades de saúde:

Cheguei aqui, aí teve que fazer treinamento. A menina daqui não quis me treinar, tinha má vontade, aí eu tive que me virar. Fiz o treinamento sozinha, praticamente. Como eu já tinha experiência de lá [se referindo ao outro trabalho que exercia] o que eu podia eu ia fazendo (E.3, Grupo II).

Eu acho que não teve capacitação. Eu não tive. A capacitação foi dos próprios colegas, que vão lhe dizendo, falando o que fazer, como fazer (E.6, Grupo II).

Quando eu cheguei lá a enfermeira me explicou tudo e aí eu já fui pegando a prática com uma colega de lá que foi me ensinado (E.5, Grupo II).

Nas falas desses entrevistados as ações de saúde são apreendidas a partir do trabalho cotidiano e são dependentes da disponibilidade e “boa vontade” do colega. Ou seja, não estão organizadas enquanto processo de trabalho em saúde, responsável pelo atendimento das necessidades de saúde da comunidade. Assim, destacamos que o modo como tem ocorrido a

inserção desses trabalhadores da saúde nessas unidades encontra-se desvencilhado de práticas acolhedoras e de entendimento sobre o trabalho que o mesmo executará. Isto possivelmente refletirá nas ações e relações destes com os sujeitos usuários dos serviços e assim resultar em implicações não só sobre o acolhimento, mas também no modo de resolver as necessidades dos usuários de maneira responsável.

Além da falta de acolhimento desses trabalhadores, destacamos o fato de que muitos advêm de outros setores do sistema municipal e não necessariamente da saúde. Soma-se ainda a “desorganização” do serviço no sentido de prepará-los para uma atividade que exige outros tipos de relações entre sujeitos e outros saberes. Essa situação assume assim, uma concretude quando destacamos os depoimentos a seguir:

Antes eu trabalhava lá na Secretaria de Saúde. Eu era coordenadora. A gente cadastrava no caderno pra depois digitar, pois tinha muito erro de documento (E.3, Grupo II).

Eu comecei com serviços gerais, depois passei pelo administrativo e agora aqui na farmácia. (E.8, Grupo II).

Os depoimentos dos entrevistados 3 e 8 revelam a precarização do trabalho em saúde, na medida em que o trabalho se estabelece sem organização das atividades, sem educação do trabalhador para o seu desenvolvimento, ausência de vínculo no serviço e às vezes caracterizados pela instabilidade organizacional. Estes fatores impossibilitam a qualidade técnica das atividades laborais com competência, dificultando ainda mais o processo de assistência à saúde, conforme observamos no campo de prática, onde as relações se processam sem diálogos, de maneira desumanizada e impermeáveis à dinamicidade da relação que deveria se estabelecer entre trabalhador de saúde e usuário do serviço.

A realidade aqui colocada confronta também com o conceito de educação trazido por Dussalt e Souza (2000, p.37) ao afirmarem que:

a educação para ser completa não pode se limitar à transmissão de informações. Ao contrário, a garantia da competência profissional exige não só a aquisição de conhecimentos, mas também do desenvolvimento de habilidades e atitudes apropriadas a cada categoria profissional. Assim, o raciocínio crítico, a sensibilidade, a conduta ética, a capacidade de adaptar-se a novas situações, de se comunicar e de liderar são habilidades e atitudes fundamentais em um trabalhador de saúde.

Tal perspectiva sobre educação diverge da realidade encontrada no Município em estudo, traduzido no depoimento do entrevistado 1.

O grande problema que eu identificava era de atendimento ao público, pessoas que atendiam de cabeça baixa, que não olhavam para o usuário [...] por trás disso, pessoas inclusive com dificuldade de leitura. Os agentes que estavam lá, muitos deles escreviam errado e tinham dificuldade com o nome da medicação, que não é coisa fácil (E.2, Grupo I).

O depoimento desse entrevistado expressa, portanto, que as relações de trabalho no Município, ao serem realizadas por sujeitos “deslocados” para o setor da saúde têm produzido práticas, que na maioria das vezes, não coadunam no cenário da saúde e, inclusive, podem dificultar a resolubilidade das ações. Destacamos que são trabalhadores que, além de outras atividades desempenhadas no serviço, dispensam medicamentos aos usuários, atividade que deve estar cercada de critérios que possibilitem assegurar o uso adequado de medicamentos, através de práticas que envolvem conhecimentos e habilidades técnicas e interação entre sujeitos, como possibilidade de contribuição para a integralidade das ações de saúde, conforme veremos adiante.

Ressaltamos também que tal realidade confronta com as perspectivas pontuadas na Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007g/Doc.4), que estabelece a responsabilidade das Secretarias Municipais pelo planejamento, formação e educação permanente de trabalhadores em saúde no SUS. Processo de educação, o qual também acreditamos que seja capaz de fortalecer a qualidade das ações desenvolvidas no serviço de saúde e que deve ser de responsabilidade de todos os trabalhadores envolvidos, incluindo aí a coordenação da Assistência Farmacêutica, no que se refere às ações de seu âmbito.

Assim, retomando o depoimento do entrevistado 1 [trabalhar com treinamento], este revela numa ação futura, a necessidade de ampliar as atividades que envolvam tanto os demais trabalhadores de saúde, no sentido de prepará-los melhor para o desempenho de suas ações, quanto os usuários, a partir de ações mais pertinentes à sua área de atuação, as quais poderiam contribuir significativamente para a promoção do uso seguro e racional de medicamentos, no sentido de atender as necessidades demandadas pelos usuários. Ou seja, o entrevistado tem conhecimento das necessidades apresentadas na comunidade, mas fica impossibilitado de efetuar-las devido à falta de articulação e participação dos demais setores.

Apesar de já termos referido várias abrangências da atividade de seleção de medicamentos, ainda precisamos retomá-la para acrescentar outros aspectos importantes à

nossa discussão. A seleção de medicamentos propriamente dita deve ocorrer através de um trabalho coletivo de profissionais, dinâmico e resolutivo, capaz de satisfazer as demandas de maneira racional. Os depoimentos a seguir expressam uma prática que divergem desta realidade:

Eu tomo mais remédio, mas eu só pego esse [captopril] e o remédio da diabetes eu pego aqui também, **mas o remédio caro da artrose eu nunca peguei** (E.11, Grupo III).

Tem vezes que passa pra comprar, tem que comprar mesmo. É devido ao sofrimento da coluna. Aí eu tenho que comprar (E.17, Grupo III).

Os depoimentos dos usuários 11 e 17 expressam um entendimento limitado quanto às potencialidades do SUS, na medida em que sugerem que os medicamentos distribuídos são baratos e para situações de menor complexidade, sendo necessário arcar com despesas para a aquisição daqueles que venham atender à totalidade de suas necessidades. No entanto, faz-se necessário extrapolar esses “pré-conceitos” estabelecidos na sociedade de que o “SUS é para pobres” ou não possui o mesmo valor que o serviço privado. Diante desta realidade, temos clareza da complexidade e diversidade de serviços desenvolvidos pelo SUS, uma vez que, além de envolverem fontes de financiamento ainda insuficientes, há ausência de uma política de recursos humanos para o SUS. Contudo, é preciso que os trabalhadores do SUS desconstruam esses tipos de discursos dos usuários e da sociedade em geral, sobre o Sistema Único de Saúde, inclusive preparando esse usuário enquanto sujeito coletivo para reverter a realidade de saúde em defesa da vida.

Particularmente no Brasil, a Assistência Farmacêutica está fragmentada em vários programas, incluindo aí o Programa de Medicamentos de Alto Custo, para o tratamento de agravos complexos; medicamentos estratégicos para programas específicos como antiretrovirais, tuberculose, hanseníase, controle de endemias; medicamentos para hipertensão e diabetes e para saúde mental; e medicamentos para o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2005 b). O conhecimento sobre essa estruturação da Assistência Farmacêutica seria suficiente para desconstruir a idéia apresentada pelos entrevistados 11 e 17 nos seus depoimentos anteriores, no sentido de reafirmar a importância dessas ações como caminho para a integralidade da assistência.

Temos clareza de que o município não poderá adquirir medicamentos que atendam às diferentes particularidades das condições de saúde dos sujeitos. No entanto, também sabemos

que os mesmos têm direitos assegurados à saúde para suas necessidades sociais. Ressaltamos a importância da comunidade precisar entender como se processam as ações, de modo que a mesma compreenda o porquê de ele precisar comprar ou não um medicamento e porque foi prescrito um medicamento que não está disponível na unidade, conforme vimos no depoimento do entrevistado 17. Esclarecimentos estes que, ao serem feitos, traduzem uma relação de compromisso e cuidado dos trabalhadores com os usuários que poderá favorecer uma maior compreensão dos usuários quanto às possíveis limitações que possam ocorrer naquele momento no sistema de saúde.

Diante de tal perspectiva, defendemos uma atuação efetiva dos Conselhos Municipais de Saúde na defesa de serviços e ações de saúde que atendam as necessidades sentidas pelo sujeito, em que questões como estas podem ser discutidas e esclarecidas entre seus membros, num processo de interlocução que promova o controle social, a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado. Postura esta que converge com propostas estabelecidas na *I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica* (BRASIL, 2003) no sentido de promover a participação da sociedade no planejamento da política de Assistência Farmacêutica, por melhores condições de vida e por benefícios à população.

Ressaltamos mais uma vez, as falas dos entrevistados 11 e 17, pois elas expressam uma realidade paradoxal quanto ao acesso à Assistência Farmacêutica e, neste sentido, levamos a alguns questionamentos: a lista de medicamentos do Município realmente tem atendido às necessidades locais? Por que o usuário atendido na rede pública municipal faz uso de medicamentos não disponíveis no serviço do Município? Qual a garantia de que este usuário terá acesso ao “medicamento caro da artrose”, ao qual se referiu? Qual a garantia de adesão ao tratamento? E, por fim, como será possível discutir tais questões e transformar essa realidade se elas não são percebidas ou, se percebidas, não são dialogadas entre os trabalhadores de saúde, inclusive aqueles que, ao menos formalmente, compõem a CFT?

Estas questões não podem ser desvinculadas do processo de construção das políticas de saúde e, mais especificamente, da Assistência Farmacêutica já que expõem a realidade encontrada no Município em estudo, diante do seu processo de organização caracterizado por uma assistência marcadamente centrada no medicamento, sem considerar as particularidades dos usuários, suas dificuldades e contexto, no qual estão inseridos; além de pouco dialogada entre os sujeitos construtores dessa prática, como pudemos observar.

A partir desses questionamentos, compreendemos que a seleção de medicamentos deve contemplar informações técnico-científicas, políticas, administrativas e gerenciais. Idéia esta, apontada por Marin e colaboradores (2003) ao afirmarem que a seleção transcende as atividades isoladas de cada categoria da equipe de saúde já que pressupõe a integração de saberes e o desenvolvimento de habilidades e estratégias gerenciais para a condução do processo.

O depoimento a seguir, também mostra implicações econômicas do usuário para ter acesso aos medicamentos que lhes são prescritos:

Tem vezes que fica muito tempo sem remédio e às vezes a gente não tem dinheiro para comprar (E.21, Grupo III).

Porém, o depoimento do entrevistado 10 é divergente em relação ao acesso a medicamento já que ele pode comprá-lo, quando necessário:

Quando tem o remédio a gente pega na farmácia. Às vezes, eu espero se ta pertinho de chegar. Se tiver que pagar eu compro à vista ou a prazo (E.10, Grupo III).

Os depoimentos dos entrevistados 21 e 10 revelam que, diante da ausência do medicamento prescrito pelo próprio médico da unidade de saúde, o usuário, para garantir o atendimento de suas necessidades, precisa arcar com despesas para ter acesso aos medicamentos, ou até mesmo não consegue realizar o tratamento já que não dispõe de condições financeiras para aquisição. Uma situação contraditória às políticas do Sistema Único de Saúde, até mesmo da Política Nacional de Medicamentos, em que o usuário deve ter acesso integral aos serviços de saúde, incluindo a disponibilidade de medicamentos. Nesse sentido, além dos questionamentos feitos anteriormente, acrescentamos outra questão sobre a elaboração da lista de medicamentos e sua atualização, no que se refere à exclusão ou inclusão de novos itens para que sejam capazes de satisfazer as necessidades dos usuários, sendo esta uma atividade da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a exclusão ou inclusão de medicamentos deve ser orientada, a partir de alguns critérios como análise da relação risco-benefício, propriedades farmacocinéticas, estabilidade e comodidade para o usuário, além da análise do custo em relação ao tratamento dentre outros.

Em relação ao seguimento desses critérios pela Comissão, os depoimentos dos entrevistados a seguir, revelam como acontecia, até aquele momento, o processo de seleção de medicamentos:

Quando eu cheguei aqui existiam muitos medicamentos que não existiam na lista. Eu não modifiquei. Começamos a discutir quando a comissão de farmacoterapêutica começou. Por exemplo, ampicilina, pois já tínhamos amoxicilina; também o hidróxido de alumínio porque a gente viu que não tinha necessidade (E.1, Grupo I).

O que eu lembro de ter cortado foram medicamentos que estavam sendo usados sem critérios nenhum. Porque não existia critério nenhum pra aquela medicação estar na relação [...]. Que critério? Por exemplo, cefalexina era uma medicação que nunca existiu na rede, tava na RENAME, mas nunca existiu na rede. Aí o farmacêutico vinha pra tentar introduzir [...] Como eu sabia que se a cefalexina fosse pra rede a tendência dos médicos era usar só a cefalexina e esquecer a amoxicilina [...] Como eu sabia que a cefalexina era muito cara, eu segurava um pouco. [...] Porque pra introduzir precisava que ele me desse uma justificativa técnica, financeira, contábil. Eu já tava com dificuldades com aquela lista que tava aqui. Se fosse introduzindo elementos novos pra aquisição sem avaliação ou domínio daquilo que tava sendo usado seria uma coisa sem rumo (E.2, Grupo II).

Conforme esses depoimentos, entendemos que, apesar de existir dificuldades quanto ao trabalho coletivo da CFT, há interesses e preocupações dos representantes entrevistados, gestor e trabalhador de saúde, quanto à seleção de medicamentos, numa tentativa de adequá-los aos critérios referidos anteriormente, de maneira racional e compatível às condições locais.

Identificamos nas falas desses sujeitos aspectos que estão inseridos num saber muito particular do farmacêutico, a farmacoeconomia, que consiste na avaliação econômica de medicamentos relacionando a sua efetividade e seu custo. Tal estratégia mostra-se coerente com as tendências de avaliação econômica na área da saúde, onde os gastos com procedimentos e medicamentos são crescentes, tendo sido recentemente difundida no Brasil e muito útil tanto ao setor público quanto privado. Como referiram os entrevistados 1 e 2, pode ser aplicada na seleção de medicamentos, no sentido de garantir uma aquisição mais reduzida em termos de custos sem, contudo, desconsiderar a qualidade.

Outro aspecto importante na fala do gestor, entrevistado 2, refere-se ao momento em que aponta a possibilidade de mudança no comportamento dos prescritores caso houvesse a introdução de um novo medicamento na lista, sem que os critérios farmacológicos e econômicos, por exemplo, fossem observados. Este comportamento, no entanto, diverge dos objetivos da seleção tais como promover o uso racional de medicamentos favorecendo a

melhora terapêutica; proporcionar ganhos terapêuticos; contribuir com ganhos econômicos referentes à racionalização dos custos dos tratamentos (BRASIL, 2001; MARIN *et al*, 2003).

Para o alcance destes objetivos é preciso que as ações ocorram de modo mais participativo e abrangente com todos os atores, ou seja, os gestores, os trabalhadores envolvidos no processo de assistência à saúde e, mais particularmente, com os componentes da CFT, e os conselheiros de saúde para evitar prejuízos e dificuldades no atendimento do perfil heterogêneo e complexo que caracteriza os usuários em seus diferentes contextos.

Portanto, destacamos a importância da participação e colaboração dos integrantes da Comissão num trabalho mais efetivo. Entretanto, a situação encontrada no Município diverge das responsabilidades que lhes são atribuídas, pois tem se tornado dificultada na medida em que a Comissão não se manteve representativa, diante da rotatividade ou falta de vínculo dos trabalhadores nos serviços, conforme expresso no depoimento do entrevistado 1:

Tem uma portaria que diz quem é a Comissão. Algumas delas já saíram do município, a Secretária também. Aí vamos ter que chamar outras pessoas (E.1, Grupo I).

Como vemos, esse depoimento expõe situações sobre as condições de precarização em que estão inseridos os trabalhadores do SUS, resultando em alta rotatividade de funções e prejuízos quanto à continuidade das atividades, entre outros. Estudos como o *Monitoramento da Implementação e Funcionamentos das Equipes de Saúde da Família*, realizado em 2001/2002 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, identificaram que cerca de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos nesta estratégia apresentava vínculos precários de trabalho (BRASIL, 2006g).

Neste sentido, o *Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS*, criado pelo Ministério da Saúde em 2003 (BRASIL, 2005d), tem como objetivo induzir a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho que elimine os vínculos precários e valorize o trabalhador em benefício de melhorias na qualidade do acesso e do atendimento dispensados aos usuários.

Contudo, apesar dos desgastes ocorridos na CFT, devido às instabilidades dos membros da comissão, o entrevistado 2 refere a alguns avanços naquele momento histórico, não apenas organizacional, mas também para o trabalhador de saúde.

Eu acho que o trabalho foi bom. A gente conseguiu definir prioridades, eliminar alguns itens. Teve uma série de itens que a comissão expunha as dúvidas e o pessoal opinava. Tinha medicações que eu não conhecia [...] eu acho que foi excelente, embora tenha se reunido poucas vezes, foi passo inicial (E.2, Grupo I).

As atribuições da Comissão são diversas e, para ocorrerem de maneira efetiva, acreditamos que há necessidade de que o grupo assuma o compromisso numa perspectiva de colaboração mútua para a obtenção de resultados coletivos, que contribuam para transformação da realidade. Por conseguinte, concordamos com Merhy (2006a, p.123) ao afirmar que:

[...] se não percebermos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Um dos grandes desafios é a busca de um outro modelo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários, efetivos e potenciais, do sistema de atenção à saúde. Buscando uma relação mais solidária entre os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico e a construção de um trabalhador coletivo na área de saúde.

Nesta mesma perspectiva, vamos continuar nossa discussão sobre as demais atividades da Assistência Farmacêutica, como a **Programação**, desde já compreendendo que ela está intimamente relacionada e, por isso, não pode ocorrer isolada ou separadamente do contexto na qual está inserida.

A Programação constitui-se na etapa seguinte à seleção e estima quais e quantos itens, sejam medicamentos ou correlatos, serão adquiridos para o atendimento das necessidades locais num período determinado. Portanto, ela é uma atividade também determinante do acesso à Assistência Farmacêutica. Ao considerarmos o contexto do SUS, a programação deve ocorrer mediante a adoção de critérios tais como o perfil epidemiológico, o consumo médio mensal, a análise de estoques disponíveis, a demanda atendida e não atendida, estando também condicionada à capacitação de seus responsáveis e limitações orçamentárias (CARLOS, 1997; ACURCIO, 2003; BRASIL, 2005a/Doc.12).

A partir destes critérios, vemos que a programação é uma atividade que necessita da contribuição dos diferentes sujeitos, através dos diferentes saberes, práticas e conhecimentos que, integrados numa perspectiva coletiva, possibilitem a efetivação de ações que assegurem o direito à saúde. Ou seja, é um processo que precisa ser descentralizado e ascendente para que possibilite a transmissão de informações fidedignas capazes de expressar a realidade local.

Os depoimentos dos entrevistados 2 e 6 convergem com a realidade observada:

A planilha vem e a gente vê tudo o que entrou, tudo o que saiu, o estoque e o que tá precisando. A partir daí, a gente solicita (E.2, Grupo II).

Eu tenho planilhas [...]. Toda medicação, por exemplo, no mês eu despachei 200 amoxicilina. Aí então, no final do mês eu só faço corrigir e passo para a próxima planilha, a que vai o pedido. O paciente é diabético ou hipertenso ele vem todo mês pra cá. Então, ele tá cadastrado aqui: hidroclorotiazida, captopril e furosemida. Então aqui tem nome, data e quantidade da medicação. Assim, no final do mês você tem uma idéia de quanto já gastou (E.6, Grupo II).

Concretamente, nesses depoimentos, podemos identificar que o instrumento utilizado para efetuar a programação são as planilhas de controle que expõem dados sobre o estoque anterior, o estoque final, a quantidade que será solicitada pela unidade de saúde e a que foi atendida pela coordenação. Frente ao exposto, é visível que a programação fica condicionada ao preenchimento das planilhas com os medicamentos disponibilizados pelo Município, em função dos dados de consumo anterior apenas, conforme enfatiza o entrevistado 6 a seguir.

[...] Por exemplo, esse mês teve 5280 captopril, mas em compensação, **esse mês não teve atendimento da enfermeira porque ela tá de férias e não teve tanto como no mês anterior**. Eu só pedi pra completar. Eu já tenho toda essa base da hidroclorotiazida, do captopril, do que sai mais, do que sai menos. [...] **eu não peço a mais. É só o que precisa mesmo** (E.6, Grupo II).

Diante de tal realidade, torna-se imprescindível que a atividade de programação esteja associada ao planejamento, requerendo a adoção de critérios referidos anteriormente, de metodologias e definição de sujeitos responsáveis pela atividade, numa perspectiva de compromisso coletivo, de forma que proporcione resultados positivos para a comunidade. Ou seja, as atividades de programação e planejamento exigem critérios que vão além da simples observação da demanda atendida e não atendida, conforme verificado no depoimento 6, mas envolvem também aspectos como o perfil epidemiológico e dados populacionais, a partir de um sistema de dados eficiente e real, a adequação de recursos financeiros e, também importante, os mecanismos de controle e avaliação, pois o processo é dinâmico e não estatizado. Não pode, portanto, ser realizado acriticamente.

A fala do entrevistado 6 expressa também questões que perpassam o acesso funcional, pois diante da ausência da enfermeira a unidade não se organizou para adequar condições que permitissem continuar os atendimentos dos usuários que, de acordo com o depoimento, ficaram desassistidos do cuidado do trabalhador e também dos medicamentos necessários. Situações como estas possivelmente não acontecem de forma isolada e exigem intervenções imediatas, devido ao fato de interferem negativamente na vida desses sujeitos. Além disso,

implicam em considerações quanto ao planejamento, compromisso, responsabilidade, vínculo e resolubilidade das ações que são produzidas pelos trabalhadores.

Ainda em relação ao processo de programação, entendemos que ele é limitado ao solicitado nas planilhas e desarticulado entre os setores envolvidos. Observamos que são os auxiliares administrativos que preenchem as planilhas sob supervisão das enfermeiras coordenadoras das Unidades de Saúde da Família. A coordenação da Assistência Farmacêutica, por sua vez, recebe as planilhas, analisa e autoriza as solicitações requeridas. Essa relação, no entanto, se processa sem qualquer tipo de comunicação, além da escrita, entre as duas coordenações.

Eu faço o estoque final e o enfermeiro termina de preencher na lista que vai ser levada pro almoxarifado [...]. O enfermeiro repassa tudo e aí ele volta com a planilha arrumadinha. Deixo na portaria. O pessoal do almoxarifado vem e pega. [...] Quando chega confere todo o medicamento pra saber se veio como pediu e a gente bota no almoxarifado (E.5, Grupo II).

Esse depoimento leva-nos a reflexões sobre a forma como se desenvolvem tais ações e, de acordo com a fala do entrevistado, encontramos características ainda arraigadas ao ideário taylorista que tem moldado as práticas dos trabalhadores durante o século XX e também no século atual, inclusive no campo da saúde. Se considerarmos o contexto de produção do trabalho das equipes de saúde da família, a analogia com uma empresa, que tem como objetivo a máxima produtividade no menor tempo possível, e onde há ênfase no comando, controle e supervisão, é semelhante à realidade referida no depoimento do entrevistado 5.

Igualmente, os depoimentos dos entrevistados 1 e 3 convergem com essa idéia ao reafirmarem a condução das ações dos trabalhadores medializadas por ações de controle, supervisão, racionalidades rígidas e limites definidos:

Todo início de mês nós passamos para ela [a unidade] uma planilha de solicitação de medicamentos. Nessa planilha tem material de limpeza, escritório e gráfico. Nessa planilha tem a entrada, o consumo deles, o estoque final e também a quantidade atendida, onde nós colocamos as quantidades enviadas pra ele. Aí, quando nós vamos pegar essas planilhas na unidade, **nós realizamos a supervisão, observando os armários pra ver se realmente está batendo com o que está sendo informado** (E.1, Grupo I).

O contato que a gente tem é fazer o pedido e eles vêm buscar, a gente conversa e tal, vem trazer os medicamentos, o que tá errado eles falam pra gente consertar. [...] Assim, por exemplo, um medicamento que chegou e acabou antes da data, aí ele vai ver porquê. Aí olham o armário. Entendeu? **Tudo é questão de controle** (E.3, Grupo II).

A partir das falas desses entrevistados, 1 (gestor) e 3 (trabalhador de saúde), visualizamos um processo de trabalho caracterizado por ações racionalizadoras, estruturadas de maneira linear, sem interfaces entre as ações de solicitação e recebimento dos produtos. Ou seja, essas ações procedem como se a programação de medicamentos não estivesse sujeita à dinamicidade das ações de saúde, as quais influenciam na relação entre oferta e demanda, e que são refletidas no momento em que o usuário utiliza o serviço.

Além disso, as práticas de programação, conforme observamos no campo e também de acordo com os depoimentos utilizados, são restritas ao fornecimento de explicações sobre o controle de estoque que atenda e corresponda às solicitações pedidas, imprimindo uma lógica de fiscalização. Não há reuniões entre equipes de profissionais com o objetivo de discutir e aprimorar a atividade de programação, não são consideradas as necessidades dos sujeitos, por não serem estimulados a fazer parte do processo e, enquanto isso, os usuários ficam condicionados a essas limitações que, conseqüentemente, implicam no acesso à Assistência Farmacêutica. Os depoimentos dos usuários a seguir divergem sobre a programação teorizada anteriormente.

Falta. De vez em quando falta. **Tem vezes que fica muito tempo sem remédio e às vezes a gente não tem dinheiro para comprar, né. Aí, tenho que esperar.** Agora mesmo tem um aqui na receita que não teve. Eu vou ter que procurar (E.14, Grupo III).

O entrevistado 11 complementa:

[...] se tiver o remédio elas me dão se não tiver eu vou comprar ou então **mandam esperar**. [...] **Eu espero oito dias, quinze dias ou então trinta dias.** Depende de quando chegar o remédio (E.11, Grupo III).

Os depoimentos 11 e 14 traduzem a realidade da prática de programação do Município e leva-nos a questionamentos quanto a sua viabilidade e efetividade. Realidade esta que compromete o processo saúde-doença dos usuários, haja vista que ao ser atendido no serviço com o objetivo de ter acesso à terapêutica que necessita, o usuário já precisou esperar de oito a trinta dias pelos medicamentos, inviabilizando todo o processo do cuidado já realizado pelo médico, enfermeiro ou dentista das USF.

Cabem-nos aqui questões mais profundas quando pensamos que estas situações deixam vulneráveis os usuários que, sem clareza de seus direitos e nem mesmo da sua situação de saúde, recebem passivamente as orientações do trabalhador da unidade e realmente esperam a chegada do medicamento na unidade como se a sua condição de saúde

lhe permitisse tal atitude. São questões cruciais que confrontam com os direitos de saúde do usuário do SUS, com as questões de planejamento em saúde, educação dos trabalhadores para que estes aprendam a resolver os problemas que lhe forem colocados, de urgência de diálogo e articulação com a equipe.

Em relação à disponibilidade de medicamentos, destacamos a fala do entrevistado 1 (gestor) que diverge dos entrevistados 11 e 14 (usuários) referidos anteriormente.

Aí a gente pede emprestado com outro município, faço uma troca compatível, assim, preço com preço. **E aí a gente vai cobrindo essas faltas.** Geralmente, quando falta assim [...] no momento agora está faltando o glibenclamida e o AAS. Mas veja aqui ó, **eu fiz a solicitação em maio e recebi a AF [autorização de fornecimento] em vinte e sete de julho.** Então eu não posso responder por isso. Porque se eu não pedisse... eu ainda cobro! (E.1, Grupo I).

O entrevistado 1 refere-se a ações que são realizadas com o objetivo de garantir a disponibilidade de medicamentos tais como empréstimo e trocas com outro município. Ações viáveis que, além de possibilitarem a eliminação ou a redução de falhas na oferta, configuram relações intersetoriais importantes e necessárias ao processo de assistência à saúde. No entanto, essas relações, juntamente com o processo cotidiano de aquisição de medicamentos, têm se mostrado insuficientes para o atendimento da demanda local (E.11 e E.14). Para tanto, vemos a necessidade de revisão e reestruturação desse processo com o envolvimento de todos os sujeitos responsáveis para que o mesmo ocorra de maneira equânime e justa.

Outro aspecto percebido no depoimento do entrevistado é que a programação está atrelada ao processo de aquisição, envolvendo outros setores responsáveis pela compra dos produtos solicitados na programação e que podem, inclusive, causar atrasos no processo, não cabendo apenas à coordenação da Assistência Farmacêutica que, de acordo com o depoimento, assume solitariamente todo o compromisso e responsabilidade da garantia de acesso dos usuários aos medicamentos.

Além disso, o entrevistado 1 explicita um fluxo operacional entre sujeitos envolvidos durante o processo de aquisição, que se constituem em ações burocráticas, refletidas em processos lentos e fragmentados entre setores com responsabilidades distintas e desarticuladas. Situação que se coaduna com as características de um modelo burocrático, entendido por Ferreira, Reis e Pereira (1997) como aquele que, além de favorecer a supervisão dos trabalhadores, torna-o limitado quanto à sua liberdade pessoal, dificulta a compreensão da organização como um todo que se processa por meio de normas, além de

favorecer a impessoalidade das relações. Características estas, incoerentes com as práticas de saúde.

O depoimento do entrevistado 3 traduz implicações da relação entre oferta e demanda na atividade de programação de medicamentos.

Tem vezes, por exemplo, que **aqui gasta seis mil nifedipina e eles mandam quatro**. Aí acaba eles mandam a nifedipina e não dá. Porque a demanda de hipertenso é muito grande. [...] **aí não dá pra atender a todo mundo que precisa, né** (E.3, Grupo II).

Vemos, portanto, que a programação vai além das simples notificações feitas nas planilhas, já que outros aspectos implicam na sua efetividade. Pois, conforme é expressado aqui, a solicitação foi efetuada a partir da necessidade daquela unidade, mas a aquisição não correspondeu. Consequentemente, muitos usuários ficam sem acesso aos medicamentos, por não haver disponibilidade para todos, o que nos faz questionar quanto à organização funcional do serviço, diante da dificuldade de acesso para o usuário.

Um outro aspecto observado durante a pesquisa, e que nos chamou atenção, se refere à falta de comunicação no sentido de esclarecer aos trabalhadores e aos usuários o motivo dessas instabilidades no abastecimento das unidades. Destacamos esse aspecto por acreditarmos que a comunicação poderá aproximar os usuários e trabalhadores de saúde das relações que organizam o serviço, ao estabelecer respeito, acolhimento e responsabilidade sobre os mesmos. Assim, coadunamos com Ranelli (2004) quando ele refere que a comunicação é o compartilhamento de informações, idéias, pensamentos e sentimentos. Envolve não apenas a palavra falada, mas também aquela que é transmitida através da inflexão, qualidade vocal e outras respostas comportamentais. Relações estas que podem estar inseridas mesmo nas ações funcionalistas que, conforme vimos, constituem as ações de Assistência Farmacêutica.

Inclusive, destacamos o depoimento do entrevistado 2 que revela uma preocupação no sentido de co-responsabilizar os trabalhadores envolvidos na programação, de maneira dialogada, pelas falhas ocorridas na disponibilidade de medicamentos aos usuários do serviço.

[...] Minha maior atividade era sentar com esse pessoal todo junto, setor do almoxarifado, Assistência Farmacêutica, contabilidade e setor de compras. Colocava todo mundo em volta da mesa e estava identificando essas falhas. Então eu dizia: gente, não está faltando dinheiro pra comprar medicação, por que é que está faltando medicação? Toda reunião começava assim: Não faltou dinheiro, eu não recusei

comprar medicação, não neguei nenhum pedido que veio por que então faltou medicação? Então eu sempre perguntava isso. Um olhava pro outro e aí a gente acabava descobrindo, verificando o que exatamente houve. Era um processo contínuo que tinha que estar sempre alimentando. Eu não sei como ficou depois, mas na minha época... Mesmo assim, com isso tudo não resolvia o problema completamente (E.2, Grupo I).

Depoimento este convergente com a fala do entrevistado 1, na medida em que afirma:

[...] o que a gente precisa pra atender à demanda da população, a gente tem apoio. Pode demorar pra chegar, mas não dizem não vou comprar. Os gestores aqui nunca deixam de comprar. Então, assim, a questão da Assistência Farmacêutica, da oferta de medicamentos é boa (E.1, Grupo I).

Compreendemos assim, que uma das dificuldades no processo de programação e aquisição de medicamentos para as unidades se refere ao atraso no atendimento das solicitações feitas pela coordenação da Assistência Farmacêutica, justificado pela falta de articulação entre os setores envolvidos, ainda que exista total apoio do gestor. Como refere o gestor, ele tem desenvolvido esforços no sentido de atender às proposições estabelecidas na Portaria nº 2084, de 28 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005b/Doc.14) que estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados para o financiamento da Assistência Farmacêutica, que é de responsabilidade da União, Estados e Municípios e ainda conta com incentivos do Ministério da Saúde. Ou seja, há amparo legal e iniciativas, ainda que pontuais, que possibilitam o adequado funcionamento da aquisição de medicamentos e, neste caso, os entraves identificados a partir dos depoimentos precisam ser discutidos e trabalhados, tendo em vista minimizá-los ou eliminá-los, para que seja possível uma disponibilidade de medicamentos mais equânime e justa, reservada como direito do cidadão.

A programação cria, portanto, instrumentos e condições para que se desencadeie o processo de aquisição de medicamentos, de acordo com os critérios e solicitações construídas previamente. Tem como objetivo contribuir para o abastecimento de medicamentos em quantidade adequada e qualidade assegurada, ao menor custo possível e coerentes com uma terapêutica racional.

Todavia, para o alcance desses objetivos, torna-se necessário o atendimento de alguns requisitos como a qualificação dos trabalhadores responsáveis pelo processo, os quais deverão dispor de conhecimentos técnicos, administrativos, legais, econômicos e políticos, particulares, e da administração pública (MARIN *et al*, 2003; ACURCIO, 2003; CEMED, 1996). Além disso, assim como na programação, deverá existir um sistema de informações sobre o controle de estoque capaz de viabilizar o desenvolvimento das atividades. É a

racionalização desse conjunto de atributos que possibilita a aquisição de medicamentos de maneira eficaz.

No entanto, presenciamos no campo de prática uma realidade que diverge dos parâmetros teóricos referidos, diante das limitações dos sujeitos e do próprio processo de trabalho, que mostra-se eminentemente burocrático, conforme os depoimentos a seguir:

O farmacêutico faz a programação de acordo com os dados. Ele sabe o que precisa para manter o estoque abastecido. Manda essa relação através do setor contábil da Secretaria de Saúde para ser encaminhado para o setor de compras da prefeitura (E.2, Grupo I).

[...] Vai pro financeiro, do financeiro pra prefeitura, aí vai pro protocolo, do protocolo pra o controle interno e aí para o gabinete [da prefeitura]. Depois do gabinete volta pro protocolo, pra depois ir para o setor de compras. Do setor de compras vai pro financeiro para ser empenhado. Depois que é empenhado vem pra cá, aí eu passo um fax pro fornecedor. É isso que muitas vezes atrasa (E.1, Grupo I).

Como vemos, esses depoimentos são convergentes e revelam que o processo de aquisição envolve vários setores como a unidade de saúde, a coordenação da Assistência Farmacêutica e a Prefeitura, representada aqui pelo setor de compras. Na realidade, o processo ocorre de maneira ascendente e centralizada, envolvendo desde a unidade de saúde, onde se processam as relações de cuidado ao usuário e onde também são geradas as demandas de medicamentos; a Coordenação da Assistência Farmacêutica que recebe e organiza os registros das demandas através das planilhas de consumo referidas anteriormente e também estabelece os critérios para a compra já programada; e, por fim, o setor de compras da Prefeitura, o qual desenvolverá por sua vez os trâmites burocráticos para a aquisição das solicitações.

Outrossim, tais depoimentos (E.1 e E.2) trazem possíveis implicações quanto ao tempo necessário para o cumprimento de todo o processo de aquisição, já que o processo revelou-se burocrático e, conseqüentemente, demorado. Isso porque, a aquisição de medicamentos deve ocorrer de forma que não existam, ou que sejam mínimos, os problemas quanto ao desabastecimento nas unidades de saúde; o que sugere que esse “roteiro” deve ser seguido em sincronia entre os envolvidos, com compromisso, responsabilidade e conhecimento do todo para que ocorram de modo mais efetivo.

Porém, o depoimento do entrevistado 2 traduz uma situação que diverge da nossa discussão e, inclusive sinaliza para a necessidade de rever as práticas que têm sido efetivadas pelos trabalhadores:

Nós fizemos um estudo do processo todo pra saber qual o tempo mínimo que demora esse processo de aquisição. Então, são de 30 a 45 dias. Ficou estabelecido que esse é o prazo normal que todo mundo sabia. Então ficava determinado que, já sabendo desse prazo, o farmacêutico devia mandar com antecedência de pelo menos 30 a 45 dias. Ele [o farmacêutico] muitas vezes mandava e muitas vezes não mandava. Cada vez era uma coisa e muitas vezes não corria porque em cada setor que tinha que encaminhar esse processo, simplesmente alguém esqueceu. [...] e quem acompanhava esse processo, ou seja, a ponta que liga tudo [...] no final a cadeia era quebrada e isso não tinha acompanhamento (E.2, Grupo I).

O gestor, a partir desta fala, coloca como principal responsável do processo de aquisição o farmacêutico, até por não ter acompanhamento das atividades, no sentido de garantir o sucesso da aquisição. Porém, o depoimento do gestor (entrevistado 1) difere do entrevistado 2, ao afirmar que ele, como farmacêutico tem dificuldade de comunicação durante todo o processo:

Além de mandar isso [a programação] pra lá [Secretaria de Saúde] eu perco muito tempo pra saber como está, cobrando o andamento desse processo, se chegou, se encerrou (E.1, Grupo I).

Ambos os depoimentos (E.1 e E.2), apesar de diferentes, mostram a necessidade de desenvolvimento de um trabalho coletivo, construído por sujeitos responsáveis pelo objetivo dessas ações, a defesa da vida dos usuários do serviço que, neste caso, se refletem na disponibilidade de medicamentos suficientes e com qualidade para o atendimento das necessidades e na continuidade das relações que se desenvolvem no cuidado à saúde.

Os campos empíricos, por sua vez, ao revelarem as necessidades sentidas pelos sujeitos usuários, mostram que existem obstáculos no processo de aquisição, conforme explicitam os depoimentos a seguir:

Eu espero oito dias, quinze dias ou então trinta dias. Depende de quando chegar o remédio (E.11, Grupo III).

No mês passado faltou nifedipina. Depois chegou logo. **Chegou uma quantidade menor. Aí não dá pra atender a todo mundo que precisa né.** Aí já terminou e a gente tá esperando chegar outro pedido (E.3, Grupo II).

Percebemos nos depoimentos do usuário e do trabalhador de saúde que existem entraves no processo de aquisição de medicamentos e, conseqüentemente, no atendimento das necessidades do usuário. Na fala do entrevistado 11, por exemplo, o usuário mostra-se condicionado à chegada do medicamento, como se a sua situação de saúde lhe permitisse tal

espera. Aparentemente, esta atitude revela um caráter passivo do usuário, que se mantém sem questionamentos, diante da limitação da unidade ao privar-lhe de um direito.

Entretanto, em contraposição a esses depoimentos, as falas dos entrevistados 9 e 20, são divergentes quanto à disponibilidade de medicamentos.

Toda vez que eu venho, saio com o remédio das meninas. [...] não costuma faltar não. É difícil eu vir e não encontrar o remédio (E.9, Grupo III).

Eu consigo todos os remédios aqui. [...] nunca precisei comprar (E.20, Grupo III).

Ao analisarmos estes depoimentos, precisamos também considerar que o momento histórico é determinante do estado dos sujeitos, no contexto do qual fazem parte. Não podem, portanto, serem tomados como única verdade, visto que refletem as particularidades daquele que fala, seus modos de vida e de entender o mundo. Contudo, a reunião dos fatos, das falas, das observações e das nossas percepções enquanto sujeitos ativos, reflexivos e críticos, nos possibilitam compreender que os usuários são assistidos de diferentes modos e condições. Em outras palavras, de maneira desigual e injusta, onde vemos que o acesso aos medicamentos se dá “por ordem de chegada” dos usuários no serviço.

Transpomos as mesmas análises para o depoimento do trabalhador de saúde (E.3) que, diante da limitação do serviço para satisfazer a demanda, mantém-se, também aparentemente, numa atitude de contínua espera dos medicamentos solicitados. A observação no campo empírico converge com esta perspectiva, visto que, na maioria das vezes, os trabalhadores não se posicionaram criticamente diante das dificuldades que acontecem ao serviço e que diretamente os envolvem. Tal atitude dos trabalhadores pode estar relacionada a outros aspectos também determinantes de suas ações como questões políticas, desconhecimento de seus direitos, falta de confiança em possíveis mudanças ou até mesmo apatia política e social.

No nosso entendimento, todos os trabalhadores envolvidos na assistência à saúde, devem ter conhecimento do processo de trabalho do qual está integrado, para que seja capaz de agir, contribuir e transformar a realidade que o cerca. Assim, com uma prática condizente com o trabalho de intervenção em ato, para que este não seja capturado pelo trabalho morto, mas se constitua enquanto tecnologias de relações, de encontro de subjetividades (MERHY, 2002).

Essa imagem-objetivo apresentada por Merhy (2002) e com a qual acreditamos ser capaz de reconstruir a forma como se processam as ações de Assistência Farmacêutica, diverge da prática observada e concretizada na fala do entrevistado 2, ao expor sobre as “barreiras” de diálogo na equipe:

[...] mesmo na Secretaria [Secretaria de Saúde] o farmacêutico tem dificuldade com o setor de contabilidade da própria Secretaria de Saúde. É o entendimento, o relacionamento intersetorial, isso aí é muito difícil na parte da administração da gestão. Eles não tem o mesmo nível de entendimento. Um não entende o processo de trabalho do outro e não quer entender também. Essa é a dificuldade (E.2, Grupo I).

Na fala do entrevistado 2 vemos que não há, entre os setores envolvidos (setor da contabilidade da Secretaria de Saúde, da Prefeitura e a Coordenação da Assistência Farmacêutica) um espaço coletivo que oportunize a construção de idéias, por meio das equipes, que interfiram nos sistemas produtivos. Segundo Campos (2000b), esses espaços coletivos possibilitam uma gestão coletiva (co-gestão) dos processos de trabalho e são capazes de produzir ações transformadoras.

Compreendemos que os processos de gestão no campo empírico mostram-se incoerentes aos propósitos da Saúde Coletiva, na medida em que seus trabalhadores aparentemente não incorporaram um trabalho em equipe e não defendem os mesmos objetivos, pois não há sintonia em suas ações e nem mesmo na comunicação que precisa ser criada na equipe. O reflexo de tal modo de agir são ações pouco resolutivas, que tendem a se repetir cotidianamente nas práticas e nas relações com os usuários de maneira descompromissada, destituídas de “laços” que os aproximem. O que encontramos então é um agrupamento de diversos profissionais, os quais realizam ações isoladas próprias do seu saber e de sua técnica, sem quaisquer critérios, considerados por Peduzzi (2001), necessários ao trabalho em equipe como a comunicação entre os agentes do trabalho, a articulação das ações, o reconhecimento das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, o questionamento das desigualdades estabelecidas entre as diversas atividades e o reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional.

Porém, vemos que o atendimento desses critérios e, por conseguinte, a construção de um trabalho em equipe, revela-se distante da ação cotidiana, conforme verbalizado no depoimento 2:

Na hora que o medicamento falta na unidade aí diz: O que foi que aconteceu? Quando vai ver o processo ficou lá engavetado. Aí eu chamava o pessoal todo e perguntava o que tinha acontecido, porque faltou medicamento na unidade. Porque

minha maior angústia era quando faltava medicamento na unidade. [...] eu ia, identificava, era o processo que não andava [...] Quem recebia o processo não sabia a importância daquilo e aí [...] resulta que o processo de aquisição não se dá dentro do prazo (E.2, Grupo I).

A fala do entrevistado 2 denota diferentes sentidos do processo de trabalho dos sujeitos organizadores da assistência à saúde. Assim, visualizamos três dimensões de sujeitos: o “sujeito ativo”, que planeja, que dirige e intervém diante dos fatos; o “sujeito dominado” que apesar de encontrar-se inserido num contexto dinâmico, de trabalho vivo, acaba por anular suas potencialidades no campo da ação, bem como interfere na atividade do sujeito ativo; e, por trás do cenário de “luta de contrários”, o “sujeito passivo” que, por não estar incluído no espaço decisório, fica submetido aos reflexos da relação entre os dois primeiros, de maneira incontestável.

Ao trazermos a discussão sobre aquisição de medicamentos, queremos destacar de maneira positiva as contribuições apontadas pelo gestor (E.2, Grupo I) quanto à participação do farmacêutico nos processos decisórios, visto que este fato não é realidade comum entre municípios, ainda que faça parte do conjunto de atribuições técnicas, de sua responsabilidade, conforme destacam Acurcio (2003), Marin e colaboradores (2003), uma vez que é preciso estabelecer requisitos técnicos e participar da elaboração das normas que compõem o Edital, solicitar pedido de compras; encaminhar pedido de compra ao gestor; emitir parecer técnico dos processos de compra de materiais sob sua responsabilidade; acompanhar e avaliar o processo e o desempenho dos fornecedores.

De maneira convergente com estas atribuições definidas, destacamos as falas dos entrevistados 1 e 2 ao exporem os avanços alcançados diante da colaboração do farmacêutico nos trabalhos.

Olhe, não é querendo me exaltar, não [...] eu posso destacar a economia do município em relação a medicamentos. Hoje a gente compra, também **devido à gestora que me ouviu, me deu oportunidade, me procurou**. [...] a gente economiza muito. [...] Agora, **tem que ter apoio do gestor** (E.1, Grupo I).

[...] quando chegou o farmacêutico, ele realmente se comprometeu em participar das licitações. Houve grandes economias no processo e ele se animou porque ele viu qual era a participação dele no processo e aí ele se envolveu mesmo. Teve uma licitação mesmo que ele cancelou porque os preços estavam três vezes acima da cotação que ele fez antes. Foi pra licitação, identificou aqueles que estavam com preço acima. [...] Ele cancelou, justificou o que tinha acontecido. Então ele descobriu que a divulgação do processo não tinha sido muito boa, tinha ficado mais a nível local, regional. A partir daí [...] a economia foi gigantesca (E.2, Grupo I).

Esses depoimentos destacam aspectos e atitudes importantes no processo de gestão em saúde, ao considerarmos que deverá haver uma co-gestão de coletivos, em que todos se sintam envolvidos e co-responsáveis pelas ações em defesa da vida dos usuários no serviço. Percebemos ainda que ao existir clareza e sensibilidade por parte do trabalhador de saúde quanto à relevância do seu trabalho, haverá maior possibilidade de se produzir um trabalho resolutivo às necessidades requeridas, o qual poderá contribuir para que o próprio trabalhador se sinta valorizado e assim influencie na condução do processo de trabalho, em busca de benefícios mútuos realizados com sujeitos e para sujeitos.

Ainda sobre o depoimento do entrevistado 1, ele destaca a necessidade do apoio do gestor para que as ações sejam efetivas, apesar de apresentar conotações distintas. Num primeiro momento, entendemos apoio como o incentivo e o fortalecimento da “ligação” estabelecida entre o gestor e o profissional que desempenha uma atividade técnica no Município. Ou seja, há uma “cooperação” entre diferentes saberes e práticas com objetivo comum. Porém, visualizamos ainda, num segundo momento, uma centralização do processo decisório, já que o entrevistado 1 afirma ter o apoio do gestor como se isso fosse condicionante da ação planejada e estruturada por outros trabalhadores. Todavia, compreendemos que as relações que se produzem nos diferentes meios, e não só no campo da saúde, são intermediadas por relações de poder, que geralmente dificultam toda iniciativa ou projeto de trabalho realizado por outrem, quando esse apresenta-se diferente ou dissonante aos “interesses” do gestor.

Ressaltamos, porém, que apesar da observação da prática dos trabalhadores de saúde não percebemos, naquele momento, todo o processo dessa relação de poder entre os sujeitos no Município. Apenas a referimos aqui, pois mostrou-se pertinente no que se refere às ações de Assistência Farmacêutica. No entanto, ao nos apropriarmos das dimensões de poder formuladas por Boaventura Santos (2005), podemos situar o contexto em estudo, no espaço da cidadania, constituído pelas relações sociais da esfera pública entre os cidadãos e o Estado, onde o indivíduo é a unidade de prática social e o mecanismo de poder é a dominação.

Todavia, compreendemos que as relações entre sujeitos, onde quer que exista produção de trabalho, são mediadas pelas particularidades e subjetividades, as quais geram diferentes interesses. Assim, o poder faz-se necessário ao equilíbrio do “jogo” que se processa nessas relações à condução mais racional das ações aí intermediadas. Não deve, portanto, existir apenas enquanto aquele que decide pelos demais, de maneira centralizada ou pouco

compartilhada, visto que a ação é coletiva e o poder, neste caso aquele que o detém, deve trazer essa perspectiva.

Retomamos o depoimento do gestor, entrevistado 2, ao fazer referência sobre a economia feita no processo de aquisição de medicamentos, decorrente da participação do farmacêutico na licitação. O financiamento para a Assistência Farmacêutica é definido na Portaria n° 2084, de 28 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005c/Doc.14). De acordo com esta portaria, o incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é de responsabilidade dos gestores das três esferas do SUS conforme suas pactuações, devendo constar nos Planos do Distrito Federal, Estaduais e Municipais de Assistência Farmacêutica.

Os incentivos financeiros à Assistência Farmacêutica Básica são os seguintes:

- a) R\$ 1,65 (um real e sessenta e cinco centavos) por habitante ao ano, oriundo do orçamento do Ministério da Saúde;
- b) R\$ 1,00 (um real) por habitante ao ano, no mínimo, como contrapartida estadual e do Distrito Federal, oriundo de orçamentos próprios;
- c) R\$ 1,00 (um real) por habitante ano, no mínimo, como contrapartida municipal oriunda de orçamento próprio (BRASIL, 2005c/Doc.14).

Além desses incentivos há também o financiamento estratégico da Assistência Farmacêutica que disponibiliza os seguintes recursos:

- Grupo HD (hipertensão e diabetes) – R\$ 1,15 (um real e quinze centavos);
- Grupo AT (asma e rinite) – R\$ 0,95 (noventa e cinco centavos);
- Grupo IN (insulina) – R\$ 0,90 (noventa centavos);
- Grupo SM (saúde da mulher) – R\$ 0,26 (vinte e seis centavos);
- Grupo NA (Alimentação e Nutrição) – R\$ 0,10 (dez centavos);
- Grupo CT (Combate ao tabagismo) – R\$ 0,13 (treze centavos) (BRASIL, 2005c/Doc.14).

Complementando essas informações quanto ao financiamento, o Relatório de Gestão 2006 (BAHIA, 2007a/Doc.1) afirma que houve um aumento significativo de recursos financeiros em relação às contrapartidas das três esferas entre os anos de 2005 e 2006. Porém, há uma ressalva quanto ao repasse estadual destacando atrasos em decorrência da falta de alguns itens na Central Farmacêutica da Bahia – CEFARBA, o que, possivelmente, tem reflexos no abastecimento de medicamentos das unidades da atenção básica nos demais municípios.

Porém, ainda assim, compreendemos que a falta de recursos financeiros não pode ser utilizada como justificativa das instabilidades na aquisição de medicamentos conforme relatou

o entrevistado 2, explicitando a necessidade de maior interação entre os responsáveis pelo processo de aquisição, no sentido de minimizar esses entraves.

[...] Minha maior atividade era sentar com esse pessoal todo junto, setor do almoxarifado, Assistência Farmacêutica, contabilidade e setor de compras. Colocava todo mundo em volta da mesa e estava identificando essas falhas. Então eu dizia: gente **não está faltando dinheiro pra comprar medicação, por que é que está faltando medicação?** Toda reunião começava assim: Não faltou dinheiro, eu não recusei comprar medicação, não neguei nenhum pedido que veio, por que então faltou medicação? Então eu sempre perguntava isso. Um olhava pro outro e aí a gente acabava descobrindo, verificando o que exatamente houve (E.2, Grupo I).

Mais uma vez reiteramos nossa idéia do pensar coletivo, do agir em equipe para que as ações se construam efetivamente, de maneira planejada, articulada entre outros setores envolvidos, com consideração às limitações e capacidades de cada um, de modo claro, para que se tenha conhecimento do significado do seu trabalho para a coletividade. Não podemos, portanto, permitir que nossas ações, enquanto trabalhadores, ou a ausência delas sejam obstáculos para a garantia dos direitos dos cidadãos.

A elaboração dos Planos de Assistência Farmacêutica conforme referidos pela Portaria nº 2084, de 28 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005c/Doc.14), constitui um instrumento que contribui para o planejamento e condução das ações que conformam a Assistência Farmacêutica, mas ainda não foi elaborado pelo Município pesquisado. Neste sentido, acreditamos que os Planos são importantes à operacionalidade das ações, na medida em que explicitam as etapas necessárias ao alcance de determinados objetivos e possibilitam o acompanhamento das ações. No entanto, o planejamento não se reduz à produção de planos, a teorias, ele precisa ser elaborado de modo a romper os limites teóricos para que seja capaz de interferir na realidade.

Dando continuidade às atividades que configuram a Assistência Farmacêutica tem-se a **armazenagem** dos medicamentos adquiridos, que tem como objetivo assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições ambientais adequadas e do controle de estoque, de forma a garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de distribuição para os usuários, as farmácias das Unidades de Saúde da Família.

A armazenagem dos medicamentos ocorre na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), local destinado à guarda exclusiva de medicamentos, é mediada pelas atividades de recepção, estocagem, segurança e conservação. Consiste em acondicionar os medicamentos

adquiridos de acordo com a programação feita pelas USF à coordenação da Assistência Farmacêutica de maneira que atenda aos critérios de boas práticas de armazenamento para que seja dispensado com qualidade ao usuário (BAHIA, 2005/Doc.13; MARIN *et al*, 2003). Na armazenagem, destacamos ainda o controle de estoque para que haja um acompanhamento das movimentações de entradas, saídas e perdas de produtos de modo a minimizar obstáculos para o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica.

Contudo, para assegurar a qualidade desses medicamentos são necessários atender alguns critérios tais como a ventilação, a temperatura, a luminosidade e a umidade com o objetivo de evitar instabilidades na qualidade dos medicamentos, seja física ou química, estando diretamente relacionada à estrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico.

No Município em estudo, a área destinada à guarda de medicamentos também é utilizada para materiais odontológicos, de higiene e gráficos. Portanto, teoricamente não podemos denominá-la de CAF, mas sim de almoxarifado. No entanto, utilizaremos o termo CAF, por julgarmos mais pertinente e coerente, ainda que existam outros materiais além de medicamentos.

Independente da denominação, a área destinada à guarda de medicamentos deverá garantir as condições adequadas já referidas, de modo a atender os critérios de Boas Práticas de Armazenamento, que podem ser elaborados pelas diferentes instituições de acordo com a realidade apresentada. Assim também os municípios e estados devem desenvolver os seus para orientação das ações de armazenagem. O manual inclusive, além de explicitar as atividades em todas as suas etapas, serve como orientação escrita para os trabalhadores no setor. No entanto, não exige a equipe de desenvolver trabalhos de educação em saúde a partir de uma relação dialógica entre os trabalhadores que poderá favorecer o estabelecimento de estratégias diante de possíveis dificuldades no setor, sejam estruturais e financeiras ou sejam da própria equipe.

A Assistência Farmacêutica no Município estudado ainda não dispõe do *Manual de Boas Práticas*, mas tem sua organização a partir das recomendações da Central de Abastecimento Farmacêutico do Estado da Bahia (BAHIA, 2005/Doc.13) e de um documento denominado *Programa de Atividades do Almoxarifado* (BAHIA, 2007b/Doc. 2), que explicita as atividades e os sujeitos responsáveis pelas mesmas.

O depoimento do entrevistado 2 mostra-nos o interesse desse gestor em atender às recomendações da Vigilância Sanitária no que se refere à estrutura organizacional do CAF, assim como a inserção do farmacêutico no serviço.

Já consegui separar dentro de algumas normas, algumas coisas da VISA, já fazendo a Central de Armazenamento Farmacêutico. [...] Nós fizemos uma consulta à SESAB e aí nos foi esclarecido que para os municípios menores, não necessariamente deveria ser dois lugares, mas que tinha que existir ambientes separados e adequar todas as normas da VISA. A outra questão foi a presença do farmacêutico (E.2, Grupo I).

Além do mais, esse depoimento converge com as nossas observações realizadas em momentos distintos, iniciada na visita preliminar no campo de investigação, em setembro de 2006, e, no decorrer da coleta de dados propriamente dita, realizada em março de 2007, às quais nos possibilitaram perceber avanços significativos referente à armazenagem dos produtos. Um outro avanço diz respeito aos aspectos estruturais do CAF, como piso, parede, portas, teto, instalações elétricas e sanitárias, reportadas no depoimento do entrevistado 2 a seguir, assim como também, no que se refere aos equipamentos que facilitam a movimentação e estocagem, com finalidade de otimizar as atividades e aproveitar o espaço para empilhadeira, carros para transporte de medicamentos, termômetros, higrômetros, exaustores e outros.

Logo que começou foi a questão estrutural. Não existia a Central de Abastecimento Farmacêutico separado. Era tudo numa casa em péssimas condições. Então logo no primeiro semestre de 2005 foi a primeira providência. Era mais fácil e também mais gritante. Foi mais fácil tirar de uma estrutura que tava ruim e passar para outra um pouco melhor (E.2, Grupo I).

Conforme esse depoimento, é visível uma preocupação e iniciativa por parte do gestor para com a reestruturação do CAF, no sentido de melhorar as condições de armazenagem. Assim, ao utilizarmos os critérios definidos pela Coordenação da Assistência Farmacêutica Estadual da Bahia, CEAFF-BA (BAHIA, 2005/Doc.13), vimos avanços em aspectos como localização, dimensionamento, condições ambientais e comunicação com os demais setores.

Quanto à localização, observamos que se tornou mais acessível ao facilitar a entrada e a saída de mercadorias, o que contribui para minimizar dificuldades antes existentes já que o CAF ocupava o 1º andar de um prédio e, por conta disso, muitas vezes provocou morosidade e desgastes no processo de recebimento e distribuição de medicamentos. A partir do momento em que o CAF se instalou em local plano e mais próximo geograficamente das unidades de

saúde da família, o processo de distribuição dos produtos tornou o serviço mais eficiente, com repercussões para o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica.

No que diz respeito ao dimensionamento, o CAF tornou-se mais amplo e favoreceu uma melhor disposição dos produtos, de acordo com as características particulares, tais como os fotossensíveis, termosensíveis e inflamáveis. Além disso, vimos que os produtos foram arrumados de maneira mais uniforme e adequada, sem a desorganização observada na estrutura anterior. Esse sistema de organização facilitou a identificação e a rotatividade dos produtos, evitando inclusive perdas desnecessárias por validade, por exemplo.

Ressaltamos, neste sentido, que não existe um padrão estabelecido para determinar a dimensão do CAF, pois ele varia em função das atividades desenvolvidas, quantidades e tipos de produtos a serem estocados, intervalo de tempo para entrega dos produtos, do sistema de distribuição, equipamentos e quantidades de trabalhadores, áreas necessárias à organização e fluxo dos serviços.

O próprio dimensionamento contribuiu para o atendimento de condições ambientais mais adequadas tais como ventilação, luminosidade, umidade e temperatura, elementos determinantes para a qualidade dos produtos. A ventilação deve ocorrer de modo que a circulação interna de ar seja mantida para conservação satisfatória dos produtos, bem como o equilíbrio de temperatura em todo o ambiente. A temperatura é, também, responsável por grande parte das alterações e deteriorações nos medicamentos, provocando alterações na eficácia, devendo seguir as especificações dos produtos ou, quando não houver especificações, deve encontrar-se entre 15°C e 30°C e medidas com termômetro em todas as áreas (BAHIA, 2005/Doc.13; ACURCIO, 2003; MARIN et al, 2003).

A umidade também pode afetar a estabilidade³⁷ do medicamento, podendo ocorrer alterações de cor, sabor, odor, consistência. Não deve, portanto, ultrapassar 70%. A incidência direta dos raios solares sobre os medicamentos acelera a velocidade das reações químicas, daí a necessidade de controle da luminosidade (GOMES; REIS, 2003). Todos estes critérios foram por nós visualizados durante o estudo e, assim, podemos distinguir que a nova estrutura condicionou favoravelmente o atendimento dos mesmos. Além disso, a Programação de Atividades do Almoxarifado (BAHIA, 2007b/Doc.2) ao descrever as responsabilidades dos

³⁷ **Estabilidade** é a capacidade de determinada formulação, em recipiente específico, manter suas especificações físicas, químicas, microbiológicas, terapêuticas e toxicológicas. Pode ser influenciada por fatores próprios do processo de produção e pelas condições ambientais encontradas durante a armazenagem (VADAS, 2006).

trabalhadores, destaca algumas atribuições referentes à observação e ao controle das condições ambientais, o que pode revelar que, ao menos teoricamente, os trabalhadores têm conhecimento de suas responsabilidades.

No entanto, é necessário destacarmos que todas as considerações quanto às condições ideais de armazenagem também devem ser aplicadas às farmácias das USF já que há acondicionamento de medicamentos a serem dispensados aos usuários do serviço. Porém, a observação da realidade nos revelou condições divergentes.

As USF em sua maioria não apresentam uma área específica destinada à farmácia, mas sim armários onde são guardados os medicamentos ou, até mesmo, salas aproveitadas para acondicioná-los, diante da insuficiência dos espaços nos armários. Essas salas, inclusive, não atendem aos critérios de boas práticas de armazenamento, havendo, visivelmente, excesso de luminosidade, pouca higienização e presença de insetos como aspectos mais críticos. Tal situação verificada converge com os depoimentos dos entrevistados 1 e 5 ao revelarem que não há, na rotina de atividades, prioridades nas ações particulares do armazenamento de medicamentos:

[...] nas unidades de PSF, o setor onde a gente vai armazenar os medicamentos, eles não dão importância, prioridade à área da farmácia. A farmácia geralmente ocupa um lugar pequeno. Então você não encontra uma farmácia, só poucas unidades que tem sua farmácia arrumadinha, num lugar separado (E.1, Grupo I).

A limpeza é a menina que tá de férias. Mas tem uma colega que está pela tarde no lugar dela. Agora, do medicamento são outras duas e, quando eu tenho um tempinho eu vou lá. Às vezes, o enfermeiro também vai lá. Quem tiver desocupado dá uma mãozinha. A pessoa mais difícil de ir, sou eu mesmo (E.5, Grupo II).

Na nossa compreensão, diante destes depoimentos, a armazenagem de medicamentos é vista por muitos trabalhadores como um aspecto menos importante no conjunto de atividades que envolve a Assistência Farmacêutica que, muitas vezes é entendida unicamente como disponibilidade de medicamentos enquanto outros aspectos não menos importantes deixam de ser observados e não são incluídos como responsabilidade da equipe que só faz a organização do local destinado à guarda dos medicamentos quando “sobra um tempinho” ou quando alguém que esteja desocupado “dá uma mãozinha” (*sic*).

A Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL, 2006a/Doc10), define Farmácia como estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, comércio de drogas,

medicamentos e insumos farmacêuticos e correlatos. Já a Drogaria corresponde ao estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos e correlatos em suas embalagens originais; aproximando-se, portanto, do contexto de realidade encontrada, tanto no setor privado como público.

Porém, segundo Zubioli (2004), na prática, a terminologia predominante é farmácia, havendo variações em função dos serviços que são prestados. No nosso campo de estudo temos então farmácia pública, já que são destinados à Assistência Farmacêutica aos usuários do SUS e são mantidas pelo Poder Público, entre as esferas Federal, Estadual e Municipal.

O depoimento do entrevistado 1, portanto, revela um contexto divergente do definido pela Lei nº5991, de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL, 2006a/Doc10), desde a questão estrutural até a organizacional. Estrutural já que não há área delimitada para a mesma; e organizacional por não oferecer condições para o exercício da prática interdisciplinar que envolveria o farmacêutico e outros profissionais na responsabilização pelos cuidados de saúde.

Na realidade, o que ocorre é apenas um acondicionamento de medicamentos nas unidades que, inclusive, algumas vezes acontece em condições inadequadas, como embalagens de plástico ou caixas de papelão ou madeira, conforme visualizamos no campo empírico.

Como foi destacado pelo entrevistado 1, também observamos que poucas USF disponibilizam área ou sala própria para o acondicionamento de medicamentos e dispensação ao usuário, divergente, assim, da recomendação estrutural da Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999 (BRASIL, 2007h/Doc.6), que define como condições gerais de Boas Práticas:

A farmácia e a drogaria deve ser localizada, projetada e construída com infraestrutura adequada às atividades desenvolvidas [...] As instalações devem possuir superfícies (pisos, paredes e teto) lisas e impermeáveis [...] e facilmente laváveis. Os ambientes devem ser protegidos contra entrada de insetos e roedores. As condições de ventilação e iluminação devem ser compatíveis com as atividades desenvolvidas.

Também, de modo divergente às recomendações da Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999 (BRASIL, 2007h/Doc.6), o entrevistado 6 refere ao ambiente da farmácia diante das condições de armazenagem, apesar de existir uma área reservada à farmácia, separado da recepção.

Eu lutei pra conseguir esta farmácia aqui. Mas observe que **essas paredes aqui são de tábuas**, né. **Então a temperatura aqui não é ideal**. Esses dias está frio, mas em dia de calor, quando esquenta um pouco [...] porque ela é muito fechada (E.6, Grupo II).

Merece destaque a maneira como o entrevistado 6 fala sobre a “conquista” do espaço destinado à farmácia, que apesar de ter se desvinculado da área da recepção, ainda apresenta limitações das condições ambientais identificadas através do excesso de temperatura, falta de ventilação e divisórias de madeira.

Um outro aspecto que nos chamou atenção diz respeito à composição da equipe de trabalhadores, já que compreendemos que as atividades são diversas e exigem orientação e iniciativa dos mesmos para que ocorram de maneira organizada, de modo a permitir o acesso, no que se refere à disponibilidade de medicamentos com qualidade assegurada, aos usuários.

Dessa forma, o entrevistado 1 afirma que, além do farmacêutico,

[...] a equipe é constituída por [...] dois colegas que ajudam a distribuição, um motorista, um auxiliar de escritório, uma técnica em odontologia, que é responsável pelo material odontológico. Tem mais duas que vem cumprir o horário do desdobramento e ficam responsáveis pela distribuição. Hoje chegou mais um funcionário que veio do Ministério da Saúde e que a gente tá começando a treinar (E.1, Grupo I).

Mais uma vez encontramos características já comentadas no que se refere às instabilidades na equipe, o que leva a descontinuidades nas atividades e prejuízos no fluxo organizacional. Ou seja, aspectos da precarização do trabalho que repercutem em todo o contexto da saúde. Vemos ainda que, apesar de haver uma divisão de tarefas como relatou o entrevistado 1, na prática o trabalho fica centralizado entre poucos, diante da falta de iniciativa, cooperação e também de preparação técnica dos mesmos, o que pode ser verificado no depoimento a seguir:

Na realidade todo mundo aqui faz tudo. Não existe aquela coisa específica não. Agora, aqui na parte burocrática, administrativa só fica eu e um colega. Mas **o pessoal aqui não tem condições** [não estão preparados] **de vir pra cá**. Esse é inclusive meu maior peso, porque o dia em que ela [a colega] sair daqui eu vou ter que me virar (E.1, Grupo I).

Encontramos divergências nesse depoimento ao que é estabelecido no *Programa de Atividades do Almoarifado Central* (BAHIA, 2007b/Doc.2), já que há explicitamente uma divisão de atividades relativas a todo processo de armazenagem. Ao dizer que “todo mundo aqui faz tudo” o entrevistado nega a utilidade e operacionalidade do documento, por não

haver, na prática, especificação de atividades. Acreditamos que o planejamento das atividades com os respectivos responsáveis poderá contribuir para a organização do serviço, pois se configura um caráter de compromisso do trabalhador com as suas atribuições e, de modo mais abrangente, com a coletividade.

Outro aspecto importante no depoimento do entrevistado 1 refere-se à necessidade de educação, capacitação destes profissionais para o trabalho em saúde. Se existe excesso de trabalho e este precisa ser compartilhado pelos demais, a integração desses trabalhadores deve ocorrer mediante adoção de estratégias de inclusão no serviço sobre o novo modo de realizar o trabalho de forma que não haja prejuízos que impliquem na efetivação dos resultados planejados. Esta inserção deve ocorrer a partir da perspectiva da educação em saúde de maneira processual, reflexiva e crítica, pois no trabalho em saúde não deve existir o “fazer por fazer”, mas sim o fazer para transformar, para resolver as necessidades demandadas.

Porém, esse mesmo entrevistado 1, em outra fala, mostra contradição ao revelar a falta de iniciativa e colaboração dos trabalhadores para realizar atividades de sua responsabilidade. Ele destaca ter um bom convívio com os colegas apesar de ter que “estar sempre em cima”, uma vez que “as pessoas têm um costume de se acomodar”.

São pessoas ótimas de trabalhar. **A gente tem um bom convívio, mas tem coisas assim que você tem que estar sempre em cima.** Você não pode deixar muito solto porque as pessoas têm um costume muito grande de se acomodar. Minha dificuldade é justamente essa (E.1, Grupo I).

Acreditamos que o senso de responsabilidade e compromisso serão desenvolvidos à medida que o trabalhador souber identificar o seu trabalho como necessário e importante ao desenvolvimento do conjunto de ações que culminam com o atendimento das necessidades dos usuários do serviço, rompendo com a “acomodação inercial” implícita desses trabalhadores, como afirma o entrevistado 1.

Neste sentido, coadunamos com Merhy (2006b) que o trabalhador precisa se sentir sujeito ativo desse processo. Caso contrário, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, a defesa da vida.

Ambos os depoimentos do entrevistado 1 revelam dificuldades por parte do gestor para a condução do trabalho. Dificuldades como a falta de formação ou desconhecimento dos

trabalhadores para o trabalho em saúde, influenciando efetivamente nas ações; além de dificuldades mais particulares e subjetivas dos sujeitos, refletidas em características como iniciativa, senso de colaboração e vínculo com o trabalho em saúde.

Assim, percebemos que os trabalhadores da saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados (desvinculados de práticas educativas, de compromisso, do senso de colaboração e da necessidade de trabalho em equipe), mas são ao mesmo tempo, produtores desse mesmo sistema. Sujeito e objeto ao mesmo tempo. Daí nos depararmos com uma realidade ainda constituída por entraves necessários à produção de um trabalho resolutivo, pois esta produção não insere características peculiares e necessárias ao desenvolvimento de ações de saúde já referidas e que surgem das subjetividades e singularidades dos sujeitos construtores desse trabalho.

Em relação à armazenagem, o **controle de estoque** é uma atividade inerente, que pode ser entendido como atividade técnico-administrativa que tem como objetivo garantir um adequado suprimento dos produtos para o atendimento das demandas, no sentido de evitar excessos ou desabastecimentos nos estoques, bem como perdas.

Historicamente, a administração de materiais tem se desenvolvido arraigada aos ideais de uma prática funcionalista, mantendo-se adequada às normas ou fórmulas que tentam expressar condições da realidade através de indicadores como o consumo médio mensal, estoque máximo e mínimo, estoque de reserva ou de segurança, entre outros, definidos por Chiavenato (1997) e que possibilitam fornecer informações que orientam, por exemplo, o processo de aquisição e programação de maneira racional.

Tais informações podem ser obtidas mediante processo de controle informatizado ou manual e, independente do tipo, precisa ser uma fonte segura de dados que disponibilize informações sobre consumo e demanda, percentual de cobertura, gastos com medicamentos, valor financeiro de estoque, quantitativo de perdas de medicamentos (ACURCIO, 2003; MARIN *et al*, 2003).

No entanto, quando consideramos o contexto da saúde, esse controle não pode ser pautado apenas nessa conduta funcionalista, pois o trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos exigindo, para o enfrentamento do inesperado, criatividade e iniciativa. Características estas, que ultrapassam a metodologia pertinente aos indicadores referidos.

Não queremos, por meio desta afirmação, minimizar a utilidade desses indicadores na atividade de programação, por exemplo. Apenas acrescentamos que novas propostas no sentido de considerar as particularidades encontradas nos sujeitos, nos limites encontrados nas relações entre eles, sejam resgatadas no processo de organização; e, além disso, que exista educação dos trabalhadores no sentido de melhor utilizar os indicadores já existentes na prática da Coordenação da Assistência Farmacêutica, pois tais ações refletem diretamente no acesso do usuário.

O depoimento do entrevistado 1 possibilita melhor compreensão sobre o que discutimos:

[...] Antigamente tinha uma saída imensa de metformina e ficava o estoque de glibenclâmida. Hoje a glibenclâmida sai e a metformina fica. Quando eu comecei a investigar eu descobri que o paciente estava reclamando do tamanho do comprimido. E aí o médico vai e [...] [prescreve].[...] Agora, se você for ver, a acarbose que é cara a gente tem; metformina que é mais cara do que a glibenclâmida a gente tem; e a glibenclâmida a gente não tem. Aí vamos supor, eu chego e aumento minha glibenclâmida. De repente muda [...]. Então essas variáveis [...] entra a questão do médico. (E.1, Grupo I).

Vemos nesse depoimento que a metodologia adotada para o controle de estoque e/ou a forma como vinha sendo desenvolvida é incoerente às necessidades do Município, gerando dificuldades no processo de aquisição e, conseqüentemente, na disponibilidade de medicamentos. Além disso, percebemos que a programação, que envolveu uma atividade em equipe, não foi capaz de expressar a realidade. Isso porque, as particularidades dos sujeitos que, neste caso, envolveram questões relacionadas à adesão dos pacientes ao tratamento, não foram consideradas. Ao serem desconsideradas, houve prejuízos representados pelo desequilíbrio do abastecimento, havendo excessos de alguns medicamentos e falta de outros.

A realidade apresentada nesse depoimento nos oportunizou fazer uma outra abordagem sobre a comunicação em saúde, uma proposta ainda não identificada, ao retomarmos os depoimentos já discutidos por nós até aqui, bem como ao revisitarmos as observações feitas no campo de estudo. Nesta perspectiva, utilizamos a Teoria Comunicativa de Habermas (1987), retraduzida por Silva (2006) que diz:

[...] todos os sujeitos sociais no cotidiano da sua vida produzem, em conformidade com seus hábitos, crenças, costumes e valores, relações entre si, através da linguagem comum e direcionada para o entendimento mútuo. Estas relações são direcionadas para a reconstrução das condições existentes e estão centradas na comunicação enquanto possibilidade de transformação das realidades desses sujeitos (SILVA, 2006, p.53).

Assim, ao retomarmos o depoimento do entrevistado 1, podemos inferir que a ausência da prática comunicativa entre a equipe de saúde pode ter contribuído para a situação exposta pelo gestor, ao referir o “desequilíbrio” da programação. Isto porque, como a necessidade é sentida pelo usuário, a dificuldade do uso de medicamento tornou-se definidora e modificadora de outras práticas, a partir da prescrição e da programação feita na USF, pela Coordenação da Assistência Farmacêutica. Além do mais, pode se refletir nos aspectos econômicos, já que o entrevistado revela que há oferta de medicamentos caros, mas que não atendem a real demanda.

Compreendemos que, enquanto as ações não forem dialogadas entre os sujeitos, trabalhadores e usuários, essas práticas não serão transformadas, mas sim reproduzidas cotidianamente em suas limitações e dificuldades.

Diante desta postura entre os sujeitos, percebemos reflexos no processo de incorporação de mudanças no trabalho em equipe. Neste sentido, nos referimos à introdução do sistema informatizado de controle de estoque de medicamentos, que vem apresentando certa dificuldade, sugerindo que haverá necessidade de tempo e de preparação dos trabalhadores de saúde para que possa ocorrer a incorporação dessa nova tecnologia, conforme mostrado nos depoimentos a seguir.

Outra dificuldade que eu tenho é em relação ao controle de estoque, que vamos ver como é que vai ficar. **Agora colocou o programa** [sistema informatizado] **e a gente só vai sentir quando tiver tudo funcionando** (E.1, Grupo I).

Houve dificuldade na informatização. [...] **porque não era informatizado.** Pensou-se que ia resolver com o sistema que implantou, mas acabou que não resolveu. Então esse controle de estoque acabou não acontecendo de maneira informatizada e isso acabou interferindo na distribuição (E.2, Grupo I).

Todavia, apesar das dificuldades tecnológicas, esses entrevistados mostram um avanço no que se refere à implantação do sistema de controle informatizado, o que de fato é significativo quando consideramos que o nível municipal apresenta uma oferta relativamente grande de medicamentos, com demandas diferenciadas em função da localização das unidades de serviço e que, por isso, a utilização de um sistema de gerenciamento proporcionaria contribuições positivas. Porém, compreendemos que o controle mais adequado se dará processualmente, pois exige a educação prévia sobre a atividade informatizada e conhecimento do trabalho desses sujeitos para que sejam minimizados ou eliminados os entraves.

Comungamos com o entrevistado 2 ao expor uma preocupação no sentido de preparar os responsáveis para a utilização dos recursos disponíveis, diante de um processo de trabalho desorganizado.

Eles não tinham um processo de trabalho organizado. Eu via essa dificuldade dele [do farmacêutico] e das pessoas que trabalhavam com ele. Eu procurei ver onde havia curso para capacitação [...] de caráter administrativo mesmo. Eles [o farmacêutico e outro trabalhador do CAF] fizeram o curso de almoxarifado, porque ele estava envolvido na gestão de todos os materiais.[...] Chegaram cheio de coisas, mas eu não sei se realmente aplicaram (E.2, Grupo I).

Percebemos, portanto, que há, por parte do gestor, uma preocupação em fornecer subsídios técnicos e também estruturais, conforme vimos em depoimentos anteriores, que possam contribuir para o melhor desenvolvimento das atividades, proporcionando ganhos para a Coordenação. Cabe ao farmacêutico, portanto, juntamente com os demais trabalhadores, desenvolverem estratégias para transmitirem essas informações e prepararem a equipe para que tais informações se configurem na prática cotidiana de maneira transformadora.

Ainda no que se refere ao controle de estoque, outro aspecto observado foram as perdas de medicamentos por validade, que representam, além do prejuízo financeiro para o Município, também o desrespeito e descompromisso com o bem coletivo, com a saúde dos usuários. Portanto, é preciso re-pensar como essa prática vem sendo desenvolvida pelos trabalhadores no contexto do Sistema Único de Saúde.

Neste aspecto, destacamos, no depoimento do entrevistado 5, a sua experiência no controle da validade dos medicamentos na farmácia da Unidade de Saúde da Família na qual trabalha.

Antes de fazer o pedido tem que colocar a validade na planilha. Tinha uma planilha que vinha com a validade do lado, mas depois botaram essa. A gente tem o controle da validade porque quando a gente despacha o medicamento a gente coloca a validade do medicamento que está saindo. Então, não tem risco de levar o medicamento. E quando a gente tá contando o medicamento [no momento da recepção] a gente também confere a validade. Então não tem como despachar o remédio vencido (E.5, Grupo II).

A partir dessa fala, visualizamos ações importantes quando o entrevistado diz que anota a validade do medicamento no livro de registro antes de dispensá-lo ao usuário. No entanto, durante o período de observação no campo em estudo, vimos que a atividade de controle da saída de medicamento, em várias farmácias das unidades observadas, não ocorrem

dessa mesma forma e, inclusive, as informações dos livros de registro são diferenciadas. Apesar dessa realidade, ressaltamos que o controle de estoque é necessário, pois impede que o usuário tenha acesso a medicamentos vencidos, ainda que não impeça que haja perdas por validade conforme refere o entrevistado 5.

Aqui na unidade já [houve perda de medicamentos por vencimento]. Às vezes a gente se passa e o medicamento perde a validade aqui. É muito pouco e difícil (E.5, Grupo II).

O entrevistado nesse depoimento sugere que, ainda que ocorra eventualmente, faz-se necessário o desenvolvimento de ações educativas para com os trabalhadores no sentido de organizar o processo de trabalho dos mesmos de modo a evitar ao máximo possíveis perdas, já que isso poderá repercutir no acesso do usuário. Além disso, tais questões permeiam aspectos mais profundos como a responsabilização, o cuidado e o vínculo dos trabalhadores para com os usuários e o serviço. Aspectos estes, que precisam estar inseridos em cada pequena ação no contexto complexo e dinâmico da saúde.

O depoimento do gestor (entrevistado1), a seguir, coaduna com a nossa análise por afirmar que existe um procedimento e uma comunicação interna (documento) que esclarecem quanto às responsabilidades para evitar perdas, corroborando, portanto, com a idéia de desenvolver ações educativas no trabalho que se realiza.

No Município hoje, a gente tá tendo umas devoluções de medicamentos vindos das unidades, quando o Ministério [da Saúde] tava dando medicamentos. Aí eles armazenavam lá e não tinham esse tipo de cuidado porque a gerente da unidade, a enfermeira, tem que estar atenta. [...] Tem uma CI que informa que os medicamentos a vencer nas unidades são de responsabilidade dela. Esses medicamentos do Ministério vieram a vencer. Eles têm que mandar com pelo menos três meses de antecedência pra eu tentar negociar, ou até mesmo doar (E.1, Grupo I).

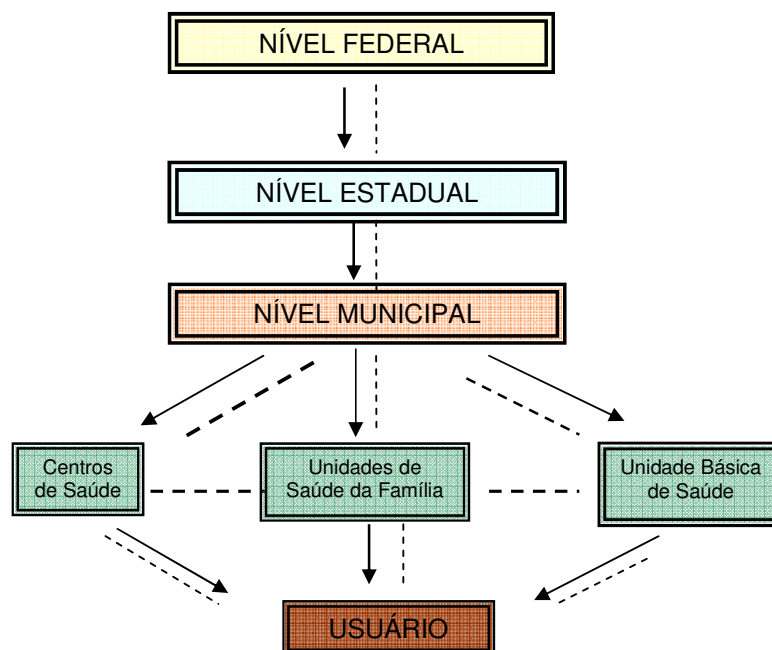
A partir desse depoimento vislumbramos algumas possibilidades de minimizar as perdas de medicamentos por validade, mas isso só ocorrerá se houver integração das ações dos trabalhadores da USF, no sentido de identificar e sinalizar não apenas os problemas, mas também possibilidades para os trabalhadores do CAF e para a Coordenação da Assistência Farmacêutica, no trabalho em equipe. Portanto, é questionável a “responsabilidade” dada à enfermeira, uma vez que defendemos um trabalho participativo e planejado em que cada um desses trabalhadores com seus saberes e práticas possam defender e acreditar numa proposta

de atenção à Saúde Coletiva e não sob responsabilidade de um único trabalhador, a enfermeira.

No entanto, também compreendemos que, enquanto coordenadora da unidade, aquela que “detém o poder” naquele contexto, deve partir da enfermeira a iniciativa para articular os demais trabalhadores coletivamente, no desenvolvimento de estratégias que proporcionem novas formas de planejar em saúde. Estratégias estas, que possibilitarão, também, desvincular dos demais trabalhadores a idéia de que a responsabilidade é unicamente da coordenação.

Os aspectos como validade, controle de estoque, entre os outros discutidos aqui, têm reflexos no processo de **distribuição**, que visa a garantia do fornecimento de medicamentos e demais produtos às Unidades de Saúde da Família, de maneira rápida e segura. Entretanto, para que essa distribuição seja efetiva, todas as atividades já discutidas até aqui precisam ocorrer processualmente, sem interrupções para que não existam obstáculos para o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica.

Contudo, o fluxo da distribuição depende das características da rede, da capacitação dos trabalhadores envolvidos no processo, dos recursos estruturais disponíveis e da comunicação entre os setores. Para representar o modo como se processa a distribuição dos medicamentos entre as esferas federal, estadual e municipal, nos embasamos em Marin e colaboradores (2003), considerando o contexto do Município em estudo e a distribuição de medicamentos aos usuários demonstrado no Fluxograma 2, a seguir.

FLUXOGRAMA 2 Processo de distribuição de medicamentos em Santo Antônio de Jesus-BA, jul./2007

Fonte: Adaptado de Marin e colaboradores (Org.). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**: Rio de Janeiro: OMS, 2003.

Diante do Fluxograma 2 compreendemos que o Planejamento e a Programação tornam-se imprescindíveis para assegurarem a qualidade da Programação. Além disso, o processo de distribuição de medicamentos entre os três níveis ocorre de maneira distinta, de acordo com os valores de financiamento determinado pela Portaria nº 2084 de 2005 (BRASIL, 2005c/Doc. 14) que são repassados para o nível solicitante. Assim, o Município em estudo recebe medicamentos do nível Federal e Estadual e os repassa às unidades públicas de serviço de saúde dos municípios, embasadas nas planilhas de consumo que são enviadas à Coordenação da Assistência Farmacêutica.

Para serem distribuídos às USF, Centros de Saúde e unidades básicas, por exemplo, é importante o cumprimento de ações listadas no Programa de Atividades do Almoxarifado (BAHIA, 2007b/Doc.2), como a análise do pedido solicitado, a partir da verificação da disponibilidade e da necessidade requeridas através das planilhas do consumo; a separação dos medicamentos com a referida identificação para as unidades solicitantes, observando critérios como empacotamento, validade e lote; registro da movimentação de saída dos produtos, afim de evitar irregularidades no processo de aquisição; transporte em condições

adequadas à garantia da qualidade ao usuário; e, conferência no momento da recepção pelos trabalhadores na unidade de saúde.

As linhas pontilhadas do fluxograma representam o fluxo de comunicação no processo de distribuição, seja esta comunicação formal, através das planilhas e documentos, ou informais, a partir do diálogo entre os trabalhadores. Comunicação esta, que ainda não é prática no contexto das ações de Assistência Farmacêutica desenvolvidas no Município.

Os depoimentos dos trabalhadores (E.3 e E.5) convergem com as informações do *Programa de Atividades do Almoarifado* (BAHIA, 2007b/Doc.2), ao descreverem as atividades realizadas antes da dispensação de medicamentos propriamente dita.

Aí chega, a gente confere e arruma no armário e aí começa a despachar de novo (E.3, Grupo II).

Confiro tudo o que entrou na lista [na planilha]. O que veio. Se faltou. Confiro tudo direitinho e depois arrumo no armário para, a partir daí, começar a distribuir (E.5, Grupo II).

Ambos os depoimentos evidenciam práticas rotineiras, mecanizadas (receber, conferir, armazenar, distribuir), isoladas e desarticuladas das demais ações como se não estivessem integradas a um contexto mais amplo que é a Assistência Farmacêutica e mais dinâmico que é o cuidado da saúde dos usuários. Em nenhum dos depoimentos encontramos qualquer interlocução entre os trabalhadores que realizam essa atividade, pois os mesmos estão “ocultos” nos depoimentos, como se o trabalho fosse morto, não realizado por sujeitos e para sujeitos. Perde-se, portanto, a possibilidade de interação, pois o momento é sintetizado em ações finalísticas diante da impossibilidade de tempo, como expõe o entrevistado 6.

[...] Porque não dá tempo, né. Antes eles [os trabalhadores do CAF] contavam a medicação, mas hoje não, porque eles veem e dizem: ‘tá tão arrumadinho, tão certinho’. Vê que não tem nada a mais, deixa o material e a medicação e aí eu vou vendo, vou contando e colocando aqui. Se não veio, eu ligo imediatamente e digo: ‘Eu pedi tanto e veio tanto. Por quê?’ (E.6, Grupo II).

Os depoimentos (E.3, E.5 e E.6; Grupo II) revelam que, apesar de ocorrerem de maneiras diferentes, no momento de entrega ou em seguida, existe a conferência dos produtos recebidos com as informações da planilha. No entanto, esta postura do entrevistado 6 diverge da que está recomendada no *Programa de Atividades do Almoarifado* (BAHIA, 2007b/Doc.2) ao explicitar que a unidade de saúde deve conferir os materiais no momento da

entrega. Caso não o faça, assinará a planilha e não poderá reclamar de algo que tenha pedido e não tenha sido entregue.

Divergentemente, o entrevistado 1, que também participou da elaboração do referido documento, afirma:

[...] O correto era ter uma conferência [dos medicamentos], no momento da entrega, lá na unidade. Só que eles alegam que não tem tempo. Aí fica aquela coisa [...]. Antes algumas unidades paravam pra conferir. Mas hoje, por conta do tempo [...] a gente também é passível de erro, né. Porque também é assim, a gente consegue entregar três unidades. Mas se for pra conferir a gente só consegue entregar uma, duas, dependendo do tamanho (E.1, Grupo I).

Vimos, a partir dos relatos que as orientações do trabalho contidas no documento não são condizentes à realidade do trabalho vivido pelos diferentes sujeitos, trabalhadores e gestor. Diante disso, acreditamos que essas orientações devem ser revisadas, tornando-se menos normativas, até porque as ações no campo da saúde não estão em conformidade com tal modo de operacionalizar, pois há limites e dinamicidade.

O depoimento do entrevistado 1 também nos possibilitou visualizar a ausência ou dificuldade de comunicação que caracterizam as atividades da Assistência Farmacêutica já discutidas até aqui, sendo que elas ocorrem, na maioria das vezes, com caráter de cobrança, fiscalização e de modo impessoal. Até o momento, percebemos que não se constrói coletivamente; o trabalho é individualizado, sem compartilhamento dos distintos modos de pensar e agir, não estando inserida no planejamento das atividades. Portanto, a partir de agora discutiremos como essas interações ocorrem na relação direta com o usuário do serviço e do medicamento, a **dispensação**.

Contudo, antes de iniciarmos nossa discussão sobre a realidade da prática da dispensação no Município em estudo, a partir dos dados empíricos (observação, entrevistas e documentos) apresentaremos algumas definições sobre esta atividade no contexto brasileiro, iniciadas num momento de transição, em que a atividade farmacêutica estava centrada na produção de medicamentos na indústria farmacêutica e, de outro lado, das recomendações da Organização Mundial de Saúde, quanto à necessidade de formulação de políticas de medicamentos e de um novo olhar sobre o trabalho farmacêutico no sistema de atenção à saúde.

Assim, em 1973 foi definida pela primeira vez a atividade da dispensação, respaldada na Lei nº 5991, de 17 de dezembro (BRASIL, 2006a/Doc.10), que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, no qual a dispensação é entendida como o fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não.

Ao considerarmos essa definição, vemos que a dispensação está ainda arraigada à prática meramente comercial, característica daquele momento histórico. Além disso, entende o usuário como um consumidor de medicamentos e demais produtos e não como um indivíduo necessitado de cuidados diferenciados de saúde. Inclusive, esta lei não especifica os procedimentos envolvidos no processo de dispensação, ou seja, é entendida apenas como o fornecimento ou o comércio destes produtos; bem como não o explicita como ato farmacêutico, podendo ser realizado por qualquer indivíduo.

Outro aspecto contraditório apontado na Lei nº 5991/73 (BRASIL, 2006a/Doc.10) é quanto à definição de Farmácia e Drogeria. De acordo com tal lei, em seu artigo 4º, incisos X e XI.

X- Farmácia: estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica;

XI- Drogeria: estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais (BRASIL, 2006a/Doc.10).

Apesar da lei exigir a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia em todo o horário de funcionamento do estabelecimento, percebemos que nenhuma das definições traz em seu conteúdo esta necessidade do farmacêutico. Na definição de Farmácia, essa deficiência torna-se minimizada, pois o farmacêutico seria o responsável pela manipulação de fórmulas. O mesmo não acontece para *Drogeria*, pois ocorre apenas o comércio de produtos, atividade que qualquer indivíduo pode realizar.

A falta de clareza na concepção destes conceitos, inclusive, foi o que possibilitou uma série de discussões entre sujeitos com interesses divergentes, em Feira de Santana, um município do Estado da Bahia, que mantém um processo dinâmico de relações interinstitucionais com o Município pesquisado. Assim, surgiu em 2007, na Câmara

Municipal de Vereadores, um Projeto de Lei 136/06 (BAHIA, 2007c) do vereador Magno Felzemburg, com o objetivo de responsabilizar técnicos de farmácia (como refere a Lei nº 5991/73) por drogarias, considerando que tais estabelecimentos não necessitam do exercício do farmacêutico, entre outros aspectos políticos e econômicos suscitados. Ressaltamos, porém, que propostas semelhantes já existiram no Brasil, das quais Zubioli (1992) destaca o Projeto de Lei nº 213/89 do Deputado Federal Samir Achôa, Projeto de Lei nº 370/88 do Deputado Federal Inocêncio Oliveira, Projeto de Lei nº 855/88 do Deputado Federal José Maria Eymael, do projeto de Lei nº 839/88 do Deputado Federal Max Rosemann e Projeto de Lei nº 820/88 do Deputado Federal Antônio Salim Curati.

Obviamente que tal projeto de lei, assim como as demais propostas, não atingiriam resultados futuros, pois ferem explicitamente outras legislações federais, que trazem um conceito mais coerente e real do exercício da profissão farmacêutica nas diferentes áreas, além da própria realidade no contexto da Saúde Coletiva, seja no âmbito público ou privado, da qual o farmacêutico faz-se imprescindível, diante de suas contribuições no cuidado à saúde.

Entre outros aspectos, esses projetos de Lei são incoerentes em sua proposta, pois, no Brasil, não há qualquer regulamentação da profissão de auxiliares ou técnicos de farmácia e apenas o Congresso Nacional pode legislar sobre profissões, segundo a Constituição Federal Brasileira, sendo uma denominação elegante e respeitosa aos balconistas de farmácia ou drogarias que, cotidianamente, vêm realizando práticas de “empurroterapia” na venda dos produtos que lhes proporcionem melhores comissões, como reflexos das relações da indústria farmacêutica com o mercado consumidor.

Ainda num modo de pensar mais ofensivo, talvez não percebido pelos relatores do referido projeto, tal possibilidade atinge diretamente a Universidade Estadual de Feira de Santana como instituição formadora destes profissionais, negando, por sua vez, sua missão e sua relevância para a comunidade, em seu contexto local e nacional. No entanto, diante destes vieses contidos na Lei nº 5991/73, já existe em tramitação no Congresso Nacional, um Projeto de Lei em substituição a essa lei, desde 2003.

Com uma idéia mais explícita das atribuições atinentes à profissão farmacêutica, o Conselho Federal de Farmácia, através da Resolução nº 308, de 2 de maio de 1997 (BRASIL, 2004/Doc.15), dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias, apesar de

não definir a dispensação. Assim, expõe como atribuições deste profissional a responsabilidade pela gestão; a administração da farmácia; o atendimento dos princípios legais da prescrição médica; a dispensação através de uma relação dialogada com o usuário; a promoção e a educação dos profissionais de saúde e usuários de medicamentos.

A Política Nacional de Medicamentos em 1998 (BRASIL, 1999/Doc.17) representou, neste contexto de re-inserção do farmacêutico nas ações de saúde, um importante avanço ao trazer, entre outras propostas, a Reorientação da Assistência Farmacêutica e um conceito diferente de dispensação entendida como:

[...] ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita médica elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 1999, p.25/Doc.17).

Tal conceito traz uma perspectiva de relação interpessoal entre o farmacêutico e o usuário, com ações voltadas ao uso racional de medicamentos, numa possibilidade de interação, ainda que de maneira restrita, diante das possibilidades de ações que podem advir dessa interação.

Em conformidade com a proposta de Reorientação da Assistência Farmacêutica da Política Nacional de Medicamentos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprovou a Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999 (BRASIL, 2007h/Doc.6), a qual substituiu a terminologia “comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos” contida na Lei nº 5991/73 (BRASIL, 2006a/ Doc.10), por “produtos de interesse à saúde”. Cria-se assim, um enfoque diferenciado ao se referir a medicamentos não como bem de consumo, mas como necessário ao restabelecimento da saúde.

No entanto, apesar do avanço na terminologia não há alterações significativas no conceito de dispensação, pois apenas resgata a definição primária da Lei nº 5991/73: “ato de fornecimento e orientação de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não” (BRASIL, 2006a/ Doc.10).

Todavia, percebemos uma diferença em relação à definição de dispensação da PNM (BRASIL, 1999, p.23/Doc.17), pois traz em seu item sobre responsabilidades e atribuições que “o farmacêutico é o responsável pela **supervisão** (destaque nosso) da dispensação”. Porém, temos uma compreensão divergente sobre o assunto, pois, além de um retrocesso histórico no que tange às regulamentações, tal afirmação delega uma responsabilidade do

farmacêutico a outro indivíduo. Ou seja, não é possível apenas supervisionar, se o conhecimento para intervir ou resolver uma situação de saúde é peculiar do farmacêutico.

Ressaltamos ainda que, ao detalhar as atribuições do farmacêutico, na PNM (BRASIL, 1999/Doc.17) não há qualquer atividade referente à orientação direta ao paciente, como refere o conceito, mas ações relacionadas à atividade administrativas e de gerenciamento.

- a) conhecer, interpretar, estabelecer condições para o cumprimento da legislação pertinente;
- b) estabelecer critérios e supervisionar o processo de aquisição de medicamentos e demais produtos;
- c) avaliar a prescrição;
- d) assegurar condições adequadas de conservação e dispensação de produtos;
- e) participar de estudos de farmacovigilância [...];
- f) organizar e operacionalizar as áreas e atividades da drogaria;
- h) manter atualizada a escrituração;
- i) manter a guarda de produtos sujeitos a controle especial;
- j) prestar assistência farmacêutica necessária ao consumidor;
- k) promover treinamento inicial e contínuo dos funcionários para a adequação da execução de suas atividade (BRASIL, 1999, p.25/Doc.17).

Compreendemos então, que apesar do título referir-se à dispensação, as ações aqui expressas referem-se à estrutura física, capacitação de trabalhadores e supervisão das ações.

Na tentativa de melhor especificar as atribuições da dispensação, o Conselho Federal de Farmácia aprovou a Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001 (BRASIL, 2007i/Doc.7), que trata das Boas Práticas em Farmácia. Apesar de não haver inovação no conceito de dispensação, porém destacamos que há uma abordagem mais detalhada quanto às orientações, bem como outros serviços que podem ser realizados pelo farmacêutico para o cuidado do paciente.

Dupim (1999), ao definir a dispensação, expõe em suas entrelinhas a necessidade da relação entre o farmacêutico e o usuário, ao citar saberes particulares da profissão. Sob esta mesma perspectiva, Perini (2003, p.27) traz um conceito mais abrangente:

[...] o momento da recepção do medicamento, insumo farmacêutico ou correlato, pelo usuário, fornecido por profissional habilitado **a analisar condições anteriores de erro, fornecer informações para o uso correto e estabelecer condições para o acompanhamento dos resultados da terapêutica adotada. Seu produto é o aviamento de prescrição devidamente analisada e o fornecimento de todas as informações** necessárias ao fiel cumprimento do tratamento estabelecido.

Tal definição aborda aspectos relacionados à prescrição medicamentosa, no sentido de estar atento a possíveis erros, bem como para ratificar ou retificar a comunicação oral ou escrita passada pelo prescritor. Aborda também o acompanhamento terapêutico enquanto oportunidade para o farmacêutico intervir no cuidado à saúde, apesar de não expor quais estratégias poderiam ser utilizados para garantir o acompanhamento.

Diante desse entendimento, temos clareza que o produto da dispensação não será necessariamente o aviamento da prescrição, pois ao se estabelecer a comunicação com o usuário, talvez ocorram situações em que não se precise utilizar medicamento e, a partir dessa observação poderá se estabelecer outras relações.

A realidade assim contextualizada nos faz entender que devido a todo o processo histórico de inserção do farmacêutico nas ações de saúde, tais conceitos ainda não apresentam um consenso e têm provocado o surgimento de outros conceitos associados ao trabalho farmacêutico tais como *atenção farmacêutica* e *farmácia clínica* (trazido de outros países e ainda pouco configurado no cenário brasileiro), que não serão discutidos aqui, pois não são objetos do nosso estudo.

Entretanto, a nossa prática cotidiana na Farmácia Comunitária na qual estabelecemos um exercício de cuidado farmacêutico, nos possibilita compreender a dispensação como o momento da relação do farmacêutico com o usuário ou o responsável por este, em que devem ser criadas oportunidades para se estabelecerem diálogos, numa interação mútua capaz de produzir informações sobre o tratamento medicamentoso prescrito ou um aconselhamento farmacêutico que pode gerar ou não, o uso de medicamentos. Essas informações sobre medicamentos poderão corresponder às indicações, à posologia, modo de uso, possíveis interações medicamentosas, efeitos colaterais, duração do tratamento, forma de preparo, acondicionamento e outras, que possam advir do diálogo ou de forma escrita. Diante do exposto, se concretamente for assim realizada, cria-se uma relação de compromisso com o usuário gerando, possivelmente, oportunidades para outros cuidados por meio do acompanhamento da situação de saúde desse sujeito.

É com este olhar que iremos discutir a realidade da prática da dispensação no Município de Santo Antônio de Jesus-BA.

Como vimos, a dispensação encerra as etapas que constituem a organização da Assistência Farmacêutica, já que os medicamentos, uma vez selecionados, programados,

adquiridos e distribuídos, precisam estar disponíveis aos usuários do serviço farmacêutico, com qualidade e em quantidades suficientes às necessidades de cada cidadão.

Particularmente, segundo Carlos (1997), Perini (2003) e Marin e colaboradores (2003), a dispensação é exclusiva do farmacêutico, profissional com competência técnica e científica para desenvolvê-la no contexto da assistência à saúde. Contudo, a realidade apresentada no campo de estudo é contraditória, uma vez que a dispensação não é uma atividade do farmacêutico, como também não é uma prática transformadora e colaborativa no modelo de atenção à saúde, defendido pelo Sistema Único de Saúde.

No campo de estudo porém, encontramos uma dispensação realizada por trabalhadores sem formação para tal, que desenvolvem várias outras atividades na unidade de saúde, explicitadas nos depoimentos dos entrevistados 3, 4 e 5.

Despacho remédio, marco consulta, marco a agenda do médico e da enfermeira, marco puericultura, planejamento, preventivo [...] (E.3, Grupo II).

[Faço] Tudo, tudo. Curativo, teste do pezinho, peso das crianças, distribuição de medicamentos, solicitação de medicamentos (E.4, Grupo II).

[Faz tudo]. Trabalha com a farmácia, marco exame, contagem de medicamentos, tudo (E.5, Grupo II).

Além desses depoimentos, vimos durante a pesquisa de campo que as ações realizadas pelos trabalhadores ocorriam simultaneamente no mesmo ambiente da área de recepção da USF. Inúmeras vezes ouvimos os termos como *despachar* e *distribuir* ao referirem à dispensação, pois nas farmácias das USF pesquisadas, concretamente há apenas a entrega do medicamento ao usuário.

Assim, temos uma prática de dispensação que não promove uma contribuição ao usuário do medicamento, pois é desprovida de cuidados como a avaliação da prescrição, orientações quanto ao uso do medicamento, no sentido de verificar se o usuário compreendeu claramente as informações sobre o medicamento que está usando, a indicação, a duração do tratamento, as doses, os possíveis efeitos colaterais, como preparar, quando parar, entre outros aspectos pertinentes ao uso de medicamentos. Orientações que, muitas vezes, não são dadas pelo prescritor ou quando dadas, podem não ser compreendidas claramente pelos usuários.

Os depoimentos dos entrevistados 3 e 7 (trabalhadores de saúde) descrevem um modo simplista de dispensação, como já havíamos referido anteriormente no processo de observação do trabalho de campo.

A gente pega, **olha a receita do médico pra pegar, despacha e ainda dizer como toma**. Porque a gente sabe que lá dentro o médico explica como toma, mas quando chega aqui fora ele não sabe mais nada. Aí eu pego a receita, assino que despachei, anoto tudo no livro (E.7, Grupo II).

Eu só digo como tomar. Assim, por exemplo, amoxicilina, uma medida de oito em oito horas; dipirona, um comprimido de seis em seis horas; o paracetamol de seis em seis horas. Até o creme vaginal a gente pergunta. Sabe por quê? Porque tem gente que não sabe (E.3, Grupo II).

A dispensação é, portanto, mais uma atividade mecanizada, a partir da leitura da receita, entrega do medicamento e registro no livro de controle de saídas. Quanto ao fornecimento de informações, de acordo com estes depoimentos, as mesmas se restringem ao modo de usar, ficando o usuário sem acesso às demais orientações necessárias sobre o uso correto do medicamento.

Os usuários 9, 10 e 13, por sua vez, ratificam as ações dos trabalhadores de saúde na dispensação dos medicamentos, convergindo com os depoimentos dos trabalhadores referidos anteriormente (E.3 e E.7) e com a nossa observação em campo.

Eu dou a receita, elas despacham rapidinho. Ela me diz como toma (E.9, Grupo III).

Eu passo com a receita no balcão, **aí ela olha, despacha, dá o remédio** e fica uma receita na mão dela e outra com a gente (E.10, Grupo III).

Eu dou a receita às meninas [atendentes], **elas carimbam e me dão o remédio**. Pronto. [...] **E me ensina como toma o remédio**. Agora, é coisa rápida porque é muita gente (E.13, Grupo III).

Estes entrevistados, com tais depoimentos mostram que a dispensação de medicamentos nas USF do Município, ainda segue os moldes funcionalistas, estruturados nos modelos *taylorista* e *fayolista*, caracterizados nas ações que antecederam à dispensação, já discutidas ao longo deste item. Desse modo, não há disponibilidade de tempo para incorporar novas práticas, já que tem como objetivo e fim unicamente a entrega do medicamento; perde-se a oportunidade de construir um modelo de dispensação que se fundamente no acolhimento e no diálogo, favorecendo o acesso comunicacional e, conseqüentemente, criando espaço para a construção de ações baseadas na escuta, no respeito às singularidades do outro, no

entendimento das limitações/dificuldades do serviço, do sujeito usuário e do trabalhador. Possibilidades que poderão favorecer a (re)construção coletiva das práticas de saúde.

Reafirmamos, então, o nosso entendimento de que a dispensação é uma ação no processo do cuidado de saúde, na qual deve existir a relação entre o usuário do medicamento e o farmacêutico, enquanto possibilidade de contribuir na reabilitação ou promoção da saúde deste usuário. Tal relação exige, além do conhecimento e competência técnica e científica, habilidades e atitudes voltadas para uma prática de relações com incorporação das tecnologias leves (MERHY, 2002), caracterizadas pelo acolhimento, vínculo, humanização, diálogo, numa perspectiva de promover a resolubilidade nessas ações, a partir do acesso.

Contudo, devemos ficar atentos para alguns aspectos que poderão possibilitar a construção de uma nova realidade, desde o sentido e o significado que o gestor tem da Assistência Farmacêutica no Município até a educação dos trabalhadores envolvidos nessas ações.

Quanto ao entendimento do gestor municipal sobre Assistência Farmacêutica, o mesmo diz que:

[...] é um componente fundamental na atenção à saúde. Dentro desse processo de atenção, [...] é onde realmente se chega a efetivar as ações na hora da compra, da distribuição e todo esse processo. Fecha o ciclo de toda a atenção à saúde (E.1, Grupo I).

A partir desse depoimento, é notório que o gestor tem clareza de que as ações de Assistência Farmacêutica ocorrem mediante um processo encadeado e que resultam no atendimento das necessidades dos usuários, sendo determinante na atenção à saúde. Consideramos que este é um aspecto importante quando pensamos numa perspectiva de mudança, já que o próprio gestor é capaz de visualizar o significado que aquelas ações de Assistência Farmacêutica têm no contexto geral da assistência à saúde da coletividade, como explicitada no depoimento a seguir.

[...] quando eu entrei pra gestão, eu sabia que tava muito ruim. Toda a Assistência Farmacêutica, desde a parte da compra, principalmente a distribuição [dispensação]. Eu não tinha conhecimento de como se dava as outras coisas, eu só via o resultado que era a dispensação de medicamento. Eu já sabia que tava muito ruim (E.2, Grupo I).

Ao destacar a dispensação como algo que precisa ser revisto, o entrevistado detalha aspectos do trabalho em saúde de forma geral, apontando limitações no sistema de saúde municipal, com questões que permeiam a educação em saúde, o compromisso, a responsabilidade pelo trabalho e a resolubilidade das ações.

A dispensação é muito ruim [...] A maioria deles não tem nem o treinamento de como atender as pessoas. Não só para a Assistência Farmacêutica, mas para todas [as demais atividades]. Falta de compromisso mesmo, não só de capacitação [...] Por trás disso, pessoas, inclusive com dificuldade de leitura, [...] muitos deles escreviam errado e tinham dificuldade com o nome da medicação, que não é coisa fácil (E.2, Grupo I).

A realidade apresentada na fala desse entrevistado converge com os depoimentos dos entrevistados 4 e 6 sobre a ausência de capacitação dos trabalhadores de saúde admitidos no serviço.

[...] em relação ao medicamento, nenhum. Em relação ao geral [demais atividades] também não, pois eu já vim de outros lugares (E.4, Grupo II).

Eu acho que não teve capacitação. Eu não tive. A capacitação foi dos próprios colegas, que vão lhe dizendo, falando o que fazer, como fazer (E.6, Grupo II).

Os depoimentos dos diferentes sujeitos aqui colocados, ajudaram-nos a entender que, concretamente não há, na Secretaria Municipal de Saúde do Município em estudo, uma política de capacitação para trabalhadores de saúde com o objetivo de qualificar e aprimorar o trabalho em saúde no contexto do SUS, a partir da política de Educação Permanente. Inclusive, o próprio gestor (E.1) tem clareza dessa necessidade, diante das discussões iniciadas, particularmente no início do século XXI, com as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde, visando discutir políticas de capacitação, formação e educação permanente (RODRIGUES, 2004).

Como resultado dessas discussões, destacamos a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2007j) que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007g/Doc.4) que dispõem sobre as diretrizes para a implementação desta política.

Tais políticas colaboram com a necessidade da realização de um trabalho coletivo, sendo responsáveis, não só as instâncias gestoras nas diferentes esferas, mas também instituições formadoras e os próprios trabalhadores, numa tentativa de agregar saberes,

reflexões críticas para a construção da resolubilidade das ações e promoção da Saúde Coletiva, fundamentados no proposto pela educação permanente em saúde entendido como

[...] aprendizagem trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. É feita a partir de problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores de saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautados pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2007e, p.13/Doc.4).

Entretanto, acreditamos que tais iniciativas políticas precisam ser incorporadas numa perspectiva dinâmica e transformadora dos modos de agir em saúde, diante a possibilidade de mudar a prática objetivizante, “dura” e fragmentada que encontramos no campo empírico, particularmente na dispensação.

Ao resgatarmos mais uma vez os depoimentos dos trabalhadores (E.4 e E.6), confrontando-os com questões políticas, vemos a responsabilidade da SMS, através do olhar coletivo dos trabalhadores, gestores e usuários, de reconstruir um novo modo de fazer saúde, organizado, colaborativo e resolutivo. Contudo, torna-se urgente que haja uma capacitação desses trabalhadores, antes de serem inseridos no trabalho em saúde, até porque, muitos deles vieram de áreas distintas, num contexto diferente como relatam os entrevistados 6 e 7.

Eu comecei com serviços gerais, depois passei pelo administrativo e agora eu tô aqui na farmácia (E.6, Grupo II).

[...] serviços gerais, auxiliar, curativo, ponto, faço vacina. O resto eu faço tudo. [...] Eu já comecei fazendo tudo. Eu fiquei 17 anos sozinha no posto [na unidade], fazendo tudo, depois botaram outra pessoa (E.7, Grupo II).

A realidade aqui colocada nos depoimentos dos entrevistados 6 e 7 revelam que, ao longo dos anos, o serviço de saúde do Município manteve-se desarticulado de propostas de educação em saúde, historicamente desenvolvidas no contexto de construção do SUS, levando o trabalhador de saúde a uma justaposição de atividades sem qualquer qualificação formal, tendo ainda o gestor apontado outras dificuldades sobre a situação vivenciada pelos trabalhadores, particularmente na dispensação.

[...] [a dispensação de medicamentos] completamente desorientada no sentido de desperdício de relacionamento com o paciente. [...] O grande problema que eu identificava era de atendimento ao público, pessoas que atendiam de cabeça baixa, que não olhavam para o usuário. Hábitos incompatíveis com a dispensação (E.2, Grupo I).

Visualizamos neste depoimento, para além dos aspectos relativos à organização da Assistência Farmacêutica, ações que se referem às dificuldades na interrelação trabalhador de saúde versus usuário, no processo de cuidado à saúde, evidenciado numa prática que não incorpora ações como o **acolhimento** e, possivelmente, não possibilita espaços para o desenvolvimento do vínculo e da responsabilização.

O acolhimento, segundo Campos (1997), é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários e consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região.

Por conseguinte, compreendemos que o acolhimento deve fazer parte da porta de entrada dos serviços e estar inserido ao modo de agir de cada trabalhador em suas ações específicas, com adequações técnicas e combinação de atividades, em consonância com os recursos financeiros, materiais e trabalhadores; como também em consonância com os determinantes sociais e culturais presentes na vida diária, com a finalidade de promover a resolubilidade nas ações de produção do cuidado, nas quais encontramos a Assistência Farmacêutica e, particularmente a dispensação.

Franco, Bueno e Merhy (1999) complementam ainda que o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços e tem como princípios o atendimento às pessoas que procuram os serviços de saúde, cuja finalidade é garantir o acesso; a reorganização do processo de trabalho centrado na equipe multiprofissional, responsável pelo acolhimento; e a qualidade da relação trabalhador-usuário, fundamentada pela solidariedade e cidadania. Princípios estes que precisam ser defendidos no processo de cuidado da saúde dos indivíduos, pois se fazem ausentes na realidade estudada.

Para além do acolhimento, são estabelecidas condições de criar **vínculos** entre sujeitos dessa relação de cuidado, tendo em vista a ampliação da eficácia das ações, o estímulo à participação do usuário na prestação do serviço, co-responsabilizando-os pela sua saúde. Requer, portanto, o compromisso e a responsabilização desses sujeitos, pois, como afirma Merhy (2006a, p.138):

[...] criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

Diante da realidade observada, podemos perceber que é urgente preparar os sujeitos não só para o desenvolvimento das atividades técnicas, mas que elas operem em sintonia com essas tecnologias de relacionamento, na perspectiva de **humanizar** as relações no trabalho vivo em ato.

No entanto, também compreendemos que esta tecnologia das relações não é uma atividade fácil, pois envolve um processo amplo, demorado e complexo, no qual se oferecem resistências, devido às mudanças de comportamento na relação do trabalhador com o usuário e vice-versa, até porque ela é condicionada às singularidades do sujeito, seja ele usuário, trabalhador ou gestor de saúde, na dependência das ações produzidas por eles e a instituição de saúde.

Por conseguinte, no nosso entendimento, essas relações entre os sujeitos, tanto a partir de nossas práticas cotidianas, quanto diante do cenário observado, faltam espaços para a comunicação entre os sujeitos, pois vimos que, na maioria das vezes, as ações se dão sem interação, sem diálogo, de forma mecanizada, impossibilitando a transformação dessas práticas.

Assim, estamos de acordo com Oliveira, Collet e Vieira (2006, p.281) sobre a importância da comunicação nas relações entre os sujeitos para uma prática de saúde humanizada, as quais afirmam:

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como técnica de comunicação verbal [...], mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco.

Diante do exposto, acreditamos que a educação em saúde é uma atividade que se constrói em equipe, cotidianamente no campo da saúde (ALVES, 2005), uma vez que poderá vir a ser um caminho para a transformação da realidade.

Nesse sentido, comungamos com Campos (2003, p. 35) que:

[...] a educação em saúde é útil quando há **circulação de informações** e possibilidades de **modificar hábitos, valores ou a subjetividade de agrupamentos**. De modo organizado, a educação em saúde tem sua força na **construção compartilhada de tarefas** e na análise das dificuldades de levá-los à prática. Mais do que difundir informações, busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas sobre o próprio contexto, modo de vida e subjetividade.

Outrossim, pensamos que, para que essa proposta de educação em saúde seja estabelecida no cenário em estudo, são necessárias mudanças substanciais no que tange à (re)organização dos serviços, tendo em vista a efetividade do acesso funcional; a partir de um trabalho em equipe; o ordenamento do fluxo de informações entre os diferentes sujeitos para viabilizar o acesso comunicacional; e, os estímulos à inserção dos usuários no processo de planejamento das atividades que se dão na coletividade. Tais mudanças poderão colaborar para fundamentar e consolidar o trabalho em saúde, numa perspectiva de construção do bem comum, do cuidado em defesa da vida.

Essa concepção sobre a educação em saúde, pode ser desencadeada por todos os trabalhadores num modelo dialógico (ALVES, 2005), com objetivos de transformar os saberes existentes, desenvolver compreensão e dar autonomia e responsabilidade aos sujeitos no cuidado com a saúde, não apenas informar.

Portanto, diante dessa compreensão sobre educação em saúde, é possível a incorporação das tecnologias de relações, denominadas de tecnologias leves por Merhy (2002), Campos (1994) e Franco, Bueno e Merhy (1999) e Franco e Merhy (2003), no sentido de transformar a prática observada durante o trabalho de campo, caracterizada no modo mecanicista e desumanizado do agir dos trabalhadores de saúde na dispensação dos medicamentos.

Entretanto, ainda assim, é necessário se discutir estratégias que poderiam minimizar ou eliminar a realidade por nós evidenciada. Todavia, temos compreensão de que essa transformação deverá ser um trabalho coletivo, em equipe, com sujeitos ativos, uma vez que não será alcançado com iniciativas individuais e pontuais, divergentemente da realidade explicitada pelo entrevistado 2.

[...] teve a idéia, mas não teve a oportunidade [trabalho em equipe]. A gente sempre falava isso, que precisava chegar um momento que isso fosse acontecer, mas tinham questões mais urgentes para resolver. **Era um farmacêutico só, então era muita coisa. Ele não dava conta de todo o processo.** Eu acho que algumas iniciativas particulares da unidade houve (E.2, Grupo I).

Diante dessa fala observamos uma dificuldade para a realização do processo de trabalho, o excesso de atividades dos gestores e a quantidade insuficiente de trabalhadores que, muitas vezes, os levam a ficar a mercê da realização de atividades administrativas, entendidas pelo entrevistado 2 como mais urgentes, não dispendo de tempo para o

desenvolvimento de ações mais direcionadas à relação com o usuário, reforçada com a fala do entrevistado 1.

[...] **hoje eu sou mais um farmacêutico administrador, do que um farmacêutico na assistência**, prestando assistência nas unidades. [...] Pra mim, a dificuldade maior é [...] do Município, de ter outro profissional diretamente ligado à assistência (E.2, Grupo I).

Levando-se em consideração os depoimentos dos entrevistados 1 e 2 sobre a dispensação de medicamentos, o primeiro refere-se ao trabalho do farmacêutico na Assistência Farmacêutica, e o segundo, à percepção dos trabalhadores e usuários quanto à importância e necessidade deste trabalho e a partir da nossa observação, há uma coerência entre si.

Como vimos, durante todo o processo de discussão, as atividades que configuram a Assistência Farmacêutica antecedentes à dispensação (seleção, programação, aquisição, armazenagem e distribuição) são complexas, pois além de dependerem de outros setores, são também normativas, condicionadas a processos burocráticos que exigem esforços contínuos da equipe envolvida no intuito de garantir o fluxo, a operacionalidade das atividades, cujo objetivo é a disponibilidade de medicamentos.

Assim, compreendemos que a atuação do farmacêutico diretamente nas USF não ultrapassa a intencionalidade destes sujeitos (E.1 e E.2), pois como expõe o entrevistado 2, ainda não foram desenvolvidas estratégias neste sentido, e não há farmacêuticos suficientes para desenvolvê-las, ainda que tenham clareza da contribuição desse profissional no serviço, como reforça o depoimento a seguir.

Eu acho que a capacitação [...], de como dispensar, a questão da educação, orientar como dispensar, a questão de não ser um ato mecânico, da leitura, de identificar uma prescrição, de registrar os dados corretamente. [...] Então que o farmacêutico passasse conhecimentos para os dispensadores e que ele [o farmacêutico] passasse a ser exclusivo [da unidade] (E.2, Grupo I).

Diferentemente, o entrevistado 6 tem um pensar que se aproxima do entendimento de fiscalização, dando idéia de controle do modelo tradicional de administração, denotando que é urgente um olhar diferenciado sobre a dispensação nas USF, apontando uma realidade que precisa ser vista com mais cuidado.

Eu acho que devia **ter um fiscal ou alguém pra tá olhando esses postos**, pra ver assim...quantidade. Principalmente antibióticos, porque você chega nesses postos com uma inflamação de garganta, aí já usa amoxicilina sete dias. Aí você vê [prescrições] com 21 dias, 28, 30. e aí...eu acho que devia ter uma supervisão [...] porque assim o médico prescreve a medicação por x dias. Não desse a mais, entendeu? Porque eu não posso fazer isso [interferir na prescrição em relação à quantidade, neste caso]. [...] **Aqui mesmo o médico colocou 60 paracetamol. Eu achei um absurdo, mas eu não posso questionar** (E.6, Grupo II).

Os depoimentos dos entrevistados 2 e 6 apontam diferentes necessidades, que poderão, na medida do possível, virem a ser alternativas viáveis para a mudança da prática atual da dispensação nas USF. Numa abordagem mais ampla, podemos corroborar com a idéia do trabalho farmacêutico diretamente nas unidades, que contribua com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e de agravos relacionados ao medicamento, instrumentalizadas na perspectiva da educação em saúde.

Embasadas nesses depoimentos, eles nos direcionam a refletir também sobre a forma como o serviço está organizado para atender as necessidades dos usuários num contexto mais integral da assistência à saúde, que incorpore o saber e o fazer do farmacêutico no conjunto dos outros saberes da equipe de saúde para facilitar o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica.

Particularmente, o depoimento do entrevistado 6 expôs uma situação que necessita de uma intervenção farmacêutica por meio da análise da prescrição. Outras situações emergiram durante a observação, dentre elas destacamos importantes ações como ajustes de dose; substituição do medicamento prescrito diante da falta de algum item na unidade de saúde; dificuldades no entendimento da legibilidade da prescrição; aconselhamento sobre as doenças, fatores de risco e quanto ao uso de terapias não-medicamentosas; orientação para a substituição por medicamentos genéricos em situações que o paciente precisou ter despesas extras para adquiri-lo; comunicação com o usuário para adequar os horários da prescrição, na tentativa de garantir a adesão ao tratamento proposto, entre outras possibilidades.

Tais ações seguramente proporcionariam uma contribuição significativa no processo de cuidado de saúde dos usuários, ainda desprovidos desse tipo de atenção, que está inserida nas atividades da Assistência Farmacêutica, sendo inclusive uma necessidade retratada pelo entrevistado 1 que apresenta-se impossibilitado de realizá-las, devido o excesso de atividades administrativas em detrimento aos cuidados à saúde, vistos em depoimentos anteriores.

Diante dessa realidade, concordamos com Vieira (2007) ao afirmar que o farmacêutico, ao lidar diretamente com a comunidade, precisa esclarecer e estimular a participação dos usuários no controle social, através da participação em conselhos locais e municipais de saúde, colaborar na organização política da comunidade em grupos sociais como sindicatos, associações e outros, além de utilizar suas competências e habilidades, articulando-as entre o poder público e a comunidade. Para tanto, poderão contribuir para a resolubilidade das ações, principalmente aquelas relacionadas ao acesso à Assistência Farmacêutica, em todas as suas dimensões: geográfica, econômica, funcional, de disponibilidade e comunicacional.

Entretanto, o trabalho do farmacêutico na equipe de saúde da família, nas ações relacionadas à assistência ao usuário, ainda não é prática no contexto nacional. Cabe aos gestores, portanto, responsabilizarem-se pela avaliação e discussão coletiva, diante da situação apresentada, sobre a incorporação do farmacêutico nos serviços de saúde para que realizem ações de cuidado da saúde, numa perspectiva de integralidade.

Contudo, apesar dos depoimentos dos entrevistados 2 e 6 e do nosso entendimento no sentido de reafirmar a necessidade do farmacêutico na equipe de saúde, há divergências neste sentido, conforme as falas de alguns trabalhadores de saúde a seguir.

[não precisa de farmacêutico na USF] Não, porque aqui a gente não indica medicamento. A gente só despacha a receita. Pra mim não tem necessidade [...]. Porque aqui não tem muita diversidade. É o antibiótico, o analgésico, o antiinflamatório, pra hipertensão, pra diabetes. A gente vem lidando com isso o tempo inteiro (E.4, Grupo II).

[não há necessidade de farmacêutico] Não, não, porque a gente já trabalha com remédio, não tem dificuldade. Agora eu já peguei a mania e até o remédio que não tem no posto eu já digo: “olhe esse aqui é comprado”. A gente não tem dificuldade não (E.7, Grupo II).

Visualizamos nestas falas que o farmacêutico é entendido como aquele que indica o medicamento apenas e, diante disso, não se faz necessário na equipe, particularmente na farmácia, já que ocorre apenas a “dispensação” de medicamentos prescritos. Este pensar reflete a prática que temos encontrado ao longo do tempo quanto ao modo como tem se desenvolvido o processo de trabalho do farmacêutico no cuidado à saúde.

Assim, permanece uma dispensação na qual os trabalhadores de saúde tornam o trabalho vivo em trabalho morto, coisificado, mecanizado. Todavia, compreendemos que,

diante dessa prática historicamente construída no Município estudado, os trabalhadores, enquanto sujeitos, mas ainda destituídos de capacidade crítica e reflexiva, talvez resistam ao novo pelo medo do desconhecido, do que ainda não é valorizado, nem socialmente defendido.

A fala do entrevistado 1 converge com a nossa análise:

Para os outros profissionais, o farmacêutico atuando na comunidade é ainda uma novidade. Quando a gente chega na unidade, eles ficam assim...estranhando. **Mas os profissionais mais novos têm aquele respeito pelo farmacêutico, entendeu?** Agora, uma coisa a gente sente falta, é o reconhecimento, porque quem recebe os méritos, quem colhe os frutos da assistência à saúde é o enfermeiro e o médico (E.1, Grupo I).

Além disso, vemos, a partir desta fala que os trabalhadores ainda desconhecem a participação do farmacêutico no conjunto de ações de assistência à saúde, particularmente aqueles que estão há mais tempo no serviço e que não acompanham o processo de trabalho do farmacêutico no Município. Contrariamente, este entrevistado refere que os trabalhadores de saúde mais novos “têm aquele respeito pelo farmacêutico” talvez, por terem sua formação contextualizada no cenário da Saúde Coletiva, sendo capazes de compreender a importância do trabalho do farmacêutico nas ações da saúde, numa perspectiva do trabalho em equipe, tendo em vista a integralidade das ações de saúde demandadas pelos usuários das USF.

Ainda assim, admitimos que o pensar e o fazer do farmacêutico continuam voltados para as atividades administrativas, que não são visualizadas diretamente e que se resumem à oferta dos medicamentos, e não diretamente com o cuidado ao usuário. Talvez por isso, a “falta de reconhecimento” citado pelo entrevistado 1 quanto à colaboração para os resultados alcançados.

Contudo, o entrevistado 2, gestor, apresenta um modo de pensar divergente dos entrevistados 4 e 7 ao revelarem a não necessidade do farmacêutico, e complementar ao do entrevistado 1 ao referir sobre o respeito da equipe em relação ao farmacêutico. Assim, o entrevistado 2 afirma ter clareza sobre o trabalho farmacêutico nas unidades ou, ao menos de um trabalhador exclusivo para a farmácia, diante da realidade encontrada.

[...] Tanto que tinha unidades que tinha funcionários exclusivos para a Assistência Farmacêutica [dispensação]. Me parece, pela informação que eu tive do farmacêutico, que essas unidades funcionavam melhor. Porque o fato de você ficar na recepção, ficar atendendo múltiplas demandas, muitas solicitações. Claro que não dá pra mudar a estrutura, mas pelo menos uma pessoa que fosse especialmente pra isso (E.2, Grupo I).

Durante o processo de observação vivenciamos uma situação que reforça a fala do entrevistado 2, pois encontramos um modo de trabalho mais organizado, havendo disponibilidade de tempo para efetivar uma prática mais acolhedora. No entanto, as práticas, em sua maioria continuavam mecanizadas e impessoais já que eram realizadas por trabalhadores despreparados para aquelas atividades. Ou seja, ainda que o trabalhador tentasse desenvolver ações mais receptivas, acolhedoras e dialógicas, não poderia ir além, pois encontrava limites diante da necessidade de competências que não lhes eram inerentes, mas que eram próprias do trabalhador farmacêutico.

Enfim, vemos a dispensação como um exercício complexo, que envolve aspectos técnicos, particulares do farmacêutico e dos demais trabalhadores de saúde; aspectos políticos que permeiam todo o contexto de organização das ações; e aspectos culturais, históricos e sociais que são determinantes para a concretização da transformação do modo de agir em saúde, pois envolve uma prática de relações entre sujeitos.

Porém, mesmo nesses desencontros entre o fazer e o pensar, acreditamos ser possível reconstruir novas práticas de saúde fundamentadas no cuidado farmacêutico, na organização das ações de Assistência Farmacêutica, na reconstrução das relações de trabalho como possibilidade de uma prática na Saúde Coletiva, embasada na proposta em defesa da vida, para a garantia do acesso à Assistência Farmacêutica.

4.2 Acesso do usuário à Assistência Farmacêutica ou acesso a medicamentos? Um caminho para ser reconstruído...

A organização da Assistência Farmacêutica no campo de estudo mostrou concretamente que é determinante para o acesso do usuário aos medicamentos nas unidades de saúde da família.

Para analisarmos as formas de acesso à Assistência Farmacêutica delimitadas a partir dos dados empíricos, embasamo-nos nas definições de Penchansky e Thomas (1981), Fekete (1995), Unglert (1999), Hortale, Pedrosa e Rosa (2000) e Souza (2006), que definem algumas dimensões das quais nos apropriamos para discutir a Assistência Farmacêutica numa perspectiva que vai além da disponibilidade de medicamentos.

Assim, a nossa discussão está fundamentada para além da dimensão de **disponibilidade**, ampliando-se às dimensões **econômica**, **geográfica**, **funcional** e

comunicacional, uma vez que tais abordagens, a partir da realidade estudada, poderão aproximar ações da Assistência Farmacêutica de modo resolutivo e coerente com as necessidades dos usuários do serviço.

Ao considerarmos que somente após o usuário ser atendido na unidade é que este poderá ter acesso aos medicamentos mediante uma prescrição (exceto em situações que este seja proveniente de outro nível de atenção do setor público), compreendemos que qualquer dificuldade que o usuário apresente para alcançar o serviço implicará no acesso à Assistência Farmacêutica, pois o mesmo não terá disponibilidade de medicamentos e, conseqüentemente, das ações que emergem do processo de dispensação no qual se consolida a Assistência Farmacêutica diretamente ao usuário.

Articuladas as dimensões de acesso, procuramos integrar as tecnologias leves (acolhimento, vínculo e humanização) definidas por Franco, Bueno e Merhy (1999), Gomes e Pinheiro (2005), e Oliveira, Collet e Vieira (2006) por acreditarmos que para os usuários terem acesso aos serviços e ações de saúde, essas tecnologias são capazes de produzir ações mais resolutivas voltadas para a educação em saúde e promoção da cidadania, particularmente quando se tem como campo de trabalho as equipes de saúde da família, tendo em vista a Assistência Farmacêutica.

Coerente aos princípios do SUS, o Programa Saúde da Família incorpora a universalização do acesso, integralidade da atenção à saúde, descentralização do planejamento e da gestão política, constituindo-se assim uma estratégia de possibilidades como porta de entrada à atenção básica, a partir da expansão desse acesso, com o objetivo de consolidar o processo de municipalização e regionalização entre municípios adjacentes e de coordenar a integralidade da assistência à saúde.

Neste contexto, faz-se necessário a apropriação de alguns conceitos que reflitam esse modo de fazer saúde. Assim, ao discutirmos o **acesso geográfico** nos remetemos ao conceito de comunidade que representa a esfera sociocultural, delimitada essencialmente por contigüidade geográfica e definida por aspectos semelhantes à organização da vida dos habitantes e à dependência dos mesmos equipamentos sociais e governamentais. Assim, nos referimos à territorialização e adstrição de clientela, como forma de melhor compreendermos as áreas de risco, presença de barreiras físicas para o acesso ao atendimento de saúde.

Tais princípios organizativos se fazem presentes no campo de estudo ao analisarmos o acesso geográfico dos usuários às Unidades de Saúde da Família, de modo que, tanto na zona urbana como rural, vimos uma aproximação quanto ao atendimento deste critério, conforme revelam os depoimentos dos entrevistados, a seguir.

Moro aqui perto. Venho andando [...]. É dez minutos (E.11, Grupo III).

Eu moro aqui no bairro. Venho andando. É aqui pertinho. Gasto de oito a dez minutos (E.10, Grupo III).

Esses depoimentos mostram que os usuários não apresentam dificuldades, no que se refere à distância e tempo para ter acesso à USF e, por sua vez, às farmácias dessas unidades, visto que elas estão localizadas estrategicamente, de modo a atender à população. Entretanto, quando discutimos o acesso geográfico não podemos desconsiderar a subjetividade dos sujeitos ao se referirem o que seja perto ou longe, pois, como mostra o depoimento a seguir, apesar do usuário gastar trinta minutos andando para se deslocar até a unidade de saúde, o mesmo considera perto esse deslocamento.

Moro aqui perto, na Capelinha São João. **Gasto meia hora, venho andando mesmo** (E.9, Grupo III).

Assim compreendemos, como afirmam Musgrove, Abel-Smith e Leiserson referenciados por Unglert (1999) que o grau de acesso dos serviços correspondem à distância que se deve percorrer para obtê-los, do tempo que leva a viagem e do seu custo; com isso, o fator geográfico é fundamental na origem das iniquidades.

Divergentemente observamos um difícil acesso na zona rural devido à distância e, conseqüentemente, ao tempo necessário para se deslocar ao serviço, diante das limitações geográficas próprias da zona rural tais como condições de transporte e barreiras geográficas, por exemplo, ainda que tenhamos observado que a equipe tentava se organizar funcionalmente para o atendimento da comunidade. Os entrevistados 17 e 19 expressam tal realidade.

É perto, mas eu gasto uma hora pra chegar aqui porque venho andando (E.17, Grupo III).

Olhe, eu gasto umas quatro horas mais ou menos. É perto, mas eu venho andando devagarzinho. Eu não posso dar a passada grande. [...] Às vezes eu encontro alguém e venho de bicicleta (E.19, Grupo III).

A partir destes depoimentos sobre acesso geográfico dificultado, encontramos convergência com o estudo realizado por Travassos e Viacava (2004) ao revelar que onde há menor acesso, conseqüentemente, há menor utilização dos serviços de saúde nas populações rurais, particularmente entre idosos que lidam com barreiras próprias do envelhecimento.

Diante desta realidade, voltamos o nosso olhar sobre as potencialidades e estratégias de resolutividade do PSF para o atendimento da necessidade do usuário, levando-se em consideração que as particularidades dos sujeitos, tais como problemas de saúde que limitam suas condições de deslocamento como foi o caso dos entrevistados 17 e 19, precisam ser observadas no processo de organização dos serviços. Pois é incoerente admitir que o usuário precise andar durante uma a quatro horas para ter acesso à unidade de saúde. Isto inclusive, funciona como justificativa para a não utilização do serviço pelo usuário, que diante da impossibilidade de chegar à USF fica desprovido de cuidados de saúde.

Além da distância, tempo e transporte, é importante considerarmos que, para a utilização dos serviços de saúde, aspectos como o acolhimento, a confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade, a competência dos membros da equipe e a resolubilidade dos serviços são determinantes (LIMA *et al*, 2007).

As falas dos entrevistados 13 e 16 nos remetem à análise da forma como o serviço está organizado para receber os usuários, o **acesso funcional**. Como vemos, o serviço está organizado mediante agendamento e o usuário precisa ir à unidade para fazer isso, pois não há disponibilidade de outras formas. Ainda que exista o agendamento, os usuários já têm o hábito de chegar cedo na unidade, como garantia de que será atendido, como vemos no depoimento a seguir.

Moro aqui pertinho. Chego às seis horas para ser atendida logo (E.16, Grupo III)

Moro aqui defronte. Antes das sete, umas seis e meia eu chego aqui na unidade (E.13, Grupo III).

Essas falas ratificam os dados encontrados por nós durante o período de observação, quando constatamos, por várias vezes, os usuários chegarem às USF antes mesmo de iniciarem o expediente, na tentativa de garantirem o atendimento, que, por sua vez, foi agendado previamente. Entretanto, vimos também que o sistema de agendamento não considera o grau de complexidade da situação apresentada pelo usuário, reproduzindo a lógica da organização de outras realidades brasileiras, gerando uma superlotação de pessoas na área

da recepção, em busca de uma vaga, inclusive aqueles cujo sofrimento e situação de saúde não permitiam esperar.

Contudo, os depoimentos dos entrevistados (9, 14 e 15) contradizem essa realidade observada por nós.

Quando uma pessoa chega doente e tá com um problema mais sério eles [os atendentes] fazem o possível pra encaminhar, pra que o médico atenda (E.15, Grupo III).

O que a gente precisa eles atendem numa boa (E.14, Grupo III).

Muitas vezes as fichas estão completa e elas dizem pra gente esperar um pouquinho pra ver se tem ficha extra (E.9, Grupo III).

A partir desses depoimentos, entendemos que na rede de saúde do município, não há uniformidade nas ações realizadas pelos trabalhadores quanto aos procedimentos que conduzam para a resolubilidade nas ações, pois, os mesmos divergem da nossa observação em diferentes USF.

Em outros momentos também presenciamos situações em que o usuário, proveniente da demanda espontânea procura o serviço, mas devido à ausência do médico na unidade, o trabalhador orientou esse usuário a procurar uma unidade hospitalar sem ao menos ter consultado a enfermeira, gestora da USF, que se fazia presente na unidade, quanto àquela situação que, no nosso entendimento poderia ser resolvida naquela unidade de saúde. Tais situações evidenciam práticas descontextualizadas da proposta do Programa Saúde da Família que tem, entre outras características, a responsabilização pelo cuidado e a ampliação da prática clínica ampliada com inclusão da dimensão social e subjetiva.

Neste sentido, nos reportamos a Schmith e Lima (2004) ao destacarem que, apesar da dedicação exclusiva ao PSF, a enfermeira não se constitui referência para as auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, mesmo para casos de sua competência. Dessa forma, a demanda única para o médico, de atendimentos clínicos, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários ao atendimento médico, fortalecendo assim o modelo médico-centrado.

Ainda quanto à organização dos serviços, encontramos uma situação diferente, expressa no depoimento do entrevistado 6 (trabalhador de saúde), ao descrever a programação e controle de estoque de medicamentos.

[...] por exemplo, esse mês teve 5280 captopril, mas em compensação, esse mês não teve atendimento de enfermeiro porque ela tá de férias e não teve tanto como no mês anterior (E.6, Grupo III).

Tal depoimento traz uma situação incoerente à proposta da atenção à saúde, embasada nas políticas conformadora do SUS, particularmente, do Programa Saúde da Família. Assim, não podemos admitir que, diante das férias da enfermeira, os usuários ficassem desprovidos de seus cuidados e até mesmo sem acesso a medicamentos como afirmou o entrevistado, oferecendo riscos à saúde dos usuários portadores de doenças crônicas.

Ao considerarmos as particularidades envolvidas no processo de cuidado desses usuários, temos clareza de que é preciso haver organização e planejamento do serviço no sentido de evitar a falta de atendimento clínico, por qualquer que seja o motivo, bem como a indisponibilidade de medicamentos para os usuários que precisam ser acompanhados frequentemente tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro.

Particularmente, em relação ao serviço da Farmácia, observamos que ele está organizado de forma que o usuário que tem acesso aos demais serviços e necessite de medicamentos que tenham sido prescritos pelo médico, enfermeiro ou odontólogo da USF terá acesso a eles, caso estejam disponíveis. Dessa forma, a necessidade da apresentação de uma prescrição é coerente, quando pensamos que o usuário do SUS tem o direito à integralidade da assistência à saúde, incluindo o acesso aos medicamentos e à Assistência Farmacêutica.

Porém, ainda encontramos dificuldades/limites em relação à programação, aquisição e distribuição de medicamentos visto que têm ocorrido problemas de desabastecimento, interferindo na assistência à saúde do usuário, com implicações no acesso econômico já que, os usuários, ao não encontrarem os medicamentos na farmácia da unidade precisam comprá-los, independente de suas condições financeiras.

Cabe-nos, portanto, reflexões sobre o modo de como se processam as ações de saúde no Município pesquisado diante de tal situação, pois vemos que muitas dessas atitudes são decorrentes também de questões como respeito, compromisso, ética, resolubilidade, vínculo,

dispositivos que perpassam ações como o planejamento e o processo de educação dos trabalhadores e usuários. Dessa forma, comungamos com Merhy (2006a) que é necessário que haja um trabalho coletivo (gestor-trabalhador de saúde-usuário) sobre o modo como as ações em saúde têm se operacionalizado para produzir respostas aos usuários diante de seus problemas, de seu sofrimento e das capacidades de resolubilidade das tecnologias disponíveis no serviço, inventando mudanças na saúde.

Além da organização dos serviços e dos recursos necessários ao atendimento das USF, entendemos que é também importante a relação que se estabelece entre os trabalhadores e os usuários e entre os trabalhadores entre si, pois, não basta corrigirmos os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade (MERHY, 2006a). Entretanto, concordamos com o autor que um dos grandes desafios é a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com o usuário do serviço de saúde e vice-versa, em prol de uma relação mais solidária entre eles próprios.

Neste sentido, explicitamos alguns depoimentos dos entrevistados, tanto na zona urbana, quanto na zona rural, que caracterizam o acolhimento aos usuários.

Eu gosto de todo mundo [cita nomes]. A maneira como elas tratam, né. Nunca me tratou mal (E.10, Grupo III).

São ótimos para mim. Todo mundo me trata bem. Não tenho do que reclamar (E.11, Grupo III).

Diante destes depoimentos reafirmamos o nosso modo de pensar em que o acolhimento, o vínculo, dentre outros, são necessários na relação entre trabalhadores de saúde e usuários para a garantia do acesso aos serviços e resolubilidade das ações.

De forma convergente aos depoimentos dos entrevistados 10 e 11, o entrevistado 3 (trabalhador de saúde) demonstra um relação “harmoniosa” e fundamentada no vínculo com os usuários.

Tem um bocado de gente aqui que gosta de mim. Recebo um bocado de presente, comida[...]. **Eles me chamam pelo apelido.** Acho que eles se sentem íntimos (E.3, Grupo II).

Por outro lado, o depoimento do entrevistado 2 traduz, aparentemente, uma relação ainda impessoal e objetiva, que não tem proporcionado a criação de elos entre os sujeitos.

A relação é normal. De zero a dez? **Oito.** Às vezes eles reclamam, às vezes precisa responder, até porque eles precisam ouvir (E.4, Grupo II).

Acreditamos que a existência de vínculo e/ou acolhimento nas relações significam que elas deverão ocorrer fundamentadas no respeito às limitações e às necessidades de cada um, às particularidades e às singularidades apresentadas no processo dinâmico do cuidado à saúde, o que de fato exige compromisso, dedicação e responsabilidade sobre a vida do outro. Contudo, o vínculo e o acolhimento não anulam a existência de divergências de idéias provenientes da vida de cada um, pois os sujeitos são diferentes e encontram-se em posições distintas nessa relação. Portanto, no nosso modo de entender, não podemos quantificar os sentimentos que emergem desse processo ou estaremos objetivando as subjetividades dos sujeitos.

Entretanto, também compartilhamos da concepção de Franco e Merhy (2003) que para modificar a essência dos modos de produção das ações de saúde, somente o vínculo não é suficiente, mas sim a modificação de estruturas mais profundas que dizem respeito ao perfil dos serviços, sua forma de produção e seu núcleo de trabalho médico-centrado.

Particularmente, a relação entre os trabalhadores de saúde também se dá de maneira vinculada, cooperativa, no sentido de facilitar a organização do trabalho, conforme afirmam os entrevistado 3 e 6.

Antes a relação não era boa, mas hoje a equipe já ta formada há um tempo. **A relação é respeitosa, produtiva** porque aqui a gente trabalha muito (E.3, Grupo II).

[...] Porque isso **aqui é uma família**, né. A gente vem ajudar, colaborar, eu **visto a camisa do trabalho**. Eu olho e vejo se está faltando alguma coisa, vejo como tá a planilha da farmácia. Já que eu faço parte desta família, a obrigação é saber onde tá cada coisinha, né (E.6, Grupo II).

As falas desses entrevistados aproximam-se da idéia de trabalho em equipe, mas para tanto, faz-se necessário a reorganização do processo de trabalho, com ações que ocorram ordenadamente, respeitando as capacidades e limitações de cada um, no sentido de produzir trabalho efetivo. Além disso, é preciso reincorporar toda equipe em sua integralidade e não

apenas aqueles com afinidades pessoais, diante de um propósito maior que é cuidar e defender a vida destes usuários.

Por outro lado, os entrevistados 1 e 6 revelam em suas falas uma insatisfação ao que diz respeito à relação interpessoal, diante de muita cobrança quanto à realização do trabalho e pouco reconhecimento diante do esforço que os mesmos desempenham para cumprir suas atividades.

[...] a gente tem que ter equilíbrio todo dia. [...] Ninguém [?] ajuda a gente, é só cobrança. [...] um elogio é bom, né (E3, Grupo II).

Tem coisas que não é tão agradável, mas a gente vai contornando, vai andando (E. 6, Grupo II).

É premente atentarmos para a necessidade de se discutir os resultados produzidos a partir dos diferentes processos de trabalho em saúde no Município pesquisado, particularmente das questões que tocam a conscientização do trabalhador quanto às atividades que desempenha e a relevância do seu trabalho para a saúde da coletividade. Essa reflexão deve fazer parte do cotidiano desses sujeitos quando pensamos que o trabalho em saúde deve ser planejado coletivamente, envolvendo-os e valorizando-os como responsáveis e necessários pelas ações sejam elas satisfatórias ou não.

Ainda no que diz respeito à relação com a equipe, destacamos o depoimento do entrevistado 3 que relata ausência de contato com os trabalhadores da coordenação da Assistência Farmacêutica, exceto no momento da distribuição.

O contato que a gente tem é fazer o pedido eles vêm buscar. A gente conversa e tal, vem trazer os medicamentos. O que tá errado eles falam pra gente consertar (E.3, Grupo II).

Esse depoimento corrobora a nossa análise quanto a um trabalho caracterizado por ações de controle e também quanto à “exclusão” do farmacêutico quando nos referimos ao trabalho em equipe, como se o mesmo não contribuísse para os resultados alcançados. Porém, sabemos que tal modo de pensar, justifica-se pela ausência do farmacêutico nas ações diretas de assistência ao usuário, o que o faz “desconhecido” tanto pelos trabalhadores quanto pelos próprios usuários, como se o trabalho da coordenação da Assistência Farmacêutica fosse apenas de garantia da disponibilidade de medicamentos.

Nesse cenário, nos remetemos a Franco e Merhy (2003) ao afirmar que não podemos nos referir a um trabalho em equipe se não houver construção de uma interação entre si para que possamos trocar conhecimentos e articular as diferentes competências na produção do cuidado.

Ainda no que se refere ao acesso funcional, é importante considerarmos as limitações e os avanços percebidos pelos sujeitos quanto aos serviços que são produzidos e ofertados. Neste sentido, encontramos situações convergentes entre os usuários, como mostram os depoimentos a seguir.

Não tenho dificuldade de realizar o que preciso [...]. Faço exames, consultas com o médico e com a enfermeira. [...] **vacina, remédio** (E.10, Grupo III).

Participo das palestras, consulto com a enfermeira, faço preventivo, consulta, **vacina** (E.14, Grupo III).

Porém, o trabalhador (entrevistado 3) relata uma situação divergente.

Eu acho organizado [...] Eu acho que as ações são organizadas na medida do possível. A marcação de exames mesmo, as pessoas reclamam e com razão porque é chato a pessoa chegar aqui e só poder fazer o exame em julho. Aí eles dizem: mas eu tô doente, em julho, eu já morri ou eu já fiquei boa, entendeu (E.3, Grupo II).

Diante dos depoimentos entendemos que, no geral, o serviço encontra-se organizado para o atendimento das necessidades dos usuários, particularmente em relação aos atendimentos médicos, de enfermagem e disponibilidade de medicamentos. No entanto, a marcação de exames ainda se constitui um entrave à resolubilidade do serviço. É preciso, portanto, discutir questões mais profundas que tangem o planejamento, a recuperação das demandas e a capacidade de oferta dos serviços.

Durante as entrevistas com os usuários nos chamou atenção o fato de que poucos deles se referiram ao serviço da farmácia seja como avanço ou limitação. Apenas falavam das demais ações disponibilizadas pelas unidades como pudemos ver nos depoimentos dos entrevistados 10 e 14. Certamente, o modo mecanizado e impessoal como ocorre a dispensação de medicamentos nas unidades, entendida por eles próprios e também pelos trabalhadores como “despacho” ou simples entrega, torna essa atividade tão simplista que não a citaram quando questionados sobre os serviços da unidade. Situação que reforça a nossa idéia quanto à necessidade de rever a prática da dispensação, pois da maneira como tem ocorrido, o serviço tem perdido oportunidades de melhorar a qualidade da atenção a esses

usuários através dos serviços voltados para a Assistência Farmacêutica e, particularmente, por meio do trabalho farmacêutico.

Apesar do Município apresentar essas dificuldades, encontramos em depoimentos tanto de usuários quanto de trabalhadores aspectos referentes a avanços alcançados em relação à organização dos serviços.

Teve [avanços], porque o posto anterior era muito ruim. Tinha buraco em tudo quanto era canto e agora não. **Os remédios também melhoraram. Faltava muito e agora não** (E.1, Grupo II).

Antes de colocar o posto aqui, **os remédios eram comprados. Hoje, é gratuito** (E.10, Grupo III).

A partir da observação no campo empírico, e da análise do Plano Municipal de Saúde (BAHIA, 2002/Doc.16), tais avanços quanto à melhoria da estrutura e da oferta de serviços coincidem com o momento de habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal e também à incorporação do Programa Saúde da Família no Município.

Além disso, tais mudanças históricas também promoveram maior acesso dos usuários às ações de Assistência Farmacêutica, diante da incorporação das políticas do setor, particularmente da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1999/Doc.17), Portaria nº 2084, de 28 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005c/Doc.14), e da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2007d/ Doc. 5), que tratam do financiamento da Assistência Farmacêutica, além das atualizações periódicas da RENAME. Este contexto histórico diverge, portanto, da fala do entrevistado 5 (trabalhador) ao referir que “quanto à farmácia continua a mesma coisa”.

De maneira divergente aos avanços encontrados na realidade, não houve transformações em relação à organização do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde que, diante da maior oferta de serviços, assumiram mais atribuições, gerando prejuízos e desgastes quanto às particularidades da vida de cada um deles.

Despacho remédio, marco consulta, marco a agenda do médico e da enfermeira [...] e tem os exames ainda que é o que mata a gente.[...] os exames englobam uma grande quantidade de tempo que a gente não tem.[...] Eu não gosto. É uma cobrança que não é da gente [...] Precisava mesmo era um computador pra não precisar fazer conta. Eu levo pra casa, perco sono, ta entendendo? (E.3, Grupo II).

Dificuldade não. Eu acho o tempo curto. Poderia ser um trabalho melhor [...] Se eu tivesse mais tempo eu organizaria melhor as coisas, por isso eu saio sempre mais tarde (E.5, Grupo II).

Visualizamos, a partir desses depoimentos, situações em que, apesar dos usuários não terem dificuldades de acesso aos serviços, os trabalhadores exercem uma jornada de trabalho superior a oito horas para poderem realizar as atividades de sua responsabilidade no sentido de garantir a organização do serviço, justificado diante da justaposição de atividades realizadas pelos trabalhadores na unidade de saúde.

Compreendemos, portanto, que é preciso reorganizar todo o processo de trabalho, aproveitando todos os “ruídos” do cotidiano (MERHY, 2006a), na perspectiva de adequar as atividades dos trabalhadores, especialmente aquelas relacionadas à Assistência Farmacêutica, uma vez que precisam ser discutidas e reconstruídas, incorporando aspectos que viabilizem uma melhor assistência aos usuários dos medicamentos, por meio de um processo de trabalho organizado e resolutivo.

Outra dimensão que analisamos no sentido de compreender como se processa o acesso à Assistência Farmacêutica é a disponibilidade de medicamentos, ou seja, os medicamentos que precisam estar disponíveis em quantidade e qualidade adequadas ao atendimento da demanda, evitando prejuízos na acessibilidade desses usuários. No entanto, compreendemos que essa dimensão precisa ser discutida de maneira dialogada com a dimensão econômica, uma vez que poderão existir custos com a aquisição de medicamentos, caso eles não estejam disponíveis adequadamente.

A disponibilidade de medicamentos para o SUS não se restringe aos medicamentos da RENAME, mas existem outras listas para o atendimento de demais Programas conforme vimos. Particularmente, no Programa Saúde da Família constam os medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica elaborados a partir da RENAME.

Quanto à disponibilidade desses medicamentos nas unidades, os entrevistados apresentam diferentes situações que são reflexos das atividades de organização da Assistência Farmacêutica conforme vemos nos depoimentos dos usuários a seguir.

Só uma vez que não tinha o [remédio] que o médico passou. Não costuma faltar não. É difícil eu vir e não encontrar (E.9, Grupo III).

Quando falta remédio, se tiver pertinho de chegar eu espero. Aí eu venho e consigo [...] **E muito difícil não ter o remédio**. Às vezes, encontro todos que preciso (E.10, Grupo III).

Evidenciamos nas falas destes entrevistados uma realidade que resulta do processo de organização da Assistência Farmacêutica no município, já que os depoimentos expressam uma irregularidade no abastecimento de medicamentos e, conseqüentemente, na sua disponibilidade para os usuários. No entanto, também encontramos contradições na fala do entrevistado 10 ao referir que é “muito difícil não ter remédio” e em outro momento relata que “às vezes, eu encontro todos que eu preciso”.

Retomamos, então, as ações de programação, aquisição e distribuição de medicamentos, pois são determinantes na disponibilidade aos usuários e precisam ocorrer de modo organizado para evitar que o usuário fique desprovido de um componente importante no processo de restabelecimento da saúde. O depoimento do entrevistado 11 reflete essa análise ao explicitar a articulação entre essas ações para a garantia do acesso dos usuários.

Eu espero oito dias, quinze dias, trinta dias, depende de quando chegar o remédio (E.11, Grupo III).

Os depoimentos dos entrevistados 10 e 21 reforçam essa necessidade de articulação entre as atividades da Assistência Farmacêutica diante da indisponibilidade e irregularidade na oferta dos produtos demandados, pois culminam na dimensão do acesso econômico que se mostrou diferente entre os usuários.

Quando tem remédio a gente pega na farmácia. Às vezes eu espero se estiver pertinho de chegar.[...] **Se tiver que pagar eu compro à vista ou a prazo**. (E.10, Grupo III).

Tem vezes que fico muito tempo sem remédio e **às vezes a gente não tem dinheiro para comprar** (E.21, Grupo III).

Se tiver remédio elas me dão. **Se não tiver eu vou comprar ou então manda esperar**. Se tiver ficha eu peço no crediário pra 30 dias, se não tem que pagar no dinheiro (E.11, Grupo III).

A realidade contida nestes depoimentos é condizente ao perfil sócio-econômico dos usuários que, em sua maioria não possuem trabalho formal, não contribuem para a renda familiar e, além disso, têm outras despesas com a saúde. Diante das limitações econômicas

dos sujeitos e também da indisponibilidade nas unidades de saúde, percebemos que a compra no crediário é uma possibilidade para a aquisição dos medicamentos.

Porém, não podemos admitir que essa situação continue acontecendo, pois representa um retrocesso quando percebemos que tal prática está inserida de modo contraditório ao que propõe o Sistema Único de Saúde, apresentando-se seletivo e excludente, haja vista que terão acesso aos medicamentos aqueles que primeiro forem atendidos e, conseqüentemente, ainda vão encontrar medicamentos disponíveis nas farmácias das unidades. Por conseqüência, aqueles que tiverem acesso ao serviço mais tardiamente precisará esperar pela nova distribuição, que pode demorar até 45 dias, conforme expôs o gestor ao referir-se a programação, ou terá que comprar os medicamentos que precisam de alguma forma.

Converge com nossas análises os depoimentos dos entrevistados 5 e 7, trabalhadores de saúde, ao revelarem que a falta de medicamentos na unidade é “normal”, corroborando com a idéia de que o usuário já entende que deve esperar pelo “pedido extra” ou que pode comprar o seu medicamento.

Quando está longe da data do pedido a gente faz uma listinha e o enfermeiro autoriza e ai faz o pedido extra. Mas seja estiver próximo [?] do pedido [do pedido manual efetuado por meio da planilha] a gente aguarda (E.5, Grupo II).

Quando não tem [o medicamento] a gente manda retornar pra pegar. Alguém que eu sei que teve condições de compra eu digo: olhe se você não quiser esperar, você pode comprar (E.7, Grupo II).

A partir das falas destes entrevistados, percebemos que a falta de medicamentos é entendida como um evento esperado, havendo inclusive a possibilidade de solicitá-lo ao almoxarifado, caso exista necessidade e dependendo do tempo para a entrega do próximo pedido. Por outro lado, vemos que se o usuário puder comprar ele não precisa esperar, parodiando o histórico lema “o SUS não precisa ser para todos”.

O entrevistado 3 mostra, por sua vez, um depoimento diferente quanto ao acesso a medicamentos, ao colocar um aspecto importante que é o valor de uso que os usuários têm em relação aos medicamentos que não são disponibilizados pelo serviço.

[Os usuários] recebem bem [a falta de medicamentos]. Porque aqui a gente dá de tudo, a gente tem tudo. Creme vaginal de R\$ 38,00, amoxicilina que é cara [...] a gente dá quase tudo e o pessoal não dá valor. Nem todo mundo dá valor [...] tem gente que não usa direito o remédio, volta aqui de novo. É aquela coisa de não dar valor. Quando falta que vai para a farmácia [fora do serviço público] e que compra

[...] aí dá valor. Tem outros que dizem que é uma porcaria, que tem que fechar (E.3, Grupo II).

Quando o entrevistado refere que “tem gente que não usa o remédio direito e volta aqui de novo”, encontramos uma situação que expõe a dificuldade de esclarecimentos desses usuários quanto ao uso de medicamentos. Essa situação é reflexo, entre outras possibilidades, do trabalho desenvolvido tanto pelos prescritores quanto pelos atendentes das farmácias, caracterizado pela falta de comunicação e não relevância das dificuldades e limitações dos sujeitos usuários de medicamentos.

Além disso, esse depoimento também expressa a (des) valorização dos medicamentos dispensados nas farmácias das USF, pois encontramos distintos modos de pensar: ora os medicamentos são bons porque nas farmácias privadas os mesmos são caros, ora não têm qualidade e por isso é preferível comprar. Comumente vemos e, muitas vezes, ouvimos relatos de usuários, particularmente os portadores de doenças crônicas, referirem que preferem comprar o medicamento a adquiri-lo nas unidades de saúde alegando qualidade duvidosa. Assim, compreendemos que há necessidade de se discutir coletivamente estratégias de desenvolvimento da educação e cidadania desses usuários, para que possam conhecer, defender e valorizar os serviços e os recursos dos quais dispõem para o atendimento de suas necessidades.

Tais questões precisam ser discutidas não apenas entre trabalhadores e gestores que planejam e constroem as práticas de saúde no SUS, mas também com esses usuários, no sentido de defenderem os serviços oferecidos pelo SUS, ao invés de ficarem omissos ou, até mesmo, comungando da mesma idéia e indo de encontro ao próprio trabalho realizado cotidianamente cujo objetivo é defender a vida dos sujeitos.

Retomamos as falas dos entrevistados 5 e 7 sobre o desabastecimento de medicamentos nas unidades de saúde da família e as confrontamos com o depoimento do entrevistado 2 (gestor) que é divergente, ao destacar que existe uma preocupação entre os trabalhadores de saúde no sentido de evitar o desabastecimento de medicamentos, principalmente para os que apresentam patologias crônicas.

[...] Minha maior angústia era quando faltava medicação de uso contínuo hipertensão, principalmente. Eu dizia: pelo amor de Deus não deixem faltar medicação de contínuo[...]. Então quando faltava e eu ia identificar era o processo que não andava porque alguém simplesmente não fez a parte que tinha que fazer (E.2, Grupo I).

Concretamente, a situação aqui colocada pelo entrevistado 2 reforça a nossa idéia de que o acesso efetivo dos usuários à Assistência Farmacêutica depende do seu processo de organização. Sendo assim, irregularidades nas atividades de programação e aquisição aqui explicitadas são determinantes da disponibilidade de medicamentos.

Para tanto, a nossa reflexão é reforçada no depoimento do entrevistado 2 ao afirmar que a garantia do acesso é responsabilidade de toda equipe e de todos os setores envolvidos na organização da Assistência Farmacêutica.

Minha maior atividade era sentar com essas pessoas todas juntas, setor do almoxarifado, da Assistência Farmacêutica, contabilidade e setor de compras. Colocava todo mundo em volta da mesa identificava essas falhas.[...] toda reunião começava assim: porque então faltou medicação.[...] A gente acabava descobrindo, verificando o que exatamente houve. (E.2, Grupo I).

Diante dessas dificuldades, o gestor nesse depoimento, aparentemente mostra ter clareza de que todos são os responsáveis pela situação encontrada no principio e, portanto, para resolvê-la é preciso discutir coletivamente os obstáculos existentes no sentido de eliminá-los ou, ao menos minimizá-los.

Apesar do esforço relatado pelo gestor para reunir todos os responsáveis para discutir os problemas encontrados quanto à disponibilidade de medicamentos, observamos que entre os trabalhadores a idéia é de que apenas a Coordenação da Assistência Farmacêutica é responsável pelos problemas relacionados aos medicamentos. Certamente, o entendimento de que o processo de trabalho do PSF é realizado por qualquer trabalhador, e não no trabalho em equipe e na co-responsabilização das ações, influenciaram na organização do serviço de saúde, especificamente na Assistência Farmacêutica, com repercussões no seu acesso.

Apesar de evidenciarmos esses obstáculos na disponibilidade de medicamentos, os entrevistados apontaram também alguns avanços ao considerarem o contexto histórico de implantação das unidades de saúde da família no município estudado.

Antes de colocar o posto aqui no bairro os remédios eram todos comprados. Hoje é gratuito (E.10, Grupo III).

Sempre falta alguma coisa, mas eu acho que esta melhor do que antes [...] (E.15, Grupo III).

O posto anterior era muito ruim. [...] os remédios também melhoraram. Faltava muito e agora não (E.3, Grupo II).

No entanto, os entrevistados 5 e 13 divergem quanto a estes avanços relativos a disponibilidade de medicamentos.

Aqui melhora todo dia [...] Em relação a farmácia está a mesma coisa (E.5, Grupo II).

Agora com este posto melhorou bastante [...]. A farmácia já era boa e continua. Não mudou em nada (E.13, Grupo III)

Compreendemos, porém, que historicamente, com as atualizações das Relações Nacionais de Medicamentos e o incremento nos incentivos à Assistência Farmacêutica Básica, o elenco de medicamentos foi ampliando-se com a introdução de novos medicamentos, registrando, portanto, avanços quanto à disponibilidade de medicamentos. Contudo, esses avanços não foram visíveis diante das fragilidades do processo de organização da Assistência Farmacêutica e, possivelmente, não são percebidos nem pelos usuários nem pelos trabalhadores.

Ainda no que se refere aos avanços quanto o acesso à Assistência Farmacêutica, e diante da realidade vivenciada no Município, o entrevistado 2 afirma que a comunidade começou a reconhecer o acesso aos medicamentos como direito.

A oferta de itens de medicação começou a ser maior. Eu acho que antes faltava muita medicação [...] Eu acho assim, **a partir do momento que começou a ter medicamento certinho na unidade, as pessoas começaram a reconhecer que aquilo era direito.** Porque antes faltava tanto que pra eles quando faltava era normal. [...] **Toda hora que faltava medicação eles iam pra rádio.** [...] Eu tenho certeza de que, se chegar uma outra gestão que volte a ser como antes eles vão pra rádio porque agora eles sabem comparar. [...] A rádio funcionava pra mim, então, como o reconhecimento de um direito (E.2, Grupo I).

Tal depoimento converge com a realidade observada, pois evidenciamos que a comunidade se refere ao rádio enquanto um instrumento para verbalizar publicamente suas insatisfações com o serviço de saúde.

Contudo, destacamos uma situação divergente, pois ainda que o rádio seja culturalmente utilizado como forma de expressão, apenas uma minoria o utiliza, uma vez que nos depoimentos dos usuários, particularmente em relação à disponibilidade de

medicamentos, muitos esperam passivamente pela chegada do medicamento, por “oito, quinze ou trinta dias” como referiu o entrevistado 11.

Além disso, essa realidade também revela a ausência de participação ou de conhecimento dos usuários sobre a atuação do Conselho Municipal de Saúde como instância na qual eles podem colaborar para a construção das práticas locais, seja através da identificação de limitações, avanços, ou perspectivas. Nossa reflexão converge com o depoimento do gestor (entrevistado 2), a seguir.

[...] nem o Conselho de Saúde eles sabiam usar. [...] Eles usam muito mais o rádio do que o próprio conselho municipal que tem uma função importante nisso aí [disponibilidade de medicamentos] (E.2, Grupo I).

Compreendemos que a participação dos usuários e demais representantes da comunidade no Conselho Municipal de Saúde deve ser incentivada pelos gestores, pelos trabalhadores de saúde que lidam diariamente com as dificuldades e entraves do serviço, pelos representantes das associações de classe e de bairros, e demais sujeitos inseridos diretamente no cenário municipal. Pois, além de não existir uma cultura, também não há, muitas vezes, conhecimento sobre as atribuições do Conselho, enquanto possibilidade de construção e transformação coletivas na saúde, especificamente na Assistência Farmacêutica.

A partir das abordagens discutidas aqui, ao nos referirmos sobre o acesso à Assistência Farmacêutica, já compreendemos que essas dimensões precisam estar interligadas, numa “rede” que propicie, no contexto dinâmico que é o sujeito da saúde, melhores resultados ao pensarmos nas ações de saúde e melhores relações entre os sujeitos que as produzem.

Nesta perspectiva, acreditamos que a incorporação do acesso comunicacional às demais dimensões, numa tentativa de valorização da linguagem, dos saberes e das competências do outro poderá contribuir para o alcance de resultados mais efetivos no processo de cuidado à saúde.

A comunicação pode ser entendida como um processo dinâmico de repartir a experiência para que ela se torne comum entre os envolvidos. Não se dá apenas pela fala. E, mesmo na fala, há diferentes entonações de voz, silêncios, pausas, alterações de volume, que

tem um sentido para aquele que ouve. Assim, é um ato social que permite que experiências, sensações, idéias e pensamentos possam ser partilhados com outros (ROSEMBERG, 2006).

Dessa forma, valorizar a linguagem, a comunicação entre os sujeitos seria, na concepção de Ayres (2001, p. 64), “resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde”. Ao aproximarmos essa abordagem da realidade vivenciada no campo de estudo, compreendemos que essa relação deve se processar entre os trabalhadores de saúde com os distintos saberes, seja o saber próprio da saúde ou particular da administração, da contabilidade; e entre os trabalhadores e usuários, o saber técnico e o saber popular, num diálogo que soma idéias e modos de pensar num processo vivo que resulta em um dever e um compromisso.

Retornando ao depoimento do gestor, encontramos uma realidade que diverge da nossa análise ao mostrar a dificuldade de comunicação entre os diferentes setores responsáveis pela Assistência Farmacêutica.

[...] Fazer esse pessoal todo se entender deu trabalho. **Falta de entendimento e entrosamento do pessoal do nível central com o farmacêutico.** Tem melhorado, mas ainda havia dificuldade. Os técnicos da compra, que eram do setor administrativo com a linguagem do farmacêutico em si. [...] É o entendimento, o relacionamento intersetorial, **isso aí é muito difícil** na parte administrativa da gestão. Eles não têm o mesmo nível de entendimento [...] E não quer entender também (E.2, Grupo I).

A partir desta fala, o entrevistado 2 (gestor) expõe a falta de entendimento entre os trabalhadores de saúde da Assistência Farmacêutica e os trabalhadores do setor administrativo como um obstáculo para efetivar as ações das quais são responsáveis, neste caso as ações de organização da Assistência Farmacêutica que são viabilizados pela interrelação entre estes setores, conforme discutimos na seção anterior.

Coadunando com Schraiber e colaboradores (1999), Silva e Trad (2005), compreendemos então que a incorporação dessa linguagem comum, não necessariamente técnica, mas específica o suficiente para que haja uma compreensão entre os sujeitos envolvidos, apresenta-se como possibilidade para reduzir ou eliminar entraves no conjunto de ações que configuram o acesso à Assistência Farmacêutica. Para isso, um precisa conhecer o trabalho do outro para que percebam a relação estabelecida entre eles e o benefício resultante dessa interação de saberes para a coletividade, para a atenção integral à saúde.

Os depoimentos dos gestores (entrevistados 1 e 2) explicitam uma conseqüência dessa resistência comunicacional entre os trabalhadores para a disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde.

Na hora que o medicamento falta na unidade de saúde aí diz: ‘o que foi que aconteceu?’ Quando vai ver o processo ficou engavetado [...] Quem recebeu o processo não sabia da importância daquilo e aí deixou o processo normal [sem agilizar] e aí resulta que o processo de aquisição não se dá dentro do prazo [...] (E.2, Grupo I).

[...] Eu vim receber a autorização ontem [três meses após a solicitação]. Então você vê. Quem é que agüenta segurar um abastecimento contínuo se a demora é de [...], a gente fez o pedido em maio. (E.1, Grupo I).

Tais depoimentos reforçam o nosso modo de entender que na produção de ações de saúde, particularmente nas ações de Assistência Farmacêutica, os diferentes processos de trabalho não podem ser considerados isoladamente, resolutivos por si só, pois só são finalizados quando conseguem responder satisfatoriamente às necessidades dos usuários e aos desejos dos trabalhadores, enquanto sujeitos co-responsáveis.

Concretamente, a comunicação não pode ser restrita à transmissão de informações do trabalho de cada um, mas precisa haver discussão, interação, num processo dinâmico, simultâneo, de interpenetração de responsabilidades, visto que é a garantia de cuidado à saúde, da Assistência Farmacêutica.

Na relação direta dos trabalhadores com os usuários emergem outras significações, sentimentos, expressões que caracterizam o tipo de comunicação e de linguagem que deverá existir entre eles. Procede-se então, como afirma Boaventura-Santos (2003), a um movimento de reconstrução das pontes lingüísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum. O que, segundo Ayres (2001), sem essas partes lingüísticas não poderá haver compartilhamento entre o técnico e o público, o científico e o popular.

Durante o trabalho de campo, presenciamos práticas divergentes da idéia desses autores em relação ao nosso próprio modo de entender e agir em saúde, quando um sujeito se coloca diante de outro com diferentes saberes e necessidades.

Assim, evidenciamos que, na maioria das situações, desde a recepção do usuário até a dispensação de medicamentos, as ações se processavam sem qualquer tipo de diálogo e a comunicação restringiu-se a perguntas e respostas lacônicas ao atendimento do usuário. Não

podemos observar o atendimento clínico do médico ou enfermeiro, mas talvez que, essa relação também se dê de forma semelhante devido ao tempo mínimo gasto por consulta, em média cinco minutos, incoerente ao estabelecimento de uma prática comunicativa entre o trabalhador de saúde e o usuário e vice-versa.

Particularmente, em relação à dispensação encontramos situações semelhantes, na qual ocorre apenas a entrega do medicamento ao usuário e registro no livro de controle ou citações como “esse não tem aqui” ou “esse é pra comprar”, “acabou”, como afirmam os entrevistados 9, 12 e 17 a seguir:

Ela pega a receita e vê se tem o remédio, o que tiver ela me dá. Se não tiver, ela diz que é pra comprar (E.12, Grupo III).

Ela não me dá informação. Só me dá o remédio (E.9, Grupo III).

Ela olha a receita e pronto (E.17, Grupo III).

A realidade visível nestas falas ratifica a nossa idéia quanto à ausência de práticas de educação aos usuários e também aos trabalhadores quanto à necessidade de aperfeiçoar a relação entre eles para que sejam capazes de dialogar para a reconstrução da realidade em todas as práticas do serviço e, mais particularmente, na dispensação; também quanto ao reconhecimento e questionamento de seus direitos, no sentido de exigir um serviço mais organizado, capaz de resolver efetivamente as suas necessidades de saúde, sem que para isso seja necessário aguardar ou pagar por algo que já deveria ser garantido pelo serviço.

No entanto, os entrevistados 10 e 21 divergem dos entrevistados 9, 12 e 17 ao exemplificarem uma prática divergente.

Ela explica a maneira de usar, quantas vezes ao dia, o horário. [...] Além das meninas do balcão o médico também explica (E.10, Grupo III)

Ela explica tudo a gente [...] fala como é. Orienta o que o médico passa. (E.21, Grupo III).

Ainda que esses depoimentos afirmem que há fornecimento de informações pelos trabalhadores da farmácia no momento da dispensação de medicamentos, isso ocorre de modo mecanizado sem interação, sem compartilhamento de saberes, de dúvidas ou outras inquietações que existam sobre o tratamento medicamentoso ou alguma outra questão que influencie na sua situação de saúde.

Diante do exposto, compreendemos que a falta de comunicação e diálogo já está inserida e consolidada nas práticas dos trabalhadores e dos usuários do Município estudado, de tal modo que, em um evento particular que exigiria a orientação específica do próprio serviço no sentido de resolver a situação apresentada pelo sujeito, o mesmo não se dirige ao serviço e fica desprovido de cuidado diante da barreira comunicacional existente na relação do médico com o usuário. O entrevistado 16 expressa tal realidade.

[...] uma vez o médico me passou o remédio que eu não encontrei em canto nenhum e aí eu falhei de vir. Ele é um doutor, mas é bravo (E.16, Grupo III).

Na fala desse entrevistado encontramos uma situação que poderia ser resolvida no próprio serviço, particularmente no momento da dispensação, se a prática comunicativa fosse uma estratégia fundamentada na equipe e, conseqüentemente, também nos sujeitos usuários do serviço. Possivelmente, diante de uma prescrição ilegível cujo medicamento não exista ou não esteja disponível na unidade, o usuário saiu da unidade sem esclarecimento e, após ter tentado adquiri-lo em outro local e não ter conseguido, prefere não retornar à unidade para não ter que dizer ao médico que não usou o medicamento com receio da reação do médico.

Apesar deste depoimento ser diferente dos demais sujeitos entrevistados, na nossa prática cotidiana essa situação se repete com frequência não só entre os usuários do serviço público, mas também do setor privado. No entanto, não parece ser percebida pelos trabalhadores que continuam realizando ações cujo processo comunicativo, seja por meio das falas, do silêncio ou do comportamento não se apresentam acolhedoras, resolutivas e, muito dificilmente, possibilitarão a criação de vínculo necessário quando pensamos em uma transformação das práticas de saúde.

Estudo realizado por Silva e Silver (2005) coaduna com essa realidade quando ao avaliarem a Assistência Farmacêutica na atenção primária em centros de saúde de Brasília, revelaram que a dispensação de medicamentos é realizada em um tempo médio de 53 segundos e que apenas 18,7 % dos usuários entendiam a prescrição completamente, sendo que um em cinco pacientes sabia qual o remédio que estava usando e como usá-lo. Os autores complementam ainda que resultados semelhantes foram encontrados em Campo Grande (MT), Salvador (BA), Ribeirão Preto (SP) e Fortaleza (CE), revelando que essa não é uma realidade focalizada, mas atinge dimensões em todo o contexto brasileiro.

Todavia, compreendemos que, se não nos envolvermos com a saúde, com a vida daqueles que depositam sua crença e respeito no nosso saber e não aproveitarmos essa relação para construirmos novas formas de fazer saúde, a partir do diálogo entre os sujeitos, para que os usuários sintam-se co-participantes do próprio serviço que utiliza, não ultrapassaremos a lógica do modelo biologizante e tão pouco conseguiremos construir um SUS resolutivo e humanizado.

A fala do gestor (entrevistado 1) reforça a nossa compreensão quanto à necessidade de que o diálogo e o desenvolvimento de ações comunicativas sejam defendidas como instrumento do planejamento na Saúde Coletiva.

Já aconteceram casos de troca de medicação, de erro de dispensação. Eu sabia dessas coisas, mas me doía porque eu não sabia pelas unidades, eu sabia pelo rádio. Então é aquele caso, o paciente muitas vezes não recebia o acolhimento na unidade, o próprio gerente ou o dispensador tentava cobrir o erro e aí ele [o usuário] ia pra rádio. [...] eu ficava muito preocupada quando isso acontecia porque era a ponta do *iceberg* e eu sabia que tinha muita coisa por trás (E.2, Grupo I).

Percebemos, a partir desta fala, que na visão dos usuários, o rádio é o instrumento capaz de divulgar e tornar público as suas insatisfações. Culturalmente, o rádio é aquele que “ouve”, que “recebe as queixas”, independente da forma de comunicação e linguagem utilizada pelos usuários para expressar suas inquietudes, desde a má recepção até a falta de medicamento. Ainda que não traga respostas imediatas, este veículo de comunicação dispõe-se a “receber” sem preconceitos, toda forma de expressão. Paradoxalmente, esta receptividade não foi encontrada por parte dos trabalhadores das unidades, pois, como refere o entrevistado 1, não se mostram acolhedores. Ainda que a relação se estabeleça entre sujeitos, ela não é viva, não interage e não transforma.

Enfim, precisamos discutir novos modos de agir em saúde, tanto na relação dos trabalhadores entre si, conectando diferentes processos de trabalho, quanto na relação destes com os usuários, nos aproximando uns dos outros, articulando os diferentes saberes para efetivarmos coletivamente avanços significativos no processo de cuidado da saúde, incluindo o acesso à Assistência Farmacêutica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utopia [...] engloba nossos desejos infinitos, nossas esperanças absolutas, nossas pretensões eternas, embora todos se realizem na relatividade histórica. Sem eles, porém seríamos seres pobres, que não almejam nada além do dado. Sem utopia não há revolução, no campo das condições subjetivas (DEMO, 1995, p.39).

A realização deste estudo nos proporcionou desafios enquanto trabalhador de saúde na área da Assistência Farmacêutica e defensora dessa prática enquanto sujeito do mundo que a todo instante mantém relações dialéticas com o nosso modo de pensar e agir sobre ele; e enquanto pesquisadora em busca do encontro com uma realidade desconhecida em relação ao objeto de estudo.

Como trabalhador de saúde, ainda que inserida e formada num modelo tecnicista e pouco humanizado, optamos por uma prática de trabalho não somente constituída pelos saberes técnicos, mas pela articulação dos saberes que se estabelecem nas relações com os outros sujeitos do mundo. Saberes estes, possíveis de serem reunidos na prática da Assistência Farmacêutica, de modo a contribuir para o cuidado da assistência à saúde.

Porém, ao nos referirmos como um desafio, assim o dizemos porque, ainda que esta tenha sido nossa proposta, ela confronta com outras realidades, teorias e modos de pensar que persistem em discutir e apresentar a Assistência Farmacêutica apenas enquanto um trabalho resultante de um saber técnico que se resume em indicadores para representar os números da disponibilidade de medicamentos, como se fosse um trabalho morto, de tecnologia dura, sem qualquer envolvimento entre sujeitos.

Como sujeito do mundo, notamos que houve um resgate da nossa construção histórica enquanto cidadã capaz de perceber a vida, o sofrimento e o modo de ver o mundo daqueles sujeitos observados, condicionados aos determinantes históricos, sociais, políticos e econômicos que influenciam as suas condições de vida, sem reflexão, sem diálogo, sem produção de novos cidadãos para o mundo.

Enquanto pesquisadora, o contato com aquela realidade nos revelou diferentes contextos, o que possibilitou respostas aos questionamentos deste estudo, além de permitirmos compreender a forma de organização da Assistência Farmacêutica no PSF e como se configura o acesso do usuário desse Programa à Assistência Farmacêutica.

Os dados encontrados no município de Santo Antônio de Jesus-BA revelaram que a Assistência Farmacêutica precisa ser discutida coletivamente com o intuito de reconstruir ações fundamentais nesse processo e que implicam diretamente na integralidade da assistência à saúde.

No entanto, o estudo revelou uma Assistência Farmacêutica desorganizada, fragmentada, desde a sua coordenação, assim como entre os setores da contabilidade e de organização do PSF, responsáveis por diferentes ações, mas que apresentam dificuldades para compreenderem as atividades uns dos outros e, por conseqüência, não conseguem entender a relevância de seu próprio trabalho no contexto de assistência à saúde dos usuários dos serviços.

Assim, identificamos que a **seleção** de medicamentos ocorre a partir da adoção da lista de medicamentos do programa Farmácia Básica que contém itens para diversas patologias. Ainda que tenham existido iniciativas para a constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica, ela não se manteve diante das instabilidades de seus participantes e também de interesses dos mesmos. Portanto, não se efetivaram ações de caráter prático quanto às necessidades e particularidades locais, no que diz respeito ao uso dos medicamentos.

A **programação** repete as mesmas características da seleção, no que se refere à ausência de articulação da equipe, através de um trabalho mecanizado, impessoal e pouco resolutivo que traz implicações diretas no acesso do usuário, pois está interligado à aquisição, cuja morosidade, muitas vezes, não pode ser controlada nem pelo setor de compras e nem pela coordenação da Assistência Farmacêutica. Diante da realidade tornam-se importantes as discussões e a revisão dos indicadores utilizados para a prática da programação, no sentido de minimizar ou eliminar problemas de desabastecimento de medicamentos, bem como outros aspectos particulares dessas atividades, pois como vimos, o financiamento não pode ser utilizado como justificativa às irregularidades encontradas.

Já a **armazenagem** foi uma das atividades que apresentou avanços significativos quanto à sua estrutura e demais parâmetros, referidos como Boas Práticas de Armazenamento, de modo adequado ainda que não exista um CAF propriamente dito, pois a área é definida como almoxarifado e se destina ao armazenamento de outros materiais além dos medicamentos.

Em relação a **distribuição** de medicamentos às Unidades de Saúde da Família, conforme pudemos observar e diante dos depoimentos dos trabalhadores, ela se dá mediante entrega dos medicamentos solicitados, através das planilhas de consumo e caracteriza-se como uma atividade mecanizada, fiscalizatória e de supervisão, que não possibilita a prática de relações entre os sujeitos envolvidos.

Acompanhando as características das demais ações da Assistência Farmacêutica, a **dispensação** de medicamentos aos usuários, que deveria ser fundamentada numa prática comunicativa e que incorporasse o acolhimento, o vínculo e a humanização nas relações entre os sujeitos, caracteriza-se apenas como entrega do medicamento ao usuário.

Além das características particulares do processo de trabalho desses sujeitos, evidenciamos aspectos relativos à precarização do trabalho, ausência de uma política de educação permanente, particularmente daqueles que realizam as atividades de dispensação, sem nem mesmo terem qualquer esclarecimento sobre os cuidados pertinentes ao uso racional de medicamentos. Situação esta, que se torna mais preocupante ao sabermos que não existe qualquer tipo de relação desses trabalhadores com o farmacêutico ou até mesmo, esse profissional não é identificado pela equipe, nem reconhecido pelo seu saber e seu trabalho.

Ao encontrarmos tal realidade no processo de organização da Assistência Farmacêutica, as limitações quanto ao acesso ficaram evidentes quanto à sua qualidade, considerando as dimensões por nós delimitadas, uma vez que as atividades precisariam estar articuladas e integradas ao objetivo maior, que é o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica.

Evidenciamos um serviço ainda não organizado funcionalmente, diante de uma estrutura pequena ou inexistente de farmácia que, na maioria das unidades de saúde, ocorre na mesma área da recepção, sendo identificada por um ou mais armários que se destinam à armazenagem de medicamentos. Por outro lado, a localização da “farmácia” dentro da USF favorece o acesso aos usuários que não precisam se deslocar para ter atendida as suas necessidades de medicamentos.

Porém, o que mais nos chamou atenção foram os aspectos relacionados à Programação de medicamentos, o que pode gerar possíveis custos para aquisição, além da vulnerabilidade a que ficam expostos aqueles usuários que não podem adquiri-los de outra forma e que, portanto, não teriam acesso aos serviços de saúde em sua totalidade, inviabilizando todo o processo já iniciado pelos demais trabalhadores e divergindo dos princípios que fundamentam o SUS. Realidade esta, que resgata o pressuposto de que o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica é caracterizado por um modelo de atenção excludente, focalizado, impessoal, burocratizado e não resolutivo, havendo um descompasso entre a legislação e a legitimidade social.

Ao buscarmos conhecer os limites apontados pelos trabalhadores das farmácias das USF, vimos que o excesso de atividades consiste no maior obstáculo para a organização das ações de suas responsabilidades, o que inclusive dificulta o desenvolvimento da incorporação das tecnologias leves às relações com os usuários e entre os próprios trabalhadores. Compreendemos, portanto, que não existe uma política de inserção das tecnologias ao processo de trabalho desses sujeitos, defendida coletivamente no Município estudado, sendo ainda predominante o desenvolvimento de práticas objetivizantes e condicionados ao cumprimento de metas e indicadores.

Apesar do cenário encontrado, os usuários se mostraram satisfeitos com a Assistência Farmacêutica que lhes é oferecida, certamente devido ao desconhecimento desses usuários em relação às potencialidades que a integralidade das ações possam proporcionar. Contudo, os dados produzidos nos possibilitaram afirmar que diante do processo de organização evidenciado, há dificuldades para o acesso do usuário em todas as dimensões discutidas nesse estudo: geográfica, econômica, funcional, disponibilidade e comunicacional.

Ao utilizarmos o fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde desenvolvido por Merhy (2006b, p.75) para expressar as limitações encontradas quanto ao acesso a Assistência Farmacêutica em Santo Antônio de Jesus temos o seguinte contexto: entrada no serviço -recepção - decisão de ofertas- cardápio e saída, explicitadas a seguir a partir do fluxograma 3.

FLUXOGRAMA 3 Modelo de atenção de um serviço de saúde



Fonte: MERHY, Emerson Elias. **Agir em saúde**: um desafio para o público. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006b.

Para a entrada no serviço, os usuários, ao se deslocarem, podem encontrar obstáculos referentes ao acesso geográfico, que envolve tempo de deslocamento, distância e existência de meios de transporte. Particularmente na zona rural e quando os usuários são idosos, esses obstáculos tornam-se maiores, e, inclusive, podem inviabilizar o acesso ao serviço.

Entre a entrada do serviço e a recepção também existem situações que impossibilitam o vínculo do usuário no serviço, principalmente porque o acolhimento não está inserido no

processo de trabalho dos trabalhadores. Ao ter vínculo, tanto com os trabalhadores quanto com a unidade de saúde, o usuário decide pelo serviço que precisa para atender às suas necessidades de saúde, mas só poderá fazê-lo se o serviço estiver organizado de modo a propiciar todas as suas potencialidades. Entre as ofertas disponíveis encontramos os atendimentos clínicos, solicitação e entrega de exames e dispensação de medicamentos, sendo os últimos condicionados à realização de algum procedimento clínico, se assim houver necessidade.

Ao decidir pelo serviço disponível, a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário continua através do processo do cuidado daquele trabalhador que interage com o saber, a cultura, as particularidades e singularidades do usuário. Essa possibilidade de interação continua quando o usuário precisa de medicamento para completar o cuidado de saúde que necessita.

Porém, tais interações não se configuram na prática diante de impasses como falta de acolhimento dos trabalhadores que realizam atividades simultâneas; falta de tempo desses, diante do excesso de atividades; indisponibilidade de medicamentos; medicamento prescrito não existente na lista de medicamentos utilizada pelo município; ilegibilidade e não compreensão da prescrição; ausência de resolubilidade.

Todas essas situações determinam o modo como ocorre a saída do usuário da unidade, que poderá ser imediatamente, caso o usuário disponha de outro modo para resolvê-la, ou adiada, até atender às suas necessidades. Como terceira possibilidade o usuário pode simplesmente não intervir sobre sua situação de saúde e sair da unidade sem a resolução necessária à sua condição de saúde.

Assim, compreendemos que no Município em estudo novos olhares precisam estar direcionados para os obstáculos identificados tanto nas ações da organização da Assistência Farmacêutica quanto nas dimensões de acesso resultantes dessas ações, entre outros que possam existir, bem como também para os ruídos do cotidiano, como possibilidade de uma reconstrução dos processos de trabalho.

Diante do exposto, evidenciamos que, assim como as demais atividades que conformam os serviços de saúde, a Assistência Farmacêutica precisa ser discutida coletivamente, num processo que envolva todos os sujeitos sociais, gestores e trabalhadores que operam diferentes saberes e práticas necessárias ao processo de cuidado da saúde, no

sentindo de possibilitar a construção de propostas que transformem a prática presenciada por nós, superando dialeticamente o condicionamento histórico, social e econômico na qual se mantém arraigada.

Acreditamos, contudo, que essas propostas precisam ser articuladas aos princípios de trabalho em equipe, na valorização dos diferentes processos de trabalho, nos quais também sejam estimuladas ações de participação, controle social e de cidadania, que coadunam com a defesa da vida dos sujeitos com os quais dialeticamente nos relacionamos.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis, PERINI, Edson; MAGALHÃES, S rgia Maria Staling *et al.* Avalia o de prescri es médicas aviadadas em centros de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.1, jan./fev. 2004.

ACURCIO, Francisco de Assis. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no sistema único de saúde. In: ACURCIO, F. de. A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

ACURCIO, Francisco de Assis; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso. Acesso a medicamentos no Brasil. In: ACURCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

ALENCAR, B. R. **Os idosos e a adesão   terapêutica anti-hipertensiva**. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso de Ciências Farmacêuticas) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, 2005. 113f.

ALVES, V nia Sampaio. Um modelo de educa o em saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da aten o e reorienta o do modelo assistencial. **Interface. Comunica o, Saúde, Educa o**. n.9, v.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Aten o Primária   Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Campos *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2007.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; BARRETO, Maurício Lima; COELHO, Helena Lust cia Luna. Aspectos do processo de prescri o e dispensa o de medicamentos na percep o do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará. **Cadernos de Saúde Pública**, n.4, v.23, mar./abr.2007.

ASSIS, Marluce M. Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa. Métodos de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde coletiva. In: SANTANA, Judith Sena da S.; NASCIMENTO, Maria Angela A. (Org). **Pesquisa: técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2006. (Digitado).

ASSIS, Marluce Maria Araújo *et al.* Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência qualitativa de classifica o. In: **Stientibus**, Feira de Santana, n. 18, p. 67-74, jan./jun. 1998.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIA O DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS OFICIAIS DO BRASIL. Laboratórios oficiais do Brasil. Disponível em: <<http://www.alfob.com.br>> . Acesso em: 22 jul. 2006.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, 2001.

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus. **Relatório de Gestão-2006**. 2007a (Doc.1)

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus. **Programa de atividades do almoxarifado – 2007**. 2007b. (Doc.2).

BAHIA. Câmara Municipal de Vereadores de Feira de Santana. Projeto de Lei nº 136/06 de autoria do vereador Magno Felzemburg. Regulamentação de responsabilidade de técnicos de farmácia. Feira de Santana, Bahia, 2007c.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Auditoria/ SUS/ BA. **Relatório de Auditoria Operativa**. Sistema Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus. Março. 2006a. (Doc.8).

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Livro de Atas de Reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica**. 2006b (Doc.9).

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Orientação de boas práticas de armazenagem e distribuição de medicamentos**. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica (CEAF): Bahia, 2005. (Doc.13).

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus. Plano Municipal de Saúde. 2002 (Doc.16)

BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda. **Indústria Farmacêutica, Estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1995.

BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda. **Remédio: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1992.

BOAVENTURA SANTOS, de Souza. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

BOAVENTURA SANTOS, de Souza. **Pela mão de Alice**. O social e o político na pós-modernidade. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes. **Saúde e previdência**. Estudos de política social. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME**. 3 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007a. (Doc.3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medicamentos genéricos. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/estatística>>. Acesso em: 20. nov. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br/portal/saúde>>. Acesso em: 25 mar. 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 de nov. 2007d. (Doc.5)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. Pacto pela Saúde 2006. Notícias. Disponível em < <http://www.conasems.org.br>>. Acesso em 28 de novembro de 2007e.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 20. nov. 2007f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20.set. 2007g. (Doc. 4).

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20.nov.2007h (Doc. 6)

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Disponível em:<<http://www.visalegis.org.br>> Acesso em 20 de set. 2007i. (Doc.7)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em:<<http://www.google.com.br>> Acesso em: 20 de nov. 2007j.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 5991 de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.visalegis.org.br>> . Acesso em: 24 out. 2006a. (Doc.10)

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9787 de 10 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/e-legis>> . Acesso em: 25 maio, 2006b. (Doc.11)

BRASIL. Ministério da saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização, o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<<http://www.visalegis.org.br>>. Acesso em: 23 ago. 2006c

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 315, de 29 de maio de 2003. Regulamento técnico para medicamentos genéricos. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/genéricos>>. Acesso em: 10.dez. 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 de ago. de 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.visalegis.org.br>>. Acesso em: 23 ago. 2006f.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br>> . Acesso em: 18 set. 2006g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 25 jul.2006h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Disponível em: < [http:// www. saúde.gov.br/dab/legislação/php](http://www.saude.gov.br/dab/legislação/php)> . Acesso em: 15 set. 2006i.

BRASIL. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.google.com.br>> . Acesso em: 17 jun.2006j.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf> . Acesso em abr. 2005a. (Doc.12)

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultados. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2084, de 28 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005c (Doc. 14)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS: **Desprecariza SUS**: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. Resolução nº 308 de 2 de maio de 1997. Conselho Federal de Farmácia. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias. Disponível em: <<http://www.cff.org.br>>. Acesso em 12 mar. 2004. (Doc.15)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Relatório final preliminar. Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência farmacêutica com controle social. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: Instruções técnicas para sua organização. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999. (Doc. 17)

BRASIL. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos. **I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. **Relatório final**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 1986.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec.1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CARLOS, Isabel Cristina Cavalcanti. O sistema integral de Assistência Farmacêutica no Ceará. In: BONFIM, José Ruben de Almeida; MERCUCI, Vera Lúcia (Orgs). **A construção da Política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CENTRO DE ESTUDO DO MEDICAMENTO. A Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais: avaliação e alternativas para reorientação. Relatório de pesquisa. Belo Horizonte. 1996

CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria Geral da Administração**: abordagens prescritivas e normativas da administração. 5ed. São Paulo: Makron Bookes, 1997.

COHN, Amélia. A saúde na Previdência Social e na Seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

CONILL, Eleonor Minho. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias**: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n.18 (supl), 2002.

CORDEIRO, Hésio. **A indústria da saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias *et al.* Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, jan./mar. 2000.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. R. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2000.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

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

DUSSALT, T. G.; SOUZA, L.E. **Gestão de recursos humanos em saúde**. Montreal: Universidade de Montreal, 2000.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). **Saúde e Democracia**. História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FACHIN, Odília. **Fundamentos da metodologia**. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FEKETE, Maria Cristina. **Estudos de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Organização Pan-americana de saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário: Projeto Gerus. Brasília, 1995.

FERREIRA, A.A.; REIS, A.C. PEREIRA, M.I. **Gestão empresarial de Taylor aos nossos dias**. Evolução e Tendências da Moderna Administração de Empresas. São Paulo: Pioneira, 1997.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr./jun. 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programas de Saúde da Família: condições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GOMES, Carlos Alberto Pereira *et al.* Gestão e gerenciamento da política de medicamentos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

GOMES, Carlos Alberto Pereira. **A Assistência Farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas**. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 14 jul. 2004.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. v.9, n.17, mar./ ago. 2005.

GOMES, Maria José Vasconcelos de Magalhães; REIS, Adriano Max Moreira. Farmácia Hospitalar: Histórico, objetivo e funções. In: ____ **Ciências Farmacêuticas**. Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2003.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias do acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, jan./mar. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2006. Informações sobre os municípios brasileiros. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em: 15 jun. 2006.

LANDMANN, Jayme. **Evitando a saúde e promovendo a doença**. Rio de Janeiro: Guanabara Dois S.A. 1986.

LANDMANN, Jayme. **Medicina não é saúde**. As verdadeiras causas da doença e da morte. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1983.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de enfermagem**. v.20, n.1, São Paulo. Jan/mar 2007.

LOBO, F. J. da S. N. *et al* **Formação pedagógica em educação profissional na área da saúde: enfermagem; módulo 1 (Educação)**, Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

LUCKESI, Carlos *et al.* **Fazer universidade**: uma proposta metodológica. 10 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MARIN, Nelly. *et al* (Org). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2003.

MENDES -GONÇALVES, Ricardo Bruno. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: **Características tecnológicas do processo de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde ou coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006a.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006b.

MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.

NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. **As práticas populares de cura no povoado da Matinha dos Pretos – BA**: eliminar, reduzir ou convalidar? 1997. 351f il Tese (Doutorado em enfermagem). Programa de Pós-graduação Interunidades da USP. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1997.

NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; MISHIMA, Silvana Martins. Enfermagem e o cuidar. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília, a.46, n.2, abr./maio/jun. 2004.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v.3, n.2, 1994.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves; COLLET, Neusa; VIEIRA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, n.14, v.2, mar./abr. 2006.

- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. G. L. C. **Reorganização do sistema da vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde**. Informe epidemiológico do SUS, 1994.
- PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista. Saúde Pública**, n.1fev, v.35, 2001.
- PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. XXI, n.2, February, 1981.
- PERINI, Edson. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Francisco de Assis Acurcio. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2003.
- PINA, Fábio Augusto Luiz; ANDRADE, Fúlvio Guido. Importância social da divulgação dos genéricos pelo médico. In: JATENE, Adib Domingos *et al.* **Manual médico: medicamentos genéricos**. São Paulo: Lemos, 2002.
- RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma comunidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan./ fev. 2003.
- RANELLI, Paul. Comunicação com o paciente. In: Genaro Remington *et al* (Org.). **Remington**. A ciência e a prática da Farmácia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 20 ed. 2004.
- REIS, Adriano Max Moreira. Seleção de medicamentos. In: GOMES, Maria José Vasconcelos de Magalhães; REIS, Adriano Max Moreira. **Ciências Farmacêuticas**. Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2003.
- RODRIGUES, Maria Luiza; MACHADO, Andrade. O papel do médico e os genéricos. In: **Manual médico: medicamentos genéricos**. São Paulo: Lemos, 2002.
- RODRIGUES, Vanda Palmarella. **Treinamento introdutório das equipes de saúde da família: um instrumento de transformação da práxis?** 2004. 228p. Dissertação de Mestrado. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana. 2004.
- ROSA, Walisete de Almeida Godinho; L'ABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana Enfermagem**. n. 6, v. 13, nov./ dez. 2005.
- ROSEMBERG, Brani. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- SANTANA, Judith Sena da S. A coleta de dados na pesquisa qualitativa. In: SANTANA, Judith Sena da S.; NASCIMENTO, Maria Angela A. (Orgs). **Pesquisa: técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2006. (Digitado).

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. n.20, v.6, nov./dez. 2004.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e saúde coletiva**, n.2, v.4. 1999.

SERVIDONI, Alexandre Barbosa *et al.* Perfil da automedicação nos pacientes otorrinolaringológicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. São Paulo, v.72, n.1.jan./fev. 2006

SILVA, Jair Magalhães da. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA: a dialética entre a teoria e a prática**. 225f. il. Dissertação de mestrado. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2006.

SILVA, Janeth de Oliveira Naves; SILVER Lynn Dee. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v. 39, n. 2. abr. 2005.

SILVA, Lêda Zilmara de Queiroz Jorge; TRAD, Lenir Bonfin. O trabalho em Equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a integração entre os profissionais. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, Tatiane de Oliveira. **Assistência Farmacêutica no Município de Feira de Santana: realidades e perspectivas**. 2005. 110 f. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso Ciências Farmacêuticas)- Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

SILVA, Tatiane da; SCHENKEL, Eloir Paulo ; MENGUE, Sotero Serrate Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Caderno de Saúde Pública**, n.2. v.16, Maio/Jun 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA DE MEDICAMENTOS (SOBRAVIME). **O que é uso racional de medicamentos**. São Paulo: Sobravime, 2001.

SOUZA, Marcio Costa de. Modelo de atenção à saúde no centro de saúde Parque Floresta – Alagoinhas.2006. 132 f. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SOUZA, Renilson Rubem de. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANNA, Cid Manso de M. (Org). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, abr./jun. 2004.

TRAVASSOS, Cláudio; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais. Brasil 1998 2003. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23, n.10, out./dez. 2007, ,

TRIVIÑOS, Augusto Nivalbo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de saúde Pública**. v.21, n.5, p.439-446, 1987.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

VADAS, Elisabeth B. Estabilidade de produtos farmacêuticos. In: Genaro Remington *et al* (Org.). **Remington**. A ciência e a prática da Farmácia. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

VIEIRA, Fabíola Supino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.13, n.1, 2007.

XIMENES, Sergio. **Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa**. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000.

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

ZUBIOLI, Arnaldo. **Ética farmacêutica**. SOBRAVIME: SÃO Paulo, 2004.

ZUBIOLI, Arnaldo. **Profissão: farmacêutico**. E agora? Curitiba: Lovise, 1992.

APÊNDICES

Apêndice A

Roteiro da observação sistemática na USF

1 Acesso do usuário ao serviço

1.1 Acesso geográfico

Porta de entrada – variáveis relacionadas à distância, tempo de deslocamento, transporte e horário de chegada.

1.2 Acesso comunicacional

Recepção - como se processam as tecnologias de relacionamento

- ✓ Vínculo
- ✓ Resolubilidade
- ✓ Responsabilização

1.3 Acesso econômico

Os possíveis custos envolvidos com a aquisição de medicamentos pelos usuários casos os mesmos não sejam ou não estejam disponíveis nas farmácias das unidades.

1.4 Acesso funcional

Organização dos serviços: serviços disponíveis, horários de funcionamento, atendimento, tempo de espera, agendamento, serviço telefônico para o atendimento das necessidades dos usuários; estruturação e organização dos serviços prestados.

2 Acesso do usuário à Assistência Farmacêutica

2.1 Acesso funcional

Caracterização da farmácia: ambiente, área, higiene, equipamentos, disposição dos produtos.

Organização da farmácia: atividades desenvolvidas, existência de normas de rotina, recursos humanos; seleção

- ✓ programação
- ✓ aquisição
- ✓ distribuição
- ✓ armazenagem
- ✓ dispensação

2.2 Acesso comunicacional

Desenvolvimento da atividade de dispensação (atividades específicas da coordenação da Assistência Farmacêutica)

- acolhimento: relação usuário x trabalhador e trabalhador x usuário, humanização das relações;
- vínculo: relações interpessoais (usuário, trabalhador e USF), compartilhamento de saberes, diálogo;
- responsabilização: fornecimento de orientações/esclarecimento de dúvidas; intervenção resolutiva

2.3 Disponibilidade e acesso econômico

Disponibilidade dos medicamentos para atender à demanda: resolutividade

3 Organização da Assistência Farmacêutica

- ✓ seleção
- ✓ programação
- ✓ aquisição
- ✓ distribuição
- ✓ armazenagem
- ✓ dispensação
- ✓ Outras observações

Apêndice B

Roteiro de observação sistemática sobre a Organização da Assistência Farmacêutica*

1 Seleção de medicamentos

A Comissão de Farmácia e Terapêutica participa da seleção de medicamentos

Critérios para seleção de medicamentos:

- ✓ perfil epidemiológico;
- ✓ referências bibliográficas
- ✓ critérios de inclusão;
- ✓ comparar custo/tratamento;
- ✓ avaliar a utilização na rede de saúde: menor risco/benefício, menor custo/tratamento, adesão terapêutica;
- ✓ disponibilidade no mercado;

2 Programação de medicamentos

- ✓ perfil epidemiológico;
- ✓ consumo histórico: consumo médio mensal (CMM), demanda;
- ✓ avaliação processual

3 Aquisição

- ✓ existência de seleção e programação;
- ✓ cadastro de fornecedores;
- ✓ sistema de informações e gestão de estoques;
- ✓ definição do cronograma de compras: mensal, trimestral, semestral e anual, com entrega programada;

4 Armazenagem

- ✓ recepção/recebimento de produtos;
- ✓ central de Abastecimento Farmacêutico: localização, identificação, dimensão, estrutura, condições ambientais (temperatura, ventilação, luminosidade e umidade), equipamentos e acessórios, segurança;
- ✓ organização interna: área administrativa, área de recepção, área de expedição, área de estocagem
- ✓ forma de estocagem de medicamentos: pallets, prateleiras, empilhamento;
- ✓ procedimentos operacionais para estocagem: separação entre medicamentos e outros produtos, arrumação por nome genérico, lote e validade; observação das boas condições de armazenagem.

5 Distribuição

- ✓ rapidez, segurança, sistema de informação e controle, transporte;
- ✓ frequência de distribuição: periodicidade com que os medicamentos são distribuídos;
- ✓ fluxo de distribuição;
- ✓ etapas de distribuição: análise de solicitação, processamento do pedido, preparação e liberação do pedido, registro de saída, arquivamento da documentação;

6 Dispensação

- ✓ análise da prescrição: legibilidade, forma farmacêutica correta, posologia;
- ✓ conferência de medicamentos no ato da entrega;
- ✓ orientação do paciente: esclarecimento de dúvidas, acompanhamento e avaliação do uso do(s) medicamentos.

* Roteiro elaborado a partir de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: Instruções técnicas para sua organização. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

Apêndice C

Roteiro da entrevista semi-estruturada para o (a) coordenador (a) da Assistência Farmacêutica do Município.

1 Caracterização do(a) entrevistado(a)

Idade: _____
 Sexo: M () F ()
 Formação e Tempo de formação: _____
 Pós-graduação: não () sim () _____
 Atividades que exerce: _____
 Tempo de atividade na coordenação da Assistência Farmacêutica: _____
 Regime de trabalho: _____
 Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

2 Questões norteadoras:

2.1 Acesso geográfico

Variáveis relacionadas à distância, tempo de deslocamento, transporte e horário de chegada.

2.2 Acesso funcional, econômico e disponibilidade

Recursos humanos envolvidos nas atividades de Assistência Farmacêutica:

- ✓ constituição da equipe
- ✓ atividades que são desenvolvidas
- ✓ capacitação para a equipe: cursos, palestras, treinamentos entre outros

Processo de organização da Assistência Farmacêutica

Seleção

- ✓ perfil epidemiológico;
- ✓ referências bibliográficas;
- ✓ critérios de inclusão;
- ✓ comparar custo/tratamento;
- ✓ avaliar a utilização na rede de saúde: menor risco/benefício, menor custo/tratamento, adesão terapêutica;
- ✓ disponibilidade no mercado;

Programação

- ✓ perfil epidemiológico;
- ✓ consumo histórico: consumo médio mensal (CMM), demanda;
- ✓ avaliação processual

Aquisição

- ✓ existência de seleção e programação;
- ✓ cadastro de fornecedores;
- ✓ sistema de informações e gestão de estoques;
- ✓ definição do cronograma de compras: mensal, trimestral, semestral e anual, com entrega programada;

Distribuição

- ✓ rapidez, segurança, sistema de informação e controle, transporte;
- ✓ frequência de distribuição: periodicidade com que os medicamentos são distribuídos;
- ✓ fluxo de distribuição;
- ✓ etapas de distribuição: análise de solicitação, processamento do pedido, preparação e liberação do pedido, registro de saída, arquivamento da documentação;

Armazenagem

- ✓ recepção/recebimento de produtos;
- ✓ central de Abastecimento Farmacêutico: localização, identificação, dimensão, estrutura, condições ambientais (temperatura, ventilação, luminosidade e umidade), equipamentos e acessórios, segurança;
- ✓ organização interna: área administrativa, área de recepção, área de expedição, área de estocagem
- ✓ forma de estocagem de medicamentos: pallets, prateleiras, empilhamento;
- ✓ procedimentos operacionais para estocagem: separação entre medicamentos e outros produtos, arrumação por nome genérico, lote e validade; observação das boas condições de armazenagem.

Dispensação

- ✓ análise da prescrição: legibilidade, forma farmacêutica correta, posologia;
- ✓ conferência de medicamentos no ato da entrega;
- ✓ orientação do paciente: esclarecimento de dúvidas, acompanhamento e avaliação do uso do (s) medicamentos.

2.3 Acesso comunicacional

Participação do farmacêutico nos programas desenvolvidos no município;
Tecnologias leves: acolhimento, vínculo, responsabilidade, resolubilidade

2.4 Programa de Assistência Farmacêutica no município: limites, avanços, facilidades, dificuldades e perspectivas

Apêndice D

Roteiro da entrevista semi-estruturada para os trabalhadores das farmácias das USF do Município

1 Caracterização do (a) entrevistado (a):

Idade: _____

Sexo: M () F ()

Atividade (s) que desenvolve: _____

Tempo de exercício: _____

Regime de trabalho: _____

Nível de escolaridade: _____

Formação para a atividade que exerce: () não () sim _____

Busca informações sobre medicamentos: () não () sim _____

Onde busca informações? _____

2 Questões norteadoras:

2.1 Acesso funcional

Organização dos serviços: serviços disponíveis, horários de funcionamento, atendimento, tempo de espera, agendamento, serviço telefônico para o atendimento das necessidades dos usuários; estruturação e organização dos serviços prestados.

2.2 Acesso comunicacional

Desenvolvimento da atividade de dispensação:

- ✓ acolhimento: relação usuário x trabalhador e trabalhador x usuário, humanização das relações;
- ✓ vínculo: relações interpessoais (usuário, trabalhador e USF), compartilhamento de saberes, diálogo;
- ✓ responsabilização: fornecimento de orientações/esclarecimento de dúvidas; intervenção resolutiva

2.3 Disponibilidade e acesso econômico

Disponibilidade dos medicamentos para atender à demanda: resolutividade

2.4 Caracterização da atividade que desenvolve: limites, avanços, dificuldades, facilidades e perspectivas

Apêndice E

Roteiro da entrevista semi-estruturada para os usuários das farmácias das USF do Município

1 Caracterização do(a) entrevistado(a)

Acesso geográfico, econômico e funcional

Idade: _____

Sexo: M () F ()

Tempo de atendimento na unidade: _____

Nível de escolaridade: _____

Atividade que exerce: _____

Renda mensal familiar: _____

Local onde mora: _____

Participa de atividades educativas na unidade: () não () sim

2 Questões norteadoras

2.1 Acesso geográfico

Porta de entrada – variáveis relacionadas à distância, tempo de deslocamento, transporte e horário de chegada.

2.2 Acesso econômico

Os possíveis custos envolvidos com a aquisição de medicamentos pelos usuários casos os mesmos não sejam ou não estejam disponíveis nas farmácias das unidades.

2.3 Acesso funcional

Organização dos serviços: serviços disponíveis, horários de funcionamento, atendimento, tempo de espera, agendamento, serviço telefônico para o atendimento das necessidades dos usuários; estruturação e organização dos serviços prestados.

2.4 Disponibilidade

Acesso aos medicamentos para atender à demanda: resolutividade

2.5 Acesso comunicacional

Desenvolvimento da atividade de dispensação (atividades específicas da coordenação da Assistência Farmacêutica)

- ✓ acolhimento: relação usuário x trabalhador, humanização das relações; diálogo
- ✓ vínculo: relações interpessoais (usuário, trabalhador e USF), compartilhamento de saberes, diálogo;
- ✓ responsabilização: fornecimento de orientações/esclarecimento de dúvidas; intervenção resolutiva
- ✓ resolutividade: capacidade de resolver os problemas relacionados à Assistência Farmacêutica -

2.6 Caracterização dos serviços desenvolvidos nas farmácias da unidade: limites, avanços, dificuldades, facilidades e perspectivas.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Apêndice F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba (UEFS), mediante a coordenação da professora e pesquisadora Maria Angela Alves do Nascimento e da participação da pesquisadora colaboradora, a estudante do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS Tatiane de Oliveira Silva, elaboraram o projeto de pesquisa *Acesso do usuário à Assistência Farmacêutica no município de Santo Antônio de Jesus- BA*, com o objetivo de discutir a organização da Assistência Farmacêutica no referido município e analisar como se configura o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família (PSF) de Santo Antônio de Jesus. Esta pesquisa poderá possibilitar a elaboração de propostas e estratégias que assegurem o direito à saúde reservado ao acesso à Assistência Farmacêutica garantido, entre outras formas, por meio da seleção de medicamentos a partir das necessidades de saúde da população; disponibilidade adequada de medicamentos de qualidade; recebimento, armazenagem e distribuição; capacitação dos recursos humanos envolvidos nas atividades referentes a esta política; educação permanente de usuários e trabalhadores de saúde. Para coletar os dados serão necessários a observação das atividades dos trabalhadores de saúde nas unidades de saúde da família e nas respectivas farmácias bem como a realização de entrevistas com o coordenador da Assistência Farmacêutica, com os trabalhadores de saúde e com os usuários das Unidades de Saúde da Família. Caso tenha interesse em participar desta pesquisa, não terá quaisquer gastos financeiros, também será garantido a não identificação da sua pessoa, e a entrevista poderá ser realizada, de acordo com o seu consentimento, em local e horário que julgar mais apropriados, livre de escuta ou observação de demais pessoas, preservando o sigilo e confidencialidade da conversa. Caso permita, a entrevista poderá ser gravada e, posteriormente, ouvida a gravação. Também será respeitada a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual, sendo indenizado caso aconteça qualquer dano imediato ou tardio. Afirmamos que os possíveis riscos desta pesquisa poderão ser relacionados às questões relativas a dificuldades de relacionamento entre a pesquisadora e o sujeito participante do estudo, e também em relação às questões a serem respondidas na entrevista caso lhe traga alguma dificuldade, timidez ou vergonha em respondê-los. É importante também informar que, caso não queira responder a uma ou mais questões ou, até mesmo, não tenha interesse em continuar sua participação na pesquisa, é um direito seu, sem qualquer agravante ou aborrecimento para a os pesquisadores. Os resultados obtidas dessa entrevista deverão ser utilizados para a dissertação de Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, divulgação, apresentação e debate junto aos gestores, aos trabalhadores e usuários deste município. Além disso, os resultados também poderão ser utilizados na publicação em revistas científicas, livros, seminários, simpósios, entre outros. Informamos que as entrevistas gravadas serão guardadas durante cinco anos, mantido sob a responsabilidade da pesquisadora colaboradora, devendo ser destruídas após este prazo. Lembramos que, em qualquer momento você como entrevistado poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa ou até mesmo ouvir sua entrevista, devendo comunicar com as pesquisadoras que poderão ser encontradas de segunda às sextas-feiras no Departamento de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, VI módulo, NUPISC, Km 03, BR 116, Campus Universitário em Feira de Santana, cujo telefone é (75) 3224- 8162. Tendo sido informado sobre a pesquisa, caso concorde em participar, deverá assinar este termo em duas vias, por livre vontade, ficando com uma cópia do mesmo e a outra com as pesquisadoras.

Santo Antônio de Jesus, ----- de ----- de 2007.

Assinatura do entrevistado

Tatiane de Oliveira Silva
(Pesquisadora colaboradora)

Maria Ângela A. do Nascimento
(Pesquisadora responsável)

ANEXO



