

Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização

Pharmaceutical Assistance in the Family Healthcare Program:
points of affinity and discord in the organization process

Tatiane de Oliveira Silva Alencar ¹
Maria Angela Alves do Nascimento ¹

Abstract *The scope of this study was to discuss the organization of the pharmaceutical assistance service in the family healthcare program. Qualitative research from a critical/analytical perspective was conducted in family healthcare units in a municipality of the state of Bahia, Brazil. Data was collected on the basis of systematic observation, semi-structured interviews and documents analysis from a dialectic standpoint. The organization of Pharmaceutical Assistance consisted of selection, planning acquisition, storage and dispensing activities. The process was studied in the implementation phase, which was occurring in a centralized and uncoordinated fashion, without the proposed team work. An excess of activity was observed among the healthcare workers and there was an absence of a continued education policy for the workers. For the transformation of this situation and to ensure the organization of pharmaceutical assistance with quality and in an integrated manner; a reworking of the manner of thinking and action of the players concerned (managers, health workers and users), who participate directly in the organization, is necessary. Furthermore, mechanical, bureaucratic and impersonal work practices need to be abandoned.*
Key words *Pharmaceutical assistance, Organization, Family Health Program*

Resumo *Estudo sobre a organização da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família (PSF). Tem-se como objetivo discutir a organização da Assistência Farmacêutica no PSF. Pesquisa qualitativa, numa perspectiva crítico-analítica, tendo como campo de investigação as Unidades de Saúde da Família de um município da Bahia. 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 organização da Assistência Farmacêutica, demarcada pelas ações de seleção, programação, aquisição, armazenagem, distribuição e dispensação, apresentou-se como uma realidade ainda em construção, que se dá de modo centralizado e desarticulado das demais ações de saúde, divergindo da proposta de trabalho em equipe; excesso de atividades realizadas pelos trabalhadores de saúde; e a ausência de uma política de educação permanente para os trabalhadores. Para a transformação dessa realidade, de modo a assegurar a organização da Assistência Farmacêutica com qualidade e integralidade, faz-se necessário uma reconstrução do modo de pensar e fazer dos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) que participam diretamente da organização, rompendo as práticas impessoais, burocráticas e pouco comunicativas que as caracterizam.*

Palavras-Chave *Assistência farmacêutica, Organização, Programa Saúde da Família*

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina, s/n CP 252-294, Novo Horizonte. 44036-900 Feira de Santana BA. tatifarmauefs@yahoo.com.br

Introdução

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.

A Assistência Farmacêutica desenvolveu-se nesse 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.

Historicamente, o processo de construção das políticas de saúde brasileira tem incorporado regulamentações diversas no âmbito da Assistência Farmacêutica tais como a Política Nacional de Medicamentos¹, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica², Política de Financiamento da Assistência Farmacêutica³, entre outros.

Por conseguinte, não se pode desconsiderar a contribuição sobre o acesso a medicamentos que tais políticas proporcionam no cenário da saúde, bem como também desconsiderar algumas limitações de caráter prático que as mesmas ainda apresentam, especialmente, no que se refere ao atendimento das necessidades dos indivíduos. Concretamente, hoje se convive com um complexo e diversificado conjunto de interesses que integram políticas de saúde, políticas industriais, políticas científicas e tecnológicas que têm contribuído para que as práticas dos serviços ainda mantenham-se centradas no medicamento⁴.

A Assistência Farmacêutica pode ser compreendida como 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 produção, seleção, programação, aquisição, armazenagem, distribuição e dispensação. Assim esse artigo tem como objetivo discutir o processo de organização da Assistência Farmacêutica, considerando as atividades do seu ciclo logístico, compreendendo que a organização dessas atividades reforça o sentido de integralidade das ações conforme estabelecido como princípio do SUS, uma vez que poderá contribuir para tornar mais eficiente e resolutiva as ações de saúde.

Destaca-se, contudo, 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, aquelas denominadas de tecnologia das relações⁵, como vínculo, acolhimento, humanização, dentre outras percebidas enquanto possibilidade para transformação das práticas no contexto da assistência à saúde. Dessa forma, ao se articular os saberes técnicos e as tecnologias das relações ao contexto no qual se insere as ações de Assistência Farmacêutica, teve-se como questionamento o modo como se processa a organização de tais ações no serviço de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem crítica-analítica, que teve como cenário um município do estado da Bahia. O campo de investigação propriamente dito foram as farmácias das Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana e rural. Os sujeitos do estudo foram divididos em três grupos: grupo I, constituído por dois informantes-chave (gestores); grupo II, por oito trabalhadores de saúde e o grupo III, treze usuários das farmácias das Unidades de Saúde da Família. Como critério de inclusão, os trabalhadores de saúde deveriam exercer atividades relacionadas à dispensação de medicamentos nas farmácias das USF há pelo menos seis meses; e os usuários deveriam ser maiores de 18 anos bem como utilizarem as farmácias das USF pelo mesmo período mínimo.

No desenvolvimento desta pesquisa foram utilizadas três técnicas para produção de dados: a observação sistemática, a entrevista semiestruturada e a análise de documentos. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, esta obedeceu à Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde⁶, tendo sido aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana.

O método de análise de dados foi 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. A hermenêutica e a dialética apresentam-se como momentos necessários na produção da racionalidade, pois ambas trazem em seu núcleo a ideia 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 práxis⁷.

Resultados e discussões

No presente estudo a Assistência Farmacêutica é compreendida como produto de um conjunto de atividades que reúnem diferentes processos de trabalho. Daí serem discutidas algumas concepções articuladas com as tecnologias envolvidas no processo de trabalho, classificadas 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 estruturas⁵.

A **produção** é vista 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 normas⁸. A Política Nacional de Medicamentos¹ 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.

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. No entanto, 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.

A **seleção** é 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-epidemiológicos e fármaco-econômicos 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 Relação

Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) o documento oficial de referência nacional⁹.

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.

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, que 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^{9,10}. Porém, os dados encontrados revelam que as ações da CFT refletem um 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 [...] (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 Terapêutica¹¹, onde é registrada apenas uma única reunião, o que reforça a fala do entrevistado 1, grupo I.

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 ideia:

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 que não possui o mesmo valor que o serviço privado.

Além dessas reflexões, tais falas e outras situações observadas contribuíram para 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.

Diante desta realidade, vê-se claramente a complexidade e a diversidade de serviços desenvolvidos pelo PSF, uma vez que, além de envolverem fontes de financiamento ainda em constantes discussões, há ausência de uma política de recursos humanos para o SUS. Contudo, é preciso que esses trabalhadores desconstruam tais discursos dos usuários e da sociedade em geral, sobre o Sistema Único de Saúde, oportunizando ao usuário sua participação no processo enquanto sujeito coletivo para reverter a realidade de saúde em defesa da vida.

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^{9,12,13}. A programação é, portanto, uma atividade associada ao planejamento e por isso precisa haver mecanismos de controle e de acompanhamento.

A partir destes critérios, nota-se que a programação é uma atividade que necessita da contribuição dos diferentes sujeitos, por meio dos diferentes saberes, práticas e conhecimentos que, integrados numa perspectiva coletiva, possibilitam 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 a seguir convergem com a realidade observada.

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: hidrocortiazida, captopril e furosemida. Então aqui tem nome, data e quantidade da medicação. Assim, no final do mês você tem uma ideia de quanto já gastou (E.6, Grupo II).

[...] 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 hidrocortiazida, 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 as-

sociada 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 do entrevistado 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 estático. Não pode, portanto, ser realizado acriticamente.

A fala do entrevistado 6 expressa também que, 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 interferirem 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.

Em relação a **aquisição**, o Ministério da Saúde¹⁴ 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 o funcionamento do sistema.

A Portaria GM nº 3237 de 24 de dezembro de 2007¹⁵, estabelece normas de execução de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica, modificando os valores mínimos de repasse das três esferas. Assim, cabe a União o valor de R\$ 4,10 por habitante/ano, aos Estados e ao distrito federal, o valor de R\$ 1,50 por habitante/ano; e aos Municípios, R\$ 1,50 por habitante/ano. Além desses recursos, o Ministério da Saúde financiará, com recursos distintos dos mencionados acima, a aquisição e distribuição de insulinas, contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher.

Complementando essas informações quanto ao financiamento, o Relatório de Gestão 2006¹⁶

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 ao destacar 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.

Todavia, ainda assim, a falta de recursos financeiros não pode ser utilizada como justificativa das instabilidades na aquisição de medicamentos conforme relatou o entrevistado 2, ao explicitar 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 D).**

Mais uma vez é reiterada a nossa ideia 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 se pode, portanto, permitir que as ações equivocadas dos trabalhadores sejam obstáculos para a garantia dos direitos dos cidadãos.

A elaboração dos Planos de Assistência Farmacêutica constitui um instrumento que contribui para o planejamento e a 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.

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 Saúde¹⁴ tais como rapidez, segurança, controle das informações relacionadas ao estoque e adequadas condições de transporte.

Dando continuidade às atividades que configuram a Assistência Farmacêutica tem-se a **armazenagem** dos medicamentos adquiridos, cujo objetivo é 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^{13,17}. 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.

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 manuais para orientação das ações de armazenagem. Além de explicitar as atividades em todas as suas etapas, o manual 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 da própria equipe.

O depoimento do entrevistado 2 mostra o interesse desse gestor em atender às recomendações da Vigilância Sanitária no que se refere à estrutura organizacional da Central de Abasteci-

mento Farmacêutico (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).

O depoimento converge com as observações realizadas às quais nos possibilitaram perceber avanços significativos referentes à armazenagem dos produtos. Tanto no que diz respeito aos aspectos estruturais do CAF, como piso, parede, portas, teto, instalações elétricas e sanitárias, 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.

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 a 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 utilizar-se dos critérios definidos pela Coordenação da Assistência Farmacêutica Estadual da Bahia, CEAFA-BA¹⁷, são observados avanços em aspectos como localização, dimensionamento, condições ambientais e comunicação com os demais setores.

Quanto à localização, é visível 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 fotosensíveis, termosensíveis e inflamáveis. Além disso, vimos que os produtos foram arrumados de maneira mais uniforme e adequada. Esse sistema de organização facilitou a identificação e a rotatividade dos produtos, evitando inclusive perdas desnecessárias por validade, por exemplo.

Ressalta-se, 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^{12,13,17}.

A umidade também pode afetar a estabilidade 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 luminosidade¹⁰. Todos estes critérios foram por nós visualizados durante o estudo e, assim, se pode distinguir que a nova estrutura condicionou favoravelmente o atendimento dos mesmos. Além disso, a Programação de Atividades do Almoarifado¹⁸, ao descrever as responsabilidades dos trabalhadores, destaca algu-

mas 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 destacar 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 revelou condições divergentes.

As USF em sua maioria não apresenta 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. As salas, inclusive, não atendem aos critérios de boas práticas de armazenagem, 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 têm 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).

Diante os 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)*.

Outro aspecto destacado nos depoimentos dos entrevistados é a necessidade de educação permanente dos profissionais para o trabalho

em saúde. Assim, faz-se necessário a integração dos trabalhadores 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. A 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.

Em relação à armazenagem, o **controle de estoque** é uma atividade inerente, que pode ser entendido como atividade técnico-administrativa cujo objetivo é 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 outros¹⁹ e que possibilitam fornecer informações que orientam, por exemplo, o processo de aquisição e programação de maneira racional.

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

Entretanto, com esta afirmação não se quer minimizar a utilidade desses indicadores na atividade de programação, por exemplo. Mas apenas reforçar a necessidade de que nas novas propostas sejam consideradas as particularidades encontradas nos sujeitos e nos limites das relações entre eles, para que possam ser 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.

Os aspectos como validade, controle de estoque, entre os outros, discutidos até 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 discutidas 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.

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 aos possíveis riscos, são destacadas como causas o curto tempo da consulta médica e também o da dispensação, a falta de práticas farmacêuticas no local, inclusive a ausência do profissional farmacêutico, a alta frequência de prescrições ilegíveis, a não capacitação dos trabalhadores que dispensam medicamentos e a inexistência de quaisquer instruções e esclarecimentos aos usuários, o que implica em baixo nível de entendimento e conhecimento dos mesmos. Estudos realizados em Brasília²⁰ e Fortaleza²¹ corroboram com tais dados ao destacarem uma prática sem comunicação entre os sujeitos na relação entre o trabalhador de saúde e o usuário.

Nesse sentido, Mendes²² destaca que o conceito de dispensação tem sido modificado em função do processo de resgate da função assistencial do farmacêutico, havendo inclusive, algumas contradições nas diferentes legislações que abordam tal prática.

A definição de dispensação expõe em suas entrelinhas a necessidade da relação entre o farmacêutico e o usuário, ao citar saberes particulares da profissão. Uma outra definição mais abrangente entende a dispensação como

[...] **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.

A partir desse entendimento, é notório 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 poderão se estabelecer outras relações. 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 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 e 4.

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).

Além desses depoimentos, durante a pesquisa observou-se que as ações realizadas pelos trabalhadores ocorriam simultaneamente no mesmo ambiente da área de recepção da USF. Inúmeras vezes foram escutados os termos como ***despachar*** e ***distribuir*** ao referirem à dispensação, pois nas farmácias das USF pesquisadas, na prática, apenas se distribui o medicamento ao usuário.

Assim, há 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. Cuidados estes que auxiliam na proposta do uso racional de

medicamentos, mas que, muitas vezes, não são dadas pelo prescritor nem pelo farmacêutico ou dispensador^{23,24}.

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).

Um outro depoimento converge com essa realidade ao destacar a dispensação como algo que precisa ser revisto, detalhando 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).

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 a oportunidade de se construir um modelo de dispensação que se fundamente no acolhimento e no diálogo 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.

Considerações finais

Assim, compreendemos que no Município em estudo novos olhares precisam estar direcionados para os obstáculos identificados nas ações da organização da Assistência Farmacêutica, bem como também para os ruídos do cotidiano, como possibilidade de uma reconstrução dos processos de trabalho.

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 da Assistência Farmacêutica.

Colaboradores

TO Silva foi responsável pela concepção, revisão bibliográfica, discussão do tema e redação do artigo. MAA Nascimento realizou a revisão da redação e da discussão do tema e atuou como orientadora do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Medicamentos**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
2. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. [acesado 2005 abr]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2084. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. **Diário Oficial da União** 2005; 28 out.
4. Bermudez JAZ. **Indústria Farmacêutica, Estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec; 1995.
5. Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
6. Brasil. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União** 1996; 10 out.
7. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1996.
8. Perini E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Acúrcio FA, organizador. **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME**. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
10. Gomes MJVM, Reis AMM. Farmácia Hospitalar: Histórico, objetivo e funções. In: Gomes MJVM, Reis AMM. **Ciências Farmacêuticas**. Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2003.
11. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. **Livro de Atas de Reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica**. Bahia: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
12. Acúrcio FA. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no sistema único de saúde. In: Acúrcio FA, organizador. **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed; 2003.
13. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS); 2003.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 3237 de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica. **Diário Oficial da União** 2007; 24 dez.
16. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus. **Relatório de Gestão - 2006**. Bahia: Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus; 2007.
17. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Orientação de boas práticas de armazenagem e distribuição de medicamentos**. Bahia: Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica (CEAF); 2005.
18. Bahia. Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus. **Programa de atividades do almoxarifado**, 2007. Bahia: Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus; 2007.
19. Chiavanato I. **Teoria Geral da Administração: abordagens prescritivas e normativas da administração**. 5ª ed. São Paulo: Makron Bookes; 1997.
20. Silva JON, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Rev Saude Publica** 2005; 39(2):223-230.
21. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos do processo de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará. **Cad Saude Publica** 2007; 4(23):927-937.
22. Mendes DSA. Dispensação Farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Cien Saude Colet** 2008; 13(Supl.):629-640.
23. Bergsten-Mendes G. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. **Cien Saude Colet** 2008; 13(Supl.):569-571.
24. Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Cien Saude Colet** 2008; 13(Supl.):733-736.

Artigo apresentado em 25/05/2008

Aprovado em 27/11/2008

Versão final apresentada em 12/12/2008