PATRÍCIA MODESTO DA SILVA ARCANJO

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO

FORMIGA
2011

PATRÍCIA MODESTO DA SILVA ARCANJO

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Roberta de Freitas Mendes

FORMIGA
2011

PATRÍCIA MODESTO DA SILVA ARCANJO

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Roberta de Freitas Mendes

Banca Examinadora

Roberto Lopes Mendonça
Joseane Aparecida Messias Fernandes
Maria Isabel da Silva

Aprovado em Formiga: 18/ 06/ 2011

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à DEUS sem ELE nada seria possível, me acompanhou em toda esta jornada, iluminando sempre meus caminhos;

Ao NESCON pela oportunidade;

Ao PSF São Pedro e toda equipe, meu vasto campo de trabalho e estudo;

À minha tutora presencial Maria Isabel, sempre presente em minhas solicitações;

À todos os colegas de classe, pela generosidade na troca de experiências;

À minha orientadora Roberta, presente e fundamental na etapa final;

Ao meu marido, Herminho, pelo apoio e disponibilidade de me acompanhar sempre em todos os encontros;

À minha amada filha Alice, que mesmo tão pequenina, sempre aceitou minha ausência em alguns momentos, mas ficava ali, pertinho, aguardando minha disponibilidade, esperando minha atenção;

À minha família que me recebeu sempre tão bem a cada encontro presencial;

À todos que estão presente em minha vida e que de alguma forma colaboraram para esta realização;

O meu sincero muito obrigada!

RESUMO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o enfoque da política nacional de saúde tem sido a atenção primária. Uma das estratégias criadas pelo SUS foi o Programa de Saúde da Família (PSF), com atuação de profissionais generalistas, focando a abordagem familiar em todos os ciclos de vida. Visando garantir uma farmacoterapia segura e racional, a assistência farmacêutica (AF) aos poucos foi sendo descentralizada e inserida nas equipes, porém sem a devida estruturação e regularização. Percebe-se que o farmacêutico tem atuado apenas a nível central, ficando muitas vezes, a cargo da enfermagem na figura do enfermeiro, responsabilizar-se por tudo a que se refere ao medicamento nas unidades de saúde. O estudo realizado trata-se de uma revisão da literatura do tipo narrativa. A partir dele, conclui-se que a expansão da AF é um grande desafio para sistema público. Com a descentralização, o acesso ao medicamento foi facilitado, porém há um grande distanciamento entre a AF legal da real. A capacidade operativa dos municípios frente ao processo de descentralização da AF é limitada, haja vista, os onerosos investimentos necessários para adequação dos pontos de dispensação, onde hoje, muitos funcionam na total irregularidade.

Palavras-chave: ESF, medicamentos e assistência farmacêutica.

ABSTRACT

With the creation of the Unified Health System (SUS) in Brazil, the focus of national health policy has been the primary care. One strategy was created by SUS Health Program (PSF), with performance of general practitioners, focusing on the family approach in all life cycles. Seeking to ensure a safe and rational pharmacotherapy, the pharmaceutical care (AF) was gradually being decentralized and placed in teams, but without the necessary structure and regulation. It is noticed that the pharmacist has acted only at the central level, being often at the expense of nursing in the nurse, you are responsible for everything that refers to medicine in the health units. The study this is a review of the literature about the narrative. From it, we conclude that the expansion of AF is a major challenge for the public system. With decentralization, access to medicine has been facilitated, but there is a large gap between the actual legal AF. The operational capacity of the municipalities regarding the process of decentralization of AF is limited, given the costly investments necessary to properly dispensing points, where today, many work in total failure.

Key- words: ESF, medicines and pharmaceutical care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 07
2. OBJETIVOS 11
3. METODOLOGIA 12
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES 13
   4.1 A Assistência Farmacêutica no SUS 13
   4.2 A Assistência Farmacêutica na ESF 14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 21
   REFERÊNCIAS 23

1. INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o enfoque da política nacional de saúde tem sido a atenção primária e a saúde familiar.

> A atual política de saúde vigente no Brasil consiste em um Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, a partir da lei 8080. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Tem como princípios básicos: universalidade de acesso aos serviços, a igualdade e integralidade da assistência (BRASIL, 1990).

Neste sentido, estratégias foram implementadas em todo território brasileiro de maneira processual e contínua com vistas à reorientação do modelo de atenção a saúde, e em defesa dos princípios propostos pelo SUS. Uma das estratégias criadas foi o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como grande diferencial a figura do agente comunitário de saúde, a abordagem familiar e a assistência domiciliar.

Inicialmente caracterizado como programa, o PSF teve início quando o Ministério da Saúde, em 1991, propôs o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado nas regiões norte e nordeste, visando promover a extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas, objetivando contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna nestas regiões (AGUIAR, 2001).

A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde identifica a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e propõe o enfoque na família como unidade de ação programática de saúde, portanto introduz a noção de cobertura por família (ALA e DAL MR, 1998 *apud* ROSA E LABATE, 2005).

No contexto do sistema público de saúde atual, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos eixos fundamentais. A característica básica da proposta é prover a atenção básica em saúde, aumentando o acesso da população aos serviços de saúde, com base numa modalidade de atendimento que visa à transformação do modelo assistencial (BRASIL, 2004). De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua por meio do desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Neste

sentido, propõe uma reorganização da prática assistencial, com enfoque na família em seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997).

Mediante o apresentado, o PSF compõe a reestruturação do modelo de atenção a saúde, que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida. Considerando os desafios do sistema de saúde público brasileiro, tal melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados. (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996 *apud* BARROS e PILLON, 2006).

Associar saúde e qualidade de vida com condições ambientais a fim de promover mudanças de comportamento/ estilo de vida faz parte do cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, sendo foco da Atenção Primária a Saúde (APS). Neste contexto a APS, é identificada como porta de entrada para o sistema de assistência, ao mesmo tempo em que constitui um nível próprio de atendimento.

A APS extrapola a esfera da intervenção curativa individual, as chamadas necessidades básicas de saúde, pois visa a resolução de uma demanda de saúde considerando os fatores biopsicossociais.

Neste sentido, o cenário da APS inclui as demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública, as demandas relacionadas a algumas ações clínicas e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas embasadas em tecnologias leves, que exigem dos profissionais uma sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas. (SCHRAIBER E MENDES,1996 *apud* ROSA E LABATE, 2005).

Mediante a consolidação e o desenvolvimento da ESF, um forte sistema de apoio também entrou em cena: a Atenção Farmacêutica (AF), que visa garantir uma terapia medicamentosa segura e racional. O farmacêutico se torna necessário na ESF de forma mais presente e atuante, no que tange a saúde individual e da comunidade, almejando resultados concretos obtidos por meio de orientações, informações, observações, intervenções quando necessário, focando sempre as ações para o auto cuidado do usuário, culminando em uma farmacoterapia correta (MARIN, 2003).

> A participação do profissional farmacêutico na atenção básica, inclusive no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF que apoia o Programa Saúde da Família – PSF, consiste em ato legal autorizado pelas portarias n. 698 de 03 de março de 2006 (PSF) e 154 de 24 de janeiro de 2008 (NASF) – ambas do Ministério da Saúde. Entende-se que o farmacêutico mostra-se necessário na

> atenção básica, pois tal profissional irá atuar em todo o ciclo de assistência preceituado pelo PSF (OLIVEIRA *et al.*, 2010, p. 3).

De acordo com ARAÚJO *et al.*, (2005) citado por OLIVEIRA *et al.* (2010), a assistência farmacêutica de qualidade necessita de recursos e planejamento para o desenvolvimento de todas as etapas que compõem o ciclo da terapêutica medicamentosa. Cabe considerar que este ciclo compõe-se pelas seguintes etapas: seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e utilização do medicamento. Ora, a atenção farmacêutica deve estar presente em todas as referidas etapas, porém, nota-se como essencial sua presença no final do ciclo, isto é, na dispensação e uso, momento em que a figura do farmacêutico mostra-se de fundamental importância.

Com a dispensação finaliza-se uma etapa e inicia-se um processo, o processo terapêutico medicamentoso, o qual contribui consideravelmente para a cura e/ou controle de doenças. A dispensação por si só, como um sistema de troca de moedas (apresentação da prescrição pela entrega de medicamentos), não assegura a farmacoterapia do usuário envolvido.

Considerando as etapas do ciclo descrito pelo autor acima, uma das mais complexas é, indubitavelmente, a dispensação. Para o profissional, nem tanto, para o usuário, muito. Este analfabeto, com distúrbios visuais, cheio de mitos, desconhecedor dos genéricos, que lê a bula e se assusta, enfim, cheio de medos, dúvidas e experiências, que, quando não adequadamente orientado e acompanhado acaba suspendendo ou usando incorretamente a droga.

Ao reconhecer a necessidade deste usuário identifica-se, porém que o farmacêutico ainda não é um elemento presente do início ao fim deste ciclo, ficando muitas vezes, a cargo da enfermagem na figura do enfermeiro, responsabilizar-se por tudo a que se refere ao medicamento nas unidades de saúde.

A problemática deste estudo surge por meio da trajetória profissional da autora que corresponde a cinco anos como enfermeira em uma equipe de saúde da família (ESF) no município de Três Corações, após conhecer diferentes linhas de trabalho no que refere à assistência farmacêutica, a autora percebe uma grande dificuldade na estruturação da assistência farmacêutica nas unidades de Saúde da Família.

Assim como no município de Três Corações, vários municípios descentralizaram a AF, por meio da implantação de pontos de distribuição de medicamentos em todas as unidade de atenção primária à saúde (UAPS) incluindo ESF, porém com atuação do

farmacêutico apenas à nível central, ficando à cargo do enfermeiro Responsável Técnico (RT) da unidade organizar o processo de AF, desde a solicitação, controle e manutenção de estoque até a dispensação de medicamentos. Neste contexto, o enfermeiro exerce uma atividade que não lhe compete legalmente conforme evidenciado na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de n°. 7498/86 (COFEN, 1986).

Seguindo as atuais políticas de saúde vigentes, a Prefeitura Municipal de Três Corações tem expandido significativamente o número de Equipes de Saúde da Família, passando de 03 ESF até 2007 para 11 em 2011. Diante de tal expansão do número de ESF implantadas, existe a necessidade da organização da AF nestas, no que se refere à estrutura física e recursos humanos.

Considerando que a AF é indispensável nas ESF como sistema de apoio ao controle a terapia medicamentosa de diversas patologias crônicas e agudas e mediante a realidade exposta do município de trabalho da autora, mas vivenciada por vários profissionais nos mais diversos municípios, o presente estudo se faz necessário para levantar o que a literatura traz sobre esta situação.

2. OBJETIVOS

- Conhecer como a produção científica tem abordado a estruturação da assistência farmacêutica nas equipes de Saúde da Família.

- Identificar como a assistência farmacêutica nas equipes de Saúde da Família interfere na farmacoterapia dos usuários de acordo com a produção científica.

3. METODOLOGIA

O estudo realizado trata-se de uma revisão da literatura do tipo narrativa. O método visa à investigação do conhecimento disponível sobre a Assistência Farmacêutica nas equipes de saúde da família no território brasileiro, e assim a consecução dos objetivos propostos neste estudo. O estudo objetivou a realização de revisão bibliográfica, por meio de publicações científicas em livros, revistas, artigos e sites, a fim de explorar a literatura de acordo com o tema do estudo. Também foram buscados artigos no banco de dados do Scielo, os principais descritores foram: ESF, medicamentos e assiatência farmacêutica. Foram considerados artigos publicados entre os anos de 2005 à 2010.

Após busca e seleção dos artigos, realizou-se uma análise do material encontrado, com enfoque na política nacional relacionada à Assistência Farmacêutica e sua estruturação na atenção primária a saúde. Após essa etapa, realizou-se uma análise com levantamento de pontos facilitadores e dificultadores relacionados à temática. A exemplo, como principal ponto facilitador cita-se os próprios conflitos enfrentados pela autora no ambiente laborativo em relação ao controle de medicamentos, e, como dificultador, o escasso material encontrado referente ao tema de exploração. Finalmente, pontuaram-se considerações sobre os desafios encontrados pelas equipes de saúde da família na dispensação de medicamentos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 A Assistência Farmacêutica no SUS

O acesso a medicamentos e a expansão da Assistência Farmacêutica é um grande desafio para sistema público de saúde visando à garantia da assistência a saúde como direito de todos e dever do Estado.

> Ampliar o acesso da população a medicamentos tem sido um dos grandes desafios impostos ao poder público brasileiro. O Ministério da Saúde assumiu, com determinação, a incumbência de promover o acesso da população brasileira a medicamentos de qualidade em quantidade adequada ao menor preço possível. Para tanto, vem implementando, desde 1998, ações que expressam de forma articulada os eixos assumidos no desenho da Política Nacional de Medicamentos. O escopo da atuação envolve a regulação sanitária, a regulação econômica, a reestruturação e a expansão da assistência farmacêutica além do essencial aparelhamento administrativo e institucional para a consecução destes objetivos (BRASIL, 2001).

Em consonância com os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), constitui estratégia essencial para consolidá-lo uma vez que contribui para viabilizar um dos componentes fundamentais da assistência à saúde que é a cobertura farmacológica.

Mediante a responsabilização das três esferas do governo - Federal, Estadual e Municipal, e considerando suas respectivas competências e abrangência de atuação, são propostas ações orientadas pelas diretrizes da PNM: Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001). A Resolução nº 308 de 02 de maio de 1997 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), define a AF como:

> o 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 (Conselho Federal de Farmácia, 1997 *apud* ARAÚJO, *et al.,* 2005, p.88).

Um conceito que propõe a desvinculação de um rótulo minimalista formado sobre o farmacêutico, como sendo um profissional meramente responsável por controle de estoque de medicamento, garantindo a este profissional grande campo de atuação e responsabilidades.

Neste sentido, a finalidade de uma efetiva Atenção Farmacêutica (AF) no Sistema Público é melhorar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos necessários para promover redução nos efeitos e/ou eliminar sofrimentos causados pelas enfermidades (BERNARDI, *et al.*, 2006).

Considerando o contexto do sistema de saúde brasileiro, grande parte das consultas realizadas gera prescrição de um ou mais medicamentos. Cabe ressaltar que ainda existe grande dificuldade em garantir a disponibilidade desses produtos nas unidades de saúde. (SILVA e COL, 2005 *apud* NUNES, 2008).

Mediante a disponibilidade de medicamentos, ainda existe o desafio da utilização dos mesmos de maneira adequada. Uma vez disponível e utilizado corretamente, o medicamento é o recurso terapêutico com melhor relação custo-efetividade, no entanto, seu uso inadequado é um importante problema da saúde pública mundial (OPAS, 2005 *apud* NUNES, 2008).

De acordo com FRAGA (2005) a assistência farmacêutica desenvolvida nos municípios brasileiros ainda é incipiente, mantendo a ênfase na aquisição de medicamentos, apesar de alguns avanços resultantes da PNM (BARRETO *et al*., 2010, p. 1208).

4.2 A Assistência Farmacêutica no PSF

O PSF construiu um elo entre a população e os profissionais de saúde, facilitando o acesso a todo e qualquer serviço de saúde, tornou-se não apenas uma porta de entrada para a saúde pública como também assumiu um papel de co-responsável pela saúde do usuário cadastrado em sua área de abrangência.

> O PSF é constituído por Equipes de Saúde da Família (ESF) que são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais são responsáveis pela atenção integral e contínua

> de cerca de 800 famílias (até 4.500 pessoas), residentes em um território geográfico delimitado (LOW, 2004 *apud* CANABARRO E HANS, 2009, p.346).

São profissionais generalistas que acompanham a família em todas as fases da vida e atuam nas mais diversas áreas assistenciais. Neste sentido, uma área que vem crescendo e merece destaque é farmacoterapia, dada a grande demanda e complexidade que caracteriza este tipo de assistência. Cabe considerar que vários agravos à saúde geram a prescrição de medicamentos e a equipe de saúde deve estar sempre preparada para intervir frente a problemas relacionados à terapia medicamentosa.

Neste contexto, o apoio do farmacêutico à equipe multidisciplinar é fundamental. O enfoque comunitário para a atuação do farmacêutico, vindo de modo a ampliar a equipe, reforça o trabalho, visando o uso racional de medicamentos, evitando complicações de patologias que necessitam de tratamento medicamentoso.

O farmacêutico na equipe de saúde da família deve ser responsável pelo desenvolvimento de atividades de orientação aos pacientes quanto ao uso de medicamentos, a fim de reduzir problemas relacionados aos medicamentos e contribuir para a utilização racional destes. Essa concepção facilita o trabalho integrado de assistência à saúde e o estabelecimento de elos de confiança entre usuários e os profissionais. (ARAÚJO *et al*., 2005)

Entre os diversos problemas enfrentados pelas equipes de saúde da família, a promoção do uso adequado de medicamentos talvez seja uma prioridade, visto que pode contribuir para a resolução de diversos problemas, incluindo fatores que determinam a dificuldade de acesso (NUNES *et al.*, 2008).

Neste contexto, o Ministério da Saúde tem se preocupado, há alguns anos, em transformar os ACS em fomentadores do uso racional de medicamentos em suas comunidades. Esta afirmação pode ser evidenciada na publicação da cartilha "*O trabalho dos ACS na promoção do uso correto de medicamentos"* (SILVA e COL, 2005 *apud* NUNES *et al*., 2008).

A necessidade do uso do medicamento na vida do usuário se faz a partir da instalação de uma patologia aguda, uma patologia crônica ou as duas concomitantemente. O medicamento faz parte da rotina de trabalho dos profissionais que atuam na ESF, em destaque o ACS que atua nos domicílios diariamente, na parte de orientações quanto ao uso de medicamentos a partir da prescrição médica, verificação

quanto à estocagem, armazenamento de medicamentos de uso contínuo, e em alguns municípios, até mesmo na prática da dispensação domiciliar sob supervisão do enfermeiro, que, na falta do farmacêutico, é o profissional capacitado disponível na equipe e encarregado para tal.

> Neste aspecto, há também a necessidade de aproximação do profissional farmacêutico com as unidades de saúde que dispensam o medicamento, de maneira a se comprometer não só com as atividades relacionadas ao processo de programação e aquisição, como também com a relação existente entre o usuário e o uso racional dos medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A AF propõe uma nova perspectiva de conduta do farmacêutico perante o usuário do medicamento. De acordo com o preconizado pelas diretrizes da AF cabe ao profissional farmacêutico o estabelecimento de uma relação estreita e acolhedora com o usuário, comprometendo-se com o sucesso de sua terapêutica medicamentosa. Esta nova proposta constitui-se em um desafio para o farmacêutico, sendo que este profissional deixará de se ocupar estritamente com atividades de caráter burocrático relacionadas com a aquisição de medicamentos para se ocupar também do usuário.

Neste sentido, a AF disponibilizada a população de determinada equipe deve ser programada, respeitando suas particularidades, atendendo sua demanda e contando com sistemas de controle de avaliação para um efetivo monitoramento de resultados. A integração de todos os profissionais envolvidos de forma direta contribui para obtenção de resultados positivos relativos ao processo de cura/controle de doenças a partir do medicamento e controle de outras bases de tratamento como alimentação e atividade física (OLIVEIRA *et al.,* 2010).

> As contribuições da legislação e das normatizações do MS para a organização e o estabelecimento de financiamento para a AF na ABS são indiscutíveis. No entanto, existe um grande distanciamento entre a AF básica legalmente estabelecida e a AF básica real dos municípios brasileiros. Os problemas encontrados vão desde o desabastecimento de medicamentos essenciais e má conservação deles no processo de armazenamento até a ausência total de orientação ao usuário quanto à utilização correta desses produtos. (OLIVEIRA *et al*., 2010).

Mediante o apresentado, faz-se necessário considerar a legislação atual referente à temática discutida. A Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. Neste sentido, o artigo 9 apresenta que:

> Independem de licença para funcionamento os estabelecimentos abrangidos por esta Lei integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos

> equipamentos e à aparelhagem adequados e à assistência e responsabilidade técnicas (BRASIL, 1976).

E ainda o Parágrafo único do referido artigo considera que:

> Para fins de controle sanitário, previsto na legislação em vigor, é obrigatória a comunicação, pelos órgãos referidos neste artigo, ao Ministério da Saúde, da existência ou instalação de estabelecimentos de que trata a presente Lei (BRASIL, 1976).

Já em observância a resolução RDC N° 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêutico sem farmácias e drogarias e dá outras providências. Verifica-se em seu artigo 5º que:

> As farmácias e drogarias devem ser localizadas, projetadas, dimensionadas, construídas ou adaptadas com infra-estrutura compatível com as atividades a serem desenvolvidas, possuindo, no mínimo, ambientes para atividades administrativas, recebimento e armazenamento dos produtos, dispensação de medicamentos, depósito de material de limpeza e sanitário (ANVISA, 2009).

Ainda sobre os amparos legais, refere-se a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973 que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências, em seu artigo 44 que:

> Compete aos órgãos de fiscalização sanitária dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios a fiscalização dos estabelecimentos de que trata esta Lei, para verificação das condições de licenciamento e funcionamento (BRASIL, 1973).

Sobre a responsabilidade técnica o artigo 15 especifica que:

> A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei. § 1º - A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento (BRASIL, 1973)

Considerando os preceitos da legislação vigente, na referida lei, o artigo 23 apresenta que são condições para licença: localização conveniente sob o aspecto sanitário; instalações independentes e equipamentos que a satisfaçam aos requisitos técnicos adequados à manipulação e comercialização pretendidas; assistência de técnico responsável, de que trata (BRASIL, 1973).

No contexto da prática de distribuição de medicamentos em unidades do PSF, surge a necessidade de garantir maior controle sanitário na aquisição, no armazenamento, na conservação e na distribuição dos medicamentos. Neste sentido, a Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999, que dispõe sobre as boas práticas de dispensação para farmácia e drogaria, assegura que o profissional farmacêutico seja o

responsável pela supervisão do conjunto de processos que caracteriza a assistência farmacêutica (BRASIL, 1999 *apud* CANABARRO **e** HANS, 2009).

Observa-se que a atenção farmacêutica desenvolvida atualmente nas unidades do PSF, fica muito aquém do previsto na legislação. E um dos desafios inerentes a esta problemática refere-se aos recursos humanos, ou seja, ao número reduzido de profissionais farmacêuticos que atuam diretamente em serviços da APS, sendo assim, que o processo de trabalho destes fica restrito a supervisão e a funções administrativas.

Os estudos realizados por Naves e Silver (2005) e Bernardi *et al*., (2006) afirmam o baixo número de farmacêuticos presentes nos municípios. O estudo realizado por Naves e Silver (2005) no Distrito Federal descreveu que somente dois centros de saúde dos 15 estudados possuíam farmacêuticos. Em consonância, o estudo de Bernardi *et al*., (2006), constatou a presença de 05 farmacêuticos para os vinte municípios investigados localizados na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul.

Mediante o apresentado, considera-se a AF como desafio para o sistema de saúde público brasileiro, sendo que, a tecnologia de uso dos medicamentos, mais especificamente referente ao processo de atendimento, representado pela relação direta com o usuário do medicamento, é enfatizada como a atividade mais importante do farmacêutico, pois este é o detentor privilegiado do conhecimento sobre o medicamento (HARDLING E TAYLOR, 1997 *apud* ARAÚJO *et al.*, 2005, p.90).

> Dessa forma, cabe ao farmacêutico colaborar com a implementação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), devendo incorporar-se às ESF no exercício de sua função na atenção básica, que consiste em resolver de maneira sistematizada todos os problemas relacionados com medicamentos que possam surgir no transcorrer do tratamento do paciente, em especial naqueles portadores de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes. (Conselho Federal de Farmácia, 2006 *apud* CANABARRO E HANS,2009, p.347).

Sendo assim, a ausência profissional farmacêutico na rede de atenção a saúde e, conseqüentemente, de sua orientação ao paciente contribui, segundo Naves e Silver (2005), para o inadequado conhecimento e entendimento da prescrição por parte do usuário, o que contribui para a ineficácia da terapêutica medicamentosa.

Um estudo realizado em 2004, por farmacêuticos e acadêmicos da Faculdade de Farmácia da UFG, em parceria com a equipe multiprofissional de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) do CAIS Amendoeiras em Goiânia, de uma amostra de 43 pacientes diabéticos, observou-se que 33 pacientes apresentaram problemas

relacionados à medicação, cujo motivo seria o uso incorreto da medicação e problemas no abastecimento.

Mediante o estudo apresentado, conclui-se que apesar de bem assistida, a falta do farmacêutico na equipe de saúde do Planalto Ininga deixou clara a fragilidade do programa de saúde sem uma equipe multidisciplinar, prejudicando a eficácia do serviço prestado na região. Pode-se verificar que a esta população encontrava- se bem assistida pelos profissionais do PSF, mas, a ausência do farmacêutico no serviço de saúde, repercute de forma negativa na utilização de medicamentos pela população (MACEDO *et al*., 2005).

Segundo resultados obtidos por Bernardi, *et al.*, (2006) , com relação ao indicador, que considera o número de farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica Básica, dos vinte municípios entrevistados, apenas cinco (25% do total) possuíam como responsável um farmacêutico. Nos demais municípios (75% do total), os responsáveis eram enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros profissionais.

Alguns trechos de depoimentos feitos por profissionais, para pesquisa realizada por Barreto e Guimarães (2010), evidenciam a realidade de muitos municípios, sendo eles:

> "*Somos poucos farmacêuticos* (...) *nós fazemos supervisão semestral nas unidades. Então, é complicado para nós, mesmo enquanto coordenação estar interferindo no dia a dia de uma unidade que efetivamente não participamos*" (Município 1, Ator 1) (BARRETO e GUIMARÃES, 2010, p.1212).
>
> "*Nós sabemos que há uma deficiência de profissionais. O medicamento não pode ser dispensado por outro profissional que não seja farmacêutico. E as unidades de saúde não estão contempladas com a presença desse profissional em todas elas. O concurso público se faz necessário!*" (Ata da Reunião 258 do Conselho Municipal de Saúde, Município1 - 29/06/2005) (BARRETO e GUIMARÃES, 2010, p.1214).
>
> "*...Muitas unidades não têm a menor condição de espaço físico para poder armazenar e temos muita dificuldade no controle da dispensação, não temos farmacêuticos em todas as unidades e há realmente um descontrole importante, inclusive com perdas de medicamentos*" (Município 1, Ator 3) (BARRETO e GUIMARÃES, 2010, p.1215).
>
> "*...Os medicamentos são transportados e armazenados de forma inadequada, a dispensação e programação de forma inadequada* (...) *temos problemas em toda a cadeia desde o momento da programação das necessidades passando pelo processo de aquisição, armazenamento, distribuição, condições de dispensação nas unidades e orientação, prescrição, problemas também de falhas dos profissionais, de controle na dispensação nas unidades enfim é o processo de AF é uma cadeia em que há problemas nos diversos elos dessa cadeia*" (Município 1, Ator 3) (BARRETO e GUIMARÃES, 2010, p.1215).

Outras pesquisas, também confirmam a prática irregular da AF

A pesquisa realizada por Canabarro e Hans, (2009)**,** identificou que em nove unidades de saúde, o enfermeiro era o responsável pelo controle de estoque de medicamentos, além de todas as atribuições inerentes à sua profissão. Segundo notícia publicada no jornal Estado de Minas em 2009, reportagem de Flávia Ayer, em BH existem 145 centros de saúde com pontos de distribuição de medicamentos funcionando sem a supervisão local de um farmacêutico, onde enfermeiros e auxiliares de enfermagem assumem esta responsabilidade que foge de sua competência. Sem registro e responsável legal, na prática, as farmácias das unidades básicas funcionam como pontos clandestinos (Estado de Minas, 2009). Em consonância com o apresentado, o estudo de Oliveira (2010), considera que "(...) a dispensação na maioria das unidades é feita por trabalhadores sem qualificação para orientar os usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, e em muitas unidades as condições de armazenamento dos medicamentos são inapropriadas, comprometendo sua qualidade".

5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade, incluiu toda a população brasileira como usuária do sistema de saúde. E para atender a esta demanda tão grande e diversificada, instituiu-se a Atenção Primária à Saúde (APS) representada pelas Equipes de Saúde da Família, como principal porta de entrada do usuário no sistema, que deve ser o mais resolutiva possível dentro de sua capacidade operacional. Visando ainda ampliar o atendimento e facilitar o acesso dos usuários das ESF ao medicamento quando prescrito pelo médico, descentralizou-se a AF, por meio da implantação de pontos de "dispensação de medicamentos" nas unidade de saúde da família.

A partir deste estudo, fica evidente que a organização da AF, ainda está desestruturada em muitos municípios, principalmente no que se refere a recursos humanos. Hoje, a AF **está** totalmente amparada e consolidada em termos legais, porém, a realidade de muitos municípios apresentada pelos artigos analisados, reflete um distanciamento do proposto pela legislação da situação atual da maioria dos serviços de APS.

A capacidade operativa dos municípios frente ao processo de descentralização da AF, é limitada, haja vista, os onerosos investimentos necessários para adequação dos pontos de dispensação na parte física, equipamentos e recursos humanos, para reconhecimento legal e autorização sanitária para credenciamento destes estabelecimentos.

Com a descentralização da AF o acesso ao medicamento foi facilitado o que contribui para maior adesão do usuário à farmacoterapia, porém muitos pontos públicos de dispensação de medicamentos funcionam na "informalidade". Neste contexto, o enfermeiro que é o responsável técnico pela ESF e tem suas atribuições específicas na parte administrativa, supervisão e assistencial, tem assumido outra função que não lhe compete, a assistência farmacêutica em todo seu processo. Esta função sobrecarrega o profissional, comprometendo suas horas úteis de trabalho.

Muitos profissionais ainda se submetem a exercer e responsabilizar-se por atribuições que não lhes competem, por pressão dos gestores. Com isso, toda a qualidade de um trabalho fica comprometida.

Cabe aos respectivos órgãos fiscalizadores, autuar de forma exemplar, os municípios que descumprem os preceitos legais da AF, para fazer com que os serviços se enquadrem nas exigências legais. Há ainda um longo caminho a ser percorrido para o desenvolvimento e implementação de uma AF voltada para o usuário e não para o medicamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(01) BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Senado, 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivi_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 03/03/2011.

(02) BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 2 mar. 2008.

(03) BARROS, Marcelle Aparecida de; PILLON, Sandra Cristina.PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES FRENTE AO USO DE DROGAS. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 01, p. 144 – 149, 2006. Disponível em:< http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 13 mai.2011.

(04) AGUIAR, José Manuel Monteiro. O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, março/2001.

(05) BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Ministério da saúde, Cadernos de saúde, Brasília (DF): MS; 1997.

(06) MARIN, Nelly. (org.) Assistência farmacêutica para gerentes municipais. / Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003.

(07) Leis, Decretos, etc. (BR). Lei n 7.498, de 25/06/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. D.O.U., 26/06/1986. In: COFEn Normas e Notícias, 1986; 9(2).

(08) ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa de Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.13, n.6, , p.1030-1, nov e dez 2005. Disponível em:<http.//www.scielo.br/pdf /rlae/v13n6 /v13n6a16. pdf> Acesso em: 13 mar 2001.

(09) OLIVEIRA, F.M.,et al. Profissional farmacêutico na assistência ao PSF: a atuação do farmacêutico no núcleo de assistência à saúde da Família – NASF. Primeira Versão, a.IX, v.XXX, n.265, p.03-06, set.2010. Disponível em:<http.//www.primeiraversão.unir.br/ artigos_volumes/ 265_LETÍCIA_% 20franciele_tatiana.pdf> Acesso em: 14 mar.2011.

(10) ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v. 26, n.2, p. 88,90, 2005. Disponível em :< http://servbib. fcfar.unesp.br /seer/index.php/Cien_Farm/article/view/404/388> Acesso em: 15 mar.2011.

(11) MACEDO, B. S. ET AL. Projeto de Implantação de Atenção Farmacêutica a Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 em Programa de Saúde da Família. Revista Eletrônica de Farmácia, v. 2, p.116-118, 2005. Disponível em : <

http://www.revistas. ufg. br/index.php/REF/article/view/1990/1958> Acesso em: 30 mar.2011.

(12) NUNES, C.C.; AMADOR, T.A.; HEINECK, I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. Saúde e Sociedade, São Paulo , v.17, n.1 , Jan./Mar. 2008. Disponível em:<http//www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S0104-12902008000100008> Acesso em: 06 abr.2011.

(13) BERNARDI, C.L.B.; BIEBERBACH, E.W.; THOMÉ, H.I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.15, n.1, Jan./Apr. 2006.

(14) BARRETO ,J.L.; GUIMARÃES, M.do C.L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v .26 , no.6 , p.1208-1215, 2010. Disponível em :< http://www. scielo. br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100008> Acesso em: 18 abr.2011.

(15) OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS,M.M.A.; BARBONI, A.R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201 0000 900 031>Acesso em: 20 abr.2011.

(16) CANABARRO,I.M.; HAHN,S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília-DF, v.18 n.4 , P.346-7,352, dez. 2009 . Disponível em: <http:// scielo. iec.pa. gov. br/pdf/ess/v18n4/v18n4a04.pdf> Acesso em: 20 abr.2011.

(17) SINCAVIR-MG >> Centros de Saúde de BH não tem farmacêuticos. ESTADO DE MINAS, Flávia Ayer, Maio 2009. Disponível em:< http://www. sincavir.org. br/modules/ news/article. php?storyid=877> Acesso em: 21 abr.2011.

(18) BRASIL. A Política Nacional de Medicamentos. Disponível em:<http://dtr2001 .saude.gov. br/ sas/dsra/protocolos/03_negri.pdf> Acesso em: 23 abr.2011

(19) BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Brasília, 23 de setembro de 1976.Disponível em: < http://www. anvisa. gov.br/legis/leis/6360_76.htm>. Acesso em: 13 mai.2011.

(20) ANVISA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 44, DE 17 DE AGOSTO DE 2009. Disponível em:<http://www.in.gov.br/ imprensa/ visualiza/ index. jsp?data=18/08/2009&jornal=1&pagina=78&totalArquivos=184>. Acesso em: 13 mai.2011

(21) BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.Disponível em: < http://www.planalto. gov.br/ ccivil_03/ Leis/ L5991.htm>. Acesso em: 13 mai.2011.