

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Farmácia

Rúbia Santos Camargo Di Salvio

**A MICROPOLÍTICA DO CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
uma análise do discurso**

Belo Horizonte

2021

Rúbia Santos Camargo Di Salvio

**A MICROPOLÍTICA DO CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
uma análise do discurso**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do grau de mestra.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Clarice Chemello

Coorientadora: Dr<sup>a</sup> Simone de Araújo Medina  
Mendonça

Belo Horizonte

2021

D611m	<p>Di Salvio, Rúbia Santos Camargo.</p> <p>A micropolítica do cuidado farmacêutico na atenção primária: uma análise do discurso / Rúbia Santos Camargo Di Salvio. – 2021. 124 f. : il.</p> <p>Orientadora: Clarice Chemello. Coorientadora: Simone de Araújo Medina Mendonça.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.</p> <p>1. Atenção farmacêutica – Teses. 2. Atenção Primária à Saúde – Teses. 3. Assistência farmacêutica – Teses. 4. Análise do discurso – Teses. 5. Arqueologia – Teses. I. Chemello, Clarice. II. Mendonça, Simone de Araújo. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.</p> <p>CDD:362.1042</p>
-------	--



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FARMÁCIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

A MICROPOLÍTICA DO CUIDADO FARMACÉUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma análise do discurso.

RUBIA SANTOS CAMARGO DI SALVO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestra em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA.

Aprovada em 16 de AGOSTO de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Clarice Chamello - Orientadora (FAFAR-UFMG)  
Profa. Simone de Araújo Medina Mendonça (FAFAR-UFMG)  
Profa. Denise Bueno (UFRGS)  
Profa. Isabela Silva Cândo Velloso (Escola de Enfermagem-UFMG).



Documento assinado eletronicamente por Denise Bueno, Usuário Externo, em 09/08/2021, às 13:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Clarice Chamello, Professora do Magistério Superior, em 16/08/2021, às 16:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Simone de Araújo Medina Mendonça, Membro, em 16/08/2021, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Isabela Silva Cândo Velloso, Professora do Magistério Superior, em 23/08/2021, às 13:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 0835844 e o código CRC 49135871.

*À João Felipe, Melissa e Vinícius, por serem especiais*

## AGRADECIMENTOS

À Dr.<sup>a</sup> Clarice Chemello e à Dr.<sup>a</sup> Simone Mendonça agradeço, respectivamente, a orientação e a coorientação, e os ensinamentos que tanto contribuíram para meu aprendizado.

À Dr.<sup>a</sup> Délcia Destro pela colaboração no trabalho.

À universidade agradeço a oportunidade para o crescimento do meu conhecimento acadêmico.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte agradeço a oportunidade para meu crescimento profissional.

Aos colegas de trabalho e as minhas gerentes agradeço o apoio e a confiança.

E agradeço, especialmente, a meu esposo João Felipe pelo incentivo e aos filhos que apesar de tão pequeninos tiveram a capacidade de compreender.

*"O essencial é, portanto, esse conjunto de coisas e homens; o território e a propriedade são apenas variáveis." (FOUCAULT, 2019. p.416).*



## RESUMO

O objetivo do estudo é analisar a formação discursiva dos farmacêuticos da atenção primária buscando compreender como esses profissionais estão constituídos para o fazer/não fazer. Ao longo do tempo a profissão farmacêutica vem se transformando para atender às necessidades sociais. O crescimento da morbimortalidade relacionada aos medicamentos tem demandado dos farmacêuticos o envolvimento na clínica e no cuidado em saúde. A atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS), como membro do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), visa contribuir para aumentar a resolutividade das ações em saúde ao passo que propicia a provisão responsável e compartilhada da farmacoterapia, por meio do cuidado farmacêutico. No entanto, apesar dos avanços alcançados e dos esforços empreendidos no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como dos resultados positivos do cuidado farmacêutico, este é incipiente e apresenta diversos desafios para sua implementação. A prática se desenvolve em meio a tensões cotidianas e, portanto, entender como a micropolítica influencia o exercício farmacêutico é crucial. O caminho metodológico foi construído mediante Análise de Discurso baseada em Foucault e os resultados foram discutidos mediante a perspectiva das relações de saber-poder. O *corpus* foi formado por entrevistas de farmacêuticos atuantes no Nasf de Belo Horizonte e demais documentos pertinentes, levando à definição do objeto discursivo **cuidado farmacêutico**. Os resultados mostram que embora o aumento da morbimortalidade relacionada aos medicamentos possa ser uma condição possibilitadora para o cuidado farmacêutico, este tem sido constituído no contexto analisado por meio das relações de saber-poder da formação acadêmico-profissional; da gestão do acesso aos medicamentos; e, da relação médico-farmacêutico. O estudo possibilitou visualizar pontos de dispersão entre a prática e o instituído, a depender das diferentes posições ocupadas pelos indivíduos no discurso em sua subjetivação. Embora o cuidado farmacêutico apareça em diferentes domínios discursivos, no cotidiano analisado sua construção ainda se mostra frágil. O sujeito em constituição tem sido atravessado por diversas práticas discursivas que o afasta desse cuidado. As relações mostram-se geralmente tensas e desgastantes e desdobram-se em práticas que não estão centradas nem no medicamento nem no paciente, mas nas relações, levando a uma circulação de saber-poder que não propicia o aumento da resolutividade das ações de forma integral. Para transformar a realidade é preciso apropriar-se do saber e mover o maquinário do poder. A compreensão do papel social a partir do discurso, em seu caráter fundante, leva a importantes reflexões para o fortalecimento das bases profissionais filosóficas. Portanto,

entender como somos produzidos possibilita transformações para que a prática do cuidado farmacêutico seja realmente possível.

**Palavras-chave:** cuidado farmacêutico; atenção primária à saúde; assistência farmacêutica; micropolítica; análise do discurso; arqueologia.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the discursive formation of primary care pharmacists, seeking to understand how these professionals are constituted to do or not do it. Over time, the pharmaceutical profession has been transformed to meet the needs of society. The growth of morbidity and mortality related to medicines has demanded that pharmaceuticals get involved in the clinic and health care. The performance of the pharmacist in Primary Health Care (PHC), as a member of the Family Health and Primary Health Care Expanded Support Center (NASF-AB), is an important contribution to increase the resolution of health care actions, as it is an opportunity to provide the responsible and shared provision of pharmacotherapy, through pharmaceutical care. However, despite the advances achieved and the efforts made in the Unified Health System (SUS), as well as the positive results with such practice, pharmaceutical care has still proved to be incipient. Several challenges for its implementation have been observed. The practice develops between daily tensions and, therefore, understanding how micropolitics influences pharmaceutical exercise is crucial. The methodological route was constructed through Discourse Analysis based on Foucault and the results were discussed from the perspective of knowledge and power relations. The corpus was formed by interviews of pharmacists active in the Nasf of Belo Horizonte, and other pertinent documents, leading to the definition of the discursive object pharmaceutical care. The results show that although the increase in drug-related morbidity and mortality may be a condition for pharmaceutical care, it has been constituted in the context analyzed through the knowledge-power relationships of academic-professional education; management of access to medicines; and the doctor-pharmacist relationship. The study made it possible to visualize dispersion points between practice and the instituted, depending on the different positions occupied by individuals in the discourse in their subjectivation. Although pharmaceutical care appears in different discursive domains, in the daily analysis its construction is still fragile. The subject in the constitution has been crossed by several discursive practices that keep him from this care. Relationships are generally tense and exhausting and unfold in practices centered on relationships and not on the patient, leading to a circulation of knowledge-power that does not promote the increase in the resolution of integral actions. To transform reality, it is necessary to appropriate knowledge and move the machinery of power. The understanding of the social role from the discourse, in its founding character, leads to important reflections for the strengthening of philosophical professional bases. Therefore, understanding how we are produced enables transformations so that the practice of pharmaceutical care is possible.

**Keywords:** pharmaceutical care; primary health care; pharmaceutical assistance; micropolitics; discourse analysis; archaeology.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Análise de Discurso
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM-AD	Centro de Referência em Saúde Mental – Álcool e Drogas
CFE	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSAP	Condições sensíveis à atenção primária
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTR/DIP	Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças crônicas não-transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
FR	Farmácia Regional
GERAF	Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
ICSAP	Internações por condições sensíveis a atenção primária
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCT	Protocolo Clínico e Terapêutico
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRM	Problemas relacionados ao uso de medicamentos
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção
ProFar	Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RB	Rede Básica
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SIEST	Sistema Integrado de Estoque
SISRED	Sistema Saúde em Rede

SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
URM	Uso Racional de Medicamentos

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1. Diagrama da Prática Farmacêutica no NASF

Figura 2. Identificação das formações discursivas

Figura 3. O método clínico do cuidado farmacêutico ao paciente proposto por Correr e Otuki (2013)

Figura 4. Fluxograma de um serviço de clínica farmacêutica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	19
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	20
<b>3.1 Histórico da Atenção Primária à Saúde no Brasil</b> .....	20
<b>3.2 Histórico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde no Brasil</b> .....	22
<b>3.3 O Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde</b> .....	25
<b>3.4 Panorama da Assistência Farmacêutica e do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária em Saúde em Belo Horizonte</b> .....	27
<b>3.5 Micropolítica do cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde</b> .....	29
<b>3.6 Pós-estruturalismo e a análise do discurso em Foucault</b> .....	31
<b>4 PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVO</b> .....	35
<b>4.1 Pergunta de pesquisa</b> .....	35
<b>4.2 Objetivo geral</b> .....	35
<b>5 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	36
<b>5.1 Desenho do estudo</b> .....	36
<b>5.2 Percurso teórico metodológico</b> .....	36
<i>5.2.1 Análise do Discurso (AD)</i> .....	37
<i>5.2.1.1 Definição do corpus e do objeto de análise</i> .....	38
<i>5.2.1.2 Análise do campo enunciativo</i> .....	38
<i>5.2.1.3 Diário de Campo</i> .....	40
<b>6 RIGOR METODOLÓGICO</b> .....	41
<b>7 APECTOS ÉTICOS</b> .....	42
<b>8 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	43
<b>8.1 Corpus e objeto de análise</b> .....	43
<b>8.2 Análise do Campo Enunciativo</b> .....	44
<b>8.3 Identificação das formações discursivas a partir da família de enunciados nas entrevistas</b> .....	45
<i>8.3.1 Formação profissional-acadêmica</i> .....	45
<i>8.3.2 A gestão do acesso aos medicamentos</i> .....	53
<i>8.3.3 Relação médico-farmacêutico</i> .....	57
<b>8.4 Análise das formações discursivas</b> .....	63
<i>8.4.1 Nível 1 – No nível do objeto</i> .....	64

8.4.2 <i>Nível 2 – Nível das modalidades enunciativas</i> .....	67
8.4.3 <i>Nível 3 – No nível dos conceitos</i> .....	73
8.4.4 <i>Nível 4 – Nível das estratégias</i> .....	80
<b>8.5 Limitações do estudo</b> .....	<b>86</b>
8.5.1 <i>Tempo do estudo para a arqueologia</i> .....	86
8.5.1 <i>Posição do sujeito como possibilidade limitadora</i> .....	86
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>91</b>
<b>APÊNDICE</b> – Artigo a ser submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva .....	<b>99</b>
<b>ANEXO A</b> - Atribuições dos farmacêuticos municipais das unidades básicas de saúde, conforme descrito nas Diretrizes para a assistência farmacêutica integral em Belo Horizonte, 2018 .....	<b>100</b>
<b>ANEXO B</b> – Atribuições da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica, descritas na Resolução CMS/BH – 397/16 - Regimento Interno Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte .....	<b>1</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a Farmácia é uma profissão milenar e ao longo dos anos foi se moldando conforme as necessidades da sociedade. A modernização industrial distanciou os farmacêuticos da assistência aos pacientes e os levou ao tecnicismo, reduzindo seu contato direto com a comunidade e diminuindo a importância de sua participação no planejamento e na execução das políticas de saúde (HEPLER; STRAND, 1990). Entretanto, a partir da década de 1960, com o movimento da Farmácia Clínica, estamos vivenciando um movimento mundial de resgate do papel do farmacêutico como profissional da saúde (SATURNINO *et al.*, 2012; SERAFIN; JÚNIOR; VARGAS, 2015).

A morbimortalidade relacionada aos medicamentos tem crescido mundialmente e vem exigindo um novo perfil do farmacêutico, impulsionando a expansão na clínica e no cuidado em saúde e, portanto, o farmacêutico não deve focar apenas nas atividades gerenciais (BRASIL, 2017; CFF, 2016).

Paralelo a isso, no cenário brasileiro, a construção da Assistência Farmacêutica (AF) no sistema público de saúde tem ocorrido mediante diferentes movimentos que perpassam por questões legais, formação acadêmica e profissional, formulação de documentos e diretrizes, controle social, dentre outros. Tais acontecimentos tem contribuído para fortalecer a AF e ampliado a atuação do farmacêutico nos serviços clínicos norteados pela prática do cuidado farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS) (SOARES; BRITO; GALATO, 2020).

Souza (2013) identificou que a morbidade e a mortalidade relacionadas a medicamentos apresentam alta prevalência nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando ser importante a adoção de medidas eficazes para a gestão clínica dos medicamentos, de modo a diminuir seus impactos socioeconômicos. Além disso, o farmacêutico pode desempenhar um papel primordial na Atenção Primária à Saúde (APS), pois seu trabalho no âmbito do cuidado visa auxiliar na identificação de Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM), a partir dos quais poderão ser identificadas as prioridades e as intervenções necessárias em uma perspectiva integral. É por meio do cuidado farmacêutico que o profissional se responsabiliza pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente com o propósito de obter resultados positivos em saúde (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; OLIVEIRA, 2011; SILVA *et al.*, 2018)

A trajetória da AF no Brasil vem buscando acompanhar os princípios e diretrizes do SUS. Sua reorganização por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) visam primordialmente a garantia do acesso

aos medicamentos considerados essenciais, com segurança, eficácia, qualidade e a promoção do seu uso racional. Para tal a AF estruturou-se em dois eixos: 1) o técnico-gerencial, relacionado a um conjunto de atividades interdependentes focadas no acesso, na qualidade e no Uso Racional de Medicamentos (URM); e, 2) o técnico- assistencial, voltado à clínica farmacêutica centrada no paciente. Assim mediante políticas públicas, a reorganização e reorientação da AF tem ocorrido de forma descentralizada, com participação social e com foco principalmente na integralidade do cuidado (BERMUDEZ *et al.*, 2018; SANTOS, 2018; VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Diversos estudos, internacionais e nacionais, tem mostrado que os serviços do cuidado farmacêutico trazem impactos positivos tanto para os pacientes quanto para os profissionais envolvidos no cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2017; DETONI *et al.*, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2016; NEVES *et al.*, 2019; OBRELI-NETO, PAULO ROQUE MARUSIC *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2019).

Cabe salientar que o cuidado farmacêutico na APS vai além da clínica, ou seja, traz consigo um conceito ampliado, o qual considera as condições biopsicossociais do indivíduo, família e comunidade, levando em conta os preceitos da humanização do SUS (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011). Para tanto é preciso associar as atividades logísticas à gestão da clínica e incorporar o processo do cuidado ao ciclo tradicional da AF, propiciando o desenvolvimento do papel assistencial do farmacêutico (SOARES; BRITO; GALATO, 2020).

Uma das formas de integração dessas atividades dá-se pela atuação do farmacêutico no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), uma equipe multiprofissional cujo objetivo é aumentar a resolutividade e a abrangência das ações da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (BRASIL,2008; BRASIL, 2012; 2014; 2017; 2018).

Entretanto, Araújo e colaboradores mostram um descompasso entre o instituído e a prática vivenciada na APS, apesar das contribuições legais e normativas para a consolidação da AF. Além disso os resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos - PNAUM concluiu que as atividades de natureza clínica ainda são incipientes no Brasil e foram apontadas dificuldades para a realização das mesmas (ARAÚJO *et al.*, 2017). Além disso, a mesma pesquisa mostrou que também há divergência entre a AF legalmente estabelecida e a vivenciada nos processos de gestão (GERLACK *et al.*, 2017).

Conforme Merhy e colaboradores (2019), em um contexto no qual todos governam, a disputa entre diferentes forças e tensões é constante e influencia no desenvolvimento do

cuidado em saúde. No campo da micropolítica, tais disputas dão-se nos encontros cotidianos dos atores, nas relações de poder e nas subjetividades entre os sujeitos.

Nessa complexidade de governança coletiva da saúde os atores se produzem micropoliticamente por meio de processos de subjetivação a partir de relações de poder. Dessa forma, no cotidiano a prática opera entre o instituído e as próprias considerações de quem executa o trabalho em determinado momento. Portanto é fundamental que gestores e trabalhadores compreendam como ocorre a produção coletiva do trabalho em saúde (FEUERWERKER, 2014). Ademais, é importante lembrarmos que para a consolidação da prática profissional do cuidado farmacêutico são necessários quatro pilares importantes: regulamentação, filosofia profissional, processo de cuidado e gestão da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

Como já mencionado, importantes contribuições para a consolidação da AF tem ocorrido. A regulamentação para o exercício do cuidado farmacêutico vem avançando, a demanda social está posta e a autonomia profissional é possível. Mas, conforme afirmam Soares e colaboradores (2020), o cuidado farmacêutico prestado por meio de serviços clínicos na APS ainda é uma lacuna no processo da AF.

Mas o que dizer da percepção daquele que executa o trabalho? O que nos dizem os enunciados dos farmacêuticos?

Diante do exposto, objetiva-se com o presente estudo realizar a análise das formações discursivas dos farmacêuticos da APS em Belo Horizonte no âmbito micropolítico, inspirada na filosofia de Michel Foucault. O discurso carrega a possibilidade de luta, a partir de reflexões e compreensões enunciativas. Assim analisar o discurso desse profissional em seu cotidiano de trabalho contribuirá para compreendermos como ele está constituído.

## 2 JUSTIFICATIVA

A morbimortalidade relacionada a medicamentos é um importante problema de saúde pública e o farmacêutico, por meio do cuidado farmacêutico, desenvolve um papel essencial para a diminuição desta. No entanto apesar das diversas contribuições e avanços da AF, bem como da autonomia profissional quanto ao planejamento da sua agenda de trabalho, a prática do cuidado ainda se revela incipiente. A partir do caráter fundante do discurso, torna-se possível refletirmos e compreendermos como somos constituídos, podendo-se assim buscar o fortalecimento de nossas bases filosóficas de modo a contribuir para a consolidação da nossa prática profissional e para a maior qualidade e resolutividade da AF e da Saúde Pública.

Diferentes abordagens discursivas têm sido utilizadas em estudos sobre processos de significação e representações sociais de profissionais, gestores, além de usuários do serviço de saúde. No entanto, ainda se observa a prevalência das pesquisas com maior enfoque metodológico, ainda incipientes quanto à noção de discurso. A abordagem pós-estruturalista tem sido apontada como forte contribuição para os estudos em Saúde Coletiva (BATISTELLA, 2020).

A escolha pela arqueologia de Foucault para fundamentação do presente trabalho apoiou-se no interesse do pesquisador em entender como o saber opera as práticas em saúde produzidas pelo farmacêutico no contexto estudado, com o intuito de contribuir para a mobilização das relações de saber-poder na produção de práticas em saúde.

O trabalho arqueológico torna visível o modo pelo qual ocorre o funcionamento do discurso em sua historicidade. É um potente referencial para a saúde coletiva, pois visa compreender a produção de saberes sobre saúde e como esses produzem práticas em meio a relações de saber e poder (BAPTISTA; BORGES; MATTA, 2015).

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Histórico da Atenção Primária à Saúde no Brasil

A APS pode ser entendida como a principal porta de entrada do sistema de saúde, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade. Estima-se que seus atendimentos abarcam de 80% a 90% das necessidades de saúde apresentadas por um indivíduo ao longo da vida. Em sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas (OPAS, 2019).

Nacionalmente os bastidores da construção da AB/APS têm se desenrolado desde o movimento social da Reforma Sanitária. Consolidado em 1986, seu “[...] resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.” (AROUCA, 1998).

A garantia da saúde como direito social deu-se mediante políticas públicas, cujas ações e serviços fariam parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, em um sistema único e organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação social (BRASIL, 1988; BRASIL; 1990).

As diretrizes do SUS seguiram a linha conceitual de APS de *Alma-Ata*, a qual considera três componentes essenciais para a integralidade: 1) acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; 2) indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento econômico-social; e participação social (GIOVANELLA, 2018).

A fim de consolidar a APS e ampliar seu escopo, em 2008 o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de aumentar a resolutividade e a abrangência das ações da AB/APS por meio de uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2008; 2011; BRASIL; 2010).

Posteriormente, seguindo a proposta de Mendes (2010), o sistema foi reorganizado sob a forma de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e reordenação da Atenção Básica (AB). Esse modelo idealizado na Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde priorizou a APS voltada para o controle de doenças crônicas, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) o principal formato para organização da Atenção Básica a qual se orienta conforme os princípios norteadores do SUS: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011; 2014; BRASIL; 2010). Com o propósito de apoiar os serviços no enfrentamento das doenças crônicas, o MS lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento

das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil – 2011-2022. O Plano define diretrizes e ações para vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e, cuidado integral. Os grupos de doenças abordados são as circulatórias, respiratórias crônicas, diabetes e câncer, bem como seus fatores de risco modificáveis. Portanto a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e devidamente embasadas tem sido primordial. Uma dessas políticas, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), considerada prioritária, vem desenvolvendo ações em diferentes áreas, envolvendo alimentação saudável, atividade física e prevenção do uso do tabaco e álcool. Como exemplo dessas ações podemos citar o Programa Academia da Saúde, o Programa de Cessação do Tabagismo, o Guia Alimentar para a População Brasileira e o programa Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço. É importante destacar que a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, ao incluir a assistência farmacêutica no seu campo de atuação, abriu caminho para o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas ao medicamento e à assistência farmacêutica, respectivamente, a PNM e da PNAF, a partir das quais tem sido possível diversas ações na AF. Posteriormente a Portaria 483/2014 estabeleceu diretrizes em prol da reorganização do cuidado e qualificação do cuidado integral, com vistas à ampliação das estratégias de promoção da saúde, prevenção das doenças e seus agravos, tratamento e recuperação (BRASIL, 2011; 2014)

Em 2017 a PNAB foi republicada, ampliando o escopo de atuação do NASF para outras equipes de AB, o renomeando para NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Em novembro de 2018 a Organização Panamericana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) lançou a versão final do relatório “30 anos de SUS – Que SUS para 2030?”, trazendo conhecimentos e experiências acumuladas no SUS brasileiro, com a perspectiva de contribuir para o alcance das metas descritas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. O documento aponta que no Brasil a consolidação da ESF, comparada a outras formas de organização de APS no país, apresenta melhores resultados de ampliação do acesso ao sistema e de indicadores como diminuição de internações por condições sensíveis à APS, além da redução da mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis (OPAS/OMS 2019).

No entanto em 2019, o programa Previne Brasil modificou o modelo de financiamento, impactando sobre a APS brasileira, inclusive sobre o NASF-AB. Nesse molde não há repasse de valor fixo e regular do nível federal para o municipal. O repasse passa a ser calculado mediante o número de pessoas cadastradas em cada equipe da APS/AB e desempenho dessas equipes, medido por meio de indicadores definidos. Com isso, a

existência de NASF-AB deixa de ser um requisito para o recebimento de verbas pelo município, ficando a cargo deste a manutenção da referida equipe (BRASIL, 2019).

A Nota Técnica n.º 3/2020-DESF/SAPS/MS corrobora o exposto quanto à atual situação do NASF-AB e esclarece que a composição dessas equipes multiprofissionais não necessariamente precisará apresentar-se conforme sua organização típica. Dessa forma, o gestor municipal passa a ter autonomia para definir e organizar tais equipes, podendo inclusive apenas cadastrar esses profissionais no estabelecimento sem vinculá-los a nenhuma equipe. Por outro lado, o documento também pontua a importância das equipes multiprofissionais para o desempenho da APS e para a melhoria dos indicadores de saúde, pois quanto mais apropriada à composição e a integração da equipe melhor será o seu desempenho (BRASIL, 2020).

Foi observado melhoria nos indicadores das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em decorrência da implementação de políticas sociais e expansão da cobertura das ESF no período de 2001 a 2016 (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Mas é importante notar a não homogeneidade dos indicadores das ICSAP nas microrregiões do país. Para haver impacto positivo nos resultados das condições de saúde é preciso uma gestão democrática e participativa, bem como financiamento adequado, apoio institucional e educação permanente (RODRIGUES, 2017).

O Ministério da Saúde considera que a melhora no sistema de saúde depende, além de outros fatores, de um melhor manejo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). E para tal é necessário ofertar cuidado integral aos usuários com doenças crônicas atendidos no SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Ademais, o fortalecimento da APS depende de fatores como existência de unidades de saúde que propiciem acesso aos serviços; oferta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos amplamente; preparo para lidar com os problemas de saúde de maior prevalência em sua população; e aptidão para coordenar o cuidado dos usuários (OPAS, 2019).

### **3.2 Histórico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde no Brasil**

A Assistência Farmacêutica foi incluída como um dos campos de atuação do SUS (BRASIL, 1990, 1998). No entanto, era necessário formular políticas que visassem o acesso aos medicamentos considerados essenciais, com garantia de segurança, eficácia, qualidade e a promoção do uso racional destes. Para tal foi aprovada em 1998 a Política Nacional de

Medicamentos (PNM), a qual foi implementada mediante articulação intersetorial e redefinição das responsabilidades e da forma de gestão nas três esferas de governo (BRASIL, 1998; VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Dentre as diretrizes da PNM, a reorientação da AF foi uma de suas prioridades, sendo definida 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 a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 1998).

Mediante argumentos de não limitar o escopo das ações da AF ao binômio aquisição-distribuição foi aprovada em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), cujo financiamento, para atender à descentralização, foi dividido em Básico, Especializado e Estratégico. Tal reorganização impactou diretamente nas atividades e na gestão da AF (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Para alinhar-se ao modelo proposto para a APS em 2011 a AF foi colocada como um sistema de apoio das RAS, mantendo o foco na garantia do acesso e no URM (BRASIL, 2011). Entretanto, conforme o próprio idealizador das RAS, Mendes (2010), o Sistema de Assistência Farmacêutica é complexo, pois engloba tanto ações logísticas quanto assistenciais. Portanto, sua organização nas RAS deve considerar os dois componentes. Segundo ele, esse modelo não atende às necessidades das RAS, as quais envolvem continuidade, integralidade e qualidade da atenção, de forma responsável e humanizada, além de bom desempenho do acesso, com equidade, eficácia clínica, eficácia sanitária e eficiência econômica (MANZINI *et al.*, 2015).

Com o intuito de aprimorar os processos da AF nas RAS, especialmente na Atenção Primária, o Ministério da Saúde, em 2012, criou o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS), estruturado sobre os eixos estrutura, informação, educação e cuidado. Ademais, diversas outras publicações foram lançadas com o intuito de contribuir para a atuação do farmacêutico no SUS (BRASIL, 2012; 2016; 2018).

Dentre os demais acontecimentos que contribuíram para impulsionar a prática clínica e o cuidado farmacêutico, podemos destacar ainda: a atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), que além de subsidiar os gestores na tomada de decisão quanto à incorporação de tecnologias e a Relação Nacional de Medicamentos

(RENAME) também define, em seus protocolos, ações clínicas a serem desenvolvidas pelos farmacêuticos; as regulamentações legais do Conselho Federal de Farmácia (CFF) Resoluções CFF nº 585/2013 e nº 586/2013 as quais, respectivamente, regulamentam a prática clínica e regulam a prescrição farmacêutica; a inclusão do farmacêutico em saúde pública e farmácia clínica na Classificação Brasileira de Ocupações em 2013; o projeto piloto iniciado em Curitiba, publicado na série “Cuidado farmacêutico na Atenção Básica”, em 2014; o Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde (ProFar), lançado pelo CFF em 2016; a PNAUM; as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) 2002 e 2017; e a inclusão em 2018 de procedimentos realizados por farmacêuticos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS, com posterior ampliação do rol de procedimentos farmacêuticos em 2020 (BRASIL, 2020).

A formação acadêmica também tem um papel crucial para atuação profissional na APS e o desenvolvimento do cuidado. A partir das DCN de Farmácia de 2002, uma formação voltada ao SUS e ao exercício do Cuidado Farmacêutico, definindo o farmacêutico generalista, vem sendo implantada. Entretanto é em 2017 que sua atualização contribuiu para definir o cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção e vem para consolidar um novo perfil profissional (SOARES; BRITO; GALATO, 2020).

Apesar dos esforços para o fortalecimento da AF e de seus avanços, ainda persistem alguns desafios. Em revisão integrativa da literatura foi identificada a fragilidade estrutural da assistência farmacêutica brasileira em todos os seus aspectos. A infraestrutura é considerada um dos determinantes para desenvolvimento das atividades propostas de forma adequada (BRASIL, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Além disso, a agenda do farmacêutico é outro desafio a ser enfrentado para que seja possível contemplar suas diversas atribuições. A diversificação da agenda aliada ao pouco tempo para a execução das tarefas demanda do farmacêutico a pactuação de espaços e estruturas existentes junto ao gestor local e aos demais colegas de trabalho. Assim, por vezes o cotidiano da prática é direcionado de forma tal que não consegue atender a todas as necessidades advindas da AF na APS adequadamente. Portanto é fundamental repensar o processo de trabalho (BRASIL, 2017).

Dessa forma, o reforço na gestão das unidades e a inserção no planejamento da equipe são considerados fatores significativos para o fortalecimento dos serviços farmacêuticos na APS (BARBERATO *et al.*, 2019).

### 3.3 O Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde

A inserção do farmacêutico no NASF trouxe a oportunidade para sua atuação enquanto profissional do cuidado na APS, por meio do Cuidado Farmacêutico, cuja filosofia de prática está alicerçada nas necessidades dos pacientes, família, cuidadores e sociedade. Ao se responsabilizar pela farmacoterapia do paciente de forma compartilhada, o farmacêutico contribui para a garantia de que os medicamentos estejam apropriadamente indicados, efetivos, seguros e sejam utilizados adequadamente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

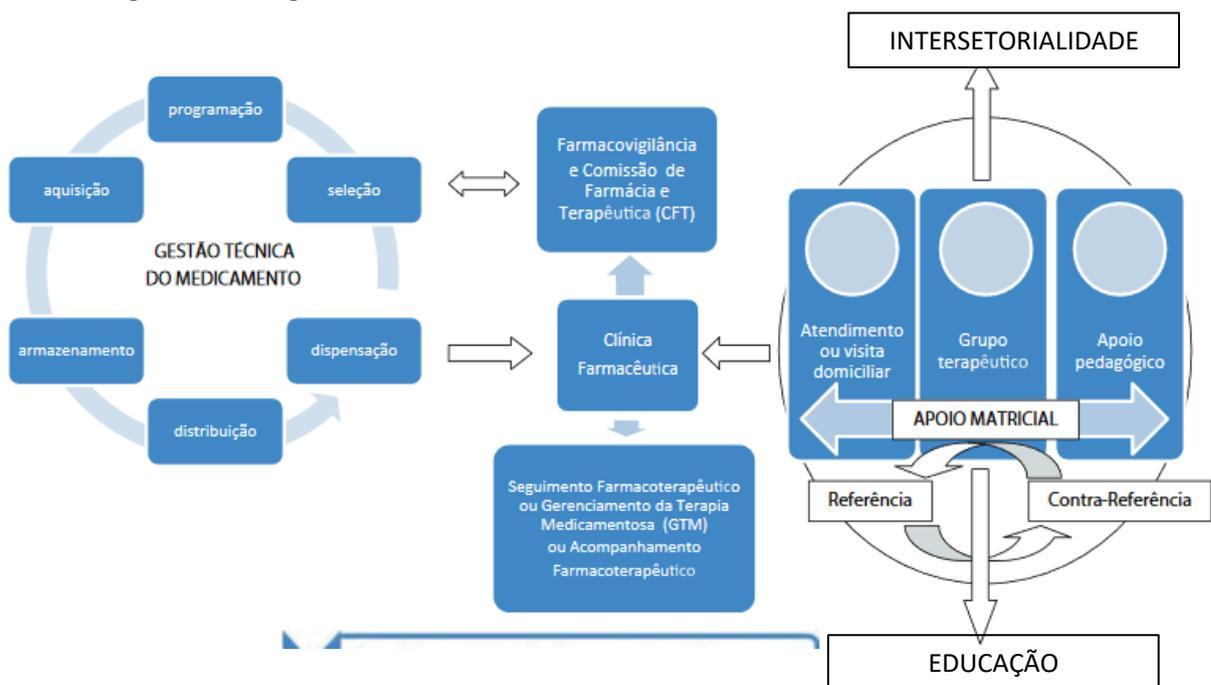
O Cuidado Farmacêutico tem então sido definido como:

o modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde. (BELO HORIZONTE, 2018; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016)

O farmacêutico do NASF, contudo, diferente de outros profissionais de sua equipe, cujas atribuições são técnico-assistenciais e técnico-pedagógicas, também possuem atribuições técnico-gerenciais, as quais são consideradas foco da AF (MANZINI *et al.*, 2015).

A figura 1 ilustra como os processos da prática farmacêutica no NASF estão correlacionados:

Figura 1 – Diagrama da Prática Farmacêutica no NASF



Fonte: adaptado de BRASIL, 2017

Segundo Araújo e colaboradores (2017) apesar das políticas públicas terem impulsionado a implementação da PNAF e a reorganização das práticas farmacêuticas em prol do enfrentamento da morbimortalidade relacionada à farmacoterapia, ainda são poucos os farmacêuticos envolvidos com a clínica.

Costa e colaboradores (2017) observaram que embora a AF tenha avançado, a qualificação do cuidado é incipiente, além de existir fragilidade de articulação entre os diferentes atores.

Outros estudos discutem os desafios enfrentados na implementação do cuidado farmacêutico e apontam uma formação tradicional, bem como falta de reconhecimento sobre sua necessidade pela própria categoria, por outros profissionais e pelos pacientes (ELROD *et al.*, 2012; LOCH-NECKEL; CREPALDI, 2009; SIR *et al.*, 2014).

A formação acadêmica também é um importante aspecto a ser considerado. O currículo tradicional da Farmácia, focado no produto, não fornece instrumentos para o desenvolvimento de competências necessárias para a prática do cuidado em saúde (MENDONÇA; DE FREITAS; DE OLIVEIRA, 2017). A aprendizagem acadêmica tradicional não estimula o desenvolvimento de competências clínicas. Além disso, o farmacêutico não tem clareza sobre suas responsabilidades mediante as equipes de saúde e os pacientes. Esse panorama mostra a necessidade de legitimação profissional. Mas para ser possível a construção da prática são necessários esforços que levem à produção do conhecimento necessário ao exercício profissional (NAKAMURA; LEITE, 2016; SILVA *et al.*, 2017; 2018). Com a implantação das DCN de 2017, cujo foco é a formação para o cuidado, um novo profissional farmacêutico será formado (BRASIL, 2017).

A implantação do cuidado farmacêutico na APS tem trazido a oportunidade de visualização desse trabalho por outros profissionais, mas ainda não tem sido suficiente para aceitação e visibilidade de suas intervenções satisfatoriamente (BARBERATO *et al.*, 2019; FOPPA *et al.*, 2008; LOCH-NECKEL; CREPALDI, 2009). Para isso ocorrer é necessária a gestão eficiente de pessoas, aliada ao reconhecimento profissional, a fim de inseri-lo no processo de cuidado junto às equipes (BARBERATO *et al.*, 2019; PINHEIRO, 2010).

Barberato e colaboradores (2019) consideram ser possível identificar desafios no trabalho do farmacêutico na APS, apesar de haver poucos relatos sobre tais experiências. Segundo eles fatores relacionados à percepção deste sobre sua participação como membro da equipe e a pouca clareza sobre suas atribuições na APS somadas ao pequeno número de farmacêuticos contribuem para a falta de reconhecimento desse profissional. Assim estudos

que contribuam para a compreensão das escolhas profissionais no contexto de atuação são recomendáveis para consolidar a AF no SUS (BARBERATO *et al.*, 2019).

### **3.4 Panorama da Assistência Farmacêutica e do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária em Saúde em Belo Horizonte**

A Assistência Farmacêutica em Belo Horizonte está hierarquicamente subordinada à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) por meio da Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais (GAFIE), sob a qual estão nove Farmácias Regionais (FR), as quais, por sua vez, são responsáveis pelas farmácias nos Centros de Saúde e nos demais níveis de atenção (Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Referência de Saúde Mental (CERSAM) e CERSAM Álcool e Drogas (CERSAM-AD), CERSAM Infantil, Unidade de Referência Secundária (URS), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz (CTR/DIP)).

Quanto ao monitoramento da AF na APS são usados sistemas de informação integrados como o Sistema Integrado de Estoque (SIEST) e o Sistema Saúde em Rede (SISREDE), os quais permitem acompanhar tanto os processos logísticos quanto os assistenciais (SISREDE). Assim, o farmacêutico da APS pode utilizar o SISREDE como ferramenta de trabalho interdisciplinar, pois permite o compartilhamento de informações clínicas com a equipe. Ademais, o desenvolvimento do software próprio Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (GERAF), tem permitido consolidar os dados do SIEST e SISREDE, organizar suas informações e gerar indicadores para Assistência Farmacêutica tanto gerenciais, quanto assistenciais.

A APS municipal conta com 64 farmacêuticos atuantes no NASF-AB e a maioria destes presta assistência a dois Centros de Saúde.

Suas atribuições objetivam a integralidade do cuidado e contemplam as áreas técnico-gerencial e técnico-assistencial seguindo o disposto pela OPAS, MS e pelo CFF, bem como o documento Assistência Farmacêutica para a Atenção Primária em Belo Horizonte/2011 (ANEXO A).

Historicamente a AF de Belo Horizonte tem mostrado avanços, principalmente relacionados aos serviços técnico-gerenciais, os quais se encontram descritos em manuais e

Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e são monitorados e avaliados por meio de processos definidos. (BELO HORIZONTE 2008, 2011, 2018).

Seguindo o preconizado pela OMS, a SMSA-BH implementou a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CFT/SMSA/BH), a qual foi constituída em 1994 para impulsionar o processo de seleção de medicamentos, fundamentada em critérios técnico-científicos com vistas à garantia da eficácia, segurança, conveniência e qualidade desses produtos para os usuários, além de custo favorável. Para ser possível a concretização da REMUME tem sido essenciais pactuações interfederativas, além de suporte político, mediante Guias Terapêuticos e Protocolos Clínicos, dentre outros instrumentos. A REMUME passa por atualizações periódicas, estando hoje em sua 11ª edição (BELO HORIZONTE, 2020).

Uma importante impulsionadora da AF também tem sido a participação social. Como representante da sociedade, o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS/BH) instituiu em 2016 seu regimento interno, o qual contempla a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica, cujas atribuições (dentre elas acompanhar a dispensação e o URM) estão descritas na Resolução CMS/BH - 2016 - Regimento Interno Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. As atribuições estão descritas na íntegra no ANEXO B.

Considera-se que as ações assistenciais na APS em Belo Horizonte iniciaram em 2008 com a alocação de farmacêuticos no NASF. A partir daí o número desses profissionais tem sido ampliado. No entanto, apesar dos avanços mencionados, a organização das atividades assistenciais - fragmentadas e heterogêneas - tem sido um desafio (BELO HORIZONTE, 2018).

Documentos como as Diretrizes para a Assistência Farmacêutica da SMSA/BH tem buscado uniformizar conceitos, sistematizar as ações farmacêuticas em todos os níveis de atenção e construir indicadores de monitoramento e avaliação da AF na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2018).

Um dos frutos do trabalho assistencial farmacêutico foi a publicação em 2018 do “Guia de atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa com tuberculose”, o qual propõe a cooperação desse profissional no trabalho junto às equipes de Saúde da Família (eSF), não só por meio do atendimento, mas também incorporando outros procedimentos clínicos conforme Protocolo Clínico e Terapêutico (PCT) municipal, incluindo a prescrição de medicamentos não tarjados e solicitação de alguns exames. Posteriormente, em 2019, foi publicado o Guia de Atuação do Farmacêutico na Hanseníase, mais uma importante contribuição para o

desenvolvimento do cuidado farmacêutico (BELO HORIZONTE, 2019; BELO HORIZONTE, 2018).

Cabe salientar que a SMSA/BH tem usado o conceito de cuidado farmacêutico, segundo arcabouço conceitual publicado pelo CFF.

Como visto acima, são inegáveis os avanços na AF e os esforços para a implementação do cuidado, mas é importante notar que a prática do cuidado ainda apresenta entraves para sua efetivação.

Em estudo sobre o cuidado farmacêutico na APS em Belo Horizonte, os pesquisadores observaram que a maioria dos farmacêuticos atuantes no serviço tinha sua formação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2002. O estudo observou também maior tempo dedicado à demanda técnico-gerencial em detrimento das atividades assistenciais, o que pode estar relacionado ao perfil do profissional e à sua formação (DESTRO *et al.*, 2020, no prelo).

Em pesquisa autoetnográfica no mesmo município, a pesquisadora relatou que “[...] essa divisão da carga de trabalho parece favorecer uma grande carga de emoções negativas nos farmacêuticos [...]” (SILVA *et al.*, 2017)

As lacunas do cuidado são diversas e envolvem desde questões relacionadas à filosofia profissional até questões operacionais. Englobam carência de indicadores de qualidade mensuráveis, de ferramentas de estratificação do risco relacionado ao uso dos medicamentos, de modelos lógico-conceituais de serviços farmacêuticos clínicos, dentre outros. Além disso, o farmacêutico não atua de forma homogênea e sua atuação não é divulgada adequadamente (SOARES; BRITO; GALATO, 2020).

A legitimação do farmacêutico como profissional do cuidado depende de uma sistematização da prática clínica centrada no paciente e para tal é necessário construir uma nova identidade profissional que dê conta da integralidade das ações na APS (SILVA *et al.*, 2018).

### **3.5 Micropolítica do cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde**

“Toda a produção dos homens no mundo é política. E toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica, fabricada por ambas as segmentaridades entrelaçadas.” (FEUERWERKER, 2012 p.15). A micropolítica refere-se ao modo do fazer (ou não fazer) no cotidiano produzido nas instituições em meio ao processo de subjetivação que envolve o

sujeito. Para Guatarri; Rolnik (1996, p.133) “a questão micropolítica é a de como reproduzimos (ou não) os modos de subjetividade dominante”.

No campo da saúde, ao considerar o trabalho vivo em ato, a micropolítica considera a realidade do processo de trabalho em sua complexidade dinâmica (MERHY, 2020).

Para produzir cuidado é fundamental reconhecer as peculiaridades do trabalho em saúde, por meio da construção compartilhada, evitando-se assim a fragmentação e a desresponsabilização do cuidado (MERHY *et al.*, 2019)

Segundo Feuerwerker (2014) o modelo hegemônico, médico centrado e hospitalocêntrico, proporciona respostas satisfatórias geralmente a situações pontuais, agudas, pois devido à própria condição biológica do indivíduo ele submete-se ao tratamento. No entanto, esse modelo mostra-se ineficaz para as situações cotidianas nas quais o usuário tem o comando de sua própria vida, pois a governabilidade dos profissionais de saúde sobre a condução do caso é pequena. Neste quadro é indispensável a negociação entre trabalhadores e usuários para a construção do cuidado em saúde, fabricando-se a autonomia para os usuários e ampliando a rede de conexões existenciais.

Os serviços de saúde, então, são uma arena em que diversos atores, que se produzem micropoliticamente e têm intencionalidades em suas ações, disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem múltiplas faces e está em permanente produção. (FEUERWERKER, 2014)

No mundo do cuidado em saúde o governo é exercido por todos: gestores, trabalhadores e usuários. Por isso há forças e tensões em disputa na Rede Básica (RB). Há a disputa por práticas e saberes, a força-valor de si e do outro. Há a força-valor território relacionada a territorialização, a qual permite conhecer as peculiaridades locais com a finalidade de melhorar o cuidado bem como o controle. E há a força-valor clínica-cuidado, a qual tensiona as relações com a equipe e com os usuários. Essas disputas dão-se nos encontros cotidianos dos atores no campo micropolítico, nas relações de poder e nas subjetividades entre os sujeitos. (MERHY *et al.*, 2019)

Merhy (2014) considera a tecnologia em saúde dentro de um conceito ampliado que engloba os saberes produzidos pelas pessoas nas organizações. Assim, podemos dividir as tecnologias de saúde em três tipos: 1) tecnologia dura: relacionada a equipamentos tecnológicos, instrumentos, normas, rotinas e infraestrutura; 2) tecnologia leve-dura: refere-se aos saberes específicos, técnicos, que direcionam o trabalho, como os guias e protocolos; 3) tecnologia leve: diz respeito às relações interpessoais e à subjetividade, gerando acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia (FERRI *et al.*, 2007; MERHY, 2014; MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Indubitavelmente a Rede Básica - tomada aqui como APS - é um espaço privilegiado que possibilita a produção do cuidado compartilhado em prol da melhoria das condições da saúde de forma ampla trazendo um sentido para o viver. No entanto, dependendo de sua condução, pode tornar-se um espaço de medicalizações em série e vidas tristes (MERHY *et al.*, 2019).

Ao buscar enxergar a prática farmacêutica na APS pelas lentes da micropolítica abre-se a possibilidade de maior compreensão da realidade do trabalho vivenciado em meio às tensões cotidianas. Assim compreender as enunciações dos farmacêuticos em ato e a produção de seu discurso poderá contribuir para a reflexão sobre a prática (ou não) do cuidado farmacêutico na atenção primária.

A escolha pelo recorte micropolítico refere-se ao contexto analisado e vai de encontro com a possibilidade trazida pela AD em Foucault, a qual possibilita considerar o dizer na realidade dos acontecimentos.

### 3.6 Pós-estruturalismo e a análise do discurso em Foucault

O estruturalismo busca elementos comuns ao ser humano, como conceitos, regras e leis, através dos quais o homem se organiza. Foucault, por sua vez, evita a análise estruturalista que elimina a noção de sentido. Seu método arqueológico retira o sujeito do centro e o coloca em meio às relações sociais, observando as formações discursivas mediante relações de saber-poder.

Enquanto o estruturalista afirma encontrar leis transculturais, a-históricas e abstratas que definem o espaço total de permutações possíveis dos elementos sem significado, o arqueólogo limita-se a encontrar as regras locais de transformação que num dado período, numa formação discursiva particular, definem a identidade e o sentido de um enunciado (DREYFUS e RABINOW, 1995, p. 62)

Segundo Dreyfus e Rabinow (1995), Michel Foucault desenvolve um método arqueológico, cujos elementos possibilitam compreender os seres humanos em suas sociedades. O método desenvolvido em *Arqueologia do Saber* enfoca o dito, as formações discursivas, os atos discursivos nos quais o dito é produzido; não considera questões ideológicas.

Existem regras envolvendo o cotidiano do trabalho e é o discurso que possibilita existir as relações entre vários sujeitos. Conforme a teoria foucaultiana, a posição do sujeito contribui com aquilo que pode ou não ser dito na realidade concreta. Assim, o sujeito é constituído pelo discurso para o fazer/não fazer (FOUCAULT, 2012).

O discurso é opaco, não possui neutralidade. Sua produção é controlada, selecionada, organizada e redistribuída e assim ele não se limita apenas à materialidade. No momento da fala há uma voz sem nome, trazendo palavras já ditas em algum momento da história. O discurso posiciona-se entre o desejo de verdade e o instituído, em uma relação de poder (FOUCAULT, 2014).

O discurso é formado por um conjunto de enunciados que obedecem a regras de funcionamento comum (REVEL, 2005).

Foucault (2012, p. 105) traz a seguinte definição para o enunciado:

O enunciado não é, pois, uma estrutura (isto é, um conjunto de relações entre elementos variáveis, autorizando assim um número talvez infinito de modelos concretos); é uma função de existência que pertence, exclusivamente, aos signos, e a partir da qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição, se eles “fazem sentido” ou não, segundo que regra se sucedem ou se justapõem, de que são signos, e que espécie de ato se encontra realizado por sua formulação (oral ou escrita). Não há razão para espanto por não se ter podido encontrar para o enunciado critérios estruturais de unidade; é que ele não é em si mesmo uma unidade, mas sim uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço.

As formações discursivas contêm sistemas de regularidades que ligam os enunciados às posições de sujeito. A Análise de Discurso (AD) busca tais regularidades e analisa os sistemas de dispersão, a qual permite as alterações dos enunciados. São então considerados quatro níveis para a análise: a formação do objeto discursivo; os modos de enunciação; as estratégias discursivas; e, os conceitos do discurso (FOUCAULT, 2012).

A respeito dos níveis apontados acima, Fairclough (2016) esclarece que, em Foucault, para a formação do objeto, este deve ser entendido como objeto do conhecimento tomado como alvo de investigação em um campo de interesse. Os objetos são instáveis, passíveis de transformações, fazendo com que o discurso se relacione ativamente com a realidade, constituindo o sujeito. Os modos de enunciação, por sua vez, dizem respeito à função ocupada pelo sujeito que enuncia. As modalidades enunciativas são os tipos de atividade discursiva relacionadas às diferentes posições do sujeito, manifestando a dispersão e fragmentação do sujeito. O nível das estratégias discursivas, teorias ou temas, refere-se à materialidade dos enunciados, ou seja, ao *status* particular em determinadas instituições. Quanto aos conceitos, estes são estão sempre em transformação e devem ser abordados dentro do campo discursivo mediante uma perspectiva interdiscursiva.

Conforme Foucault (2014), existem alguns grupos de procedimentos de controle e de delimitação do discurso a considerar:

1) Procedimentos externos – atingem os discursos atuando como sistemas de exclusão (a palavra proibida; a segregação da loucura; e a *vontade de verdade*).

2) Procedimentos internos - submetem o discurso à dimensão do acontecimento e do acaso, por meio de princípios de classificação, de ordenação e de distribuição. Funcionam como procedimentos de limitação do discurso.

2.1) Princípio do comentário: O comentário conjuga o acaso do discurso. Na sociedade, há os discursos ditos no cotidiano que passam com o ato que os pronunciou e há os discursos que dão origem a atos novos, indefinidamente, sendo sempre retomados e ainda estando por dizer. Entre esses discursos existem desníveis, comentários, esses por um lado dão abertura à fala, por outro lado, dizem enfim o que está oculto no texto primeiro.

2.2) Princípio da rarefação: refere-se ao autor, entendido como aquele formado em sua individualidade e suas significações.

2.3) Princípio da disciplina: refere-se ao controle da produção do discurso, reatualizando suas regras de identidade. De certo modo, esse princípio opõe-se aos princípios do comentário e da rarefação.

3) Procedimentos de sujeição – determinam as condições de funcionamento do discurso, envolvem a imposição de regras àqueles que o pronunciam, de maneira a não permitir um amplo acesso aos produtos discursivos. A comunicação e as trocas ocorrem em meio a sistemas de restrições, como os rituais da palavra, as sociedades do discurso, os grupos doutrinários e as apropriações sociais. Geralmente eles estão interligados e garantem a distribuição dos sujeitos que falam em diferentes tipos de discurso e a apropriação dos discursos por certas categorias de sujeitos.

Foucault (2014) discorre sobre a logofobia existente na sociedade. Segundo ele, para analisarmos esse temor em relação aos acontecimentos do discurso devemos considerar algumas exigências de método:

1) Princípio de inversão – envolve o reconhecimento do jogo negativo de um recorte e da rarefação do discurso.

2) Princípio de descontinuidade – os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas. Tanto podem se relacionar como ser ignorados ou excluídos.

3) Princípio da especificidade – o discurso deve ser concebido como uma prática imposta na qual seus acontecimentos vão ao encontro de sua regularidade.

4) Princípio da exterioridade – está relacionado à passagem do discurso às condições externas de possibilidades.

Além disso, existem quatro noções reguladoras da análise: acontecimento, série, regularidade e condição de possibilidade, as quais se opõem respectivamente às noções de criação, unidade, originalidade e significação (FOUCAULT, 2014).

As quatro noções citadas nos permitem entender o discurso como um conjunto de enunciados, relacionados entre si e apoiados em uma formação discursiva, que nos dá a condição de possibilidade de existência da concretude dos signos, e assim, as condições de possibilidade promovem uma tensão constante que carregam a possibilidade de luta (FOUCAULT, 2012).

## **4 PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVO**

### **4.1 Pergunta de pesquisa**

Como os farmacêuticos da APS em Belo Horizonte estão constituídos no âmbito micropolítico para o fazer (ou o não fazer) da prática do cuidado farmacêutico?

### **4.2 Objetivo geral**

Analisar as formações discursivas dos farmacêuticos da APS em Belo Horizonte buscando compreender como eles estão constituídos enquanto sujeitos para o fazer/não fazer.

## 5 CAMINHO METODOLÓGICO

### 5.1 Desenho do estudo

O presente estudo faz parte do projeto “Configuração Identitária dos Farmacêuticos da Atenção Primária à saúde em Belo Horizonte”, fazendo um recorte específico sobre a micropolítica na prática do cuidado farmacêutico, com análise de dados primários coletados para tal tese.

Durante o período da pesquisa de doutorado, a prefeitura contava com 184 farmácias, sendo 149 da APS, e com 64 farmacêuticos integrantes do NASF. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado aos farmacêuticos da APS (integrantes do NASF), as quais foram aplicadas nas unidades de Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte-Minas Gerais no período de fevereiro a abril de 2017. Os critérios usados para a seleção dos farmacêuticos para as entrevistas foram: 1) ter experiência mínima de um ano na APS e 2) ter respondido no questionário durante a primeira fase da pesquisa citada que realizava Acompanhamento Farmacoterapêutico de pacientes nos seus Centros de Saúde. Os participantes da pesquisa foram identificados pela letra inicial da palavra farmacêutico, F, e numeração correspondente à ordem de participação, ou seja, de 1 a 9. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas

O estudo de doutorado citado considerou a saturação dos dados para o fechamento amostral, ou seja, quando não há mais contribuições significativas de novos participantes para acrescentar ao que já foi dito e assim não há mais acréscimos que enriqueceriam a reflexão teórica sobre o fenômeno em estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

As entrevistas citadas acima formaram o *corpus* inicial da AD. Manteve-se a letra “F” e numeração de 1 a 9 para identificar as falas dos farmacêuticos entrevistados nas respectivas entrevistas e acrescentou-se a letra “E” para identificar as falas dos dois entrevistadores, com numeração 1 e 2. Os entrevistadores eram, respectivamente, pesquisador/farmacêutico/gestor da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e aluno do curso de graduação de Farmácia.

### 5.2 Percurso teórico metodológico

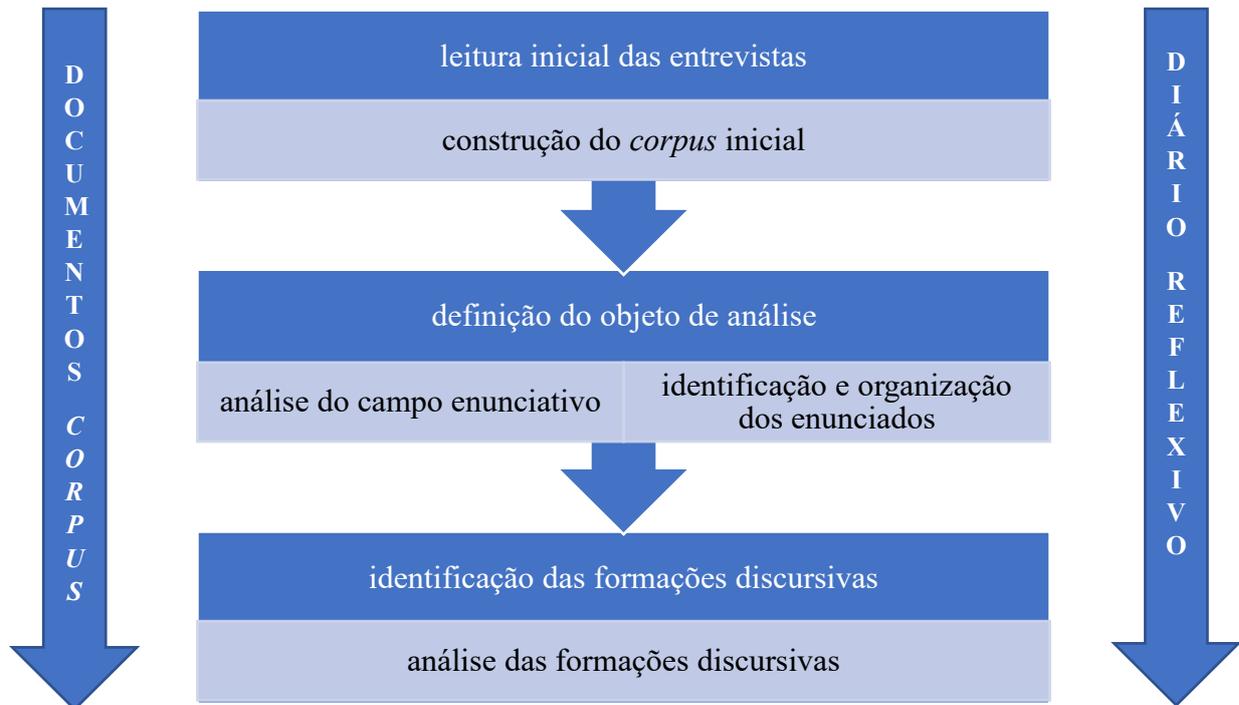
As análises foucaultianas são formadas por estruturas abertas, seus princípios metodológicos são reinventados e vão se deslocando ao longo de toda a sua obra (KLAUS; HATTGE; LOCKMANN, 2015).

Foucault (2014) considera dois conjuntos complementares de princípios importantes para analisar o discurso. O conjunto crítico diz respeito às formas de exclusão, analisa os processos de rarefação, reagrupamento e unificação, servindo assim à análise das regularidades discursivas. O genealógico diz respeito à formação dos discursos mediante os sistemas de coerção, permitindo estudar as delimitações que interferem nas formações discursivas reais.

O presente estudo analisou as formações discursivas dos farmacêuticos da APS, de modo a compreender como estão constituídos em âmbito da micropolítica no seu contexto de atuação por meio da Análise de Discurso inspirada na arqueologia de Michel Foucault.

### 5.2.1 Análise do Discurso (AD)

O esquema apresentado a seguir ilustra de maneira mais didática qual a sequência tomada para a análise.



### 5.2.1.1 *Definição do corpus e do objeto de análise*

Em AD, o *corpus* é construído a partir de um ponto de vista e o objeto a ser pesquisado é definido pelo *corpus* de análise (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2020).

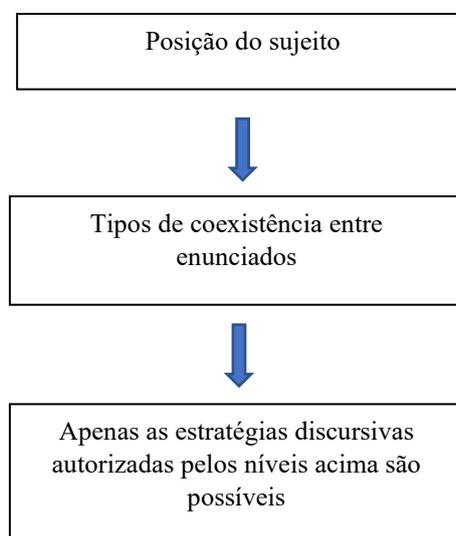
A AD foucaultiana propõe uma análise aberta, na qual os enunciados concretos permitem identificar os períodos históricos e os documentos relacionados ao surgimento do objeto. O estudo arqueológico considera as práticas discursivas como “efeitos na concretude da vida.”(BAPTISTA; BORGES; MATTA, 2015).

Dessa forma, a construção do *corpus* se deu a partir das entrevistas realizadas com os farmacêuticos da APS em 2017 no projeto “Configuração Identitária dos Farmacêuticos da Atenção Primária à saúde em Belo Horizonte”. Mediante o andamento da leitura delas foram incluídos documentos identificados como pertinentes ao contexto do estudo, como guias, legislações, diretrizes, dentre outros.

Foucault (2012) concebe três fases para identificar as regras de formação dos objetos, as quais dizem respeito da identificação de onde surgiu o conceito para sua posterior designação como tal; da análise de suas instâncias de delimitação e da análise das grades de especificação. Para o filósofo o importante são as regras que possibilitam a emergência dos objetos e não as palavras em si.

### 5.2.1.2 *Análise do campo enunciativo*

Buscaram-se as regras de formação do discurso. Conforme Foucault (2012) o discurso ocorre por relações verticais de dependência, hierárquicas, como esquematizado a seguir:



Elaborado pelo autor

O discurso é formado por um conjunto de enunciados, os quais se organizam e constituem um sujeito correspondente a um determinado objeto, ou seja, o sujeito é atravessado pelo discurso. Assim a questão do sujeito na arqueologia refere-se ao lugar ocupado por ele no discurso.

[...] o sujeito do enunciado é uma função determinada, mas não forçosamente a mesma de um enunciado a outro; na medida em que é uma função vazia, podendo ser exercida por indivíduos até certo ponto, indiferentes, quando chegam a formular o enunciado; e na medida em que um único e mesmo indivíduo pode ocupar, alternadamente, em uma série de enunciados, diferentes posições e assumir o papel de diferentes sujeitos. (FOUCAULT, 2012, p.113)

As formas de coexistência dos enunciados podem ser identificadas por 1) campo de presença – enunciados admitidos como verdade, criticados, rejeitados e excluídos; 2) campo de concomitância – enunciados de outros domínios que se relacionam com o enunciado da análise; 3) campo de memória – enunciados não mais admitidos como verdade, mas que ainda possuem uma ligação histórica, de transformação, continuidade e descontinuidade (FOUCAULT, 2012).

A constituição do discurso mediante suas regras de formação apresenta uma coerência, levando à formação de temas. Para a formação das escolhas estratégicas deve-se buscar como os objetos ou conceitos determinam a difração dessas escolhas, considerando: 1) a incompatibilidade; 2) a equivalência; e, 3) a ligação entre incompatibilidade e equivalência. Deve-se considerar a possibilidade de oposição dos enunciados e ter em mente que nem todos os jogos de enunciados são colocados em prática. Além disso, analisa-se as práticas não discursivas, buscando como o sujeito se apropria do discurso (FOUCAULT, 2012).

A partir daí os enunciados foram organizados buscando-se identificar as formações discursivas. A análise de tais formações foi conduzida seguindo-se os quatro níveis propostos pela arqueologia em Foucault no que diz respeito às regras de formação do discurso 1) no nível dos objetos; 2) no nível das modalidades enunciativas; 3) no nível dos conceitos; 4) no nível das estratégias ou temas.

A análise enunciativa busca o que é dito pelo sujeito enquanto parte de um jogo de relações de saber-poder mediante as regras que possibilitaram o dizer.

“Analisar uma formação discursiva é, pois, tratar um conjunto de *performances* verbais, no nível dos enunciados e da forma de positividade que as caracteriza; ou mais sucintamente, é definir o tipo de positividade de um discurso.” (FOUCAULT, 2012, p. 153)

### 5.2.1.3 *Diário de Campo*

A pesquisadora utilizou um diário de campo no qual foram registradas as reflexões acerca dos acontecimentos cotidianos relacionados ao contexto do estudo. Segundo Zaccarelli; Godoy (2010) os diários têm sido utilizados em algumas áreas do conhecimento e são importantes aliados para o processo reflexivo sobre o que está sendo estudado.

O diário na presente pesquisa não foi tomado como *corpus* de análise, ele foi feito após leitura das entrevistas e possui caráter complementar. O uso do diário teve como objetivo obter maior adensamento do trabalho (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014).

## **6 RIGOR METODOLÓGICO**

Cabe salientar que a pesquisadora é farmacêutica do serviço/território do estudo em questão, o que lhe confere conhecimento aprofundado sobre a realidade (TRAD, 2012).

Além dos dados coletados nas entrevistas foi utilizado também o diário para assegurar o rigor metodológico (AZEVEDO *et al.*, 2013).

## **7 APECTOS ÉTICOS**

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, sob número de registro CAAE 50497615.9.0000.5149.

Os materiais analisados foram coletados seguindo as normas éticas em cumprimento à Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012).

## 8 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 8.1 Corpus e objeto de análise

O *corpus* de análise foi formado inicialmente pelas nove entrevistas realizadas em 2017 com os farmacêuticos da APS em Belo Horizonte (todos os farmacêuticos da APS são integrantes no NASF). É importante lembrar que todos os entrevistados responderam - no formulário aplicado em estudo anterior – que “sim”, usam um método de acompanhamento farmacoterapêutico referenciado na literatura como pode ser verificado em Destro (2020).

A AD foucaultiana permite uma estrutura aberta para análise.

A forma como a arqueologia lida com seus documentos isenta, portanto, o pesquisador de uma revisão bibliográfica exaustiva, que esgote todas as fontes de dados. O estudo arqueológico é uma metodologia que ganha contornos junto com a construção do objeto; e sempre com referência à pergunta que alimenta seus objetivos. E é no decorrer mesmo da investigação que identificamos seus documentos, acontecimentos e regularidades. (BAPTISTA, T.W.F.; BORGES, C.F.; MATTA, G.C., 2015. p. 160-161)

Dessa forma, a partir da leitura das entrevistas, foram identificados documentos pertinentes a serem considerados para a análise da intertextualidade, de acordo com o contexto do estudo. Portanto, para fins didáticos os documentos analisados foram divididos em:

- 1- Entrevistas – foi realizada a análise de todas as nove entrevistas de maneira vertical. Nesta leitura, buscou-se identificar a posição ocupada pelo sujeito e o contexto de formação dos enunciados.
- 2- Outros documentos – em concomitância com a análise das entrevistas foram identificados e incluídos outros documentos, como guias do cuidado farmacêutico; REMUME; diretrizes da AF; GERAFA; documentos do CMS de Belo Horizonte; documentos de âmbito federal; além de páginas da internet etc.

A análise do *corpus* levou à definição do seguinte objeto de pesquisa: **cuidado farmacêutico**. Por tratar-se de uma análise de discurso, o estudo não considerou questões relacionadas a adequações técnicas ou conceituais do cuidado farmacêutico propriamente dito, mas analisou quais as condições de possibilidade para o surgimento de tal objeto e as relações de saber-poder envolvidas.

Para Foucault (2012) a análise discursiva trata das relações de poder, as quais delimitam o que pode ou não ser dito, independentemente, assim, de um sujeito consciente que o

diz. A interação entre os sujeitos ocorre mediante relações de poder, o qual pode ser exercido por meio da linguagem, conforme a posição do sujeito no discurso. Assim, a busca do conhecimento está imbricada em tais relações e na subjetividade (FOUCAULT, 2019).

## 8.2 Análise do Campo Enunciativo

A organização do campo enunciativo considerou as regras de formação do discurso e sua hierarquia, considerando a posição do sujeito, os tipos de coexistência dos enunciados e as estratégias discursivas autorizadas, conforme proposto por Foucault (2012).

### 8.2.1. *Posição do sujeito*

Tanto o entrevistador quanto o entrevistado foram considerados na análise. Mediante a perspectiva de sujeito em Foucault, podem ocupar diferentes posições no discurso, podendo posicionar-se hierarquicamente de forma superior/dominante, inferior/dominados ou igualitária em meio às relações de saber-poder autorizadas.

As posições ocupadas pelo sujeito foram relacionadas aos enunciados, conforme as regras de formação discursivas, alocando-os no quadro 1.

A identificação dos enunciadores está representada da seguinte forma:

E1 e E2: enunciadores que conduzem a entrevista (respectivamente, entrevistador 1 e 2).

F1 a F9: enunciadores que respondem à entrevista (farmacêuticos de 1 a 9, respectivamente).

### 8.2.2. *Organização dos enunciados*

Como o *corpus* inicial são as entrevistas semiestruturadas, os dizeres não se limitaram apenas àquilo que foi questionado. Nesse sentido, considerando o discurso como um evento, tanto entrevistador quanto entrevistado foram considerados como sujeitos sob a perspectiva de Foucault. Partindo do pressuposto de que os enunciados podem estar dispersos, ao longo da análise buscou-se identificá-los para relacioná-los. Portanto, optou-se não pela organização dos enunciados por meio de temas previamente fechados, mas sim, pela identificação das formações discursivas a partir do jogo de enunciados encontrados ao longo da análise.

Os enunciados foram organizados conforme exposto acima para cada entrevista por meio do seguinte quadro:

Quadro 1 – Organização dos enunciados

POSIÇÃO DO SUJEITO	ENUNCIADOS COEXISTENTES	TIPOS DE COEXISTÊNCIA ENTRE ENUNCIADOS	ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS AUTORIZADAS
--------------------	-------------------------	--	-------------------------------------

A partir desta organização foram identificadas famílias de enunciados as quais foram nomeadas da seguinte maneira:

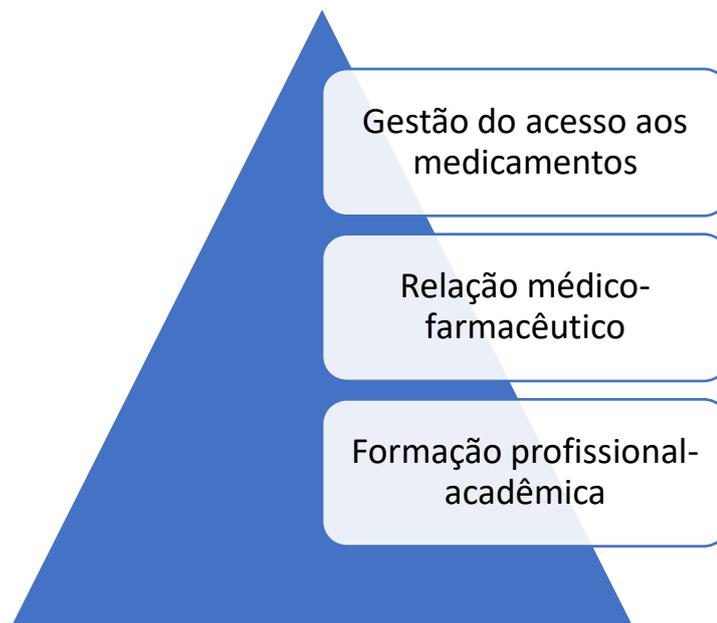


Fig. 2 – Identificação das formações discursivas (elaborado pelo autor)

O conjunto de jogos enunciativos acima foi identificado em todas as entrevistas analisadas.

### **8.3 Identificação das formações discursivas a partir da família de enunciados nas entrevistas**

#### *8.3.1 Formação profissional-acadêmica*

Os enunciados aqui reunidos tratam das questões curriculares do curso de Farmácia e da busca por conhecimento complementar adquirido para o exercício da prática, como clínica farmacêutica, farmacologia clínica e saúde pública.

Embora a arqueologia não foque na cronologia dos acontecimentos históricos, é importante observar que o farmacêutico assistencial aparece em descompasso temporal em relação ao medicamento na trajetória do SUS. Brito (2020) e colaboradores mostram um descompasso entre diversos acontecimentos e aspectos legais em relação ao cuidado farmacêutico no Brasil. Ao pensarmos, por exemplo, no medicamento como parte do direito à saúde, a AF já aparece citada no campo de atuação do SUS em 1990, na Lei Orgânica de Saúde. Mas a organização dessa assistência aparece inicialmente em termos de acesso ao produto... um produto tão tecnicamente específico para o qual há uma ciência que o estuda e forma um profissional: o farmacêutico. No entanto, é apenas em 2002 que as diretrizes curriculares do curso de Farmácia foram reformuladas, definindo uma formação generalista voltada para o SUS. E ainda assim foi necessário revisá-la de modo a intensificar a formação do farmacêutico para o exercício do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde, resultando na reformulação das DCN em 2017:

Art. 5º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, competências, habilidades e atitudes, para contemplar o perfil do egresso, a formação deve estar estruturada nos seguintes eixos: I - Cuidado em Saúde; II - Tecnologia e Inovação em Saúde; III - Gestão em Saúde (BRASIL, 2017).

Para refletirmos nessa questão, iniciaremos pela formação acadêmica da Farmácia a partir de uma palestra proferida durante a X Semana Farmacêutica de Ciência e Tecnologia da FCF/USP sobre a “Evolução da profissão farmacêutica nos últimos 40 anos”:

[...] Kilpatrick, em seu “Educação para uma civilização em mudança”, já emitia uma sentença inapelável: ou a escola prepara para a vida, para a civilização que surge, ou o país e, dentro dele, o exercício profissional, se torna um espólio à mercê da aventura”. [...] Ensino e profissão caminham juntos e é por isso que caberá sempre ao corpo docente e discente, conjuntamente, exigir reformas curriculares, novas disciplinas, exercício de trabalho integral, pesquisa obrigatória, concursos e a participação efetiva dos alunos nos diversos segmentos que dizem respeito à sua verdadeira integração dentro da escola. Tudo isso deveria ser o que podemos chamar de inquietação do corpo discente para fazer melhorar sua formação. [...] Dentro da ideia clássica de Universidade é preciso que ela deixe de ensinar a FAZER e ensine o jovem a SER. A área profissional farmacêutica é típica desse estado de coisas, pois há muito ensinamos os alunos a fazer, esquecendo-nos de que a eles deve ser entregue a tarefa de criar, de liderar, de estar à frente dos grandes acontecimentos (BARBÉRIO, J.C., 2005).

A questão da contribuição da formação acadêmica para o cuidado foi trazida de diferentes maneiras pelos enunciadores, sendo colocada por alguns como fundamental e por outros como ineficiente ou até inexistente.

*F7: Bom, a gente sabe que na faculdade de farmácia – pelo menos na minha época – a formação não era muito voltada para a saúde pública. A gente tinha poucas disciplinas, os estágios eram em drogarias ou em indústria. E eu nunca quis essa área de ênfase, então eu e*

*mais alguns colegas que também tinham essa vontade [...] corremos atrás de fazer estágio em saúde pública.*

Grande parte dos entrevistados não percebe uma relação entre a teoria acadêmica e sua prática. As diferentes trajetórias dos entrevistados, tanto na graduação como fora dela, apontam diferentes níveis de contribuição para o conhecimento.

*F7: Eu fiz vários cursos na residência também, a gente teve várias disciplinas sobre atenção farmacêutica. É uma filosofia de prática interessante para a gente desenvolver o raciocínio clínico, porque a gente não tem isso na graduação. As nossas disciplinas são muito teóricas, não nos levam a desenvolver o raciocínio clínico. [...], mas às vezes, pelo menos nos lugares em que trabalhei e fiz estágio, às vezes eu sentia que a atenção era muito voltada para a pesquisa, as classificações de PRM. Eu sinto falta de uma coisa mais aplicada para a prática.*

Em alguns casos, como F1, F3 e F4, os enunciadores não relacionaram nem a parte assistencial nem a parte gerencial das atividades da APS ao aprendizado da graduação:

*F1: Totalmente incoerente [...]. Para ser sincera, hoje, tirando a minha formação - que eu busquei após minha entrada na atenção primária, o que eu até hoje busco - uso da minha formação pregressa é muito do meu conhecimento da drogaria, que são coisas práticas.*

Observou-se que nos casos em que houve a obrigatoriedade curricular de disciplinas de atenção farmacêutica e de saúde pública, tal aproximação com o tema possibilitou a busca pela ampliação do conhecimento acerca desta área. No entanto, a decisão em investir ou não na formação para o cuidado farmacêutico parte de pontos diferentes.

A prática política faz parte das condições de surgimento, inserção e funcionamento da prática profissional (FOUCAULT, 2012). Dessa maneira, o discurso do cuidado farmacêutico se articula em práticas exteriores, em diferentes historicidades.

A escolha pelo caminho profissional apareceu através do interesse pessoal do sujeito em sua posição de desejante. Pelas entrevistas foi possível observar o desejo em aprender sobre a clínica e exercer o cuidado advém de diferentes contextos, tais como a graduação, seja pela teoria ou pela prática; a aproximação com o paciente, iniciada no setor público ou no privado, por meio da atuação em drogaria. As falas abaixo exemplificam a busca do saber relacionada ao desejo:

F2: [...] o primeiro contato que eu tive na faculdade, que já me sensibilizou de cara, foram as disciplinas relacionadas ao SUS. Então eu já falei: sim, eu quero trabalhar no SUS. Não sabia com o que nem com quem, mas já sabia que tinha que ser no SUS.

F5: E tem um detalhe também, antes de formar eu via esse Centro de Saúde [...] porque eu morava aqui perto e eu ficava assim: “ah eu quero trabalhar lá”, porque era perto da minha casa e era um sonho vir tomar vacina aqui. E ficava: “será que um dia eu vou trabalhar aqui? Nossa! Deve ser muito difícil”. E ficava com esse sonho de trabalhar aqui.

O discurso está ligado ao desejo e ao poder, “[...] o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.” (FOUCAULT, 2014. p.10)

A necessidade do conhecimento na área clínica é colocada como um requisito fundamental pelos entrevistados, a qual foi obtida, na maioria das entrevistas, pelo empenho pessoal de forma individualizada. Por vezes, salientou-se uma busca pelo conhecimento necessário para o cuidado, realizada mediante escolha e iniciativa própria.

F1: *Busquei isso na minha formação, porque a teoria eu adquiri no mestrado e a prática é o meu dia a dia.*

F6: *É, então eu fui buscando um pouco mais. Quando eu cheguei falaram que eu tinha que atender. Eu fui tentando entender o que eu tinha que atender, o que eu tinha que fazer. E aí eu fiz um curso uma pós-graduação de farmacologia clínica que foi me dando um pouco mais de norte*

Do ponto de vista do cuidar, para os entrevistados a aplicação do conhecimento técnico-científico adquirido só é possível mediante proximidade com o paciente, aliada à vivência multiprofissional. Assim, estar nesse ambiente contribuiu fortemente para a compreensão do cuidado em saúde.

F4: *A prática, ela só faz sentido se for multidisciplinar porque você vai envolver vários saberes, vários profissionais, inclusive o saber do paciente.*

Mesmo quando o farmacêutico enunciador relatou conseguir visualizar as necessidades para desenvolver seu trabalho a partir de uma base aprendida e internalizada durante sua graduação, para ele ainda há um aprendizado que apenas a prática proverá, como podemos observar em F2:

F2: *A formação foi fundamental. Já me deu toda a base, já me deu uma filosofia, já me deu um método de raciocínio. Eu sabia como funcionaria a gestão da prática. [...] eu acho que a formação ajudou muito. Só que, além disso, [...] para aprender a lidar com paciente mesmo, não tem jeito, é só na prática.*

Apesar dos entrevistados relatarem ter adquirido o conhecimento clínico necessário, as dificuldades e os desafios cotidianos foram apontados como importantes fatores que influenciam a gestão da prática.

F6: *Eu tenho o conhecimento, mas na rotina, no dia a dia, é complicado.*

Em F4, o sujeito narra sua história abordando escolhas através do tempo e do espaço em torno da clínica-gestão-clínica, marcando o início de sua trajetória acadêmica até o momento atual de sua prática profissional, trazendo uma continuidade no conhecimento necessário para o desenvolvimento da prática atual.

F4: *Na faculdade mesmo, eu já comecei a guiar um pouco do meu curso para área clínica. [...] me interessei muito por essa área.*

Ainda em F4, foi observado um posicionamento diferente nos enunciados referentes a sua prática clínica *versus* sua prática gerencial. É possível perceber, por exemplo, o uso da primeira pessoa do singular, repetidamente, por vezes relacionado a palavras como criação, interesse, envolvimento e participação. Tais dizeres surgem ao referir-se à clínica farmacêutica, mostrando uma busca pelo conhecimento baseada no desejo, no interesse próprio, por meio de uma iniciativa independente. Nessa busca o enunciador coloca-se como solitário, no sentido de uma formação não vinculada nem a interesses institucionais, nem ao interesse de seus próprios pares na instituição. Observa-se uma necessidade em destacar que tal construção profissional deu-se por si próprio e não como parte de algo instituído pelo trabalho.

F4: *Com a minha ânsia de interesse por essa área clínica. [...] Então eu criava projetos para acompanhar os pacientes hipertensos.*

Em contrapartida, ao se referir às atividades gerenciais, o enunciador refere-se à categoria farmacêutica, trazendo tais atividades para o fazer comum do profissional. Ao passo que as atividades clínicas são colocadas em um campo individual. Há uma separação entre o fazer clínico - parte do querer do sujeito que enuncia - e o fazer gerencial - parte da obrigatoriedade para a categoria profissional da qual o enunciador faz parte.

F4: *Diante de todas essas atividades que farmacêutico tem aqui na prefeitura eu foquei bastante nessa questão clínica do atendimento.*

Independente do caminho formador trilhado pelos entrevistados enquanto farmacêuticos, observa-se que ao direcionar para a prática do cuidado, o fazer também é atravessado pela contrapartida institucional, tanto no nível da gestão local, quanto municipal; além de ser dependente da relação entre farmacêutico e médico em seu cotidiano. Usando as lentes foucaultianas, é importante considerar que o saber surge a partir de acontecimentos em sua historicidade, fazendo o poder circular entre os sujeitos, mediante a legitimação institucional (FOUCAULT, 2012). O sujeito então é atravessado pelo discurso e suas práticas.

Esforços têm sido implementados através da organização da AF por meio da elaboração de documentos norteadores de práticas assistenciais farmacêuticas. No entanto, observa-se ainda haver certa dificuldade em apreender o saber sobre o cuidado farmacêutico de forma a transpô-lo para a prática institucional. O exercício do cuidado preconiza um acompanhamento amplo, em aspecto biopsicossocial. Sendo assim, podemos realmente dizer que os documentos gerados se referem de fato ao cuidado farmacêutico? Ou seria um documento guia para o atendimento/acompanhamento da doença? Para exemplificar vejamos o documento municipal Guia de atuação do cuidado farmacêutico em Tuberculose. Sua construção abriu a possibilidade de solicitação de exames - Teste Rápido Molecular (TRM-TB) para Sintomáticos Respiratórios (SR); Baciloscopia de escarro (BAAR); Exames de triagem de HIV para pacientes com diagnóstico de TB - a fim de apoiar a EqSF na identificação de novos casos de TB e monitoramento do paciente em tratamento. No entanto, ainda não há a possibilidade de solicitar outros exames necessários que poderiam auxiliar na avaliação de segurança da farmacoterapia.

O questionamento acima pode ser observado no diálogo abaixo, no qual ao se posicionar enquanto farmacêutico e gestor, E1 parece ainda não ter internalizado como se dá o cuidado farmacêutico. Os questionamentos de E1 são direcionados à tuberculose em si e não ao paciente que tratará o problema de saúde.

E1: *O paciente de tuberculose, você faz o acompanhamento farmacoterapêutico de todos ou tipo assim, se ele utiliza outros medicamentos, comorbidades e tal? Ai você faz a avaliação...*

F1: *[...] não tem como você fazer outra coisa mais. Não tem como eu chegar pra um paciente e só acompanhar a tuberculose dele. Não tem como. O pilar da filosofia... Como que*

*eu não vou olhar a pressão dele se ele é hipertenso? Como que eu não vou olhar o diabetes...Acabou para mim esse negócio.*

*E1: Mas da tuberculose especificamente?*

*F1: Não. Será que eu não posso trabalhar a tuberculose, olhar só a tuberculose dele? Não. Se eu estou trabalhando, se eu já fui modificada e compreendi meu papel no cuidado, isso daí é inviável.*

*E1: Na verdade eu estou perguntando isso até porque é um ponto de discussão lá do protocolo.*

*F1: Ótimo. Achei ótimo você perguntar, porque eu não falei dessa forma e eu acho que você vai ver tudo quanto é tipo de resposta. [...] E falar também essa questão de atuar só na Tuberculose. Porque quando a gente faz os protocolos fica parecendo que você vai olhar tuberculose e não vai olhar mais nada, né. Eu acho que isso tem que ser amplamente...Tem que haver uma responsabilização e conscientização coletiva em relação a isso.*

O Guia de atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa com tuberculose, publicado em 2018, cita, em sua página 9, como o primeiro aspecto importante do atendimento farmacêutico: *Realizar, preferencialmente, no mínimo três atendimentos farmacêuticos: na primeira quinzena do tratamento, entre o segundo e terceiro mês e ao final do tratamento.*

Embora haja menção ao atendimento preferencial para a realização minimamente de três atendimentos, conforme o período de tratamento citado, ao registrar tal produção a marcação do indicador aparece em destaque na respectiva planilha do GERAFF - software construído pela AF municipal para registro dos dados gerenciais e assistências, cujos resultados dão-se por meio de indicadores - gerando um resultado diferente, de maior peso, para os três períodos indicados, como descrito no Guia citado: *os campos correspondentes aos meses nos quais deverão ser realizados os três atendimentos de TB preconizados, aparecerão automaticamente na cor azul.*

Assim como a existência de diversos aparatos não tem sido mostrada suficientemente para garantir que o cuidado farmacêutico seja praticado, a existência de documentos institucionais municipais norteadores da AF não apareceu como ponto de emergência para um discurso do cuidado. Não é a partir deles que emergem os enunciados que possam servir de elementos fundantes do farmacêutico enquanto sujeito empoderado para o exercício do cuidado. Os enunciados constantes nos guias estudados buscam constituir sujeitos para seguir

o instituído em prol da garantia do acesso aos medicamentos, mantendo a hegemonia do sistema, ou seja, o caráter prioritário do fornecimento do produto *per se*. Em Foucault (2019), na *sociedade disciplinar*, o Estado é um elemento de representação, ou seja, apenas a sua existência não é suficiente para fazer cumprir. Nessa perspectiva a instituição está atravessada pela disciplina, por mecanismos que permeiam o controle das operações do corpo. O poder disciplinar constrói um homem necessário “ao funcionamento e à manutenção da sociedade industrial, capitalista.”(FOUCAULT, 2019. p. 128)

É importante notar que não se trata aqui de desconsiderar a importância dos documentos e os avanços na organização da AF trouxeram até agora. Contudo, o ponto aqui é como estamos sendo formados enquanto sujeitos, farmacêuticos que queremos ser ou farmacêuticos que interessam à política institucional.

O fazer/não fazer ocorre mediante as forças implicadas nas relações de saber e poder, produzindo as *práticas discursivas*, as quais em Foucault (2019) referem-se a um conjunto de regras anônimas que definiram em sua historicidade quais as condições para a função enunciativa. “Foucault põe então em primeiro plano a *historicidade* radical do discurso e as *condições institucionais* de legitimação da enunciação.” (CHARADAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D., 2020. p. 396).

Embora se fale do farmacêutico formado com foco no medicamento e a necessidade de redirecionar o foco para o paciente, as formações discursivas não mostraram ser essa uma questão determinante para a transformação. Ainda que o farmacêutico continue sendo formado com foco no medicamento, a vivência multiprofissional e a proximidade com o paciente em seu território têm possibilitado apreender as questões humanas. Dessa forma, seria possível chegar ao paciente a partir do medicamento. Portanto, não é apenas a formação acadêmico-profissional que constitui esse farmacêutico, mas ela alia-se, também, a como a instituição, por meio dos seus gestores, se posiciona em relação ao fazer/não fazer farmacêutico, além do interesse do próprio profissional em buscar apreender conhecimentos e habilidades necessários para a sua prática.

É interessante ressaltar que embora a vivência multiprofissional seja citada pelos entrevistados como crucial para o aprendizado, ser membro do NASF-AB não pareceu estar internalizado por todos. Foi comum observar que ele aparece como um elemento de representação. Fazer parte desse núcleo tanto foi citado como potencializador para o desenvolvimento do cuidado, quanto mais um fator de sobrecarga. Embora estejam descritas

as atribuições em documentos norteadores, a apropriação do saber para vincular as atribuições ao cuidado farmacêutico mostrou-se deficitária.

F5: [...] eu comecei a me interessar por saúde pública, mas também comecei a me interessar por concurso [...] era como se fosse um sonho: “nossa eu tenho que ir para o NASF”. Eu já conhecia o trabalho do NASF, eu estava estudando com foco em ser do NASF. [...] E aí foi que eu passei [...] e tive a sorte de escolher o lugar [...] A princípio foi um pouco difícil porque como eu não tinha trabalhado na atenção primária eu não estava muito acostumada a atender paciente [...] eu sabia na teoria o que o NASF fazia: “ah farmacêutico faz visitas”, mas o que eu vou fazer na visita? [...], mas como o tempo eu fui estudando e fui gostando.”

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. (FOUCAULT, 2019, p. 45)

### 8.3.2 A gestão do acesso aos medicamentos

F5: *Atividades? Bom o trabalho é dividido entre a parte assistencial e a parte técnico gerencial. Você já deve ter ouvido isso demais né!? (Risos) [...] só que na prática não é assim. Na prática [...] a parte técnico gerencial demanda muito tempo, então acaba que a parte do NASF que é assistencial vai ficando um pouco de lado [...].*

O enunciado acima é apenas uma dentre muitas que surgiram nas entrevistas analisadas, as quais mostram um discurso institucional que na prática cotidiana evidencia e prioriza as atividades gerenciais. Apesar da existência de diretrizes nas quais estão descritas as diversas atribuições farmacêuticas municipais, incluindo as atividades da assistência, o discurso institucional enfatiza o acesso no sentido da garantia de estoque para acesso político ao produto e não necessariamente no quesito técnico do medicamento. Segundo apontado pelos entrevistados, trata-se, principalmente, em manter o estoque correto e abastecido, sendo este o anseio da sociedade no território, como podemos observar no dito de F3 ao referir-se aos usuários:

F3: *Eles não conhecem muito essa questão. Então o que importa é a questão política; se tem medicamento ou não; se não tem farmacêutico atendendo, isso não vai gerar*

*reclamação. [...] Hoje na prefeitura a gente é muito cobrado pela questão do gerenciamento de estoque, de garantia de estoque mesmo, e de acesso à população.*

O acesso a medicamentos é reconhecido como um importante indicador de avanço no direito à saúde, sendo a lei 8080/90 um importante marcador. Embora a AF esteja incluída no campo de atuação do SUS no artigo 6º da referida lei, o que se observa é uma delimitação em torno do medicamento por si só. Surge assim a PNM, cujo “propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (PNM, 2001). Vejamos aí, que embora ainda haja um foco no medicamento, o seu acesso aparece aliado a requisitos técnicos que englobam segurança, eficácia e qualidade, aliados ao seu uso racional. No entanto, mesmo sendo conhecido como “profissional do medicamento”, o farmacêutico não participou ativamente desse processo enquanto profissional da saúde na prática da APS.

Pensando no momento histórico a partir da constituição do SUS, o acesso ao medicamento foi trazendo demandas e condições que possibilitaram a inserção do farmacêutico nesse universo do cuidar em saúde, pois mesmo com a maior ênfase dada à gestão do medicamento, a atuação desse profissional na APS o aproximou do paciente e da realidade do território. Para garantir o acesso e sua qualidade seria necessário a aplicação do conhecimento técnico do farmacêutico, o qual inclui questões científicas, legais e sanitárias. No entanto, no contexto analisado os farmacêuticos relataram a priorização institucional para os aspectos voltados ao controle de estoque, principalmente, em uma perspectiva de acesso desvinculada de outros parâmetros técnicos. Assim, não só as atividades assistenciais, mas também as atividades gerenciais que dizem respeito à segurança, eficácia e qualidade do acesso aos medicamentos, são citadas como preteridas pela instituição, em diferentes níveis gerenciais.

Segundo as entrevistas a priorização das atividades gerenciais pela gestão tanto a nível local, quanto municipal, trazem incômodo e interferem na execução das atividades assistenciais, o que ocorre não de maneira pontual, mas de forma corriqueira:

*F3: O gerencial atropela o assistencial. Muitas vezes você está ali e dá um problema na farmácia, eles vão lá no seu consultório interrompem seu atendimento [...] atrapalha, acontece direto [...]. Então o gerencial sempre atropela o assistencial.*

Ao se colocar no lugar do gestor F3 mostra como a demanda pelo controle de estoque é imposta ao farmacêutico por meio de um senso de urgência colocado pela gestão,

atropelando o fazer assistencial do farmacêutico, inclusive negando uma possível priorização da assistência.

F3: *Há prioridade de um sobre o outro, embora a instituição não fale de forma clara, pelas ações e demandas dela não tem dúvidas de que para eles são mais importantes. “Não, você tem que fazer isso, você tem que ajustar esse estoque agora.” [...] As coisas são meio impostas às vezes de cima para baixo, não tem como a gente discutir.*

A infraestrutura inadequada foi apontada pelos enunciadores entrevistados como um dificultador para o exercício de suas funções. A gestão da prática descrita nas diretrizes analisadas não foi condizente com a condição de trabalho necessária para executar o cuidado.

F7: *[...] e a questão mesmo de dificuldades na questão do cuidado, eu acho que tem a questão de infraestrutura também porque a gente às vezes não tem local adequado para atender, não tem computador, não tem sala, não tem consultório [...].*

A questão estrutural foi trazida como um dificultador tanto para o desenvolvimento da assistência quanto das atividades gerenciais. Como colocado por F4, tal estrutura limita sua atuação junto aos funcionários que estão na farmácia, dificultando o acesso ao medicamento de maneira adequada. Assim, não é possível vivenciar tais atividades. Então, como o farmacêutico ocuparia efetivamente o seu papel gerencial? Limitando-se a contar e corrigir seu estoque?

F4: *[...] as dificuldades são várias e uma delas é a dificuldade em relação à estrutura [...]. Eu acho que eu numeraria como a principal dificuldade [...]. Não tem lugar para mim dentro da farmácia.*

Além da questão estrutural, as entrevistas trazem as dificuldades encontradas no exercício da função do farmacêutico, dentre as quais observa-se o sujeito em sua posição de gestor local em meio a tensões cotidianas na tentativa de organizar inclusive o setor da farmácia, sobre o qual ele exerce uma gestão compartilhada com o gerente local. Há dependência de um apoio, independente do instituído, o qual coloca o fazer do farmacêutico à mercê de uma gestão em seu caráter discricionário e às tensões entre profissionais, como podemos observar abaixo:

F4: *Hoje na equipe da farmácia quem dispensa, né, os responsáveis pela dispensação são os técnicos de enfermagem e por ele não ser um profissional próprio ali da área da farmácia [...] ele é um profissional que ele é da enfermagem e a enfermagem tem*

várias outras atribuições [...].Então a dificuldade de não ter essa equipe fixa faz com que o trabalho fique muito fragmentado, [...] então, em alguns centros de saúde a gente até consegue ter uma equipe fixa, dependendo do apoio do gerente, do apoio da equipe de enfermagem [...]. Esses centros de saúde que tem a equipe fixa são os que têm melhor resultados em termos de acuracidade de inventário, de controle de estoque né, de atendimento ao paciente, maior qualidade. [...] Ninguém se sente dono, ninguém se sente responsável, então a gente tem indicadores piores de acuracidade, indicadores piores até de cuidado de dispensação mesmo, [...] eventualmente tem muita dispensação errada, isso é outra dificuldade que a gente tem. [...] E a gente tem a dificuldade que é muito maior que a gente porque não depende de eu definir esses profissionais que vão trabalhar comigo.

F7: *A gente tem profissionais muito bons que gostam da farmácia, mas tem profissionais que não querem estar ali, que não gostam de estar ali; então, assim, até boicotam muito aquilo que a gente passa para ele.*

No diálogo abaixo o entrevistador E2 percebe a importância dada ao gerencial pela instituição, sem antes terminar sua fala podemos observar que é prontamente interrompido em afirmação por F3, indicando uma situação que traz ansiedade.

E2: *Parece que o gerencial é mais importante que o...*

F3: *É. E a prefeitura e a população entendem assim também, ela entende que o importante é o medicamento, que é esse o papel do farmacêutico ali.*

F3: *A gente tem que alimentar um sistema novo feito no Excel para controle de estoque. Todas as informações que a gente joga lá são informações que existem nesse sistema informatizado da prefeitura [...]. Isso demora demais.*

De fato, o farmacêutico é de fundamental importância para o acesso aos medicamentos, mas seu reconhecimento tem sido apoiado no acesso do ponto de vista organizacional e não no campo do seu saber enquanto profissional farmacêutico relacionado especificamente ao medicamento e ao paciente. O uso da força de trabalho do farmacêutico apareceu devido a habilidades gerenciais relacionadas a seu modo de organização tem sido vista positivamente por gestores, os quais solicitam seu trabalho para organizar atividades diversas, tanto no cotidiano de trabalho, localmente, quanto de maneira mais ampla, institucional. Apesar de sabidamente sobrecarregado e com prejuízo para atividades assistenciais, o farmacêutico aceita tais tarefas com o intuito colaborativo e em prol de manter

um bom relacionamento com a eSF e gerentes, pois isso é necessário para obter apoio principalmente nas questões relacionadas ao gerenciamento da farmácia. A posição por eles ocupada enquanto gestores do setor, os coloca nesse lugar de negociação. Tal postura é justificada de diferentes maneiras, conforme a posição do sujeito em sua relação de saber-poder. Há um medo de desagradar o outro para não perder aquilo que conseguiu conquistar. Não é o profissional que está atuando, é o pessoal, o político.

*F3: Sempre sou requisitado pelas gerências quando tem alguma atividade diferente de sei lá uma reunião de tema diferente. Sempre sou requisitado para auxiliar.*

*F3: Minha gerente do meu centro de Saúde, coisas que não tem nada a ver com farmácia ela pergunta, ela sempre pede minha opinião sobre algumas coisas que vai fazer. Então eu acho um baita reconhecimento.*

Conforme colocado pelos farmacêuticos, os gestores, incluindo os próprios farmacêuticos, ainda não conseguem compreender de fato as atribuições assistenciais farmacêuticas, dificultando o exercício assistencial.

*F3: A gestão, aquilo que eles não conseguem organizar eles estão mandando para assistência farmacêutica. [...] É ruim porque eles começam a lotar a gente de serviço e prejudica a qualidade da produtividade.*

*F7: [...] o olhar dos gestores, o olhar dos outros funcionários, que não conhecem essa questão de o farmacêutico desenvolver o cuidado, então eles não te incentivam além disso, pelo desconhecimento, até mesmo de outros colegas do NASF, enfim, pelo desconhecimento, eles não incentivam essa prática e eu acho que dificulta nosso processo.*

Embora as atribuições dos farmacêuticos atuantes na saúde pública estejam descritas em documentos norteadores nas diferentes esferas governamentais, inclusive, municipal, os enunciados apontam uma dificuldade na apropriação do saber para o gerenciamento do próprio medicamento, mantendo o foco no acesso ao medicamento. A própria sobrecarga de trabalho foi apontada como dificultador inclusive das atividades gerenciais:

*F5: As duas são importantes, não tenho dúvida. Só que eu sinto hoje que está muito puxado fazer essas duas e aí eu sinto que não faço nenhuma das duas bem [...].*

### 8.3.3 Relação médico-farmacêutico

“Farmacêuticos invadindo o cuidado”, esta foi a manchete na *Medical World News* em janeiro de 1991, na qual um médico representante da categoria continua dizendo “Em geral, o nosso sentimento é que se você [os farmacêuticos] querem entrar no gerenciamento clínico dos pacientes, você deve ir para a faculdade de medicina antes de fazer isso.”(COWEN, 1992)

A relação entre médicos e farmacêuticos é passível de uma discussão de amplitude tal que para estudá-la a fundo seria necessário um estudo genealógico.

No presente trabalho é apresentado um recorte que propicia uma discussão das relações de saber e poder vivenciadas no cotidiano dos farmacêuticos entrevistados no que tange ao fazer do cuidado.

Os enunciados sobre a relação médico-farmacêutico situam-se em um jogo de vai e vem entre a *logofobia*, há um receio em relação ao que o médico poderá entender sobre a conduta do farmacêutico ao exercer uma prática que é própria da categoria.

Foucault (2014) fala a respeito da *logofobia* existente na *sociedade disciplinar*, um temor surdo do discurso enquanto acontecimento, um temor “desse grande zumbido incessante e desordenado do discurso.” (FOUCAULT, 2014 p. 48)

A *sociedade disciplinar* permite uma vigília constante do sujeito e uma organização do espaço disciplinar, interferindo no modo como diferentes sujeitos se relacionam (FOUCAULT, 2019).

Os enunciados mostram forças atuando sobre a relação em um terreno no qual se deve pisar de forma meticulosa para que seja possível exercer o trabalho. O farmacêutico se coloca em um lugar de submissão na medida em que acha necessário desistir de exercer as funções chamadas burocráticas, instituídas, em prol de uma permissão para trabalhar.

F3: *Quando o profissional vê que você está ali para auxiliar, para ajudar, a gente tem que tomar muito cuidado com uma coisa que eu falo: farmacêutico às vezes, de uma forma geral, o cara é chato, muito burocrático, quer relatório, quer receita, quer não sei o que. Só exige e muitas vezes não dá contrapartida e às vezes soa como se fosse fiscal para avaliar prescrição. [...] Até porque o farmacêutico não tem muita autonomia para fazer todas as intervenções, então ele precisa ter um bom relacionamento com os profissionais e se você começa a negar demais, o pessoal vai começar a virar a cara e você não vai conseguir trabalhar.*

A prescrição médica coloca o médico em uma vitrine e o farmacêutico ocupa um papel de fiscalizador, ambos sob vigília institucional. A vigília leva a um registro contínuo de conhecimento e o vigiado adquire a visão de quem olha (FOUCAULT, 2019). Nessa perspectiva, podemos pensar que há a constituição de um “farmacêutico fiscal” produzido pela disciplina.

*F2: E eu acho que também é importante frisar essa questão do uso porque senão parece que a gente também está fiscalizando a prescrição médica. [...] E aí quando você vai conversar com o médico eu acho que isso ajuda porque você não está analisando a forma como ele prescreveu, você está analisando a forma que o paciente está utilizando medicamento.*

Ora, como não analisar a forma como está prescrito? Se a identificação de PRM não diz respeito apenas ao uso daquilo que está devidamente prescrito, mas também perpassa por critérios de necessidade, de efetividade e de segurança, os quais poderão ser identificados a partir da prescrição, qual seria o problema em se considerar também a prescrição enquanto documento que faz parte de um tratamento em saúde?

Observa-se aí um conflito e uma contradição entre a sensação de ser um fiscal da prescrição e entre a prestação do cuidado. Imaginemos se ao acompanhar um paciente, o farmacêutico observe, por exemplo, um PRM relacionado a uma sobredose prescrita. Nesse caso seria preciso questionar tal conduta, sendo necessária nova prescrição médica para a correção do problema. Vemos nesse caso que a materialização desta intervenção farmacêutica se dá por meio da prescrição médica. Assim, o exercício do cuidado por vezes passará por discussões necessárias ao bem-estar do paciente. Então por que tamanha preocupação em reforçar que não há uma fiscalização, se não é essa a intenção? Por que tanto receio em ofender aquele que deveria ser visto como um colega que também é parte de uma equipe multiprofissional? Afinal, a integralidade do cuidado já não é colocada como parte do trabalho no SUS? E para desenvolvê-la não é primordial o envolvimento de diferentes saberes em prol da maior resolutividade das ações em saúde?

*F2: E assim, às vezes o farmacêutico fica preocupado de não chegar paciente. Pode ficar tranquilo que chega e quando começa a chegar chega bastante e nem precisa se preocupar também, como por exemplo, fica com medo de médicos. Tem médicos que não dão tanta abertura, eu nem esquento a cabeça porque assim: os médicos que não me dão abertura, eu não vou também ficar atendendo, assim, ficar brigando para conseguir espaço*

*nessa equipe. Não, porque eu já tenho outras equipes em que os médicos são parceiros, que já me demandam muito e eu não consigo atender. [...] Então a gente precisa identificar quem que te dá essa abertura para você fazer o seu trabalho.*

A demanda é baseada na abertura dada pelo médico e não por uma demanda em saúde. Se der abertura, o paciente é atendido e se não der o paciente não pode ser beneficiado por um cuidado multidisciplinar. A existência de parcerias entre médico e farmacêutico ditam a possibilidade para o fazer/não fazer do cuidado farmacêutico, refletindo um sistema médico-centrado.

O enunciador F2 reproduz o enunciado ao longo do texto. Há uma necessidade em falar dessa relação em sua prática e ampliando para os demais farmacêuticos, trazendo como essa questão permeia o desenvolvimento do cuidado.

*F2: Eu já vi na receita, tem um médico de um dos meus Centros de Saúde que escreve assim: “tomar assim, assim até segunda ordem médica”. Segunda ordem médica? Ele manda lá no consultório dele, mas na casa dele quem manda é o paciente.*

Apesar de F2 dizer ter conseguido exercer o cuidado, ao colocar-se no lugar de representante da categoria, seu dizer mostra uma estratégia de poder, a qual contribui para a manutenção da hegemonia médico-centrada.

*F2: A gente fica trabalhando sempre adesão, né, assim a maioria dos farmacêuticos.*

Trabalhar a adesão então, como “sempre” acontece é “mandar tomar” - o farmacêutico “manda” fazer algo que está escrito na prescrição médica, documento que reflete o poder a partir de um determinado saber, como parte de uma *vontade de verdade* existente na sociedade. Há então um reforço da posição hierárquica superior do médico em relação ao paciente e ao farmacêutico. Dessa forma, o papel do farmacêutico limita-se a reforçar o que o médico mandou o paciente fazer, sem preocupar-se com a efetividade, segurança e comodidade do tratamento. Nesta relação, o paciente e farmacêutico ocupam uma posição hierárquica inferior àquela ocupada pelo médico.

Na formação discursiva de F6 o médico é colocado no mesmo nível hierárquico do gestor de maneira a tornar possível a construção do cuidado farmacêutico a partir do reconhecimento de ambos. No entanto, F6 relata não efetivar a prática do cuidado farmacêutico.

F6: *Hoje eu sei que eu não faço uma, como que eu vou falar, a gente não faz assistência farmacêutica porque a gente não tem muito espaço, acaba o que é mais fácil para a gente hoje, infelizmente, e até por não ter diretriz é a gente acabar lidando com a adesão, então a gente acaba lidando com a adesão do usuário né.*

O “espaço” aqui não diz respeito a questões estruturais que viabilizem ou não o atendimento em si, como possibilidade de exercício da atenção farmacêutica, já que há, por exemplo, disponibilidade de consultórios.

F6: *[...] eu tenho consultório um turno da semana em cada centro de saúde e tenho visita domiciliar um turno em cada semana.*

Ao não conseguir aplicar o conhecimento para o desenvolvimento da atenção farmacêutica, como possibilitador para o exercício do cuidado, como seria possível que gestor e médico conheçam/reconheçam aquilo que não lhes foi apresentado?

O reconhecimento, então, não se refere ao farmacêutico enquanto profissional parte de uma equipe multidisciplinar que exerce o cuidado. O reconhecimento desses atores refere-se à atuação do farmacêutico na adesão ao tratamento, “*é mais fácil pra gente*”, para a qual não há conflitos, já que a hegemonia se mantém. Nessa relação, não há movimento de luta em busca de uma transformação da realidade. Apesar de ter o conhecimento, considera não ser “*aplicável*” à sua rotina de trabalho, “*é complicado.*”

F6: *E a gente vê o reconhecimento do médico, o reconhecimento do gestor, então é assim, é nesse processo que a gente dá passos lentos, mas a gente está caminhando, então é por aí.*

Já o sujeito que colocou no mesmo nível hierárquico, por meio do discurso, desenvolveu estratégias de luta contra hegemônica possibilitando uma transformação de si e do outro, como se vê abaixo:

F1: *Mas eu me sinto empoderada.*

F1: *Um profissional com uma visão adequada sobre sua contribuição na área de saúde ele pode somar independente de atender ou não paciente porque ele modifica a prática dos outros.*

F1: *Mas os profissionais que trabalham junto comigo eles modificam a forma de encaminhamento. Não exigem mais que eu vá lá simplesmente fazer uma caixinha de remédio.*

F1: *E você vai lá e a avaliação deles é perfeita e você como farmacêutico pode ir lá tranquilamente ensinar o paciente a usar o remédio do jeito que está na prescrição dele que é a melhor. E não é. Tem que desconstruir isso, quebrar esse paradigma de que a avaliação do profissional médico é a melhor para o paciente. É a melhor que ele conseguiu fazer, mas você tem uma outra visão que vai somar com a dele. E como o medicamento é a ferramenta terapêutica mais utilizada, qual que é a necessidade de um farmacêutico com essa visão dentro dessa equipe? Eu acho que é super urgente, urgentíssimo né?*

F3: *Uma coisa que eu aprendi muito, esta questão de adesão que a gente ficava muito preso nessa questão e desenvolvendo esse processo, esse raciocínio lógico, a gente vê que muitos problemas que se julga ser de adesão, na verdade são outros problemas e o paciente está coberto de razão de não aderir aquilo ali.*

As diversas falas acima mostram a existência tanto de relações conflituosas, quanto harmônicas entre médicos e farmacêuticos em seus ambientes de trabalho. Tais relações são estabelecidas entre os sujeitos posicionados no discurso e não de maneira homogênea entre as duas categorias profissionais. O sujeito que se coloca em mesmo nível hierárquico discursivo desenvolve estratégias de luta contra hegemônica, possibilitando a transformação da realidade. O poder forma saber e produz discurso, atravessando todo o corpo social, sem necessariamente ter a função negativa de reprimir (FOUCAULT, 2019).

Embora a apropriação do conhecimento técnico necessário ao exercício do cuidado farmacêutico tenha mostrado papel preponderante na construção do sujeito farmacêutico e de seu empoderamento, este não foi o único fator envolvido no posicionamento hierárquico mediante as relações de saber e poder envolvidas. As entrevistas mostraram que a escolha em abordar ou não o médico depende da abertura deste frente ao farmacêutico, ou seja, a possibilidade de intervenção farmacêutica aparece como dependente do querer do médico e não de questões técnico-científicas, excluindo-se o discurso do cuidado farmacêutico.

F6: *Quem me dera poder pedir a glicohemoglobina, eu não posso pedir, eu tenho que falar com o médico. [...], mas tem hora que não ele não vai poder me atender.*

A *sociedade disciplinar* em Foucault (2019) permite uma vigília constante do sujeito e uma organização do espaço disciplinar, interferindo no modo como diferentes sujeitos se relacionam. Nessa perspectiva, a prescrição coloca o médico em uma vitrine, sob uma vigília institucional, e, assim, para alguns o farmacêutico representa esse papel fiscalizador e o coloca em posição de desagrado. Assim, não aceitar intervenções farmacêuticas ou não dar abertura para que ocorram, excluindo-as, pode ser entendido como uma estratégia de resistência ao instituído.

A não abertura do médico às possibilidades de outras intervenções e sua consequente ausência na construção do cuidado, aliada à falta de autonomia do farmacêutico, dificulta a tomada de decisão e/ou impossibilita o andamento de condutas necessárias ao acompanhamento farmacoterapêutico do paciente. Essa ausência do médico evidencia ainda mais sua importância e a necessidade de sua presença no tratamento, por meio do não dito, em uma estratégia de manutenção de supremacia.

Por outro lado, o farmacêutico em uma posição submissa traz à tona sua fragilidade identitária e interfere na sua visibilidade. Para Foucault (2019) a visibilidade social advém do conhecimento científico alcançado pela profissão. A medicina legitimou seu papel social a partir da apropriação do saber sobre as doenças e seus tratamentos. Em contrapartida, embora medicina e farmácia venham *a priori* de uma mesma raiz histórica, ao longo do tempo a farmácia foi se consolidando de forma a atender a uma demanda mercadológica, a do medicamento em um contexto de *medicalização* da vida. Na perspectiva foucaultiana, o progresso científico está sempre inserido na engrenagem do poder (FOUCAULT, 2019).

Tais relações se dão em um espaço de disputa de forças, buscando-se a supremacia pelo saber, representada nas relações de poder de modo que o sujeito se posicione na sociedade (FOUCAULT, 2012). Dessa forma, o espaço da APS, assim como vários outros, não é estático, envolve tensões constantes e está sempre em transformação mediante o posicionamento dos sujeitos e os saberes envolvidos.

#### **8.4 Análise das formações discursivas**

Os enunciados encontram-se dispersos nos diversos domínios discursivos analisados. As formações de cada entrevista foram isoladas para posterior comparação, a qual foi feita a partir da oposição de tais formações e da identificação dos pontos de ligação, considerando-se

a interdiscursividade entre as entrevistas e demais documentos pertinentes à análise. A relação interdiscursiva nos mostra como as relações entre as formações discursivas estão ordenadas institucionalmente.

A análise das formações discursivas é “centrada na descrição do enunciado em sua especificidade.” (FOUCAULT, 2012 p.140) Tais formações foram analisadas segundo proposto por Foucault (2012) nos níveis: 1) do objeto; 2) das modalidades enunciativas; 3) dos conceitos; 4) das estratégias.

#### 8.4.1 Nível 1 – No nível do objeto

No nível do objeto foram analisadas as condições de possibilidade para a existência do objeto discursivo “cuidado farmacêutico”, enquanto objeto de conhecimento da AF. Buscou-se então observar a construção do objeto mediante os saberes em sua historicidade.

Foucault sugere que uma formação discursiva constitui objetos de formação altamente limitada, na qual as restrições sobre o que ocorre dentro de uma formação discursiva são uma função das relações interdiscursivas entre as formações discursivas e das relações entre as práticas discursivas e não discursivas que compõem tal formação discursiva (FAIRCLOUGH, 2016).

Foucault (2020) discorre sobre como a observação e o método da medicina desenvolveram-se em uma articulação entre espaço, linguagem e morte. O domínio desse conhecimento deu-se pela reorganização epistemológica da doença, construindo uma medicina positiva, uma apropriação do saber clínico. “Foi quando a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica que a doença pôde se desprender da contra natureza e *tomar corpo no corpo vivo* dos indivíduos.” (FOUCAULT, 2020. p.217)

Durante muito tempo as funções do médico e do boticário se confundiram no cuidado aos doentes. Em Cowen (1992) podemos observar a construção da medicina e da farmácia se desenrolar em meio a uma relação conflituosa entre médicos e boticários na busca pelo saber e pelo poder entre os acontecimentos econômicos e históricos. Assim ao nos direcionarmos para o passado vemos que o cuidar de pacientes não é algo inédito na profissão farmacêutica.

Segundo Hepler; Strand (1990) a industrialização afastou os farmacêuticos da assistência e das políticas de saúde. Os farmacêuticos então ocuparam principalmente o lugar da produção e da comercialização dos medicamentos. No entanto, o aumento da

morbimortalidade relacionada a medicamentos tem trazido novas demandas e, para atendê-las, é necessária uma mudança no papel de atuação desse profissional (CFF, 2016; SOUZA, 2013). Desde meados do século XX tem sido observado um movimento de resgate do papel desse profissional por meio da Farmácia Clínica (SATURNINO *et al.*, 2012; SERAFIN; JÚNIOR; VARGAS, 2015).

No Brasil, diversos acontecimentos relacionados à garantia do direito à saúde impulsionaram uma reorganização da AF, por meio de políticas, questões legais, curriculares e participação social, dentre outros, a fim de contribuir para a prática clínica do farmacêutico; no entanto, ainda observa-se uma lacuna no cuidado (SOARES; BRITO; GALATO, 2020).

No contexto analisado, o cuidado aparece como um desejo para o qual não foi alcançada a autonomia profissional necessária para seu desenvolvimento. Ele está atravessado pelas relações envolvidas na formação, na gestão do acesso a medicamentos e na relação médico-farmacêutico. O enunciado circula impedindo ou realizando um desejo e “torna-se tema de apropriação ou de rivalidade.” (FOUCAULT, 2012 p.128)

A formação ofertada mostrou-se ainda não ser suficiente para a apropriação do saber clínico pelos farmacêuticos entrevistados.

*F1: A gente, além de tecnicista, a gente não tem nem o tecnicista básico para fazer uma avaliação clínica, uma anamnese.*

Mas como já colocado anteriormente, a morbimortalidade vem nos mostrando uma demanda para a qual o farmacêutico precisará preparar-se para atender.

Há uma tentativa na formação de uma base filosófica sobre o modo de fazer teórico, atravessada por uma prática discursiva de limitações impostas pelo próprio sistema médico-centrado. Os enunciados a seguir exemplificam o desenvolvimento do cuidado farmacêutico em uma relação de dependência do médico.

*F1: Mas o profissional médico, que é o profissional com quem a gente trabalha muito de perto e precisa ainda muito deles, porque nós não temos autonomia [...]. Autonomias como solicitação de exames, eu não preciso disso para trabalhar, mas que isso aí me atrasa e me agarra isso é um fato. Mas eu não preciso, eu não vou parar de trabalhar desse jeito porque não tem como eu pedir exame. Não. Eu tenho outros meios, mas sobrecarrega a equipe né. Mas a gente vê outra estratégia. Manda pra mim já com exame. Pede exame antes do meu atendimento.*

Há uma percepção sobre o cuidado farmacêutico apresentada como um conhecimento que não se basta por si só para ser colocado em prática. Há uma dispersão entre a teoria e a prática.

F1: *Então a gente vai trabalhar com o atingimento de metas terapêuticas do usuário, teoricamente.*

Para Foucault (2019) a teoria é uma prática local que luta contra o poder, sendo necessário o funcionamento dessa teoria, pois caso contrário ou não é válida ou ainda não chegou o seu momento.

A gestão da prática é recoberta de dificuldades, as quais formam importantes barreiras a vencer para a consolidação do cuidado. Os farmacêuticos têm sido constituídos ao longo do tempo mediante um discurso político do acesso ao medicamento. Tal discurso coloca em foco o gerenciamento do medicamento enquanto produto que atenderá os anseios de uma sociedade em busca de uma *medicalização* e não do URM.

Foucault usa o termo *medicalização* para referir-se à influência exercida pela medicina em diversos aspectos da vida. Medicalizar leva a uma normatização da forma de viver em sociedade, sendo uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2019). Para o filósofo “a questão política [...] é a própria verdade.”(FOUCAULT, 2019. p.137)

A *medicalização* a partir do século XX até a atualidade é um dispositivo de poder caracterizado pela ciência médica expansiva (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

Não há a intenção em aprofundar no biopoder neste estudo, no entanto podemos deixar em aberto para reflexões futuras sobre como o medicamento atua enquanto possível elemento medicalizador da vida.

Considerando o medicamento no contexto de *medicalização* exposto, como poderia o farmacêutico atuar no URM? Na descrição das atribuições do farmacêutico ele é colocado como um importante agente desse uso racional. No entanto, sua sobrecarga de trabalho, o número insuficiente de farmacêuticos e as cobranças “urgentes” pelas atividades gerenciais por vezes dificultam o desenvolvimento do cuidado farmacêutico.

F1: *As dificuldades são inúmeras relacionadas aos recursos humanos insuficientes, a pouca compreensão do papel do farmacêutico pelos gestores, pelos profissionais de saúde e pelos próprios farmacêuticos. [...] apesar de estimularem a parte do cuidado é difícil mudar*

*um pouco o paradigma da adesão versus avaliação e responsabilização que a gente tem que construir junto com eles.*

*F3: A gente tem duas atividades [...] que eles dividiram em técnico assistencial e técnico gerencial. Eles querem, eles acham muito bonito fazer os dois, embora priorizem o técnico gerencial, isso tem que ser feito.*

É o contato com o paciente que possibilita desenvolver a prática baseada na teoria aprendida. Não basta o conhecimento, se não houver a vivência da clínica, a internalização da filosofia profissional para que o cuidado farmacêutico comece a ser possível. No entanto a base filosófica não é vista como parte fundamental da formação do farmacêutico enquanto categoria. Há interesses institucionais de outra ordem envolvidos. Há tensões que envolvem a busca pela consolidação do cuidado farmacêutico.

*F1: Outros farmacêuticos têm que ser convencidos a cuidar de pacientes. Então em um universo só de farmacêuticos, às vezes o diálogo sobre pacientes não é um diálogo que interessa que se desenvolva.*

*F4: Mas eu acho que o cuidado farmacêutico possibilita ao paciente subsídio para uma melhor decisão. [...] Então eu acho que esse empoderamento que o cuidado farmacêutico traz dá ao paciente uma visão sobre sua saúde e o coloca como uma parte ativa na definição se ele vai ou não cumprir esse tratamento. Eu acho essencial.*

Dessa maneira, o farmacêutico possui importante contribuição para o cuidado centrado no paciente. A apropriação do saber farmacêutico abre caminhos para a compreensão de seu papel pelo outro, faz circular o poder e transforma a realidade.

O poder não é algo estático ou unilateral. Ele é exercido, como parte de uma maquinaria social. Trata-se de práticas de poder que implicam em lutas dentro da própria rede de poder em todo o meio social, “ele está sempre presente e se exerce como uma multiplicidade de relações de forças.” (MACHADO, 2019). Existe uma intenção no discurso, ele é endereçado, é uma prática, uma estratégia de persuasão pela verdade engendrada no saber e no poder (FOUCAULT, 2014).

#### **8.4.2** Nível 2 – Nível das modalidades enunciativas

O nível das modalidades enunciativas refere-se ao modo como tais enunciados são ditos, conforme a relação entre sujeito e enunciado. O sujeito é uma função do enunciado e, portanto, se posiciona de forma dispersa e fragmentada. Para melhor entendimento, tomemos como exemplo o discurso clínico da medicina, no qual Foucault (2012) nos mostra diversas maneiras nas quais o médico pode posicionar-se enquanto sujeito, ou seja, pelo seu próprio *status* de médico; como parte de uma instituição; enquanto um técnico da medicina; além de ocupar também o lugar de um sujeito que percebe, ensina, observa etc. De maneira análoga, a formação das modalidades enunciativas considerou as diferentes posições ocupadas pelos farmacêuticos no discurso.

Ao falar sobre a concepção do cuidado farmacêutico, os enunciadores entrevistados posicionaram-se de maneira a mostrar seu conhecimento teórico, técnico, no nível conceitual do cuidado farmacêutico. No entanto, ao transpor para a prática, há uma dispersão entre o que foi dito ao referir-se à concepção do cuidado *versus* o seu fazer no dia a dia.

Diferentes enunciadores frisaram que tal conhecimento só foi possível devido a sua própria iniciativa, de forma “*descolada*” tanto do currículo acadêmico da graduação, quanto das capacitações oferecidas pela própria instituição da qual fazem parte, ocupando uma posição autônoma em busca de um saber que o empoderasse. Ademais, observou-se que aquele que ocupou o lugar de detentor desse conhecimento o fez de uma posição diferente em relação ao seu fazer, para o qual houve uma separação entre o sujeito detentor do saber científico sobre o cuidado e o sujeito farmacêutico que executa as atividades técnicas inerentes à AF.

Vejamos por exemplo como em F1 o sujeito ora posiciona-se como detentor do conhecimento técnico, como um dos poucos de sua categoria profissional que se interessam e buscam tal saber; ora como representante da categoria profissional da qual faz parte, ainda tecnicista e sem a devida qualificação para o desenvolvimento da prática assistencial.

F1: *Atenção farmacêutica é uma prática profissional que tem uma base filosófica de cuidado em que o farmacêutico se responsabiliza pelos resultados da farmacoterapia do paciente [...], mas esse conhecimento eu só tenho por causa do mestrado, porque eu não saberia responder essa pergunta se eu não tivesse feito.*

Ao transpor a teoria para a sua prática profissional enquanto farmacêuticos do SUS, é feita uma menção às dificuldades pertinentes à prática que nem sempre tornam possível a efetivação da teoria. São trazidos aspectos teóricos que se desejaria enquanto farmacêutico do

SUS, mas em seguida é colocado o papel do farmacêutico nesse contexto. Podemos observar abaixo como há uma transformação na posição do sujeito, ora parte de uma categoria que tenta garantir o acesso aos medicamentos, conforme instituído, apesar de tal garantia nem sempre estar a seu alcance; ora como um farmacêutico na tentativa de integrar o cuidado em sua prática multiprofissional.

*F4: Um profissional, assim, essencial para garantir tanto o acesso do paciente ao medicamento, né, então garantir que o medicamento chega com qualidade nesse paciente, que ele tem acesso ao medicamento, que ele precisa na quantidade necessária. [...] Embora nem sempre a gente consiga garantir isso. [...] Então eu acho que ser farmacêutico é ser esse cuidador junto com todos os profissionais de saúde tentando garantir o melhor tratamento possível para o paciente.*

Quanto ao jogo de enunciados sobre a gestão, entendida, aqui, no sentido das relações de saber-poder envolvidas e nos dizeres a partir dos diferentes posicionamentos ocupados pelos gestores ao longo do discurso, faremos alguns apontamentos.

No enunciado abaixo, os gestores referidos são aqueles mais próximos à prática cotidiana do enunciador entrevistado. Mediante a posição hierárquica de F1 permitida, da qual este fala como alguém que conhece pessoalmente os seus gestores, o dito é iniciado tomando-se o lado do relacionamento pessoal. Esse dito antecede as tensões envolvidas entre o querer dos gestores, apesar dos esclarecimentos contínuos sobre o papel assistencial do farmacêutico, e a postura de F1 - *tem que sair da farmácia* – em uma luta em prol da consolidação da sua prática.

*F1: Os gestores, eu particularmente não tenho nenhum problema de relacionamento com nenhum dos meus gestores atualmente. Eu tenho continuamente que esclarecê-los a respeito dessa mudança. Eles querem, né, que você fique na farmácia e você tem que sair da farmácia. Isso às vezes gera conflito, mas particularmente eu tenho lidado com tranquilidade com essas questões.*

O uso de indicadores da AF municipal, o GERAf, foi um importante ponto citado pelos entrevistados. Tal *modalidade enunciativa* foi trazida de diferentes maneiras, a depender da posição do sujeito enunciador. O GERAf apresenta um modo de enunciação na qual a oralidade deixa de ser tão importante. Traz uma nova constituição do sujeito, o qual precisa lidar com a análise de dados numéricos. Ora o farmacêutico apropria-se de tais indicadores como estratégia de luta frente a relações de saber-poder; ora é assujeitado aos indicadores,

quando esses passam a ser entendidos como mecanismo disciplinar institucional. Dessa forma, o reconhecimento do farmacêutico tem sido visto de forma vinculada ao resultado quantitativo alcançado conforme apontado nos indicadores:

F4: *E a cada melhora ele mostra o desempenho e a gente é reconhecido pelo gestor quando ele vê o número melhorando.*

F7: *Eu tento sempre fazer o gerencial da melhor maneira e hoje, como a gente tem um sistema de indicador da prefeitura, a gente conseguiu muito reduzir essa demanda de probleminha de farmácia. Então a gente consegue pelo indicador avaliar os problemas e não ficar preso na parte gerencial e assim sair mais para o assistencial.*

F5: *Se você atender um paciente, se você preveniu uma reação adversa, se você fez um medicamento ser efetivo, eu sinto que isso não importa para o sistema; para o paciente sim; para mim sim, como profissional; para a equipe que reconhece sim, pelo menos onde eu trabalho eles reconhecem o trabalho do farmacêutico. [...], mas para o sistema isso não tem importância. Eles querem ver seus números, querem ver seu inventário bom, querem ver divergência baixa no inventário, querem ver muitas planilhas, querem muitos números, então isso é um dificultador.*

O conhecimento técnico para o desenvolvimento do cuidado farmacêutico nem sempre é aplicado na prática do cotidiano do trabalho. Em um dos enunciados de F6, podemos observar o posicionamento do sujeito em posição hierárquica, na qual está sob dominação, evitando implicar-se em enfrentamentos necessários a transformações para a consolidação do cuidado farmacêutico desejado.

Ao serem usados para direcionar ações em saúde e contribuírem para elaborar Políticas Públicas, os indicadores produzem formas de subjetivação (MÁZARO; BERNARDES; COELHO. 2011)

E assim o fazer dito por F6 segue o caminho do que “*é mais fácil pra gente hoje, infelizmente*”. A facilidade não está no sentido do saber técnico, mas a questão colocada aqui se refere a uma facilidade no nível das relações, daquilo que é permitido fazer.

F6: *Então a gente acaba lidando com a adesão do usuário, orientação do usuário [...] principalmente os usuários aqui [...] maioria é 100% SUS dependente [...] então a gente acaba ficando mais nisso, acho que a gente ainda está meio longe de chegar na atenção farmacêutica [...]. E a gente vê o reconhecimento do médico, o reconhecimento do gestor,*

*então é assim, é nesse processo que a gente está a passos lentos, mas a gente está caminhando, então é por aí.*

Observa-se acima uma contradição, pois se o profissional não consegue aplicar o seu saber necessário ao exercício do cuidado farmacêutico, como seria possível que gestor e médico conhecessem/reconhecessem aquilo que não lhes foi apresentado? O reconhecimento, então, está ligado à adesão. Nessa relação, o sujeito mostra-se passivo à situação e assim não há um conflito aparente ou uma luta na busca de uma transformação da realidade e de uma mudança de postura do farmacêutico nesse tipo de relação hierárquica de saber-poder nem com o gestor, nem com o médico, os quais, inclusive, ocupam o mesmo nível hierárquico na relação relatada acima em F6.

*F4: E eu lembro que no início quando eu comecei a acompanhar os pacientes e aí você vai fazendo uma intervenção aqui eu comecei a perceber os profissionais falando “Nó!! Aquele paciente melhorou muito a adesão do tratamento depois que começou o acompanhamento farmacoterapêutico”. Eu via isso inclusive nas evoluções de profissionais e aí eles pensam na adesão, mas é muito mais que só adesão.*

O entendimento por outrem de que a intervenção do farmacêutico se limita a trabalhar apenas a adesão, reforça o lugar do médico enquanto o detentor do poder de decisão sobre o paciente, tirando a autonomia do usuário e a possibilidade de decidir sobre sua própria vida. Tal visão corrobora um modelo hegemônico e médico-centrado da saúde. O cuidado, dessa forma, se daria então, em torno do médico e do cumpra-se, e não em torno de uma medicina centrada no paciente. No entanto, ao utilizar as ferramentas do cuidado farmacêutico, considerando a filosofia de prática na qual o farmacêutico se responsabiliza pela farmacoterapia, há um investimento no empoderamento do usuário para uma tomada de decisão compartilhada. Dessa forma, há uma qualificação de um saber sobre os medicamentos e a saúde, o qual coloca esse usuário em uma posição ativa no tratamento, retomando sua autonomia. Ao ocupar tal lugar, esse sujeito passa a ter voz para questionar e decidir aquilo que antes era facultado apenas ao poder da medicina. Há assim uma tomada de decisão compartilhada sobre a farmacoterapia em meio a uma relação saber-poder na qual o farmacêutico se posiciona no mesmo nível hierárquico do médico, mudando também o posicionamento do paciente.

Em determinados momentos da entrevista, a depender da relação existente entre entrevistador e entrevistado, é possível observar que o mesmo indivíduo se posiciona de

maneira diferente ao enunciar sobre o cuidado. Em E1, ao se posicionar em lugar de militância em prol do SUS e do cuidado farmacêutico, esse enunciador traz para a sua atenção pessoal a admiração pelo esforço empreendido por farmacêuticos que tem lutado pela prática do cuidado; o que não ocorre ao posicionar-se como gestor da instituição.

E1: *É uma coisa que me chama a atenção, porque apesar de todas as dificuldades, hoje você é uma profissional que consegue desenvolver o cuidado, as atividades assistenciais.*

F1: *Tenho conseguido caminhos alternativos para a construção sim. Persistência né. Interesse.*

E1: *E por acreditar. Você acredita né.*

F1: *Porque eu acredito. É. Eu acredito que é possível a construção do cuidado relativamente falando. Mas também vai chegar uma hora que a gente esbarra na gestão né. O meu “n” de pacientes ele tá muito aquém do que ele poderia ser e eu não tenho nenhum interesse em aumentá-lo que eu não vou dar conta e eu não tenho nenhum interesse em morrer de trabalhar né.*

Os dizeres acima nos mostram, a partir das posições de sujeito e discursos autorizados, alguns pontos de dispersão a serem observados.

E1, do seu lugar militante, traz uma visão “romantizada” em um discurso sobre o cuidado constituído por uma crença. No entanto, mediante polidez, F1 discorda e traz novamente à tona como o discurso da gestão atravessa o sujeito farmacêutico para construir o profissional desejado pela instituição. Diferente de E1, os ditos de F1 levam à possibilidade de construção do cuidado não a partir de crença, mas sim do conhecimento baseado em uma filosofia profissional.

Apesar da existência de diversos documentos norteadores para as atribuições dos farmacêuticos no SUS e na APS, além de estudos sobre a problemática da infraestrutura da AF, bem como da importância deste na redução da morbimortalidade relacionada a medicamentos, as cobranças pelas atividades gerenciais citadas pelos entrevistados reproduz um discurso político que constrói o farmacêutico gerencial baseado no acesso e uma fragilidade na construção do cuidado.

A questão da verdade na *sociedade disciplinar* é tratada por Foucault como um sistema de exclusão, a *vontade de verdade*, a qual coloca em jogo o desejo e o poder. A *vontade de verdade* é reconduzida pela maneira na qual o saber é aplicado em uma sociedade

e atua de forma coercitiva sobre outros discursos, assim o que está em jogo é o desejo e o poder (FOUCAULT, 2014).

F1: *E mesmo que eu não atendesse nenhum paciente - é claro que pra eu consolidar a prática eu tenho que atender - mas mesmo que depois de toda essa prática vamos supor que agora do ponto de onde eu estou eu não atenda. “Ah! Você não vai mais atender.” Ainda assim eu tenho uma contribuição a dar na construção do cuidado de forma multidisciplinar/interdisciplinar que está no “background”.*

Ao reproduzir uma possibilidade que poderia ser imposta pela instituição, F1 mostra uma fragilidade no processo de transformação do farmacêutico a partir de uma construção institucional. Porém, aponta que mesmo que isso ocorresse, ainda, assim, seria possível traçar estratégias de luta para a transformação da realidade. Segundo Foucault (2019) o Estado é um elemento de representação, sendo o poder praticado em sua capilaridade e está em cada um de nós.

O sujeito é atravessado pelo discurso e dessa forma é constituído pelas relações de saber-poder, as quais se cruzam com a *verdade*. E assim o sujeito está em constante mudança podendo produzir uma nova realidade a partir de uma outra subjetivação (FOUCAULT, 2019).

#### 8.4.3 Nível 3 – No nível dos conceitos

Para a análise no nível da formação dos conceitos, lembremos da instabilidade dos conceitos, os quais são constantemente transformados. Em sua arqueologia, Foucault (2012) analisa a formação discursiva a partir do seu campo enunciativo, no qual os conceitos emergiram e se movimentaram.

A interdiscursividade é um ponto crucial observado na formação dos conceitos. Portanto, buscou-se a configuração interdiscursiva no campo enunciativo por meio das relações entre enunciados.

As entrevistas mostram um conceito de cuidado farmacêutico sendo formado a partir não apenas de um conceitual teórico, mas de questões pré-conceituais as quais perpassam por vivências dos entrevistados enquanto usuários do sistema; enquanto profissionais que perceberam uma real demanda social em trabalhar-se para melhorar as condições de saúde da

população; enquanto alunos que buscaram compreender qual o papel do farmacêutico na saúde; dentre outras posições ocupadas.

O conceito sobre o cuidado farmacêutico por vezes aparece dito pelo sujeito que ensina sobre um objeto pertencente a um domínio já definido “cujas leis de possibilidade já foram articuladas e cujos caracteres são anteriores à enunciação que o coloca.” (FOUCAULT, 2012. p.115) Os enunciadores citam conceitos relacionados ao cuidado como o modelo de prática orientador dos serviços farmacêuticos relacionados à saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; BELO HORIZONTE, 2018; RAMALHO-DE OLIVEIRA, 2011). No entanto esse conceito é colocado de maneira afastada da realidade.

Consideram-se, também, acontecimentos históricos possibilitadores da formação dos conceitos relacionados, por meio da abordagem de documentos legais, da influência dos docentes na formação, além da demanda social, política e econômica.

Não será possível, apenas neste estudo, aprofundar na medida em que o assunto carece ser analisado, sendo necessário mais tempo para tal. Dessa forma, o que se propõe são pequenos recortes de algumas das condições de possibilidade identificadas para a formação do conceito no campo enunciativo analisado.

Pensando no cuidado farmacêutico como parte da AF, vejamos *a priori* algumas das abordagens sobre a AF ao longo de sua história no Brasil:

## Apresentação

A situação de saúde da população brasileira e o atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem, aos gestores, aos profissionais e aos trabalhadores da Saúde o desafio da garantia da integralidade do cuidado.

Uma estratégia adequada para o enfrentamento do quadro de saúde vigente no País consiste na organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde, coordenadas e orientadas pela Atenção Básica em Saúde.

Nesse sentido, é imprescindível a integração da Assistência Farmacêutica nas redes como ação e serviço de saúde. Para isso, a estruturação das redes é fundamental, razão pela qual tem sido considerada uma alternativa adequada para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos.

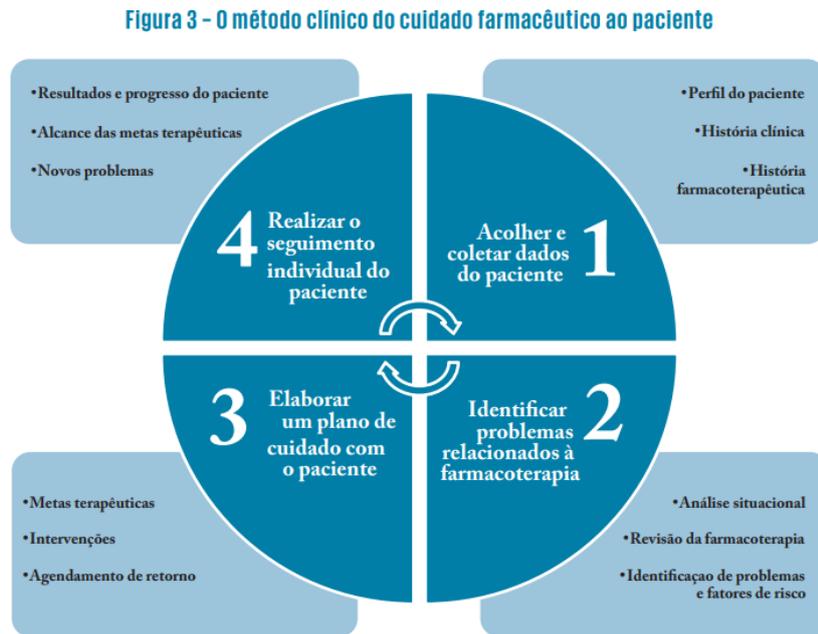
No entanto, as atividades de aquisição e de distribuição consolidaram-se histórica e institucionalmente, como foco e limite das atividades relacionadas aos medicamentos no País. Em decorrência desse quadro, muitos setores consideram a Assistência Farmacêutica como apenas um sistema logístico ou um sistema de apoio, e não como integrante do conjunto de ações e de serviços do SUS, enquanto outros segmentos da sociedade enfocam o medicamento como mercadoria.

Ministério da Saúde

Consideramos que a Assistência Farmacêutica visa a assegurar o acesso da população aos medicamentos a partir da promoção do uso correto destes, a fim de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde. Por essa razão, torna-se fundamental discutir sobre o papel da Assistência Farmacêutica no atual estágio de desenvolvimento do SUS, além de debater a respeito de como avançar conjuntamente na perspectiva das Redes, a fim de responder, de forma organizada e integrada, às demandas de saúde da população brasileira.

Sendo assim, considerando a concepção das Redes de Atenção à Saúde, buscamos desenvolver e implantar programas e projetos que estejam alicerçados nesses conceitos e diretrizes. Destaca-se a criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, segura, responsável e humanizada à população brasileira, conforme será exposto.

Fig.3 – O método clínico do cuidado farmacêutico ao paciente proposto por Correr e Otuki (2013)

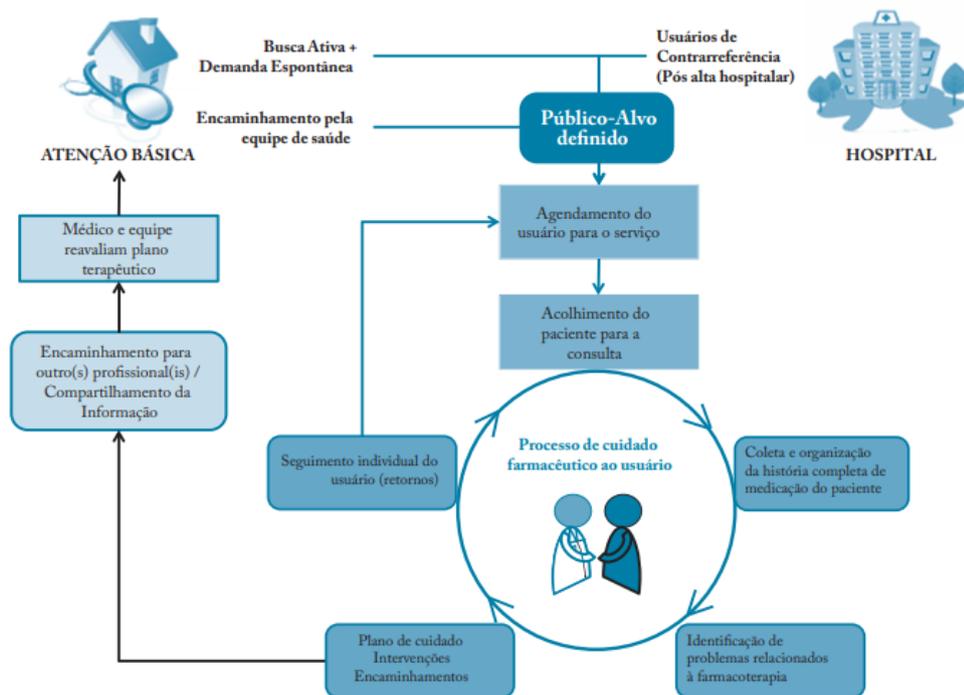


Fonte: Reproduzido de CORRER e OTUKI (2013).

Fonte: BRASIL, 2014

Fig. 4 – Fluxograma de um serviço de clínica farmacêutica

**Figura 4 - Fluxograma de um serviço de clínica farmacêutica na Atenção Básica à Saúde**



Fonte: BRASIL, 2014

Podemos ver nas figuras 3 e 4, parte do material elaborado pelo MS com vistas a organizar a atuação do farmacêutico para atender uma demanda da saúde da população. Tal material traz propostas de organização da prática para a implementação do serviço de clínica farmacêutica para o processo do cuidado ao paciente. Entretanto, ao opormos ao texto trazido atualmente no site oficial do MS “Sobre a Assistência Farmacêutica”, nos deparamos com uma descrição bastante focada no acesso ao medicamento, para o qual a AF parece estar resumida.

gov.br Governo Federal

Órgãos do Governo Acesso à Informação Legislação Acessibilidade Entrar

Ministério da Saúde

Buscar no Site

Assuntos > Assistência Farmacêutica no SUS > Sobre a Assistência Farmacêutica

## Sobre a Assistência Farmacêutica

Publicado em 08/03/2021 18h23 | Atualizado em 19/03/2021 16h34

Compartilhe: f t

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica - Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular. Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é tripartite, ou seja, a responsabilidade é da União, dos estados e os municípios.

Para saber quais medicamentos estão disponíveis, é necessário consultar a [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais \(Rename\)](#). A Rename é uma lista orientativa e cabe a cada município estabelecer sua própria relação de medicamentos de acordo com suas características epidemiológicas. A Rename contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e está dividida em [Componente Básico da Assistência Farmacêutica \(CBAF\)](#), [Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica \(CESAF\)](#), [Componente Especializado da Assistência Farmacêutica \(CEAF\)](#), além de determinados medicamentos de uso hospitalar. Hospitais possuem descrição nominal própria de tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais do SUS.

O cidadão deve procurar atendimento médico nas unidades de saúde para, se necessário, ter acesso aos medicamentos necessários ao seu tratamento.

Entender em qual componente está o medicamento que você precisa é fundamental, não só para que garantir o financiamento de uma medicação, mas também para determinar como será seu acesso, se por meio das Unidades Básicas de Saúde.

Fonte: BRASIL, 2021, disponível em [www.gov.br](http://www.gov.br), acesso em 26 de maio de 2021

A atenção farmacêutica foi bastante citada nas entrevistas, como um modelo teórico ainda a ser alcançado na prática, enquanto possibilitadora do desenvolvimento do cuidado. Em 2001 foi proposto o seguinte conceito de atenção farmacêutica para o Brasil:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções dos seus

sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002).

A atenção farmacêutica então é pensada como uma prática profissional cujo um dos seus componentes é o processo de cuidado, juntamente com a gestão da prática e a filosofia profissional.

“Na Farmácia, a única prática profissional descrita, avaliada e capaz de atender a todos os requisitos básicos de uma profissão é a atenção farmacêutica, que foi aceita há mais de 20 anos como a missão da profissão” (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D., 2013).

Contudo, como poderia, então, a atenção farmacêutica, tomada como missão da Farmácia e modelo de prática profissional a ser desenvolvido no contexto da AF, não ter sido apresentada por todos os entrevistados como parte da realidade do farmacêutico da APS, enquanto membro do NASF-AB?

Para exemplificar, ao ser questionado pelo entrevistador sobre o que é ser farmacêutico no SUS, o enunciador respondente tenta mostrar a complexidade de seu trabalho:

*F7: Nossa, complicado! [...] minha atuação no NASF é muito complexa porque a gente pega muitas atividades gerenciais e as atividades clínicas também. A gente não é muito cobrado pelas atividades clínicas não, mas eu, graças a Deus, estou tendo uma demanda cada vez maior por atividades clínicas, um apoio cada vez maior dos médicos, de outros profissionais.*

Embora o farmacêutico tenha atribuições descritas nas RAS, a maior parte dos entrevistados apresentou desconhecimento ao serem questionados sobre seu trabalho nas RAS, referência e contrarreferência em outros níveis de atenção envolvendo a AF:

*F6: Referenciar eu referencio mais dentro do NASF [...]. Tudo passa pelo médico, então é no matriciamento que a gente reporta para o médico. Então a gente não pode mandar para lugar nenhum.*

Após o desenrolar da maioria das entrevistas o entrevistador E2 mostra-se surpreso ao perceber que um dos entrevistados atua nas RAS, visto que a maioria teve dificuldade em visualizar o trabalho do farmacêutico nas RAS.

*F7: Bom, muitas vezes a gente recebe encaminhamento de outros níveis de atenção [...] eu escrevo uma cartinha ou faço um relatório para tentar me comunicar com esse*

*prescritor, esse profissional da rede. Ai eu entrego para o usuário, oriento e aguardo uma resposta, aguardo uma contrarreferência dele.*

E2: *Mas então existe essa... – pergunta o entrevistador sobre a referência e contrarreferência nas RAS. [...] É porque tem alguns farmacêuticos que falaram que essa referência e contrarreferência fica meio perdida.*

No Brasil, a regulamentação profissional, por meio do CFF, também aparece como outro ponto importante a ser considerado como condição de possibilidade para o surgimento conceitual do cuidado, em sua realidade, pensado a partir de uma demanda social. O papel dessa regulamentação é citado pelo presidente do CFF em matéria de uma revista eletrônica do setor farmacêutico:

‘A profissão tem se desenvolvido e crescido muito ao longo dos últimos anos, apoiada em dois grandes paradigmas que, se em um primeiro momento parecem contrários, em uma análise mais cuidadosa, se mostram complementares: a inovação tecnológica e o cuidado centrado no paciente. Uma vez que a tecnologia avança a passos largos, novos medicamentos são desenvolvidos e novas técnicas para diagnóstico laboratorial são empregadas. Não se pode negligenciar o cuidado humanizado ao paciente.’ (disponível em [guiadafarmacia.com.br](http://guiadafarmacia.com.br), acesso em 26 de maio de 2021)

Dando continuidade à entrevista acima o editor continua:

A atuação clínica do farmacêutico nas farmácias também tem reflexos positivos para a saúde pública, uma vez que contribui para a obtenção dos melhores resultados no tratamento farmacoterapêutico, diminuindo, com isso, os riscos relacionados ao uso inadequado do medicamento. Certamente, a farmácia clínica é uma tendência mundial e, no Brasil, também veio para resolver uma grande demanda de saúde da população, principalmente no que se refere à atenção básica. [...] Mais recentemente, por força de resoluções do CFF que regulamentaram as atribuições clínicas e a prescrição farmacêutica (respectivamente Resolução/ CFF 585/ 13 e Resolução/ CFF 586/13), o papel desse profissional dentro das farmácias públicas e privadas foi ampliado. (disponível em [guiadafarmacia.com.br](http://guiadafarmacia.com.br), acesso em 26 de maio de 2021)

No cotidiano pesquisado, os aspectos legais citados acima não foram reconhecidos pela instituição, interferindo na autonomia profissional, como exemplificado em F1:

*F1: Nós não temos autonomia, que a legislação até permite algumas autonomias, mas a gente ainda não tem isso na instituição.*

Vemos assim que força legal não é suficiente para a apropriação do fazer, sendo necessário ainda, a qualificação profissional e a aceitação institucional, enquanto elementos necessários para a visibilidade profissional e para a construção de uma identidade. A realidade é o acontecimento real no contexto e sua informação é de natureza diferente daquela veiculada em outros meios (FOUCAULT, 2019).

#### 8.4.4 *Nível 4 – Nível das estratégias*

Segundo Foucault a formação de estratégias associa-se à materialidade dos enunciados, ou seja, o enunciado tem um *status* particular em práticas institucionais específicas (FAIRCLOUGH, 2016).

As regras para a formação de estratégias referem-se à função do discurso nas práticas não discursivas; aos processos de apropriação do discurso e ao acesso ao *corpus* de enunciados já formulado, para o qual o direito da fala e a competência para entender podem dar-se de forma desigual entre grupos sociais. Esses devem ser vistos não como elementos perturbadores, mas sim, como formadores do discurso (FOUCAULT, 2012).

Os farmacêuticos relataram resultados positivos de suas intervenções no contexto multiprofissional propiciado pela APS e pelo NASF-AB. No entanto, apesar do NASF-AB ter sido instituído em 2008 no município e das atribuições dos profissionais já estarem citadas em documentos norteadores, a atuação do farmacêutico ainda tem sido vista como algo novo pelos pacientes, conforme apontam os entrevistados. Corroborando essa visão, em entrevista concedida por certa usuária de um centro de saúde de BH, a consulta farmacêutica foi abordada como “algo inesperado” ([prefeitura.pbh.gov.br](http://prefeitura.pbh.gov.br), acesso em 26 de maio de 2021).

Ademais, na mesma matéria, a atuação do farmacêutico da APS aparece abordada dentro de ações educativas dando ênfase ao fato de que todos os Centros de Saúde possuem um farmacêutico de referência, mas o próprio texto nos mostra um número inferior desse profissional. Fala-se, também, sobre a importância desse profissional por meio da apropriação de um discurso científico e governamental sobre os impactos nos desfechos de saúde da população, no entanto o resultado é apresentado em termos de produção do profissional. São apresentados ao leitor da internet alguns dados que podem subentender uma avaliação positiva, em oposição às colocações dos entrevistados executantes do serviço, os quais enfatizam a sobrecarga do farmacêutico e o número insuficiente destes para uma assistência adequada. Então, o que os números nos dizem? Pelo texto, o internauta poderia presumir a existência de práticas homogêneas para o atendimento do farmacêutico nas unidades de saúde: “para passar por uma consulta com o farmacêutico o paciente deve procurar um Centro de Saúde”, o que se opõe aos enunciados dos entrevistados, os quais trazem as práticas assistenciais permeadas de dificuldades e nem sempre passíveis de execução. ([prefeitura.pbh.gov.br](http://prefeitura.pbh.gov.br), acesso em 26 de maio de 2021). Ao discorrer sobre a veiculação

mediática dos acontecimentos, Foucault considera que a informação do acontecimento diverge da realidade (FOUCAULT, 2019).

Não nos esqueçamos: o discurso exerce também uma função no campo das práticas não discursivas. Portanto, o cuidado farmacêutico desempenha um papel nas decisões políticas, econômicas e sociais, bem como nas decisões gerenciais em seus diferentes níveis e nas práticas cotidianas.

Nesse campo de práticas não discursivas que se relacionam ao discurso analisado, chamemos atenção à infraestrutura e à maneira como a gestão se coloca no cotidiano do fazer do farmacêutico na APS, em sua historicidade.

Ao olharmos para o discurso institucional devemos nos lembrar da construção do sistema de saúde e da AF, em meio a apelos populares, interesses políticos e econômicos. A questão da garantia do acesso aos medicamentos há muito tem sido uma preocupação para as diferentes esferas governamentais.

Em 1986, foi realizada por técnicos da SMSA a 1ª Conferência Municipal de Belo Horizonte. Posteriormente, em 1990, por meio da promulgação da Lei Orgânica de Saúde, abriu-se a possibilidade de participação popular. Um dos desdobramentos de tal participação deu-se em 2002, na 1ª Conferência Municipal de Assistência Farmacêutica, na qual foram elaboradas propostas para a AF. Em 2005

o plenário, considerando que o principal objetivo do programa farmácia popular é ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais, iguais aos distribuídos pela rede básica do SUS, comercializados com preços entre 30% e 90% mais baixos que os praticados pelo mercado, não aprovou a implantação do programa em Belo Horizonte, recomendando que os recursos financeiros federais e municipais destinados às farmácias populares sejam repassados ao SUS/BH e usados para ampliar a cesta de medicamentos que já são distribuídos à população usuária das farmácias dos centros de saúde da cidade. (LUCAS, 2020)

Sobre a vivência no sistema público municipal de saúde de Belo Horizonte no período entre 1992 a 1996, escreveu-se:

Neste vivenciar com o coletivo dos trabalhadores desta rede este desafio, fomos aprofundando nosso entendimento conceitual sobre o trabalho em saúde e as possibilidades de suas mudanças, sem cair no canto da sereia dos projetos neoliberais, que em nome de uma cidadania negada e de uma cesta básica de saúde, tem ofertado quase que como panaceia um médico de família, que a tudo vem resolver, como um milagreiro. Desprezando a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinariedade deste agir. (MERHY, 1998)

No entanto os resultados de estudos sobre o acesso a medicamentos no Brasil mostram que a garantia do acesso pode ser analisada por outras perspectivas. Conforme estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA),

a questão da desigualdade dos gastos com atenção à saúde, das famílias brasileiras, em particular com medicamentos, em que as mais pobres gastam proporcionalmente mais, revela as tensões da convivência entre o setor público e privado na provisão da assistência à saúde. (GARCIA *et al.*, 2013)

Segundo o Instituto, os programas de assistência farmacêutica do SUS são a única forma de acesso a medicamentos de largas parcelas da população brasileira, principalmente aquela de menor renda. “Dessa maneira, existe um grande potencial para que as políticas públicas de assistência farmacêutica tenham um impacto redistributivo importante [...]”.(GARCIA *et al.*, 2013)

As políticas públicas são caracterizadas por mecanismos de biopoder, ao passo que têm como objetivo defender a vida e para tal faz-se necessário desenvolver formar de controlar, regular e organizar a população e o corpo (MÁZARO; BERNARDES; COÊLHO. 2011).

Ademais, Meiners (2017) e colaboradores concluem que o financiamento da AF para garantir o acesso aos hipoglicemiantes mostrou-se efetivo, no entanto há baixa adesão ao tratamento, problema sobre o qual é necessário refletir em prol de maior eficiência na gestão dos recursos públicos.

O cuidado farmacêutico se relaciona com o acesso à medida que, se por um lado o acesso aos medicamentos pode contribuir para a efetivação do tratamento, por outro, não é ele por si só o garantidor da adesão ao tratamento. Além disso, esse acesso pode ser visto como uma estratégia para assegurar o tratamento, mas, também, como um impulsionador da *medicalização*. O acesso aos medicamentos entra na história em descompasso com uma atuação do farmacêutico que pudesse contribuir de fato com o URM.

F8: *“Tem muita coisa para ser feita, o medicamento estava muito na mão dos outros. A assistência farmacêutica está crescendo muito, ela está dando espaço para o farmacêutico e nós estamos fazendo bons trabalhos aqui.”*

Enquanto o acesso é parte constante das falas dos entrevistados e faz parte de uma agenda prioritária da gestão, os enunciados sobre o cuidado se relacionam em termos de atividades situadas de forma segregada da gestão, como se estivessem além do instituído.

Embora o município em questão mantenha seu NASF-AB, atualmente observamos um desmonte na integralidade do SUS.

Conforme Mazza (2020) e colaboradores, aspectos macro e micropolíticos estão envolvidos na dinâmica do NASF, que devido à fragilidade da rede assistencial tem levado a uma fragmentação do cuidado em saúde. Os pesquisadores observaram também diferenças nos processos de trabalho entre tais equipes, apesar da normatização descrita. Para os pesquisadores, é preciso quebrar paradigmas em nosso meio para consolidar o modelo de atenção colaborativo proposto para atuação do NASF. Ademais, o momento político que altera o modo de financiamento do NASF fragilizou ainda mais o NASF, visto que mantê-lo ou não ficou a cargo da esfera municipal (BRASIL, 2019).

A proximidade do paciente possibilita visualizar como se exerce o cuidado farmacêutico. Na maioria das vezes a relação com os demais profissionais do NASF foi citada de maneira amigável pelos entrevistados, propiciando aprendizado e troca de saberes entre diferentes profissionais.

*F9: Na equipe de NASF a gente discute muito caso [...] então eu acho que é muita troca de saber.*

Pensando no NASF-AB como uma oportunidade para dar visibilidade ao farmacêutico, ainda sim o reconhecimento do farmacêutico como profissional do cuidado não foi observado de maneira ampla no contexto analisado. Além disso, muito se falou sobre sua autonomia em relação a quais atividades desempenhar, colocando-o em um lugar de escolha. Fica a pergunta: autonomia para quê?

*F9: Eu gosto mais dessa questão gerencial na verdade. Acho que a gente é mais voltada para o gerencial e tem gente que é mais voltada para o assistencial, apesar do assistencial ser uma parte mais nova na profissão né!?*

Diferente de outras categorias profissionais do NASF-AB, o farmacêutico não possui apenas afazeres assistenciais, e pelo que foi mostrado até o momento, é principalmente no gerencial que este se apoia. O fazer gerencial é visto como algo obrigatório, por vezes até mesmo tomado como forma de controle sobre a atuação do profissional, e não como processo de trabalho. Diferentemente, o assistencial é visto como uma opção, como parte de um discurso de autonomia do farmacêutico. No entanto, essa autonomia é parte de um jogo político, visto que é colocado em uma situação na qual não é observada uma contrapartida

concreta da instituição, o que pode ser identificado por questões de infraestrutura, formação profissional e priorização de demanda.

A priorização da atividade gerencial, justificada pelo papel do farmacêutico em garantir o acesso aos medicamentos, pode também ser entendida pelo modelo panóptico no qual a vigilância constante ocorre de tal forma que ela ocorre inclusive sobre si próprio. Não é uma vigília usada pela instituição para punir e sim para que o controle das ações seja feito pela própria pessoa os impedindo de fazer algo considerado nocivo (FOUCAULT, 2019).

Embora cuidar de paciente não seja novo na profissão este parece ter ficado no esquecimento, de tal forma que nem mesmo os farmacêuticos o reconhecem. E ainda que o cuidado farmacêutico seja reconhecido pela Ciência Farmacêutica usa-se a autonomia profissional para justificar a escolha em não o praticar, priorizando o fazer gerencial na instituição.

*F3: Você tem liberdade para criar e para executar desde que não prejudique as suas atividades, aquelas atividades que você deve exercer, né, de uma forma geral [...]. Só que é muito complicado, também, porque ser farmacêutico na prefeitura você não tem recursos, você não tem infraestrutura, né, tanto para a questão da farmácia em si como para você fazer suas atividades do dia a dia, você não consegue recursos [...].*

*F3: O farmacêutico não tem muita autonomia para fazer todas as intervenções, então, ele precisa ter um bom relacionamento com os profissionais e se você começa a negar demais o pessoal vai começar a virar a cara e você não vai conseguir trabalhar.*

Observemos também nas duas falas de F3 acima como a liberdade e a autonomia são colocadas em um jogo relacional.

*F1: Com os outros farmacêuticos eu tenho um bom relacionamento, mas eu respeito. Eu aprendi a respeitar os limites de cada um. Em relação aos farmacêuticos porque tem limitações, tem interesses e interesses. A gente está na atenção primária no NASF e todo mundo teoricamente possui as mesmas funções. [...] Falta um alinhamento institucional que começou desde o concurso que não alinou ninguém. Que entrou todo mundo sem nenhum tipo de exigência de formação, clínica ou não. E aí isso dá a falsa impressão de que eles podem optar por ser uma coisa ou ser outra. Mas eles têm que atender pacientes também, só que é aquele atendimento meio precário. E quando a gente vai discutir eu acho que gera, gerou-se um desconforto nesse sentido.*

O exposto acima trata das tensões dentro da própria categoria farmacêutica. Apesar dos avanços por meio de diretrizes e guias farmacêuticos em busca de uma melhor qualificação e do alinhamento de condutas, essas não são suficientes para obedecer ao instituído.

As entrevistas mostraram importantes diferenças em relação a como as atividades tanto gerenciais, quanto assistenciais são recebidas pelos farmacêuticos entrevistados, raciocínio que também pode ser estendido a uma esfera governamental. Pensemos no *princípio da singularidade, da exterioridade*: as atribuições farmacêuticas são recebidas por conquista, por aquisição ou por já estarem postas técnica e legalmente. No entanto, tais funções não fazem parte desse profissional, pois são exteriores a ele, são transcendentais. Os laços que os unem a outros farmacêuticos são formados por relações exteriores, relações frágeis. Em um governo, a lei não é o principal instrumento a levar a atingir sua finalidade. “Ao contrário, [...] trata-se de utilizar mais táticas do que leis, ou utilizar ao máximo as leis como táticas.” (FOUCAULT, 2019. p.418).

Pelas lentes foucaultianas a instituição estaria atravessada pelo poder disciplinar, por mecanismos que permitem o controle das operações do corpo. É um poder que constrói um homem necessário à sociedade industrial e ao capitalismo (FOUCAULT, 2019).

A troca e a comunicação fazem parte de sistemas de restrição, denominados por Foucault de ritual. Este define qual a qualificação necessária para os enunciadores, conforme a posição de sujeito ocupada.

define os gestos, os comportamentos, as circunstâncias, e todo o conjunto de signos que deve acompanhar o discurso; fixa enfim, a eficácia suposta ou imposta das palavras, seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem, os limites de seu valor de coerção. (FOUCAULT, 2014. p.37)

Complementando o já visto anteriormente a respeito das relações médico e farmacêutico, a hipótese foucaultiana sobre a medicina moderna é de que esta é uma medicina do corpo social. Ele discorre sobre o desenvolvimento do capitalismo no final do século XVIII e início do século XIX em uma investida no corpo enquanto força produtiva, associando a medicina a uma estratégia biopolítica para lidar com esse corpo. E surge então uma normalização do ensino médico, iniciado na Alemanha, onde a medicina estruturou-se sobre o Estado; diferente de sua normalização na França, país no qual - na mesma época histórica - normalizou primeiramente “seus canhões e seus professores” e posteriormente normatizou a medicina de modo a atender o corpo urbano que se formava. A medicina urbana, uma “medicina das coisas”, surge como uma estratégia de controle político-científico do

meio. Já na Inglaterra, aparece no século XIX uma medicina “do controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.” (FOUCAULT, 2019. p.144-169). Bogle (2012) aborda a relação entre médicos e boticários desde o século XVII em clima de rivalidade profissional e disputa pelo saber e pelo poder, em meio a questões políticas e econômicas. Segundo ele, já no século XIX, na Inglaterra, em clima diferente das disputas anteriores, os dispensários tiveram um papel preponderante na prestação de cuidados multidisciplinares de boticários, médicos e cirurgiões para a população mais pobre, podendo ser comparados a Centros de Saúde; no entanto esse serviço começa a ser movido por outros interesses em um contexto de industrialização, dando lugar novamente às disputas (BOGLE, 2012).

Foucault considerou que articulação entre esses três sistemas de funcionamento da medicina contribuem na constituição dos sistemas médicos nos países ricos e industrializados. Para o filósofo a partir do século XVII a medicina social invadiu diversos espaços sociais em uma estratégia de governo da vida das pessoas. Os saberes advindos dessa medicina são tomados como verdades. A apropriação do saber pela medicina está envolta em uma engrenagem de poder para o controle da vida e medicalizá-la é uma forma de controle (FOUCAULT, 2020).

## **8.5 Limitações do estudo**

### *8.5.1 Tempo do estudo para a arqueologia*

A abordagem teórico metodológica utilizada possibilita certa liberdade analítica, pois à medida em que a pesquisa vai avançando, vão surgindo novos documentos a serem analisados. No entanto, é necessário fazer recortes definindo-se o *corpus* de maneira a adequá-lo ao tempo disponível para o projeto de mestrado.

### *8.5.1 Posição do sujeito como possibilidade limitadora*

A própria posição ocupada pelo entrevistado, enquanto funcionário da Instituição pode ser considerada uma limitação. Por outro lado, segundo a fundamentação teórica utilizada, a palavra proibida também faz parte do discurso. No campo discursivo, as palavras são ditas porque há algo ou alguém que permite dizê-las, em uma relação de poder.

Além do mais, o próprio pesquisador, como não poderia deixar de ser, é também sujeito submetido à ordem do discurso, na qual existem procedimentos de exclusão. “Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa.” (FOUCAULT, 2014. p. 9).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomaremos algumas considerações finais como conclusão deste estudo. Apesar de certo temor inicial a respeito do tempo empreendido para tal análise arqueológica, a escolha por tal referencial teórico-filosófico deu-se na intenção de que era preciso começar, não de uma origem *a priori*, mas de um lugar passível de reflexões a nos tirar desse conforto em sempre concluir sobre os avanços alcançados e as dificuldades encontradas. Escolhi o lugar desconfortável do discurso, como uma tentativa em buscar uma compreensão a respeito de quem somos e daquilo que queremos ser.

Não se trata de desbravar o oculto, até porque a proposta foucaultiana não está situada no campo das ideias. Consiste em analisar o dito, em sua superfície material, na busca por compreender como tem se dado as relações de saber-poder na construção do cuidado farmacêutico da APS, a partir da análise discursiva daqueles a quem cabe a tarefa de executá-lo, o farmacêutico.

Para transformar a realidade é preciso fazer engrenar o maquinário do poder. O investimento focado apenas no conhecimento clínico necessário ao exercício do cuidado não tem se mostrado suficiente para fazê-lo efetivamente. Necessitamos sim de nos apropriar do saber, do conhecimento clínico, mas, também, humano, em uma perspectiva ampla, biopsicossocial. Torna-se, então, importante compreender como lidamos com esse saber de forma a fazer circular o poder de tal maneira que resulte em benefício para a saúde da população.

Ademais, apropriar-se do conhecimento clínico não significa necessariamente romper com as atividades relacionadas ao gerenciamento dos medicamentos, naquilo que compete ao conhecimento técnico do farmacêutico e que irá garantir o acesso aos medicamentos. Sim, a garantia de acesso, mas um acesso que garanta a qualidade técnica de tal produto, para que este seja usado para as finalidades terapêuticas às quais se propõe, já comprovadas pela ciência.

Os desdobramentos do uso de medicamentos ao longo do tempo e o aumento da morbimortalidade podem ser entendidos como algumas das condições de possibilidade para o discurso do cuidado farmacêutico na AF. Entretanto, ao analisarmos o poder em sua micropolítica, podemos observar o peso da formação acadêmico-profissional, da gestão do acesso ao medicamento e da relação médico-farmacêutico na constituição desse discurso e do

sujeito envolvido na execução do cuidar. O fato de existir determinações governamentais ou institucionais não garante o exercício do cuidado farmacêutico conforme o modelo teórico descrito, mostrando uma dispersão entre a prática e o instituído.

A visibilidade do profissional também é um importante ponto a ser pensado, pois se relaciona com o saber e com a identidade profissional na medida em que o saber está relacionado ao conhecimento apreendido, está no domínio do conteúdo; já o poder se move periféricamente entre as relações, apropriando-se desse saber. Assim, o profissional é visto socialmente de acordo com o domínio do seu saber científico, desenvolvido na maquinaria do poder.

Além disso, independente da categoria, ao não considerarmos os diversos saberes para a construção do cuidado, nos colocamos de forma contraditória à integralidade proposta pelo SUS. Ainda que haja maior proximidade entre os diferentes profissionais e os usuários do sistema em seu território, as relações são fortemente marcadas entre classe profissional, principalmente médico-farmacêutico e entre gestor-farmacêutico. O maior avanço das atividades gerenciais em detrimento das assistenciais pode ser visto como estratégia disciplinar, levando o sujeito a ocupar tanto a posição de defesa, por meio da submissão; como uma posição de dominação, na qual ele pode lançar mão de ferramentas gerenciais ou do próprio medicamento como estratégia para circular o saber-poder. Todavia, é possível, também, observar resistência e maior empoderamento do farmacêutico, ainda que de forma incipiente e pontual.

Considerando a complexidade das relações no contexto da APS faz-se necessária a continuidade de estudos complementares às discussões trazidas até aqui. Lembremos a consideração de Foucault sobre a resistência e a liberdade. Se há relações de força atuando, é porque há liberdade para tal e, assim, é possível transformá-las.

Espero, prezado leitor, ter alcançado o entendimento de que o trabalho aqui apresentado possa ser visto como uma contribuição analítica para reflexões acerca da construção de nossas práticas em saúde.

Talvez eu tenha chegado até aqui com mais perguntas do que respostas. Então, caro leitor, compartilharei os questionamentos que agora permeiam meus pensamentos. Será realmente necessário nos opormos ao medicamento, produto farmacêutico essencial para tantos casos de manutenção da vida? É preciso rompermos nossa formação tecnicista para produzir tal produto de saúde e garantir a qualidade de seu acesso, ou podemos repensar como

e para quem são produzidos? Fomentaremos a raiva do comércio de medicamentos ou podemos repensar o modo de fazê-lo? A forma como lidamos com os medicamentos obedece a quais interesses: técnicos, sociais ou políticos? Quais são os anseios das diferentes estruturas sociais em relação à Farmácia e ao farmacêutico? O que faremos com nossa autonomia profissional? Quais são os nossos desejos? Quem somos e quem queremos ser?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, P. S. *et al.* Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 2, p. 1–11, 2017.

AROUCA, S. Biblioteca Virtual Sergio Arouca. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>, 2013. Acesso em 17 de julho de 2020.

AZEVEDO, C. E. F. *et al.* A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. **Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade**, p. 1–16, 2013.

BAPTISTA, T. V. F.; BORGES, C. F.; MATTA, G. C. Contribuições da Arqueologia do Saber para Estudos da Saúde Coletiva. *In: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva. Abordagens e métodos de pesquisa*. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Fiocruz (Ed.) 2015, 2015. p. 378.

BARBERATO, L. C. *et al.* O farmacêutico na atenção primária no Brasil : uma inserção em construção The pharmacist in the Brazilian Primary Health Care : insertion under construction. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3717–3726, 2019.

BATISTELLA, C. E. C. A noção de discurso na pesquisa em saúde coletiva: de recurso metodológico à abordagem teórica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Guia de atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa com tuberculose**. Belo Horizonte, 2018.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Relação Municipal de Medicamentos REMUME de Belo Horizonte / MG**. Belo Horizonte, 2020.

BELO HORIZONTE. **RESOLUÇÃO CMS / BH – 397 / 16**. Regimento Interno Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2016.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Assistência Farmacêutica. Coordenação Do Adulto. **Guia de atuação do farmacêutico na Hanseníase**. Belo Horizonte, 2018.

BELO HORIZONTE; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Assistência Farmacêutica. **Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2018.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1937–1949, 2018.

BOGLE, R. **From Charity to Providence: Influences on the Organization of Dispensaries in the Early 19th Century**, 2012. Disponível em: [https://www.richardbogle.com/uploads/1/6/7/1/16713358/diploma\\_in\\_the\\_history\\_of\\_medicine.pdf](https://www.richardbogle.com/uploads/1/6/7/1/16713358/diploma_in_the_history_of_medicine.pdf)

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação

Superior. **Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências.

BRASIL.; Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.215, de 13 junho de 2012.** Regulamenta a transferência de recursos destinados ao eixo estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL.; Ministério da Saúde. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família ( Nasf ).** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 33p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para o desenvolvimento e qualificação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 125 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **QUALIFAR-SUS Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde - eixo estrutura: atenção básica : instruções técnicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 33 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020.** Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a Assistência Farmacêutica.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmacautica-no-sus/sobre-a-assistencia-farmacautica-1>>. Acesso em 26 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1o de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

BRASIL; Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3 / 2020-DESF / SAPS / MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Programa de suporte ao cuidado farmacêutico na atenção à saúde | PROFAR 1**. Brasília: [s.n.].

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de Análise do Discurso**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2020.

CIPOLLE, R. ; STRAND, L. M.; MORLEY, P. **Pharmaceutical Care Practice: The Patient Centered Approach to Medication Management**. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 2012. 697 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Resolução CFF nº 585 de 29 de agosto de 2013**. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 25 set. de 2013. Seção 1, p.186.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Resolução no 586 de 29 de agosto de 2013**. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 26 de set. de 2013. Seção 1, p.136.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Conselho de Educação Superior. Resolução CNE - CES 2/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.

CORRER, C J; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência Farmacêutica Integrada ao Processo de Cuidado. **Revista Pan-Amaz Saúde**, p. 41–49, 2011.

COSTA, K. S. *et al.* Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 2, p. 1–5, 2017.

COWEN, D. L. Pharmacists and Physicians: An Uneasy Relationship. **Pharmacy in History**, v. 34, n. 1, p. 3–16, 1992.

DESTRO, D. R. **Cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um processo em construção**. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica). Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/34615>

DESTRO, D. R. *et al.* Desafios para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, p. 6–82, 2020, no prelo.

DETONI, K. B. *et al.* Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 39, n. 1, p. 95–103, 2017.

DREYFUS. H.; RABINOW, P.. **Foucault: Uma trajetória filosófica**. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1995.

ELROD, S. *et al.* Practice Change in Community Pharmacy: A Case Study of Multiple Stakeholders' Perspectives. **Innovations in pharmacy**, v. 3, n. 3, 2012.

FAIRCLOUGH, N. Michel Foucault e a análise de discurso. *In: Discurso e mudança social*. 2ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2016, p.63-85.

FERRI, S. M. N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de leves gerador adoras satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 23, p. 515–530, 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde : produção do cuidado, gestão e formação**. 2012. Tese (doutorado). Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 154 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FOPPA, A. A. *et al.* Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas/Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 44, n. 4, p. 727–737, 2008.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber.** Tradução Luiz Felipe Baêta Neves. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso:** aula inaugural no collège de france, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** Tradução Roberto Machado. 10. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: 2019.

GARCIA, L. P. *et al.* **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2013. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1278/1/TD\\_1839.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1278/1/TD_1839.pdf). Acesso em: 26 de maio de 2021.

GERLACK, L. F. *et al.* Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 2, p. 1–11, 2017.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde ? **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 8, 2018.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica. Cartografias do Desejo.** 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American journal of hospital pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533–543, 1990.

KLAUS, V.; HATTGE, M. D.; LOCKMANN, K. Genealogia foucaultiana e políticas educacionais: possibilidades analíticas. **Perspectiva**, v. 33, n. 2, p. 665–687, 2015.

LOCH-NECKEL, G.; CREPALDI, M. A. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, 2009.

LUCAS, S. . **Arquivo do Conselho Municipal de Saúde Lucas, S.D e cols. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público, Xamã, 1998.** Disponível em:

<<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/conselho/cms/historia>>. Acesso em: 31 maio de 2021.

MANZINI, F. *et al.* **O farmacêutico na assistência farmacêutica no SUS: diretrizes para ação.** Brasília, 2015. 298 p.

MÁZARO, LAÍZA PIVA; BERNARDES, ANITA GUAZZELLI; COÊLHO, A. E. L. Análise das políticas públicas de prevenção e promoção em saúde sob um olhar foucaultiano. **Rev. Polis Psique**, v. 1, n. 1, p. 171–195, 2011.

MAZZA, D. A. A. *et al.* Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, 2020.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J.; MÉLLO, R. P. Diários Como Atuantes Em Nossas Pesquisas: Narrativas Ficcionalizadas Implicadas. *In: A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.* Rio de Janeiro: Centro Edelstein. 2014. p. 274–294.

MEINERS, M. M. M. DE A. *et al.* Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 445–459, jul. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde Health care networks. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MENDONÇA, S. A. M.; DE FREITAS, E. L.; DE OLIVEIRA, D. R. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. **Plos One**, v. 12, n. 9, p. 2017, 2017.

MENDONÇA, S. DE A. M. *et al.* Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 52, n. 365–373, 2016.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. *In: Agir em saúde: um desafio para o público.* Rio de Janeiro: Hucitec, 1997, 2020. p. 2–32.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.* Belo Horizonte: Xamã . p. 103–120.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, em Saúde. *In: Agir em Saúde: um desafio para o público.* Rio de Janeiro: Hucitec; Série Didática, 1997, 2020. p. 2–32.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: 2002, 2014.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica : implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro. v.43. nº6. p. 70–83, 2019.

- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E.; UFC, E. (Eds.). . **Leituras de novas tecnologias de saúde**. São Cristóvão: UF, 2009. p. 29–74.
- NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família : a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1565–1572, 2016.
- NEVES, C. DE M. *et al.* Clinical Results of Comprehensive Medication Management Services in Primary Care in Belo Horizonte. **Pharmacy**, v. 7, n. 2, p. 58, 2019.
- OBRELI-NETO, PAULO ROQUE MARUSIC, S. *et al.* Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy, Alexandria**, v. 21, n. 1, p. 66–75, 2015.
- RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN Editora, 2011.
- OLIVEIRA, N. F. DE *et al.* Gestão da assistência farmacêutica do Brasil : revisão integrativa da literatura. **RAS**, v. 16, n. 64, p. 89–96, 2014.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa – Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <<http://paho.org/pt/topicos/atenao-primaria-saude>>. Acesso em: 04 out.2020.
- PINHEIRO, R. M. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde health care. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.**, p. 15–22, 2010.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The family health strategy: Expanding **access** and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018.
- RAMOS, K. **Guia da Farmácia. Farmacêuticos 4.0. Farmacêuticos em evolução**. Disponível em: <[https://rdstation-static.s3.amazonaws.com/cms/files/66150/1579026283Guia-326\\_compressed.pdf](https://rdstation-static.s3.amazonaws.com/cms/files/66150/1579026283Guia-326_compressed.pdf)>. Acesso em: 26 maio. 2021.
- REVEL, J. **Michel Foucault: Conceitos essenciais**. São Carlos: 2005. 96 p.
- RODRIGUES, L. M. L.; BAVA, M. C. G. G. C. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: análise de ocorrência, distribuição e financiamento no DRS XIII**. 2017. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-04092020-090251/>.
- SANTOS, B. D. **Impacto clínico de um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa oferecido na Atenção Primária do município de Lagoa Santa**. [s.l.] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-BB9JP5>.

SANTOS, B. D. *et al.* Clinical Impact of a Comprehensive Medication Management Service in Primary Health Care. **Journal of Pharmacy Practice**, 2019.

SATURNINO, L. *et al.* Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Rev. Bras. Farm.**, v. 93, n. 1, p. 10–16, 2012.

SERAFIN, C.; JÚNIOR, D. C. J.; VARGAS, M. **Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório**. Brasília: Conselho Federal de farmácia, 2015. 44p.

SILVA, D. Á. M. *et al.* Autoethnography as an instrument for professional (trans) formation in pharmaceutical care practice. **Qualitative Report**, v. 22, n. 11, p. 2926–2942, 2017.

SILVA, D. Á. M. *et al.* A prática clínica do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.16 n.2, p. 659–682, 2018.

SIR, S. *et al.* Barriers for implementation of pharmaceutical care practice in community pharmacies in Sudan. **Khartoum Medical Journal**, v. 7, n. 1, p. 921–931, 2014.

SOARES, L. S. D. S. S.; BRITO, E. S. DE; GALATO, D. Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária : a lacuna do cuidado farmacêutico. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.44 n. 125. p. 411–426, 2020.

SOUZA, Thaís Teles de. **Morbidade e Mortalidade Relacionadas e Medicamentos : Revisão Sistemática e Meta-Análise de Estudos Observacionais**. 2013. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2013.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 627–633, 2012.

VASCONCELOS, D. M. M. DE *et al.* Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva : um balanço de ( quase ) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 2609–2614, 2017.

ZACCARELLI, L. M.; GODOY, A. S. Perspectivas do uso de diários nas pesquisas em organizações. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 8, n. 3, p. 550–563, 2010.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 721–731, 2018.

**APÊNDICE – Artigo a ser submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva**

O artigo, que na Dissertação defendida ocupa o intervalo de páginas de 101 a 122, foi suprimido por estar em fase de submissão à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

**ANEXO A - Atribuições dos farmacêuticos municipais das unidades básicas de saúde, conforme descrito nas Diretrizes para a assistência farmacêutica integral em Belo Horizonte, 2018**

Atribuições dos farmacêuticos municipais das unidades básicas de saúde

- Referenciar-se tecnicamente à Farmácia Regional.
- Monitorar e avaliar os indicadores da Assistência Farmacêutica gerados nas Unidades de Saúde, repassar essas informações aos gerentes das unidades e estabelecer em conjunto um plano de ação para atingir as metas pactuadas previamente.
- Realizar atividades de controle de estoque como o acompanhamento do CMM de medicamentos e insumos, avaliações periódicas da cobertura de estoque, monitoramento de prazo de validade, supervisão de inventário, ressuprimento e armazenamento dos itens sob responsabilidade da farmácia.
- Acompanhar a solicitação de medicamentos estratégicos, especiais e regulados à Farmácia Regional, bem como o seu fornecimento ao usuário.
- Preencher mensalmente o software de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (GERAF).
- Divulgar informações e desenvolver atividades relacionadas à qualidade, acesso e uso racional de medicamentos nas unidades de saúde a fim de orientar usuários, cuidadores e equipe de saúde quanto ao uso correto de medicamentos e insumos.
- Desenvolver e/ou participar, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, de programas educativos para grupos de pacientes, bem como de demais ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e outros problemas de saúde, considerando as prioridades estabelecidas pela SMSA/BH.
- Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos.
- Realizar atendimentos individuais, compartilhados, visitas domiciliares e atividade coletivas, promovendo e desenvolvendo os serviços clínicos farmacêuticos, de acordo com a especificidade de cada unidade
- Promover e participar de discussões de casos clínicos, bem como propor e monitorar plano de cuidado de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde.
- Prescrever medicamentos e exames conforme legislação específica e Guias de Atuação do Farmacêutico da SMSA/BH, no âmbito de sua competência profissional.
- Acessar e conhecer as informações constantes no prontuário do paciente e registrar o serviço farmacêutico realizado.

- Realizar a referência e contrarreferência dos pacientes atendidos em diferentes serviços, quanto ao acesso e uso do medicamento.
- Participar dos processos de valorização, formação, capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam na Assistência Farmacêutica, bem como das ações de integração ensino-serviço em saúde, atuando no processo de formação e desenvolvimento profissional de farmacêuticos, quando houver estagiários e residentes.
- Desenvolver e/ou contribuir com ações de farmacoepidemiologia, incluindo os estudos de utilização de medicamentos e promover a cultura de segurança do paciente através de ações de farmacovigilância como a identificação e notificação de desvios técnicos relacionados a medicamentos.
- Participar das reuniões regionais e municipais da Assistência Farmacêutica.
- Participar das reuniões das Comissões Locais e Conselhos Regionais de Saúde e contribuir para a implantação de políticas e planejamento de ações referentes ao nível local junto ao controle social. Fonte: BELO HORIZONTE, 2018.

**ANEXO B – Atribuições da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica,  
descritas na Resolução CMS/BH – 397/16 - Regimento Interno Conselho  
Municipal de Saúde de Belo Horizonte**

**Atribuições da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.**

- a) Acompanhar, discutir, propor e emitir pareceres sobre a implementação da política nacional, estadual e municipal de Assistência Farmacêutica.
- b) Acompanhar os recursos financeiros aplicados e o processo de aquisição de medicamentos no SUS/BH;
- c) Propor e acompanhar as ações relacionadas aos produtos e serviços de assistência farmacêutica;
- d) Acompanhar as ações inerentes à distribuição, à dispensação e ao uso racional de medicamentos;
- e) Acompanhar a implantação de Recursos Humanos na assistência farmacêutica.

Fonte: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2016.