

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

BÁRBARA TACIANA FURTADO

**O FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA:
“A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA FRENTE À ATENÇÃO FARMACÊUTICA”**

Belo Horizonte
2008

BÁRBARA TACIANA FURTADO

**O FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA:
A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA FRENTE À ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Edson Perini
(Dep. Farmácia Social - FAFAR/UFMG)

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira
(Dep. Farmácia Social - FAFAR/UFMG)

DEDICATÓRIA

Para Davi, Alisson, papai, mamãe e Ingrid; à vocês que sofreram com minha ausência e nem por isso deixaram de me dar força e apoio incondicionalmente. Amo vocês !

Para o Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica (GEAF) e todos os farmacêuticos, estudantes de farmácia que se interessam pela Atenção Farmacêutica e desejam construir uma nova possibilidade para atender as necessidades dos pacientes que estão à nossa volta nos centros de saúde.

AGRADECIMENTOS

Nesse momento gostaria de agradecer à todos que por algum motivo, ação, ou palavra me incentivaram a chegar até aqui.

Agradeço a Deus, meu eterno pai, por me guiar e proteger meus passos.

Ao meu filho que tanto me ajudou me dando força emocional e me inspirando a ser uma pessoa melhor.

Ao meu marido que compartilhou todas as emoções e responsabilidades comigo.

À 'mamãe' que sempre me ensinou a nunca desistir e persistir em trilhar o caminho que meu coração me guiava.

À meu pai que esteve sempre comigo, me ajudando 'voar cada vez mais alto' e me tornar mais livre e forte.

À minha irmã, sempre tão presente, sensata, me fazendo rir nas horas do sufoco e ficando comigo pelas madrugadas de estudo.

Ao Edson que me impulsionou a finalizar esse projeto e abdicou-se de seu lazer para que esse trabalho viesse a se concretizar.

À minha querida 'amiga', 'co-orientadora', Djenane que me inspirou, me conduziu desde a "Farmácia Social" até aqui e foi a pessoa que abriu as portas para que tantos como eu tivessem a oportunidade de conhecer e praticar a Atenção Farmacêutica.

À Érika e Simone que estiveram ao meu lado, batalharam junto comigo. Vocês sabem que sem vocês eu não conseguiria, obrigada minhas amigas !

Às Professoras Elza, Angelita e Micheline que aceitaram participar da banca examinadora e trouxeram contribuições altamente significativas para meu trabalho.

Ao Sérgio, que compartilhou comigo tantos sonhos, angústias e momentos de felicidade, um grande abraço pra você gatinho!

Aos amigos do Departamento de Farmácia Social, vocês são especiais. Muito obrigada pelo apoio Val, Geraldo, Mariângela, Edna. Obrigada também aos funcionários do Colegiado de Pós Graduação!

Aos Professores do Departamento de Farmácia Social; Gil, Wânia, Micheline, Sérgia, Lurdinha e Francisco, em momentos diferentes foram vocês que me fizeram conhecer as inúmeras possibilidades na farmácia como um serviço de saúde.

A Flavinha, tia Sindérica, Vi, Rômulo e toda minha família, todos os tios, primos que acreditaram em mim e sempre foram tão amorosos e carinhosos comigo.

Ao centro de saúde São José que recebeu tão bem a mim e à toda equipe de farmacêuticos. Um abraço especial para a Judith, para a Ana Paula, Renata, Simone e Ari. Vocês foram fundamentais para que essa pesquisa se concretizasse.

À Cristina, foi muito bom ter você por perto, uma pessoa para compartilhar tantos momentos singulares em minha vida!

Rita Flávia, Carol, Liziane, Gabí e Sabrina, nós começamos juntas e foi muito bom cada momento que passei com vocês.

À Silvia, à você que acreditou em mim e me impulsionou a chegar até aqui!

Às amigas Elizângela e Denise; com vocês pude ver que a Atenção Farmacêutica é uma realidade que não encontra fronteiras!

Dayane e turma do Criança Feliz obrigada por me ajudarem a cuidar do meu filho, nesses momentos de sufoco!

À todos aqueles que me fogem o nome agora mas que me ajudaram de alguma forma a realizar esse trabalho,

MUITO OBRIGADA!

“Muitas vezes os diferentes instrumentos executam melodias distintas e só a reunião dessas linhas melódicas resultará na obra desejada. Uma sinfonia não pode se resumir a nenhum dos timbres presentes em uma orquestra. Ainda que em alguns momentos haja sobrepujança de alguns instrumentos e até mesmo a realização de solos, uma peça sinfônica depende dessa multiplicidade tímbrica, dos mais perceptíveis sons aos mais sutis.”

Gomes; Guizard; Pinheiro (2004).

FURTADO, Bárbara Taciana. **O farmacêutico na Atenção Básica**: a experiência da equipe de PSF frente à atenção farmacêutica. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

RESUMO

A Atenção Farmacêutica foi proposta a fim de diminuir a morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Ela é um modelo de prática profissional que envolve a relação face-a-face entre farmacêutico e paciente, em que o primeiro se responsabiliza pela satisfação das necessidades farmacoterapêuticas do segundo, guiado por uma filosofia de prática profissional e embasado em um processo de cuidado específico. A Estratégia Saúde da Família (SAF) prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Ela incorpora os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde como a universalidade, a equidade e a integralidade. Nesse modelo assistencial a unidade prestadora de serviços é uma equipe, que é basicamente formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Entendemos que para se prover uma forma de cuidado integral é preciso uma equipe de profissionais que contemple as várias nuances das necessidades bio-psico-sociais do indivíduo. Nessa ótica e considerando o elevado índice de morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos, acreditamos que a inserção do farmacêutico nesta equipe pode trazer contribuições singulares à saúde das pessoas. Assim o objetivo desse estudo foi revelar a experiência dos profissionais da ESF frente a Atenção Farmacêutica. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica tendo em vista que os objetivos da pesquisa estão relacionados à experiência humana. Foram utilizadas as técnicas de observação participante e realizadas dez entrevistas semi-estruturadas. A análise compreensiva dos dados permitiu a construção de três categorias; a primeira “Falando de dificuldades... uma lacuna no serviço” conta-nos dos limites impostos pelo modelo biomédico que prescreve formas de cuidado impermeáveis ao cotidiano das pessoas. Além disso, a falta de um profissional referência em medicamentos, deixa a equipe sem apoio e as dúvidas dos usuários a cerca dos medicamentos são postergadas. A segunda categoria “Ao encontro da Atenção Farmacêutica” descreve como a equipe da ESF vivencia a Atenção Farmacêutica. Eles percebem que o foco do trabalho do farmacêutico muda radicalmente do medicamento para o paciente. Esse profissional que poderia exercer uma atividade “distante” das pessoas e trabalhar nos ‘bastidores’ da unidade passa a ter uma atuação direta e expressiva com o paciente. Na medida em que a equipe tem um maior contato com o serviço de Atenção Farmacêutica, são identificados aspectos estruturantes dessa prática, como o foco na experiência com o uso de medicamentos e o processo racional de tomada de decisões. A Atenção Farmacêutica tem como uma das suas características mais fortes o fortalecimento da autonomia do paciente. Ela é fundamentada numa filosofia de trabalho que prima por uma relação dialógica com o paciente e permite que esse se assuma como sujeito do seu processo de saúde. A dispensação também aparece como uma atribuição do farmacêutico, mas é vista quase essencialmente como um serviço de ‘entrega de medicamento’, e soma-se a ela as atividades da farmácia com características fortemente gerenciais e burocráticas. A última categoria “Relações entre os Profissionais” descreve as diferentes visões sobre a atenção farmacêutica apresentada pela equipe. Fica bem evidente que as práticas estabelecidas entre farmacêutico e a equipe fomentaram intervenções iluminadas pela interdisciplinaridade, com respeito entre os profissionais envolvidos, o que trouxe como resultados o cuidado integral da saúde dos usuários atendidos.

Palavras-chave : Atenção Farmacêutica, trabalho em equipe, atenção básica, saúde da família, dispensação.

FURTADO, Bárbara Taciana. **The pharmacist in the primary care:** The PSF team lived experience with pharmaceutical care. 2008. 101 f. Dissertation (Master's Degree in Pharmaceutical Sciences) – Faculty of Pharmacy, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ABSTRACT

Pharmaceutical Care has been developed in order to decrease the morbi-mortality related to the use of medicines. It is a model of professional practice that involves the face to face relation between pharmacist and patient, in which the first one takes responsibility for the drug-related needs of the second one, guided by a philosophical professional practice, based on a method or process of specific care e supported by a well designed practice management system. The Family Health Strategy (FHS) prioritizes prevention actions, promotion and regain of health. In this model the producing unit of services is a team formed by a doctor, a nurse, two assistant nurses and four to six community healthy agents. In order to provide a full care it is necessary to think of a team of professionals that contemplates the individual's bio-psycho-social needs. In this perspective we believe that including the pharmacist in this group may bring unique contributions to the people's health. Therefore the goal of this study was to reveal the experience of the FHS professionals towards the Pharmaceutical Care. The used methodology was the qualitative research with phenomenological approach since the objectives of the research are related to the human experience. The techniques used were the participant observation and ten semi-structured interviews. The comprehensive analysis of the data raveled three categories; the first one "Talking about difficulties...a gap in the service" is about the difficulties faced by the team in the work production because of the limits imposed by the biomedical model which prescribes ways of care impermeable to the people's everyday life and the difficulties faced by the team giving responses to the problems experienced by the patients using medicines. The second category "Towards the Pharmaceutical Care" describes how the FHS team experience the Pharmaceutical Care. They realize that the focus of the pharmacist's job changes radically going from the medicine to the patient and acts directly onto this one. Furthermore structural aspects of this practice are identified, such as the focus on the experience with the use of medicines and the rational process of making decisions. The Pharmaceutical Care has the strengthening of the patient's autonomy as one of its strongest characteristics. It is based on a philosophy of work that excels in a dialogical relation with the patient and allows him to assume himself as subject of his own process of health. The dispensation also appears as an attribution of the pharmacist, though it is seen almost essentially as a 'medicine delivery' service. Sum to it the activities of the pharmacy with strong managing and bureaucratic characteristics. The last category "Relations among Professionals" relates that the practices established between the pharmacist and the team provide interventions lighted up by the exchange of experiences, with respect among the involved professionals, which brought up as results the full care of the assisted users' health.

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
AF	Assistência Farmacêutica
PRM	Problema Relacionado com o uso de Medicamento
SAF	Serviço de Atenção Farmacêutica
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ACS	Agentes Comunitários de Saúde

SUMÁRIO

1 A ORIGEM DA PERGUNTA – UMA INTRODUÇÃO.....	11
2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, O FARMACÊUTICO E A ATENÇÃO FARMACÊUTICA: UMA VISITA À LITERATURA	14
2.1 Da Saúde da Família ao Farmacêutico.....	14
2.2 A Atenção Farmacêutica – Conceitos e elementos fundamentais.....	22
3 JUSTIFICATIVA.....	27
4 MARCO TEÓRICO – O PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1 O paradigma qualitativo	30
4.2 A fenomenologia.....	32
4.3 O processo de investigação.....	35
4.3.1 O local da pesquisa e entrada em campo	35
4.3.2 A seleção dos entrevistados	37
4.3.3 Coleta de dados	37
4.3.4 Entrevista	38
4.3.5 Observação participante	39
4.3.6 Aspectos éticos	39
4.3.7 O rigor	40
4.3.8 A análise dos dados	40
5 A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS.	42
5.1 Falando de dificuldades... uma lacuna no serviço.....	42
5.1.1 “Uma humilhação com o doente”:	42
Um colapso na relação médico-paciente?	42
5.1.2 Lidando com o Medicamento; Uma lacuna	52
5.2 Ao encontro da Atenção Farmacêutica	57
5.2.1 “Eu pensava que ele ficava muito distante do paciente e não ficou, ficou próximo, foi direto ao ponto”.....	58
5.2.2 “Eu não pensei que fosse assim... uma orientação tão ampla!”	63
5.2.3 “Eles tem uma certa felicidade: encontrando a autonomia”	68
5.2.4 A dispensação e a Atenção Farmacêutica	72
5.3 “As relações inter-profissionais”	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	98

1 A ORIGEM DA PERGUNTA – UMA INTRODUÇÃO

Sempre tive um interesse especial pela interação direta com as pessoas e, no âmbito profissional, isso não foi diferente. Queria uma atividade onde eu pudesse estar em contato direto com o paciente, mas um contato que me permitisse aplicar meus conhecimentos técnicos, que também sempre ansiei por conquistar. A escolha pela profissão farmacêutica veio mesmo pelo desejo de adquirir habilidades técnicas. Não esperava encontrar na farmácia um lugar onde eu pudesse ter um contato direto com a saúde das pessoas. Entretanto, aos meados da graduação, percebi nas disciplinas direcionadas à saúde pública que o farmacêutico também poderia ser um profissional de saúde. Desde então busquei me enveredar pelos caminhos que intuitivamente eu achava que me levariam ao encontro dos pacientes.

No meio dessa busca ouvi falar certo dia sobre uma nova área da farmácia chamada “Atenção Farmacêutica”. Nos corredores, na lanchonete da faculdade eram muitos aqueles que faziam comentários “é o farmacêutico cuidando do paciente”, “é uma coisa meio utópica” e isso despertou o meu olhar. O contato com a Atenção Farmacêutica aconteceu na disciplina de Dispensação Farmacêutica, num módulo dado pela Professora Djenane Ramalho de Oliveira, uma das orientadoras dessa dissertação. O primeiro paciente que atendi marcou minha vida e a partir daí me matriculei na disciplina optativa “Farmácia Social”, e posteriormente na disciplina “Atenção Farmacêutica”. Era esse o caminho que eu gostaria de trilhar, articulando os conhecimentos adquiridos ao longo do curso com meu anseio por aplicá-los na vida dos pacientes.

Já graduada e trabalhando no Sistema Único de Saúde (SUS), queria continuar conhecendo e trabalhando com a Atenção Farmacêutica, uma prática ainda incipiente, mas que já havia me apresentado seu potencial transformador. Foi quando ingressei no mestrado. Nesse momento iniciava-se um projeto de pesquisa e outro de extensão universitária em um centro de saúde de Belo Horizonte, esses projetos eram coordenados pela Professora Djenane Ramalho de Oliveira. Nesse centro de saúde, a Atenção Farmacêutica era oferecida pelos bolsistas de extensão e pesquisadores buscavam estudar o processo de implementação dessa prática no Sistema Único de Saúde. Foi diante desta oportunidade, de continuar atendendo pacientes e conhecer mais esse modelo de prática que me integrei à equipe de

pesquisadoras que trabalhavam no projeto “Programa Saúde da Família e Atenção Farmacêutica: o processo de construção da prática e a experiência vivida dos atores envolvidos”.

Essa é a quarta dissertação de mestrado na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que estuda a prática da Atenção Farmacêutica utilizando a metodologia qualitativa de pesquisa. Nesse cenário de prática, alguns questionamentos já foram desvelados como a experiência dos pacientes com ao serviço de Atenção Farmacêutica (FREITAS, 2005) e a experiência dos farmacêuticos ao construírem essa mesma prática (PEREIRA, 2006). No cenário do SUS, Mendonça (2007) estudou como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vivenciam as visitas domiciliares ao se relacionarem com pacientes que utilizam medicamentos, revelando os desafios encontrados neste cenário.

Considerando minha experiência profissional, na qual o farmacêutico estava ausente da unidade básica de saúde, distante dos pacientes, e distante também das angústias profissionais vivenciadas por aqueles que lidam com os pacientes no dia-a-dia, comecei a indagar, como seria a experiência dos outros profissionais se o farmacêutico estivesse presente no centro de saúde? A partir de então as perguntas não pararam de surgir. Como esses profissionais responderiam a Atenção Farmacêutica? Seria uma prática bem aceita? Qual o significado dessa prática para essas pessoas? O que a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) esperaria dessa prática? Como seriam as interações farmacêutico-equipe e equipe-farmacêutico? Foi então que decidi pesquisar e descrever a história da implementação da Atenção Farmacêutica através da experiência vivida pelos profissionais das equipes da ESF.

Em seminários e congressos onde se fala em Atenção Farmacêutica, fala-se também de um receio, que de certa forma alimenta a inércia de alguns profissionais farmacêuticos. No cotidiano do trabalho farmacêutico é comum o receio em se relacionar com o médico, principalmente quando é necessário realizar uma intervenção. Pereira (2006), em seu estudo sobre a construção da prática da Atenção Farmacêutica na perspectiva dos farmacêuticos de uma farmácia

comunitária, descreve a apreensão desses profissionais quando eles têm que entrar em contato com o médico. Embora a necessidade de intervir junto a outros profissionais represente, de forma geral, uma pequena parcela das intervenções realizadas na prática da Atenção Farmacêutica, o fato de depender de um outro profissional para fazer as alterações necessárias na prescrição faz com que o médico seja frequentemente considerado uma barreira para a implementação da Atenção Farmacêutica. Esse estudo procura compreender a interação do farmacêutico com outros profissionais da saúde, incluindo o médico. Dessa forma, o receio ou a apreensão do farmacêutico poderá ser melhor compreendida, descrita, ou até mesmo desmistificada. A Atenção farmacêutica é uma prática clínica que requer interações multiprofissionais e, portanto, consideramos de extrema importância dar voz aos demais profissionais da saúde e revelar sua experiência com a inclusão de um novo profissional na equipe de saúde, o farmacêutico da Atenção Farmacêutica. Acreditamos que esse conhecimento poderá contribuir para que centros de saúde do Sistema Único de Saúde e outros cenários se tornem mais propícios a germinarem a semente da Atenção Farmacêutica.

Tendo em vista que o propósito desse estudo é revelar a experiência dos profissionais da ESF frente à Atenção Farmacêutica, o caminho escolhido foi a abordagem qualitativa. Para contar essa história eu teria que entrar em contato com essas pessoas, seus sentimentos, suas crenças e suas vivências. Compreender a experiência dessas pessoas na sua totalidade é uma tarefa complexa demais para ser estudada por meio de fórmulas matemáticas em estudos controlados. A realidade que se pretendia conhecer habita um cenário da saúde e da doença que por si só já trazem “uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida numa fórmula numérica ou num dado estatístico” (MINAYO, 2000). A abordagem qualitativa de pesquisa desse estudo surgiu não como uma oposição à pesquisa quantitativa, mas como outra possibilidade de investigação que considera a natureza diferenciada e não mensurável das questões a serem desvendadas.

2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, O FARMACÊUTICO E A ATENÇÃO FARMACÊUTICA: UMA VISITA À LITERATURA

2.1 Da Saúde da Família ao Farmacêutico

A Estratégia Saúde da Família, criada em 1994 – na época na forma de programa, daí o nome “Programa Saúde da Família” –, se apresenta como uma nova estratégia do governo federal de reorganizar a atenção básica de saúde. Entre suas atribuições se encontram a ampliação e consolidação do modelo assistencial até então vigente. Porém, mais do que a simples tarefa de ampliar a extensão de cobertura, esse modelo tem como função desenvolver ações básicas no primeiro nível de atenção à saúde e assim promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem provocando um reflexo em todos os níveis do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A ESF se integra ao serviço de saúde do município e da região, enriquecendo-o, organizando-o e caracterizando-se como a porta de entrada do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2004).

Implantar o PSF significa reorganizar o sistema de saúde em vigor no município — e isso significa substituir as antigas diretrizes, baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença, e introduzir novos princípios, com foco na promoção da saúde, na participação da comunidade (BRASIL, 2004).

Reafirmando e incorporando os princípios do SUS - equidade, universalidade e integralidade – a ESF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Esse modelo representa uma revolução em termos de atendimento à saúde por dois motivos: primeiro, porque o foco das ações prestadas não é somente um indivíduo, mas inclui também a sua família e segundo, porque a unidade prestadora desses serviços não é somente um profissional, mas sim uma equipe interdisciplinar (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). Dessa forma, amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam-se os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades (ALMEIDA, MISHIMA, 2001; BRASIL, 2004). Entender a saúde da família como

estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde.

A equipe de saúde da família tem como objetivo principal fornecer um acompanhamento integral e contínuo, possibilitando uma visão ampliada do processo saúde-doença com vistas a humanizar a assistência médico - sanitária no âmbito nacional. Ela é basicamente formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Pode contar com uma equipe de saúde bucal – que é referência para até duas equipes de saúde da família – e conta com um cirurgião dentista, um técnico de higiene bucal e um atendente de consultório dentário (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar que o advento de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) significou um grande avanço em termos de saúde no panorama internacional, e a Assistência Farmacêutica (AF) é contemplada pelo SUS, que a garante legalmente como um direito de todos e dever do Estado. No Brasil, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais contempla mais de trezentos itens, destinados ao tratamento das principais enfermidades do país. Em termos de recursos, em 2003 só o Ministério da Saúde despendeu uma cifra que ultrapassa 1,8 bilhões de reais para a aquisição de medicamentos em unidades ambulatoriais ou repasse de recursos para compra descentralizada, isso sem contar a contrapartida dos estados e municípios para a aquisição desses insumos (VIEIRA, 2007).

Usualmente, os governos e gestores discutem os aspectos relacionados ao abastecimento de medicamentos e suas estratégias de financiamento, mas desconsideram que o medicamento é apenas uma ferramenta terapêutica e negligenciam a importância da organização dos serviços na AF (MARÍN, 2002; VIEIRA, 2007). As farmácias públicas nas unidades básicas no Brasil empregam leigos ou profissionais em desvio de função, com poucos conhecimentos sobre medicamentos, mas que ainda assim atuam na entrega de medicamentos. Não é raro encontrarmos auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, de cozinha, agentes de limpeza entre outros trabalhando nas farmácias (VIEIRA, 2007), e nos cabe perguntar: São essas pessoas os profissionais que queremos à frente da dispensação? Estão essas pessoas devidamente capacitadas e supervisionadas por

um profissional que tem respaldo na área? A farmácia é responsável por uma parcela significativa dos atendimentos feitos numa unidade de saúde e apesar disso os gestores não se deram conta da importância desse serviço, tendo em vista as precárias condições físicas e a implacável falta de recursos humanos devidamente qualificados (VIERA, 2007).

Por outro lado, temos a questão da medicalização da sociedade. O medicamento representa um instrumento terapêutico altamente prevalente e impactante. A utilização desse, apesar de visar à melhoria da qualidade de vida dos pacientes, também pode ocasionar prejuízos à saúde. Vários fatores podem influenciar os rumos do tratamento medicamentoso, dentre eles pode-se destacar a qualidade intrínseca ao produto, adequação da prescrição e fatores relacionados ao uso de medicamentos pelos pacientes. O resultado de tudo isso pode ser positivo ou desencadear morbidades que poderiam ser prevenidas se essas situações fossem analisadas por um profissional tecnicamente qualificado (HEPPLER, 2000).

A ausência de serviço de farmácia adequado, que zele pelo uso racional de medicamentos em parceria com os demais serviços e profissionais do sistema de saúde, constitui um problema de saúde pública (VIEIRA, 2007). Não podemos chegar a uma conclusão muito diferente dessa quando traçamos um paralelo com as informações que tratam da morbi-mortalidade relacionada a medicamentos nos Estados Unidos da América, país onde todas as farmácias possuem farmacêuticos (Vieira, 2007). Uma revisão sistemática feita por Patel e Zed (2002) sobre os atendimentos de emergência relacionados ao uso de medicamentos, revelou que 28% de todos os atendimentos de emergência estão relacionados aos medicamentos. Desses, 70% diziam respeito a situações evitáveis e 24% dos atendimentos culminaram em internações hospitalares. Em outro estudo, Sweeney (2002) afirma que se houvesse maior cooperação entre farmacêuticos e médicos seria possível diminuir a morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos em 27%. De acordo com esse estudo podemos ver que a atuação profissional do farmacêutico pode trazer contribuições singulares à saúde das pessoas. Mas onde está esse profissional?

A respeito dessa pergunta Hepler e Strand (1999) desenvolveram uma análise sobre os três períodos que consideraram os mais marcantes na atividade farmacêutica no século XX. O primeiro deles é o período onde o boticário estava na farmácia, naquela época botica. Ao farmacêutico era atribuído o papel tanto da manipulação, quanto da orientação e até da prescrição dos medicamentos. Esse foi um momento onde o farmacêutico tinha contato direto com a população e era uma figura respeitada que tinha uma prática interprofissional bem estabelecida com o médico. A segunda fase é caracterizada pela industrialização da produção de medicamentos, que alcançou índices marcantes depois da Segunda Guerra Mundial. Com a industrialização da produção de medicamentos houve um aumento da demanda de profissionais nos parques tecnológicos. O farmacêutico foi para as indústrias e a chegada dos produtos industrializados à população fez com que esse profissional abandonasse seu papel de manipular os medicamentos e assim as bulas medicamentosas substituíram as orientações do boticário. Certamente que a produção de medicamentos em larga escala e a perspectiva de combate a várias doenças significou um avanço para o campo da saúde. Entretanto, o novo paradigma terapêutico da era industrializada alterou hábitos e trouxe também problemas clínico-terapêuticos graves, como o aumento da resistência ao uso de antimicrobianos e o do número de internações e óbitos devido ao uso inadequado de medicamentos, entre outros (MAGALHÃES; CARVALHO, 2003).

O estabelecimento farmacêutico, por sua vez, adquire um caráter mercantilista, reforçado pelas Leis 3820/60 e 5991/73, que permite a qualquer pessoa a abertura de uma farmácia, desde que conte com um farmacêutico que assuma a responsabilidade técnica da mesma. Esta última vigora até os dias atuais. Presente principalmente nos bastidores das indústrias farmacêuticas, o farmacêutico deixou de ser uma figura presente no cotidiano das pessoas. Em seu lugar se fizeram presentes os balconistas, intitulados 'farmacêuticos' pela população, cunhados pela "empurroterapia" a fim de auferir lucros a qualquer custo. De maneira geral, quando presentes, os farmacêuticos – agora sem autonomia – são meros empregados de uma empresa voltada para os lucros e se distanciam do seu papel como agentes de saúde (VIEIRA,2007).

Na mídia, a propaganda de medicamentos estabeleceu na sociedade uma visão de que o medicamento é como um outro bem de consumo qualquer. Esse insumo passa a ser visto como uma 'pílula mágica' para todos os problemas humanos, assumindo um conceito vulgar de bem de consumo em detrimento ao de bem social (SEVALHO, 2003; VIEIRA, 2007). O medicamento adquire o *status* de "mercadoria-símbolo" segundo Lefèvre (1987), produzindo a idéia equivocada de que a saúde pode ser alcançada por uma abordagem unidimensional, apenas com a utilização desse produto.

Em meio a uma grave crise de identidade o farmacêutico passa a se conscientizar do seu papel como profissional de saúde e nasce na década de 60 a farmácia clínica (ZUBIOLI, 2001). Ela trouxe grandes contribuições para prática farmacêutica e representou uma tentativa de reaproximação do farmacêutico com o paciente, mas o foco da prática ainda era o medicamento e sua distribuição nos líquidos biológicos. As individualidades de cada paciente ainda não eram abordadas. Mais tarde surgem as ações em farmacovigilância, fomentadas pela terrível epidemia de focomelia em bebês cujas mães eram usuárias de talidomida (VIEIRA, 2007).

É importante também lembrar da questão da automedicação, que estabeleceu-se como uma prática corriqueira e que pode contribuir para o agravamento do estado de saúde dos indivíduos. As restrições econômicas e de infra-estrutura que dificultam o acesso aos serviços de saúde e a venda livre de fármacos cuja comercialização deveria ser condicionada à apresentação de uma prescrição médica, associados a uma disseminação de valores que fomentam a responsabilidade individualizada para com a atenção à saúde, são determinantes para a automedicação (FREITAS, 2005; LOYOLA FILHO, UCHÔA, 2002). A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1998) A considera um meio de reduzir o peso do sistema de saúde sobre o orçamento público e afirma que é importante entendê-la como um componente importante do autocuidado. Assim, o discurso que considera a automedicação uma prática condenável é considerado antiquado por muitos (LOYOLA FILHO, UCHÔA, 2002). A automedicação responsável pode beneficiar os pacientes na medida em que pode aliviar a dor e o sofrimento de forma mais rápida. É importante frisar que existem também os riscos da ausência de tratamento e por isso essa prática, pode salvar

vidas também e não deve ser tomada de forma estritamente condenável, mas sim contemplando suas múltiplas facetas que hora podem trazer malefícios, mas também podem trazer benefícios.

Há que se pensar numa prática de autocuidado em que os benefícios superem os riscos (BLENKINSOPP, BRADLEY, 1996). A automedicação tem riscos implícitos e expõe as pessoas aos riscos de reações adversas, intoxicações e mortes, representando causa significativa de morbi-mortalidade (ARRAIS *et al.*, 1997). O reflexo desse contexto é que, no Brasil, o uso de medicamentos ocupa o primeiro lugar no 'ranking' de intoxicações (SINITOX, 2005).

Somam-se a esse contexto as precárias condições de cobertura de saúde que, tanto no setor privado quanto no público, estão fomentando a deterioração da relação médico-paciente (PERETA; CICCIA, 2000). A compreensão da doença encontra-se ausente ou fortemente prejudicada. A relação médico-paciente está se degradando, principalmente quando pensamos na intermediação das empresas de seguros de saúde, que tende a distanciar e despersonalizar essa relação (SEVALHO, 2003). Nessa perspectiva, o paciente é quem paga pelas conseqüências, pois não há tempo para a consulta médica e tão pouco para a comunicação a respeito de problemas potenciais com os medicamentos (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 1998).

A epidemiologia das doenças lança informações sobre um outro ponto muito relevante nos dias atuais. Ele diz respeito ao aumento da expectativa de vida das pessoas que agora vem associado ao aumento também das doenças crônicas e por conseqüência um aumento do número de medicamentos utilizados. A polifarmácia, caracterizada pelo uso de cinco ou mais medicamentos, aparece hoje como um fato inegável na sociedade contemporânea. Com isso, o olhar para a polifarmacoterapia deve ser mais criterioso, a fim de evitar maiores danos à saúde das pessoas (FAUS, 2000). Cresce o envelhecimento populacional, cresce também a utilização de medicamentos como intervenção mais utilizada pela medicina atual (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS, 1993).

A Farmácia enquanto profissão tem sido caracterizada por um aglomerado de profissionais sem identidade, cada qual definido e voltado pelos interesses

peculiares a cada ambiente de trabalho (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; FREITAS, 2005; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003). Apesar das transformações sofridas desde os tempos do boticário o farmacêutico ainda não estabeleceu um compromisso social claro, que responda especificamente a uma necessidade da sociedade (HEPLER; STRAND, 1990). A profissão farmacêutica ainda é marcada por uma baixa coesão profissional e persiste como uma profissão “incompleta”, com forte ligação aos interesses comerciais, pouca autonomia e indefinição das atividades relacionadas à profissão (FREITAS, 2005). A posição do farmacêutico hoje é de um profissional desvinculado da saúde e que às vezes trabalha como dispensador de medicamentos (HEPLER; STRAND, 1990). Sua formação tecnicista e focada no medicamento, ainda contribuiu para que ele se mantivesse afastado da equipe de saúde. O farmacêutico não é reconhecido como um profissional de saúde, muito pelo contrário. A ausência deste profissional na farmácia tem por conseqüência a falta de confiança por parte da sociedade. Em geral, as pessoas não sabem definir se quem os atende é farmacêutico ou balconista, se seu objetivo é ajudar enquanto profissional de saúde ou vender o medicamento mais lucrativo.

Há aqueles que acreditam que o farmacêutico, atrelado aos interesses comerciais, se encontra impedido de se integrar à equipe de profissionais da atenção primária à saúde, outros afirmam que este é um embate muito mais teórico do que prático (BLENKINSOPP, BRADLEY, 1996; HASSEL, ROGERS, NOYCE, 2000). De qualquer forma não há dúvidas de que ao longo deste tempo o farmacêutico perdeu-se no caminho de prestar um serviço junto ao paciente. Nessa trajetória, sua ocupação passou pelas questões administrativas da farmácia e principalmente do medicamento, produto final de uma cadeia industrializada, totalmente descontextualizado de quem o utiliza (PERETTA; CICCIA, 2000; HEPLER; STRAND, 1990)

Diante todo esse contexto, em que uma complexa rede de fatores desencadeia a depreciação do uso de medicamentos, está o paciente. É inadmissível e preocupante o fato de os pacientes, que já se encontram fragilizados pela doença, venham a ingerir medicamentos sem saber para que servem, como usá-los e que cuidados devem adotar para diminuir as chances de sofrerem algum risco para sua saúde (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000). Na atualidade, consolida-se de forma

bem fundamentada uma preocupação: existe um problema social – a morbimortalidade relacionada com o uso de medicamentos. Ela traz por consequência principal o sofrimento e a morte de pessoas, sem contar as vultosas perdas econômicas decorrentes do mal uso de medicamentos e as internações evitáveis, entre outras. Até pouco tempo essa questão passava despercebida pela equipe de saúde. Mendonça (2007) já descreve a sensação de impotência e frustração experimentada por profissionais do Programa Saúde da Família diante de pacientes com problemas com medicamentos. Portanto, agora já não se pode mais fechar os olhos a este problema, para o qual o profissional farmacêutico pode ser, por vários motivos, a melhor alternativa de solução.

O farmacêutico é – ou deveria ser – o último profissional da saúde a entrar em contato com o paciente antes que ele utilize o medicamento. É ele quem o paciente frequentemente encontra nos intervalos entre as consultas (PLANAS *et al.*, 2005). Além da facilidade de acesso ao farmacêutico, podemos citar também sua formação técnica com um vasto conhecimento sobre medicamentos e a necessidade de seu melhor aproveitamento enquanto profissional da saúde (FAUS, 2000). Para dar uma resposta a essa necessidade social é preciso que o profissional tenha competência técnica para construir um processo racional que considere tanto as questões farmacotécnicas e farmacológicas do medicamento quanto as questões terapêuticas, clínicas e humanísticas (MAGALHÃES; CARVALHO, 2003).

Como bem nos lembra Freitas (2005), enquanto profissional familiarizado com essas habilidades é que o farmacêutico, com base em todos os argumentos acima colocados, poderá lidar com o medicamento como um instrumento terapêutico contextualizado, numa sociedade em que o consumo de fármacos assume papéis tão diversos. O desafio está posto: atender uma necessidade social. Assumir a Atenção Farmacêutica como missão profissional é um dos mais relevantes temas que permeia as discussões das atividades farmacêuticas na contemporaneidade.

Entendendo que o usuário deve receber uma atenção integral, o farmacêutico, como profissional da saúde, pode trazer contribuições singulares ao processo de promoção da saúde. O modelo de prática profissional que atende a esses objetivos é a Atenção Farmacêutica – que propõe ao farmacêutico um método que lhe permite

padronizar sua prática clínica e realizar intervenções centradas nos indivíduos e baseadas em um processo racional de tomada de decisões relacionadas à terapia farmacológica dos pacientes acompanhados (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2004).

Partindo do princípio que para se prover a integralidade é necessário um cuidado que leve em consideração os aspectos biopsicossociais do indivíduo, é importante discutir com profundidade a composição de uma equipe que tenha condições de amparar todas essas nuances (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). Nessa ótica, a inclusão de outros profissionais nessas equipes é extremamente pertinente e constitui uma estratégia racional para alcançar uma abordagem não fragmentada do paciente. Levando em consideração todos os argumentos acima expostos, a introdução do serviço de Atenção Farmacêutica à ESF pode acrescentar muito à saúde dos pacientes. Assim, compreender como se dá a inserção do farmacêutico na equipe da ESF pode iluminar uma questão até então desconhecida para muitos e possibilitar que esse profissional tenha uma prática mais expressiva e diretamente ligada ao paciente e que possa contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em outros cenários da atenção primária.

2.2 A Atenção Farmacêutica – Conceitos e elementos fundamentais

A Atenção Farmacêutica pode ser considerada um componente no âmbito da assistência farmacêutica. Nela, o olhar do profissional não é direcionado para o medicamento e sim para o paciente. Hepler e Strand (1990) situam a Atenção Farmacêutica como o terceiro momento historicamente mais significativo das atividades farmacêuticas, pois é nele que o farmacêutico tem a oportunidade de resgatar sua identidade profissional perante a sociedade. Os mesmos autores a definem como "a provisão responsável da terapia medicamentosa com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente" (HEPLER, STRAND, p..539, *tradução nossa*). Esses resultados são aqueles alcançados através da cura ou prevenção de uma doença, a prevenção, redução ou eliminação de um sintoma e a contenção ou adiamento da evolução de um processo patológico. É uma prática na qual o farmacêutico, em comum acordo com o paciente e através da cooperação com outros profissionais de saúde, melhora os

resultados da terapia medicamentosa do paciente, seja pela prevenção, identificação ou resolução de algum problema relacionado ao uso de medicamento (PRM).

Qualquer evento indesejado da farmacoterapia, que é vivenciado pelo paciente e que interfere no resultado dessa farmacoterapia – ou que tenha potencial para isso – é definido por Strand e colaboradores (1990) como um PRM. Eles podem ter várias causas, como a dose subterapêutica ou tóxica para o paciente, reações adversas ao medicamento, não cumprimento da prescrição terapêutica, uso desnecessário de medicamentos, dupla terapia medicamentosa, entre tantos outros (DADER; ROMERO, 1999).

Concordamos com Freitas (2005) que afirma que o conceito da Atenção Farmacêutica vem sendo ampliado por algumas instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil através da Proposta de Consenso da Atenção Farmacêutica. Esse conceito ampliado incorpora ao conjunto de atividades que já são exercidas por esse profissional como a dispensação, a orientação farmacêutica e a educação em saúde, o seguimento farmacoterapêutico, que seria o acompanhamento individual dos pacientes em uso de medicamentos “visando uma farmacoterapia racional” (CONSENSO...,2002, p.16.) Agrupar todas essas atividades em um conceito certamente representa esforços de uma categoria profissional com o objetivo de impulsionar uma maior coesão do perfil de trabalho do farmacêutico. Entretanto, a Atenção Farmacêutica não foi pensada e criada com o objetivo de resgatar a identidade do farmacêutico ou de satisfazer os interesses de um categoria profissional, mas sim “para atender uma necessidade social específica, que requer de um profissional – seja ele farmacêutico ou não – certas habilidades e conhecimentos “ (FREITAS, 2005, p.21).

Concordamos com Ramalho de Oliveira (2005) quando diz que essa prática é uma alternativa – senão a melhor delas – para que o farmacêutico possa aplicar todo o seu conhecimento técnico a fim de solucionar um problema real na sociedade: a morbi-mortalidade relacionada com o uso de medicamentos. Nessa perspectiva, compartilhamos com Freitas (2005) o entendimento sobre o que é a Atenção Farmacêutica, e é nesses moldes que adotamos essa prática no presente estudo.

“Um modelo de prática profissional que envolve a relação face-a-face entre farmacêutico e paciente, onde o primeiro se

responsabiliza pela satisfação das necessidades farmacoterapêuticas do segundo, guiado por uma filosofia de prática profissional, embasado em um método ou processo de cuidado específico e respaldado por um sistema de gestão de prática bem definido” (FREITAS, 2005, p.21).

A filosofia da Atenção Farmacêutica guia os comportamentos e define regras, papéis e responsabilidades do profissional, através de um conjunto de valores e princípios (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998). A premissa básica da filosofia dessa prática é a própria razão da existência da Atenção Farmacêutica satisfazer uma necessidade social. Assim, o profissional tem o compromisso contínuo de reduzir a morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos, e a responsabilidade de satisfazer as necessidades farmacoterapêuticas de cada um dos seus pacientes individualmente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998). Com o objetivo de atender ao paciente, o farmacêutico deve estabelecer uma relação terapêutica com o paciente, que deve ser tomado como um sujeito que tem conhecimentos, vontades, desejos e preferências. Esse sujeito deve ser respeitado e todas as ações do farmacêutico serão construídas à luz da consciência do paciente, foco do cuidado desse profissional. A Atenção Farmacêutica prima por uma lógica de produção em saúde colaborativa na qual o paciente participa ativamente da construção do seu plano de cuidado, e cabe somente a ele a palavra final acerca da sua farmacoterapia, uma vez que é justamente o paciente quem irá vivenciar as conseqüências desse processo (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Certamente que as informações de caráter científico devem embasar o direcionamento dessa prática, mas não se pode desconsiderar que nem sempre as conclusões de ensaios clínicos, ainda que rigorosamente conduzidos, podem não contemplar situações específicas de um paciente em particular dadas as razões vivenciais, psicológicas e socioculturais dos mesmos (GREENHALGH; KOSTOPOULOU; HARRIES, 2004). Nos dizeres de Morley (1993, p.146, *tradução nossa*), devemos “ir além dos muros da neutralidade ética e da imparcialidade científica” e reconhecer que um bom julgamento clínico transcende a ciência pura e passa antes pela sabedoria e as vivências acumuladas pelo paciente. Daí a importância de ver o medicamento enquanto instrumento contextualizado e mudar o foco de intervenção do medicamento para o paciente. Os recursos tecnológicos, os conhecimentos científicos não serão negados ou desprezados pela Atenção

Farmacêutica. Eles serão os meios e não os fins de uma intervenção na saúde. As tecnologias, tanto quanto os profissionais são instrumentos utilizados para melhorar a qualidade de vida das pessoas (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Outro componente importante da filosofia dessa abordagem é a compreensão do indivíduo em sua plenitude e não em partes. Uma visão integral do indivíduo requer considerar o contexto no qual ele vive e a sua autoridade na tomada de decisões na sua saúde (GREENHALGH; KOSTOPOULOU; HARRIES, 2004; MARTINS, 2004).

A relação estabelecida entre farmacêutico e paciente deve ser pautada pela confiança e o respeito mútuo entre ambas as partes. A construção de estratégias terapêuticas que sejam mais condizentes com o estilo de vida do paciente, será feita a quatro mãos: o farmacêutico com o conhecimento profissional e o paciente trazendo seu conhecimento adquirido durante sua vida e de suas experiências com medicamentos. Esse paciente quer ser ouvido, ser reconhecido e ter legitimadas suas queixas, seus medos e anseios por uma prática individualizada (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003). Vale uma observação: ouvir é diferente de escutar. A escuta é um preparo para se poder ouvir, este último pede abertura para entender o que o outro está querendo dizer. A empatia também é um elemento fundamental e requer viver e conhecer, sendo imprescindível para se entender a outra pessoa (GARCIA-CAMPAYO, 1995). A base para esse conhecimento é uma disposição para ouvir o que o paciente precisa falar e ter curiosidade sobre a experiência dessa pessoa.

A Atenção Farmacêutica é uma prática generalista, o que quer dizer que o farmacêutico deve assumir a responsabilidade de prover o mesmo padrão de cuidado a todos os pacientes, independentemente da doença, idade, gênero, classe social ou renda, (STRAND *et al.*, 2004.) Além disso é uma prática que pode ser realizada em vários cenários: hospitais, clínicas, centros de saúde, etc.).

Depois de compreender e incorporar a filosofia da Atenção Farmacêutica, o farmacêutico poderá aplicar seus conhecimentos. Para tanto, ele precisa aprender um processo cognitivo que lhe permita coletar as informações necessárias do paciente, identificar as necessidades farmacoterapêuticas e aliadas aos seus conhecimentos, efetuar julgamentos clínicos, tomando decisões construídas com os pacientes e documentando todas as intervenções (CIPOLLE; STRAND; MORLEY,

1998). Essas são atividades que compõem o método de cuidado da Atenção Farmacêutica, dividida didaticamente em três etapas: a avaliação inicial, o plano de cuidado e a avaliação de resultados, que embora estejam descritas separadamente, ocorrem de maneira cíclica e contínua durante todo o período de acompanhamento do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Na avaliação inicial o farmacêutico coleta dados demográficos, a experiência e uso de medicamentos, história clínica, hábitos de vida. Relacionando todas essas informações o próximo passo é identificar se existe algum PRM para isso é preciso seguir um processo racional de tomada de decisão, próprio da Atenção Farmacêutica que envolve a avaliação da farmacoterapia numa seqüência lógica de prioridades. Primeiro é preciso identificar se cada medicamento utilizado é realmente apropriadamente indicado, depois se ele for indicado é preciso avaliar se o medicamento é efetivo para o problema de saúde em questão. A próxima avaliação será do quesito segurança e só depois de se certificar que todos os medicamentos usados são apropriadamente indicados, efetivos e seguros é que o farmacêutico irá avaliar a adesão do paciente ao tratamento proposto.

Identificados os PRM e documentada a avaliação inicial, a segunda etapa do método é a elaboração do plano de cuidado para cada condição médica que esteja sendo tratada, ou que possa vir a ser tratada com medicamentos. Nessa etapa, farmacêutico e paciente estabelecem metas em conjunto, o tempo necessário para atingi-las e as intervenções que serão implementadas. A última etapa do método de cuidado da Atenção Farmacêutica trata-se da avaliação destas intervenções e a verificação do surgimento de algum outro PRM.

O último elemento que fundamenta a prática da Atenção Farmacêutica é o seu sistema de gestão, que constitui a chave do seu sucesso e inclui todo o suporte requerido para oferecer tal serviço de modo eficiente (FREITAS, 2005). Inclui uma descrição clara do serviço prestado, a descrição dos recursos necessários, tanto físicos quanto humanos e financeiros. Os modos de avaliação do serviço e a forma de reembolso que dê um suporte financeiro ao serviço também devem ser contemplados na gestão da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; 2004).

3 JUSTIFICATIVA

A assistência médica nos países ocidentais é fortemente caracterizada pela medicalização mercantilizada (SEVALHO, 2003). O medicamento representa um instrumento terapêutico altamente prevalente e impactante. A utilização desse, apesar de visar à melhoria da qualidade de vida dos pacientes, também pode ocasionar prejuízos à saúde (VIEIRA, 2007). Vários fatores podem influenciar os rumos do tratamento medicamentoso, dentre eles pode-se destacar a qualidade intrínseca ao produto, adequação da prescrição e fatores relacionados ao uso de medicamentos pelos pacientes (HEPLER; STRAND, 1990). O resultado de tudo isso pode ser positivo ou aumentar a morbi-mortalidade relacionada aos medicamentos, que tem sido demonstrado em vários trabalhos (HEPPLER, 2000; HEPLER; STRAND, 1990; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; 2004; PATEL; ZED, 2002; SWEENEY, 2002). Essa é uma necessidade social que precisa ser atendida, e a prática da Atenção Farmacêutica foi concebida com o intuito de atender essa demanda.

Ao mesmo tempo, a ESF vem atingindo níveis de cobertura cada vez mais elevados no país e incorporado à suas metas ela traz consigo o princípio da integralidade das ações em saúde. Corroboramos a opinião de Almeida e Mishima (2001), que afirmam que para prover um cuidado integral à saúde das pessoas a composição da equipe básica da saúde da família deve ser repensada e ampliada. Além disso, as práticas produtivas de trabalho devem ser pautadas na colaboração mútua entre os profissionais e iluminada pela perspectiva da interdisciplinaridade (BONALDI, *et al.*, 2007; LOPES; HENRIQUES; PINHEIRO, 2007).

Acreditamos que esse é o momento oportuno para discutirmos a inclusão do farmacêutico, que traz a prática da Atenção Farmacêutica para a ESF, pois entendemos que é direito do cidadão receber uma atenção integral e que essa somente poderá ser alcançada através de uma equipe multiprofissional. Essa proposta tem muito a contribuir para uma abordagem integral do usuário, uma vez que o profissional da Atenção Farmacêutica tem o paciente como o foco de suas ações e o aborda como um ser único. Dessa forma, o farmacêutico busca

compreender as necessidades do paciente e tem como meta resolver problemas relacionados à farmacoterapia do mesmo. Assim, a pesquisa proposta tem o objetivo de revelar a experiência da equipe da saúde da família frente a Atenção Farmacêutica. Entendemos que problematizar como ocorre a inserção do farmacêutico num cenário raramente freqüentado por esse profissional poderá trazer um estímulo ao trabalho do farmacêutico na atenção primária em outros cenários. Além disso, esperamos que esse trabalho possa contribuir para as discussões da produção do trabalho em equipe e aprimoramentos à formação tradicional do farmacêutico.

4 MARCO TEÓRICO – O PERCURSO METODOLÓGICO

Nesse capítulo serão descritas as características metodológicas do trabalho, a referência geográfica do local pesquisado e os procedimentos e processos adotados desde a amostragem até a análise e elaboração dos resultados.

A escolha do método de investigação é uma das etapas mais importantes da pesquisa e deve ser pautada principalmente na natureza do objeto em estudo. Outros fatores também importantes são o conhecimento previamente produzido sobre o assunto, as características dos informantes e as habilidades do pesquisador (MORSE, 1995).

Nesse trabalho, o objetivo é compreender a experiência dos demais profissionais da ESF frente ao farmacêutico na prática da Atenção Farmacêutica. A experiência e o saber da experiência que dela deriva têm a ver com a elaboração do sentido ou do sentido do que acontece a alguém (BONDÍA, 2002). Sendo assim, compreender uma experiência é buscar os significados atribuídos a ela e assim revelar a estrutura da mesma. A experiência pertence ao terreno do subjetivo, envolvendo crenças, motivações e valores. Para acessar tais informações temos de lançar mão de um instrumento de pesquisa que nos permita transitar no terreno da subjetividade e a abordagem qualitativa surge como uma maneira apropriada para tratar da revelação deste fenômeno, que ultrapassa a realidade objetiva (MINAYO, 1994; TRIVIÑOS, 1987).

A metodologia do paradigma qualitativo não se opõe à pesquisa quantitativa, em verdade ela surge como uma tentativa de legitimar a estreita relação que existe entre o pesquisador e o pesquisado e buscar compreender os fenômenos à luz de uma ciência que assuma que a realidade dos fenômenos humanos é complexa demais para ser explicada por deduções matemáticas (GARNICA, 1997).

4.1 O paradigma qualitativo

O paradigma quantitativo positivista, historicamente predominante na ciência atual busca a compreensão da realidade pelo rigor da neutralidade da ciência. Assim o pesquisador, na tentativa de causar influências no objeto pesquisado deve manter uma postura neutra e afastar-se do objeto. A dedução de expressões matemáticas permite formalizar a explicação dos eventos estudados, trazendo por consequência a possibilidade de generalização desses achados, desde que estejam dentro dos limites de flexibilidade permitidos pelas mesmas expressões matemáticas (MARTINS, 2004; BOYD, 1999; DEMPSEY, 2000). O paradigma quantitativo positivista tem como característica o valor preditivo dos acontecimentos, através das relações de causa e efeito, num movimento de controle da realidade. Esse paradigma não leva em consideração que a realidade tem uma dimensão objetiva mas que também tem uma dimensão subjetiva, pois um objeto só é um objeto a partir do momento em que assim é considerado por um homem (TRIVIÑOS,1995).

Nesse trabalho pretendi entender como é para os membros das equipes da saúde da família vivenciar o processo de inserção da Atenção Farmacêutica no CSSJ. Trata-se de um trabalho que se situa totalmente num contexto de geração de hipóteses, e não de testar hipóteses (LEFÈVRE, 1991). Essa metodologia tem como premissa a multidimensionalidade da realidade, a sua subjetividade e o fato de que a definição dessa realidade vem das próprias pessoas que a vivenciam, onde a compreensão dessa vivência é chamada “fenômeno social” (PERINI, 1998; DEMPSEY; DEMPSEY, 2000; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003).

Na pesquisa qualitativa os dados são palavras, trechos das falas das pessoas envolvidas na pesquisa, pois o foco é justamente a experiência dessas pessoas. O objetivo é explorar o significado que essas pessoas atribuem à essa experiência no seu dia-a-dia. O pesquisador tem contato direto com os participantes do estudo e mantém um alto nível de envolvimento junto a eles (MINAYO, 1999). Os resultados na pesquisa qualitativa não são conclusivos, uma vez que descreve uma das perspectivas dessa realidade múltipla e complexa. Em verdade a pesquisa culmina

numa “construção de resultados, posto que compreensões, não sendo encarceráveis, nunca serão definitivas” (GARNICA, 1997).

A dimensão humanística da realidade é construída no terreno da subjetividade, subjetividade esta que pode comprometer os resultados estatísticos da pesquisa positivista e por esse mesmo motivo tende a ser afastada das pesquisas feitas nessa vertente. É assim que quando tratamos da compreensão de fenômenos humanísticos podemos ver que se cria uma lacuna nessa trajetória. Acumular conhecimentos sobre certos fatos não contribuem para nosso entendimento sobre o que realmente significa vivenciar esses acontecimentos (DEMPSEY, 2000). Entendendo que fatos são episódios isolados da experiência humana e que os acontecimentos estão relacionados ao que transforma a experiência humana (AMATUZZI, 2001), a pesquisa qualitativa surge exatamente para conectar os fatos aos acontecimentos.

Na perspectiva qualitativa a realidade é complexa, formada tanto de aspectos objetivos que são perceptíveis pelos nossos sentidos como as pessoas e os objetos, quanto por aspectos subjetivos que modelam ‘o que vemos’ a partir das percepções, dos sentidos e significados abstraídos do que é palpável (MINAYO, 2000). A realidade não é pautada apenas nas pessoas ou objetos, ela é concebida a partir da trama que emerge dia após dia das interações entre estes. O pesquisador, ao interagir com os informantes no contexto onde as relações são estabelecidas, percebe os achados da pesquisa e lhes confere a devida relevância. Esse deve estabelecer uma relação de confiança com os participantes, para isso é interessante que o contato com os participantes seja intenso. Por se tratar de uma pesquisa altamente contextualizada, onde o investigador participa freqüentemente do dia-dia ou dos informantes, no ambiente ‘natural’ desses informantes, ela é também chamada de pesquisa naturalista.

Segundo Pope e Mays (1995) a pesquisa qualitativa deveria ser um componente essencial da pesquisa em saúde, não apenas por acessar regiões não atingidas pela pesquisa quantitativa, mas também porque é um pré-requisito para uma abordagem qualitativa, principalmente em áreas pouco investigadas. Serapioni (2000) afirma que a pesquisa qualitativa tem a capacidade de fazer emergir novos aspectos da

realidade estudada, de ir fundo ao significado e estando na perspectiva do sujeito pode desvendar novos nexos e compreender significados quando o objeto do estudo não é bem conhecido. Através do paradigma qualitativo podemos entender como ‘as coisas acontecem’ e delinear a realidade relatada pelos participantes da pesquisa. Os dados são palavras, obtidas por relatos de informantes e descrições minuciosamente detalhados do observador.

Dentro desses parâmetros iniciais, a pesquisa qualitativa pode ser realizada em várias modalidades: etnografia, pesquisa-ação, a fenomenologia, entre outras. Essa busca em compreender a experiência humana, buscar o significado das vivências, me aproximou da vertente fenomenológica da pesquisa qualitativa. E tendo em vista que os objetivos propostos transitam no terreno da compreensão, do desvelamento de experiências, optei pela fenomenologia, mais precisamente a fenomenologia de cunho hermenêutico para fundamentar o caminho metodológico deste trabalho.

4.2 A fenomenologia

A fenomenologia é um movimento cujo objetivo é a investigação direta de fenômenos, sem teorias prévias sobre eles, nem explicação causal, tão livre quanto possível de pressupostos e preconceitos (BICUDO, 2000). Ela busca “ir às coisas mesmas” e pretende assim clarificar os conceitos fundamentais da realidade das coisas do mundo, buscando transcender a ingenuidade, que é exatamente “a convivência pacífica com o não justificado” (GARNICA, 1997).

A fenomenologia é descrita como a corrente metodológica que estuda os fenômenos, e estes nascem da relação dialética entre sujeito e objeto, pois seu sentido pertence em parte à realidade e em parte a quem este objeto se mostra (FREITAS, 2005). Dessa forma, a outra metade dialética contida no ser humano que confere sentido às coisas é condição fundamental para a existência das mesmas (Heidegger, 1999). A fenomenologia pretende explorar as várias possibilidades da experiência humana nos diferentes contextos e as formas como as mesmas podem ser descritas.

Tratando-se de fenômenos humanos, a maneira mais direta de acessá-los é através da linguagem. Na linguagem o que se busca é uma depuração dos significados das palavras que com o uso e o tempo vão se obscurecendo (GARNICA, 1997). A fenomenologia em Heidegger ganha a roupagem da hermenêutica, onde ficam estabelecidas que, nessa procura em clarificar os conceitos da realidade é preciso clarificar a linguagem para apreender o sentido da existência humana (GARNICA, 1997). O ser é existencial e primordialmente afetividade, comunicação e compreensão. Daí a busca pela apreensão do significado das palavras e a importância da hermenêutica. É nesse contexto que a fenomenologia não pode se limitar apenas à descrição do fenômeno e sim buscar os significados a ele atribuídos. O homem percebe-se e torna-se humano no contato com outros humanos, afetado pelo que desse convívio descortina. O ato de descortinar é voltar-se atentamente para o que se pretende compreender, interrogando (GARNICA, 1997).

A fenomenologia busca a experiência vivida, que se inscreve minimamente na consciência e se refere ao que sentimos, a como avaliamos diretamente aquilo que nos acontece, antes que possamos elaborá-lo, pensá-lo ou associá-lo a conceitos ou valores (AMATUZZI, 2001). O processo de busca pelo vivido sempre é uma busca ao passado, visto que a experiência original desaparece irrevogavelmente quando nossa atenção se volta para ela, justamente porque deixa de ser “ingênua” (VAN DER LEEUW, 1964; VAN MANEN, 1990; GARNICA; 1997). Dessa forma, não temos acesso direto ao vivido. Toda tentativa de acesso à experiência vivida constitui, de certa forma, um modo de apreender o significado dela tanto pelo sujeito que a vivenciou, quanto pelo pesquisador que procura compreendê-la (AMATUZZI, 1996; FREITAS; 2005). A busca pela essência da experiência, em oposição à aparência, é inalcançável e inicia-se ao interrogarmos suas manifestações. Esse processo onde se têm como objetivo delinear a estrutura da experiência vivida certamente possibilita compreensões aprofundadas acerca do fenômeno investigado.

Os fenômenos nunca são compreendidos antes de serem interrogados (GARNICA, 1997). O ato de questionar as manifestações nos coloca em posição de abertura, de olhar atentamente para aquilo que se deseja compreender, sem teorias apriorísticas, mas com o desejo de desvendar um fenômeno que não é conhecido. Essa atitude é,

portanto, dialógica, intersubjetiva e contextual pois depende que o pesquisador se volte para o fenômeno e deixe que este se mostre em seus termos.

No nosso dia-a-dia percebemos o mundo “ingenuamente”, pois agimos segundo a chamada ‘atitude natural’. Nessas circunstâncias estamos olhando o que se passa diante nossos olhos. Mas olhar o que se passa não é o suficiente para enxergar, desvelar o que acontece ao nosso redor. Para isso o fenomenólogo tem de mudar de atitude, deve questionar o quê se mostra a ele, e não dar as coisas como dadas. O pesquisador deve suspender seus sentimentos, suas pré-concepções a fim de se “surpreender” e admirar o que se mostra através de uma postura essencialmente curiosa e interessada. Certamente não será possível se desfazer de todo o conhecimento nem de todos os sentimentos em relação ao que se deseja compreender. Mas todo esse arcabouço de pré-concepções que o investigador tem deve ser explicitado, pois tendo consciência dele o pesquisador pode identificar o que se trata de pré-concepções e o que se trata de fenômeno estudado. Assim será possível deixar que o fenômeno se revele tal como é, em sua plenitude (VAN MANEN, 2002). Esse processo, que é contínuo e acontece durante todo o processo de pesquisa, é chamado de redução fenomenológica.

A redução hermenêutica propõe a superação dos nossos sentimentos, preferências ou inclinações que possam nos induzir a ter falsas conclusões sobre a experiência em estudo. A redução metodológica inclui ‘colocar entre parênteses’ todos os métodos de inquérito já estabelecidos e procurar ou adaptar uma abordagem para que seja a mais apropriada possível ao estudo fenomenológico em questão (VAN MANEN, 1990). Este autor propõe as seguintes etapas para direcionar o pesquisador, as quais foram seguidas nessa pesquisa.

- Voltar-se sempre para a natureza da experiência vivida: é preciso ter como foco que a experiência vivida é o cerne da pesquisa fenomenológica. O pesquisador deve sempre se orientar para buscar os acontecimentos que marcaram a experiência dos sujeitos da pesquisa.
- Investigar a experiência tal como ela foi vivida, e não as concepções que são feitas com base nela. Para isso o pesquisador deve mergulhar em totalidade

no mundo-da-vida dessas pessoas. Nesta pesquisa o contato desenvolvido com os sujeitos da pesquisa foi intenso e duradouro realizado através da observação participante.

- Buscar os temas essenciais que identificam o fenômeno, diferenciando assim a aparência da essência.
- Descrever o fenômeno através da arte de escrever e reescrever, expor a fala, o discurso e o observado através da escrita.
- Manter uma relação forte e orientada com o fenômeno, procurando não se limitar na superficialidade dos fatos e sim buscar os significados mais profundos da experiência dos sujeitos.
- Equilibrar o contexto da pesquisa considerando as partes e o todo, em vários momentos da pesquisa é preciso que o pesquisador pare, olhe e reflita, a fim de coordenar os seus achados com o restante dos resultados e entender como as partes se articulam com o todo. É um processo característico da pesquisa qualitativa: a análise corre paralelamente ao processo de coleta de dados.

4.3 O processo de investigação

4.3.1 O local da pesquisa e entrada em campo

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde São José (CSSJ), localizado no bairro São José, Distrito Sanitário Noroeste em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esta unidade está situada nas proximidades do Anel Rodoviário, Avenida Pedro II e a Avenida Abílio Machado. Imediatamente ao lado do centro de saúde situa-se a Vila São José, onde vivem aproximadamente 12.000 habitantes, que em sua maioria possuem baixo poder aquisitivo e são atendidos nesta unidade. A outra parte da população é residente no bairro São José e proximidades.

O CSSJ conta com cinco equipes de saúde da família, nas quais atuam seis enfermeiras, uma ginecologista, uma pediatra, um psiquiatra, dois médicos do PSF e dois médicos de apoio, um na clínica pediátrica e o outro na clínica médica. A unidade conta com uma equipe de odontologia, serviço social, psicologia. A equipe

conta também com cerca de vinte ACS e dez auxiliares de enfermagem e odontologia.

A preparação para a entrada em campo ocorreu através de reuniões com membros da secretaria municipal de saúde, sendo que grande parte destes integrantes pertenciam ao distrito noroeste. A primeira reunião foi realizada no dia 17 de março de 2006 e nela foram discutidas questões como o local da pesquisa e as atividades a serem desenvolvidas pelos estudantes de Farmácia.

A equipe de farmacêuticos que ofereceu a Atenção Farmacêutica foi formada por oito estudantes do curso de Farmácia, três farmacêuticas voluntárias e uma farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Essa equipe se revezou ao longo de dois anos e esteve na unidade entre três a cinco dias na semana a fim de ocupar um período de trabalho com média de 30 horas semanais.

O serviço de Atenção Farmacêutica foi introduzido no CSSJ no início de 2006. A minha entrada em campo ocorreu no dia 08 de abril de 2006 com o objetivo inicial de conhecer a equipe de trabalho e iniciar o processo de observação. Foi feito um reconhecimento do fluxo de cada uma das atividades, conhecendo os setores do centro de saúde como, por exemplo, o acolhimento, a farmácia, o setor de marcação de consultas, coleta de amostras biológicas e sala de emergência. Além disso, nessa etapa foi definido o local e o horário onde os farmacêuticos prestariam o atendimento. A etapa inicial teve duração de aproximadamente seis semanas. Desde o início dessa etapa eu realizei observação de campo e registrei anotações em diário de campo.

Como se tratava de um serviço novo, era preciso que houvesse um fluxo para encaminhamento de pacientes. Inicialmente, várias estratégias foram tomadas a fim de conseguir estabelecer esse fluxo. Alguns farmacêuticos, participantes do projeto, se inseriram no acolhimento, juntamente com o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem. Outros foram para a farmácia para tentar identificar os pacientes que poderiam ser beneficiados pela Atenção Farmacêutica.

Além dessas tentativas foi elaborado um folder explicativo sobre o Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF), onde era indicado o perfil dos pacientes que poderiam ser beneficiados pelo serviço. A partir desse momento a marcação de consultas aumentou, e aumentou também a visibilidade do serviço com os profissionais que lá trabalham. Além disso, foram realizadas outras atividades em que a equipe de farmacêuticos oferecia palestras a respeito de problemas de saúde específicos (asma, hipertensão e diabetes) onde o SAF sempre era explicado e os pacientes eram estimulados a agendar suas consultas.

4.3.2 A seleção dos entrevistados

A seleção dos entrevistados na pesquisa qualitativa não é feita baseada em considerações numéricas. O investigador, através de um processo indutivo, seleciona as pessoas-chaves, que possuam um conhecimento especial sobre o fenômeno a ser estudado (MORSE, 1995). O número de informantes é conhecido somente durante o percurso da investigação e obtido com base no critério de saturação, ponto no qual as informações vão se repetindo e não surgem categorias diferentes de conhecimento.

Neste estudo pretendeu-se abordar todos os profissionais inseridos na equipe da ESF – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – que tivessem necessariamente um maior envolvimento com o serviço de Atenção Farmacêutica. O processo de seleção dos entrevistados resultou na seleção de dez profissionais, sendo dois enfermeiros, um auxiliar de enfermagem, três agentes comunitários de saúde e quatro médicos.

4.3.3 Coleta de dados

Dentro do paradigma qualitativo é importante a imersão do pesquisador dentro do ambiente onde o estudo é realizado. Dessa forma, eu fiz parte da equipe de farmacêuticos que ofereceram a Atenção Farmacêutica no CSSJ. Adotando esta estratégia, os dados foram coletados através de dois métodos: observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Essas técnicas são complementares entre si e não se opõem (MINAYO, 1992).

O fato de fazer parte do dia-a-dia de trabalho dos sujeitos pesquisados é uma condição fundamental para a apreensão da realidade estudada

“uma vez que o sentido e a interpretação que os atores sociais dão ao mundo com base no contexto simbólico dentro do qual vivem, isto é, do seu mundo da vida, só se apresentam ao pesquisador "de dentro", se ele estabelecer com os atores sociais, uma interação mediada pelo entendimento lingüístico” (MELLO; FARIA; MELO, 2005).

Assim, eu compus o corpo de farmacêuticos que ofereciam o serviço de Atenção Farmacêutica e pude vivenciar ativamente todo o processo de implementação do serviço. Isso me possibilitou um contato importante e duradouro com os sujeitos da pesquisa. Por outro lado, essa proximidade também trouxe dificuldades no momento em que se fazia necessário o processo de abstração da realidade. Nesses momentos, foi importante parar e me afastar do objeto estudado. Toda a coleta de dados sempre foi guiada pela redução fenomenológica onde foi importante olhar atentamente o que acontecia e compreender a perspectiva dos sujeitos do estudo. Este foi um processo contínuo, cujo objetivo sempre foi “colocar entre parênteses” os pré-conhecimentos a respeito do que estava sendo observado.

4.3.4 Entrevista

A entrevista semi-estruturada é ferramenta importante para o desvelamento da estrutura do objeto. Nela o pesquisador deve permitir que o entrevistado se apresente em seus termos e conte a sua “estória” (MORSE; FIELD, 1995).

O roteiro da entrevista é o facilitador do diálogo, ele permite a ampliação e o aprofundamento da comunicação (MINAYO, 1992). Deve ser constituído de itens que possibilitem o delineamento do objeto e contribuam para emergir a visão, os juízos, e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto do ponto de vista dos interlocutores (MINAYO, 1992). No Anexo A segue-se o plano do tópico-guia para as entrevistas.

É importante que o pesquisador esteja atento a tudo que se passa com o entrevistado e anote no diário de campo os aspectos subjetivos da entrevista, como

gestos, tons de voz, expressões faciais, etc. Essas informações foram posteriormente entremeadas às falas dos informantes após a transcrição, uma vez que todas as entrevistas formais foram gravadas. Assim, acreditamos que conseguimos obter um quadro mais fidedigno da entrevista para analisá-la melhor, a fim de chegar mais próximo à experiência vivida do entrevistado. As entrevistas informais que representam conversas no dia-a-dia com os profissionais foram anotadas no diário de campo e depois foram cuidadosamente analisadas.

4.3.5 Observação participante

A utilização dessa técnica requer atenção e perspicácia do pesquisador para selecionar as situações que sejam significativas para o delineamento do objeto estudado. Todas as manifestações relevantes dos atores envolvidos foram anotadas e posteriormente detalhadas no diário de campo. Conversas, gestos, expressões faciais são componentes dessas manifestações e contribuem para descrever a riqueza dos acontecimentos.

4.3.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG em 10/06/2005, e foi aprovado como um adendo do Projeto “Programa Saúde da Família e Atenção Farmacêutica: o processo de construção da prática e a experiência vivida dos atores envolvidos” projeto de pesquisa coordenado pela profa. Djenane Ramalho de Oliveira.

Todos os entrevistados na pesquisa receberam esclarecimentos verbais e escritos a respeito da natureza da participação na pesquisa. Foram repassadas informações que deixaram os sujeitos da pesquisa livres para participar do processo ou interrompê-lo no momento em que quiseram. Todas as fitas utilizadas nas técnicas de pesquisa foram destruídas após a transcrição das mesmas e a identidade de todos os informantes foi devidamente preservada. Os termos de consentimento livre e esclarecido se encontram no Anexo B dessa dissertação.

4.3.7 O rigor

O desenho da pesquisa foi criteriosamente sistematizado, contemplando sua coleta de dados, interpretação e relato dos dados. O objetivo da verificação do rigor é descobrir se os dados obtidos na pesquisa representam a realidade e produzem uma explicação coerente e plausível sobre o fenômeno em estudo. Esse processo não é fácil e para executá-la existem vários métodos que utilizamos para nos auxiliar. Todos têm o mesmo objetivo, com o diferencial de se complementarem (MINAYO,1992). A seguir estão as técnicas usadas no presente trabalho.

- Coleta de dados rica e densa: esse processo consiste em obter informações em quantidade e profundidade suficiente para suprir os objetivos da pesquisa (POPE, MAYS, 1995). Essa é uma maneira de se alcançar a transferabilidade da pesquisa. Transferabilidade é a possibilidade de que os achados da pesquisa possam ser utilizados em outros cenários semelhantes. Dessa forma a pesquisa pode ser utilizada como fonte de parâmetros para outras situações, ainda que não sejam exatamente idênticas às descritas na pesquisa (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003).
- Consistência interna: é um método que consiste em reformular perguntas que possibilitem questionar o entrevistado novamente sobre um mesmo tema e tem como objetivo confirmar respostas já fornecidas anteriormente.
- Triangulação: é um método comparativo onde os dados obtidos através da observação participante foram comparados aos obtidos pelas entrevistas semi-estruturadas, verificando se os temas que surgiram em um dos métodos também foram encontrados no outro.

4.3.8 A análise dos dados

À medida que o processo de coleta de dados vai ocorrendo através de entrevistas, informações do diário de campo e observação participante, o pesquisador obtém uma quantidade de dados que precisam ser organizados. As entrevistas gravadas e transcritas foram lidas e relidas um após o outro. Deve-se tomar como

direcionamento que cada parte leva ao entendimento do todo, assim como esse leva ao entendimento das partes em si (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003).

O processamento das entrevistas e das anotações em diário de campo resultou na elaboração de um texto. Em cada entrevista lida foram marcados os trechos ou frases que eram consideradas significativas ou que se repetiam ao longo do texto. Depois uma nova leitura foi feita, desta vez com o intuito de selecionar as frases que se destacaram entre todas as pré-selecionadas. As idéias contidas nessas frases originaram as unidades de significado, que foram organizadas em sub-categorias, de acordo com semelhanças ou diferenças entre elas. As sub-categorias foram novamente organizadas formando-se as categorias de análise que compõem este estudo (MORSE;FIELD,1995).

A construção dos resultados é sempre contínua e cíclica, e foi feita através da produção do texto fenomenológico, entremeando as falas dos sujeitos participantes da pesquisa à minha análise fenomenológica-hermenêutica.

5 A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS.

A construção dos resultados culminou com a identificação de três categorias:

1. “Falando de dificuldades... uma lacuna no serviço”
2. “Ao encontro da Atenção Farmacêutica”
3. “As relações entre os profissionais”.

5.1 Falando de dificuldades... uma lacuna no serviço

Antes de retratarmos a experiência dos profissionais com a prática da Atenção Farmacêutica é preciso deixar claro de que ambiente estamos falando. E esclarecer as dificuldades enfrentadas por essas pessoas, assim como a forma que escolhem para lidar com essas dificuldades.

A primeira delas trata-se da forma como esses profissionais lidam com os pacientes. Um tipo de relação bem pontuada pela ‘falta de tempo’ e marcada pela frustração de um modelo de cuidado impermeável ao paciente no seu cotidiano. Essa característica leva os profissionais a refletirem e a se indignarem com a fragilidade e ineficácia desta relação, que se deseja terapêutica, até então praticada neste cenário.

A segunda descreve como a equipe do PSF vivencia os problemas relacionados ao uso de medicamentos. E como os mitos, as crenças e a formação técnica dessa equipe influenciam seu dia-a-dia de trabalho e conseqüentemente na saúde das pessoas que são atendidas na unidade.

5.1.2 “Uma humilhação com o doente”:

Um colapso na relação médico-paciente?

Antes de comentarmos a relação médico-paciente propriamente dita, voltaremos primeiro as raízes da ciência. Raízes estas que estão intimamente ligadas à problemática em questão. A ciência caracteriza-se, desde seus primórdios com Aristóteles, como um conhecimento que se propõe a ter a capacidade de generalização, isto é de um conhecimento universalizado (MARTINS, 2004). Mas,

tenhamos cuidado, a ciência não é universal, ela tem um caráter de generalização relativa que vale para um determinado universo, mas que não é extensível a todo ele. O núcleo duro da ciência positivista é o modelo matemático que imputa reduções nas pesquisas científicas, e depois formaliza numericamente a extensibilidade dos achados científicos. A grande confusão é feita quando pensamos que seguir formalismos matemáticos, de métodos pré-estabelecidos dos reducionismos científicos é o mesmo que dizer a verdade (MARTINS, 2004). Se tomada desta forma, a ciência se transforma num dogma, um oráculo que revela a verdade sobre o objeto estudado.

A medicina, construída historicamente à luz da ciência positivista, trouxe inegavelmente grandes benefícios à saúde da humanidade. O desenvolvimento da bioquímica, microbiologia e da farmacologia entre outras disciplinas contribuíram enormemente para o crescimento e fortalecimento de um modelo biomédico (CAPRARA, RODRIGUES 2004; FREITAS, 2005). Porém esse mesmo caráter científico, sempre baseado em evidências, reveste a própria medicina de uma característica de neutralidade e imparcialidade diante das determinações sociais da doença, o que acaba distanciando o profissional das necessidades do indivíduo e também da coletividade (MENESES E ROCHA, TRAD,2005) .

O resultado que se tem observado é uma relação em que o médico desconsidera aspectos da história de vida do paciente e prescreve formas de cuidado que se tornam ineficazes, pois são impermeáveis às dimensões psico-sociais e culturais das concepções de saúde, doença e cuidado (ALVES, 2005; ALVES, NUNES, 2006; FREITAS,2005).

O modelo biomédico, que influencia a prática e as atitudes de vários profissionais, vê o homem como uma máquina em que as peças dessa máquina formam o corpo humano e onde a doença é vista como o mal funcionamento de uma dessas peças (FREITAS, 2005; ALVES NUNES, 2006; MARTINS,2004). O tratamento é direcionado para a doença, e não mais para o paciente, uma vez que o foco do modelo biomédico é o processo fisiopatológico e é para ele que a medicina direciona seus esforços (FREITAS, 2005).

A determinação da doença passa então por uma busca minuciosamente tecnicista de determinantes biológicos, objetivos e mensuráveis que adquirem papel fundamental para confirmar a veracidade da patologia (FREITAS, 2005). Mas que verdade é esta? O paciente só percebe a doença através do impacto que esta imprime no seu cotidiano (FREITAS, 2005), mas é justamente a fala do paciente, carregada de aspectos psicológicos, eventos sociais e culturais, que é considerada pouco significativa e não é levada em consideração na anamnese médica (ALVES, NUNES, 2006; FREITAS, 2005; CAPRARA, RODRIGUES, 2004). Trata-se de uma relação assimétrica onde o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente é excluído (CAPRARA, RODRIGUES, 2004). Mas esses desencontros ocorrem também porque o médico se priva de acessar o corpo de conhecimentos e de significados que o paciente traz sobre os seus problemas de saúde (ALVES, NUNES, 2006) e assim médicos e pacientes vão caminhando em sentidos opostos.

Uma relação terapêutica mal construída, ou a falta dela, dificulta as trocas de informações entre o profissional e o usuário. O paciente acaba tendo dificuldades para interagir com o profissional que está do outro lado da mesa, e não são raros os casos onde o próprio paciente subestima suas queixas omitindo informações importantes. Essa deficiência no diálogo entre médico e paciente já foi identificado pelas autoras Alves e Nunes (2006). As informações não acessadas pelos profissionais podem determinar os rumos do cuidado para o indivíduo e o entendimento do usuário sobre sua própria doença ou seu tratamento pode ficar prejudicado (CAPRARA, RODRIGUES, 2004). Essa é uma realidade compartilhada pela equipe de saúde neste estudo.

“Porque os usuários, não todos, mas na minha visão eu creio que mais de 80% das pessoas não consegue perceber ou captar o que a gente fala”. Médico Pinheiro

“Tem muito aquela coisa né, o jaleco branco, a receita e o remédio. Entendeu? Agora, o senhor Raimundo não conhecia o doutor, não conseguiu interagir com ele. Ele não entende o que tá escrito na receita e nem sabe o quê que ele tá tomando e nem o porquê”. Auxiliar de enfermagem Maurício

“Ela não me falou das dores no peito, pra ela isso não era importante e então não me falou nada ! Tive que perguntar de várias formas, até ser bem objetiva: Pontadinha no peito num sente não ?”. Médica Rosa

A equipe reconhece que médicos e pacientes não ‘falam a mesma língua’, eles não estão no mesmo plano. Falta habilidade para que o médico possa pensar o paciente em sua totalidade bio-psico-social (CAPRARA, RODRIGUES, 2004). A clientela destes profissionais mora em uma região de extrema pobreza, onde a fome, a miséria, a violência de todos os tipos, o analfabetismo e a falta de saneamento básico formam o cenário onde eles vivem.

“O usuário sai do consultório com dúvida e ele procura quem tiver na frente para responder... primeiro ele não sabe ler, aí ele sai com um monte de papel e ele vai me perguntar o que é receita e o que é exame... Aí eu orientei como é que faz os exames e orientei quanto a questão da receita. Aí eu perguntei: você entendeu como é que vai tomar o remédio? ‘ Entendi.’ Como é que vai tomar o remédio? Ele não sabia (Suspira, levanta as sobrancelhas e range os dentes espremendo um sorriso. O tom da voz é de decepção e resignação ao mesmo tempo). E normalmente você consegue fazer isso uma ou outra vez, não é sempre. Muitas vezes, muitas vezes o usuário sai do posto sem eu perguntar se ele entendeu a receita”. Enfermeira Cláudia

O contexto de vida dessas famílias é bem difícil, pontuado pela opressão social e a falta de um eixo estruturante no ambiente familiar. O que demonstra que a dificuldade de entendimento também sofre grande influencia do contexto de vida do paciente. Independente qual seja este contexto isso requer do profissional de saúde um olhar mais minucioso sobre os aspectos que o paciente vivencia no seu cotidiano.

Na consulta médica falta espaço para que o paciente se mostre em seus termos, os profissionais de saúde apresentam dificuldade de ter olhar ultrapasse os aspectos biológicos da doença e quando o paciente inicia um discurso subjetivo o profissional descarta essas informações pois não as consideram importantes (CAPRARA, RODRIGUES 2004; FREITAS, 2005; MARTINS,2004; MENESES E ROCHA, TRAD,2005). A crença na ciência leva o médico que dela anui a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença e relega ao segundo plano o interesse pela experiência e a subjetividade do doente (CAPRARA, RODRIGUES, 2004; FREITAS, 2005; MARTINS, 2004). Existe um padrão de postura do profissional positivista, organicista e cientificista que considera que o paciente não tem autonomia (MARTINS, 2004). Quando recortamos essa relação para o ambiente do SUS isso fica ainda mais claro, pois os pacientes, que não têm suporte financeiro e

nem estudo superior, são excluídos do 'nicho cultural' dos profissionais de saúde , (MARTINS, 2004). O médico Pinheiro nos dá pistas de como ele lida com certos problemas levantados pelos pacientes, denunciando a indiferença e o descaso frente às dificuldades a ele apresentadas.

“Quando o paciente chega pra mim e fala que o medicamento tá dando uma reação aí é que é bom! Eu aproveito e falo pra ele ficar tranqüilo!!(simulando uma conversa com o paciente, sorriso no rosto, peito estufado, falando despojadamente) ‘Não precisa se preocupar pois se o remédio já está até fazendo mal é porque também já está funcionando !’ risos....médico Pinheiro, Diário de Campo

Apesar de ter acesso às queixas do paciente, o médico não dá importância a elas. Ele faz uso do conhecimento científico, através de um raciocínio questionável, pois, o fato de um paciente experimentar uma reação adversa medicamentosa não implica que ele esteja sendo beneficiado pelos fins terapêuticos do medicamento. Além disso, com essa postura o paciente se vê encurralado e obrigado a utilizar o medicamento prescrito. Diante deste problema, por mais que Pinheiro insista em não dar importância à queixa do seu paciente, ele parece estar se deixando levar por um caminho perigosamente 'ingênuo', para não dizer perverso. O paciente pensa e tem sua própria racionalidade. Ele faz suas escolhas e toma suas decisões, mesmo que sejam incongruentes com as recomendações médicas. Esse paciente vai para casa com a receita e, diferentemente do consultório, ambiente dominado pelo médico, é o 'paciente' quem define as normas, revelando assim sua autonomia, seu papel de sujeito ativo e reativo, soberano na forma de se cuidar.

Em nome da ciência o médico se sente arauto da verdade e imprime sua onipotência intelectual por todas as redes sociais que transita, cristalizando assim uma imagem de soberania diante dos pacientes e outros profissionais, que é 'explicada' pela sua carga de conhecimentos concretos adquiridos ao longo de pelo menos seis longos anos de labuta intelectual (MENESES E ROCHA, TRAD, 2005; MARTINS, 2004;). Não é difícil entender porque a palavra deste profissional é então tão incontestável, tão inquestionável, pois diante de tudo isso o que vemos não são senão semi-deuses? (MARTINS,2004). Entretanto a devoção a essas ditas 'verdades' não acontece senão ao preço de grandes perdas.

“E quando a paciente falou isso comigo, que a médica tinha passado um medicamento que não existia, **eu duvidei da paciente**, né? Eu falei: _Não, **isso aí é mentira! Como é que um médico vai te passar um medicamento que não existe?**”. ACS Flor

O que o paciente fala não é digno de crença, é questionável, é inverídico segundo a visão de Flor, que nesse momento não cogita a possibilidade de um erro médico, pois afinal trata-se de um médico. O grande volume de conhecimento que é socialmente atribuído ao médico, juntamente com a postura corporativista dessa classe profissional (MENESES E ROCHA, TRAD, 2005; CAPRARA, RODRIGUES, 2004) traz uma imagem de que os médicos estão sempre certos e que o erro para eles é inadmissível. Flor relata que se sentiu muito mal quando descobriu que a médica tinha errado porque para ela, o médico é o profissional “*que sabe mais*” e faz a seguinte ponderação: “*Se ela que é médica, fez uma coisa dessas, como é nós ficamos com o nosso paciente? Como é que ele vai acreditar na gente, na equipe ?*” Flor diz que até o último minuto ela torcia para que a paciente tivesse mentido. Essa concepção de ‘senhor da verdade’ será questionada pela equipe e também pelos próprios médicos, como veremos mais adiante.

Freitas (2005) descreve a frustração de pacientes com o modelo biomédico. Neste trabalho é possível perceber que os pacientes se sentem ressentidos com os profissionais que os atendem, pois não percebem melhorias na sua saúde e nem interesse dos profissionais pelo seu problema. Apesar de comparecerem a várias consultas aos mais diferentes profissionais e mostrar interesse em receber informações sobre a doença, os médicos não se mostram disponíveis a fornecê-las.

O PSF é uma estratégia que de certo modo busca o regaste do envolvimento social do médico com o seu núcleo de cuidado, a família (BRASIL, 1997). Partindo do princípio que este profissional atende uma população adscrita, em uma lógica de cuidado longitudinal e contínuo que facilita o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o usuário juntamente com sua família, estima-se que este contexto de trabalho propicie um serviço mais efetivo. Contudo, o que encontramos na realidade é o estabelecimento do profissional médico por um período relativamente curto e depois de poucos meses trabalhando na unidade esses profissionais optam por outras oportunidades de trabalho, seja por melhores condições de trabalho ou salários (MENESES E ROCHA E TRAD, 2005).

“O generalista chega, vem passa cinco meses e vai embora. E eu vejo, os pacientes assim, eles precisam deter relações também com os profissionais que cuidam deles... Isso é bom pra eles, é confiança, se ele não confia em você ele não faz. Entendeu?”
Enfermeira Joana

Certamente a realidade de trabalho no SUS é difícil, pois a oferta de profissionais é pequena, a demanda de serviço é enorme, o tempo para atendimento é escasso tendo uma média de duração de apenas 9 minutos, segundo Caprara e Rodrigues (2004). Martins (2004), afirma que em face da impotência em compreender os aspectos sociais, somáticos, psíquicos e existenciais da doença, o médico lamenta que o curso lhe ofereceu apenas conhecimentos técnicos mas sem base para que consiga trabalhar as habilidades humanísticas e cognitivas. Mas, por outro lado, esse profissional se vê obrigado a atender um paciente a cada 15 minutos, e muitas vezes faz isso em menos tempo, o que fatalmente dificulta conhecer e estabelecer uma relação de cuidado mais promissora com o paciente.

“O médico, pelo fato de ter o horário restrito, não tem o tempo adequado pra conversar, esclarecer melhor os efeitos do medicamento, o que o paciente pode esperar do medicamento”.
Médica Margarida

Em meio a demanda, que é imensa, aos casos emergenciais, as dúvidas e dificuldades vão se acumulando, os pacientes vão e voltam à unidade, mas o grau de entendimento sobre o seu processo saúde-doença não modifica muito. Essa frustração ultrapassa os limites do consultório e reflete no modo como o usuário percebe os serviços de saúde recebidos na unidade, culminando numa certa ‘resistência’ com a própria unidade de saúde.

“Porque acaba que cria um pouco de frustração nele (falando do paciente) também né. Ele passa por todo esse processo, ele pega a medicação pra tomar e não resolve o problema dele. Já é uma frustração muito grande pro cliente. Entendeu? Aí ele volta no médico ou volta no profissional, o profissional às vezes ele não consegue abordar corretamente tudo que ele tem que abordar. Isso vai criando uma..., cria até uma tensão, uma tensão do usuário com a unidade. Que ele reflete assim, um da unidade atrapalhou e ele culpa a unidade toda. Entendeu?” Auxiliar de enfermagem Maurício

O tempo passa e aquele paciente que passou por toda uma cadeia de profissionais, de serviços de saúde ainda, apresenta os mesmos problemas, quando não, ele retorna à unidade com um quadro agudo de seu problema de saúde como nos declara o auxiliar de enfermagem Maurício. A sensação de frustração e impotência diante desta realidade é inexorável e recai invariavelmente sobre aqueles profissionais que estão diante destes usuários.

“Me senti frustrado e um pouco impotente, preocupado. O paciente, eu vi, ele procurou a unidade, ele passou no acolhimento, o profissional abordou, encaminhou pro médico. O médico foi, fez o diagnóstico, indicou a terapêutica, prescreveu a terapêutica, a medicação foi fornecida, a medicação chegou na mão do paciente. Que vai ser coadjuvante importante para o tratamento do paciente. E quando chega nesse ponto específico, que o paciente vai iniciar a medicação, se ele faz isso incorretamente, quer dizer, **todo o trabalho foi perdido né, porque no fim das contas ele chegou aqui com uma pressão de 240 por 170!**”. Auxiliar de Enfermagem Maurício falando sobre um paciente que atendeu recentemente.

A fala de Maurício é uma fala solidária ao problema vivenciado pelo paciente e pela equipe. É como se ele sentisse pesaroso de ver toda uma cadeia de serviços prestados ser totalmente desperdiçada. Os sentimentos de impotência e de frustração novamente aparecem diante dessa situação, mas agora eles também são vivenciados pelos próprios profissionais de saúde, que estão preocupados com os pacientes pois não percebem melhorias na vida dessas pessoas, apesar de todos os esforços prestados pela equipe. Os trechos abaixo ilustram de forma significativa os sentimentos dos profissionais.

"Quer dizer, ele fica totalmente alienado do que é realmente tomar uma medicação, o que é realmente tratar da saúde dele. Não é que ele vai saber né, uma coisa complexa,, mas pelo menos entender o processo dele. É importante pro paciente entender o que tá ocorrendo porque você não vai poder estar lá o tempo todo mostrando pra ele. Com certeza uma consulta de consultório rápida, ainda mais numa situação que o paciente está mais agudo, eu acho que não supre essa necessidade. Porque é muito rápido, aí o paciente fica nessa rotatividade sabe. Ele vem agudo, consulta rápido e pega a medicação, não sabe pra que está tomando e vai embora. Aí ele fica nessa rotatividade e o cuidado mesmo integral da prevenção ou até da terapêutica fica muito perdido". Auxiliar de enfermagem Maurício

“Aí você encontra paciente que está tomando medicação incorreta. Mas você percebe que às vezes ele não está tomando a medicação correta porque ele está é desinformado.**Ele não tem idéia do que**

essa medicação pode tá fazendo na vida dele, em benefício e malefício, também se for tomado erroneamente e **nem sabe qual o problema que ele está tendo**. Então ele nem esquentava a cabeça aí fala: tomo hoje, tomo amanhã, ah, esqueci hoje? Não tem problema. As vezes ele pára de tomar a medicação por conta própria e tudo. E ele nem faz idéia do que isso pode acarretar pra ele no futuro, um futuro até próximo né, até curto, médio prazo”. Auxiliar de enfermagem Maurício

“Aí iniciar um tipo de terapia dessa é muito complicado. A paciente sente alguma coisa, efeitos colaterais diversos que se sabe que essas medicações vão tá tendo esses efeitos... **eu vejo que o paciente fica um pouco perdido e fica um pouco desamparado**. Porque igual eu falei, o paciente ele, a famosa fila anda, porque a fila anda né? O paciente sai e já tem muitos pacientes já entrando na vaga dele, aí vai caminhando. Aí ele fica em casa as vezes não sentindo muito bem, igual esse velhinho que eu te falei, ele tava em casa, tomando a insulina toda errada ! Chegava aqui falando “Ah ! to só com a pressão meio baixa!” a gente olhava, a pressão normal, mas a glicemia 55,49 aí você já viu né ? Tá tomando a medicação errada, mas tá com a receita na mão. E isso aí é todo dia, é toda hora e aí você vai parar para ficar explicando pra ele quando tem outro chegando aí, desmaiado? Num vai!”. Auxiliar de enfermagem Maurício

Nestas narrativas podemos perceber um paradoxo onde o acesso aos serviços de saúde, médico, enfermagem e medicamentos não resulta em efetivamente conseguir um resultado positivo com a terapêutica do paciente. Fica evidente pela fala dos entrevistados que os pacientes não se apropriam do seu processo saúde-doença, e em decorrência disso também não se apropriam e não vêm nexos na terapêutica farmacológica prescrita. A equipe percebe que o paciente está perdido em meio ao diagnóstico, exames e receitas (CAPRARA, RODRIGUES, 2004; ALVES, NUNES, 2006). Essa constatação leva médicos e enfermeiros a refletirem na relação entre o saber científico e a efetividade das suas ações, que se baseiam quase sempre em práticas curativas, como corroboram Meneses e Rocha e Trad (2005) e Campos e Bateiro (2007).

Ele veio com os exames, chegou aqui e eu conversei, tive que falar; Olha, agora o senhor é diabético e hipertenso. **O senhor vai tomar esses remédios aqui.** Acabou, né? Porque a gente tem uma consulta de três em três meses...às vezes de seis em seis... E agora? **É uma humilhação com o doente**, né? Porque **Deus me livre, de você ir embora pra sua casa com doze remédios pra tomar o resto da sua vida sem... assim, do nada**, né? Porque dá essa impressão que é do nada..” Médica Rosa, Grifos meus

Neste trecho a médica desabafa e revela que o usuário passa por uma situação humilhante, pois a médica percebe que o mesmo não tem amparo e 'fica solto no mundo', já que não consegue entender o processo pelo qual está passando. Além disso, o paciente estará por conta própria por um período de 3 a 6 meses. A postura da médica nos remete a uma sensação de indignação com o atual processo de cuidado onde o paciente está distante do seu problema, e não é participativo na elaboração do plano terapêutico.

Rosa questiona a prática biomédica e admite que o 'seu paciente' é obrigado a usar medicamentos que ele não conhece, para fins que ele não compreende. Além disso, Rosa questiona sua própria postura enquanto profissional e recorre a 'Deus' para que 'Ele' a livre da condição subjugada de seu paciente. Compadecida, ela não deseja estar no lugar do usuário: "Eu acho que esse doente, ele fica solto no mundo, né? Ele tá solto. Eu não gostaria de estar no lugar dele".

Este é um momento de grande importância, pois nessa fala percebemos que o sentimento de indignação é a porta de entrada, é o elo para o cuidado humanizado. A humanização a que me refiro não é aquela que trata da melhoria do espaço físico, ou formação de grupos operativos para trabalhar doentes com patologias específicas (REIS, MARAZINA E GALLO, 2004). Refiro-me sim a uma humanização mais profunda, aquela que brota do dia-a-dia, da prática de um profissional de saúde não alienado, sedento de mudança e disposto a concretizar uma nova forma de ação na clínica. É a partir de uma reflexão deste tipo que esse profissional permitirá a inclusão de formas criativas da sua atuação na prática clínica, tanto suas como de outros profissionais. É aqui onde se desponta o cuidado autêntico, a interprofissionalidade e um novo horizonte na atenção primária à saúde, ao qual retornaremos mais adiante.

Rosa e Maurício fazem referência ao tratamento medicamentoso iniciado pelos pacientes e as dificuldades que eles vivenciam juntamente com seus pacientes, como a falta de entendimento da doença e dos medicamentos e 'os efeitos colaterais diversos que as medicações apresentam'. Nesta perspectiva constatamos que na visão destes profissionais os pacientes encontram-se abandonados à própria sorte. Eles saem do consultório e da unidade com um nível de entendimento que

pode facilmente leva-los ao erro, ao abandono do tratamento, seja ele farmacológico ou não, enfim um caminho bem diferente do que é almejado pela equipe de saúde. Procuraremos agora, retratar como o medicamento é percebido e entendido pelo PSF CSSJ e como essa percepção influencia a prática destes profissionais.

5.1.2 Lidando com o Medicamento; Uma lacuna

O medicamento é um insumo terapêutico de reconhecida importância na medicina moderna. Está presente em várias das etapas do processo de cuidado, passando pelo diagnóstico, prevenção, tratamento e controle de inúmeras doenças. Em face dessa versatilidade de aplicações,

“ele se encontra em quase todos os setores da unidade de saúde, consultórios médicos, sala de medicação, odontologia, farmácia, vacina, ginecologia.” Trecho de diário de campo

Freqüentemente os funcionários da unidade se valem do medicamento para atender alguma necessidade do usuário, prescrevendo, administrando ou dispensando o medicamento. Nessas circunstâncias as dúvidas não tardam a surgir. Elas são levantadas por pacientes, ACS, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos mas nem sempre são resolvidas.

“Ela (enfermeira) chegou pra mim e perguntou se poderia dar dois comprimidos de prednisona de 20mg de uma vez ou teria que dar um intervalo: ‘A gente pode prescrever, mas eu tenho dúvidas na prescrição de alguns, não sei se podemos dar 40 mg de uma vez’.” Trecho diário de campo.

O trecho abaixo nos permite sentir como surgem os questionamentos levantados pelos pacientes e usuários. Frente ao uso de medicamentos, os profissionais se sentem inseguros ao executar determinadas tarefas. Apesar dos atropelos devido às limitações técnicas, o processo de trabalho segue seu rumo, mas caminha deixando pistas, denunciando que ainda existem questões a serem esclarecidas.

A mãezinha tava me perguntando se poderia dar os dois remédios juntos de uma só vez. E eu não respondi, porque na verdade Bárbara, eu não sei. Estou até esperando uma resposta da Bruna (farmacêutica), ela ficou de me dar uma resposta. Outra coisa que eu sempre tenho dúvida é do sulfato ferroso 300mg ou 109 mg e também quantos jatos de salbutamol spray equivalem a um comprimido ou os ml da suspensão. Enfermeira Joana

O CSSJ não tem no seu corpo de recursos humanos o farmacêutico. A farmácia da unidade fica sob a responsabilidade de uma das enfermeiras que juntamente com os auxiliares de enfermagem são responsáveis pela entrega, pela requisição e pelo armazenamento de medicamentos.

“Porque quem faz a supervisão da farmácia é o enfermeiro, que seria eu. Exatamente, sou eu. Só que eu acho um serviço diferente do que eu faço no centro de saúde, cuidar da farmácia, que é saber, que é olhar a data de validade do medicamento, o nome do medicamento. Eu tenho dificuldade com o ciclo 21. Que são dois hormônios, então as vezes chega a caixa, eu tenho que procurar naquele momento terapêutico se é o Ciclo 21 mesmo, ou se é outro remédio. Às vezes na hora que eu vou dispensar com as meninas, eu fico pensando; nó será que eu estou dispensando o medicamento certo? Ou eu estou dispensando o medicamento errado? Porque a regra a gente segue na farmácia, mas entender como o medicamento lida não. As meninas da farmácia mesmo, elas sempre orientam como toma, mas é aquela coisa assim: “Você vai tomar um comprimido desse seis horas da noite, tantos dias e pronto acabou !” Enfermeira Cláudia

Nesse trecho, Cláudia aponta duas formas distintas de trabalhar com o medicamento, uma delas, que é bem compreendida e seguida na farmácia, diz respeito às regras que são seguidas na dispensação.

“De como armazena, de como dispensa, quantos comprimidos pode liberar ou se o paciente não pode pegar a metildopa, por exemplo”.
Enfermeira Cláudia

Ela fala também a respeito da dificuldade em entender ‘como o medicamento lida’, o que também é identificado na fala de Flor:

“Como que o medicamento age no corpo da pessoa, com o que ele interage, se tem problema tomar com leite ou se não tem, qual que deve tomar primeiro”. ACS Flor

As regras de dispensação que regem a farmácia da unidade e do município já fazem parte do domínio da equipe. Entretanto existe uma carga de conhecimentos que a equipe desconhece, mas que se depara com ela durante as execuções das tarefas diárias. Cláudia declara sua dificuldade com o nome do Ciclo 21®, que é um nome comercial, com a denominação genérica do mesmo medicamento. Da mesma forma Joana cita uma série de dúvidas que lhe são apresentadas por usuários ou levantadas por ela mesma na hora de prescrever a medicação a um paciente. De posse ou não dessas informações a equipe realiza seu trabalho e, como vimos anteriormente na fala da enfermeira Joana, os usuários querem respostas para seus questionamentos frente ao medicamento. Entretanto, como também observou Mendonça (2007), muitas vezes essas orientações têm validade questionável e podem até prejudicar o paciente.

As conversas sobre os medicamentos ocorrem em vários locais na unidade e resultam quase sempre em conselhos e dicas de como tratar o problema de saúde. As orientações sobre o uso de medicamentos se apresentam em dois tipos característicos. A exemplo do que fala a enfermeira Cláudia, as orientações fornecidas na farmácia seguem um padrão, pois ocorrem em um local específico. Além disso, elas têm um formato bem delineado que contempla o nome do medicamento, a posologia, o horário de tomada e a duração do tratamento e tem um objetivo bem específico: que o paciente utilize o medicamento bem como o médico prescreveu.

Existem outros tipos de informações que são passadas pela equipe, essas informações têm uma característica diferente, pois seguem um outro padrão uma vez que são transmitidas nos mais diferentes locais, nos corredores na unidade, na sala de espera, nas visitas domiciliares e também na dispensação. Além disso, elas têm como base um misto de conhecimento popular, senso comum, a propaganda de medicamentos e o conhecimento científico. Fazem parte das crenças e conhecimentos dos profissionais e vão compor a 'cultura dos bastidores' que são os saberes que são cristalizados de modo informal dentro da unidade e nos arredores dela, propriamente na comunidade atendida. A propagação dessas informações tem um impacto significativo no modo como as pessoas enxergam o medicamento e conseqüentemente como ele será utilizado pela população. Na pesquisa "A

experiência dos Agentes Comunitários de Saúde com pacientes em uso de medicamentos”, a autora Mendonça (2007) descreve que o ACS, em suas visitas domiciliares, vivencia situações onde eles estão despreparados para lidar com o medicamento, e diante da sensação de impotência gerada pelo “não saber”, o ACS toma atitudes com base no conhecimento popular e no senso comum, o que nem sempre conduz ao uso racional de medicamentos. Essas orientações induzem comportamentos que podem prejudicar ao invés de beneficiar o paciente (MENDONÇA, 2007). O relato de Camila exemplifica esse fato.

“A dona Conceição mesmo, é uma que gosta muito do diclofenaco, é um remédio muito bom pra dor inflamada. Só que tem a gastrite também, que ele vai estar dando, aí eu aviso ela... Aí ela faz um chá de boldo e Eno Guraná®, a melhoria é boa pra combater né ? ACS Camila

A ACS Camila relata que avisa aos usuários sobre a ‘dor de estômago’ causada pelo diclofenaco. A afirmação de que o uso de um medicamento resulta em uma reação adversa como dispepsia, pode predispor um indivíduo a apresentar aquela reação. Camila comenta também sobre o uso do chá de boldo e do Eno Guaraná® para ‘aliviar a gastrite’, medidas tomadas pela usuária, mas que são reiteradas pela ACS. Esta conduta pode reforçar condutas medicalizantes, como o uso de um medicamento para tratar uma reação adversa que sequer surgiu.

A formação em nível superior não impediu que Cláudia também apresentasse seus mitos em relação ao medicamento.

“Eu aprendi desde pequena a tomar antibiótico com leite e acaba que a gente vai passando isso pra frente.” Enfermeira Cláudia

Determinados antibióticos, como as tetraciclina, podem ser significativamente inativados quando entram em contato com o cálcio que está presente no leite. O que, em primeiro lugar, pode dificultar a cura do paciente ou até o agravamento do seu estado e resultar em desperdício do fármaco e do dinheiro público que o financiou.

O que podemos perceber é que freqüentemente o medicamento é revestido de mitificações que estimulam o uso inadequado do mesmo. Seja na administração, nos

exageros em estimular ou em coibir o uso dos medicamentos. A 'cultura dos bastidores' é muito forte, está presente em vários ambientes e oferece 'respostas' às mais variadas dúvidas. É importante que haja critérios válidos para avaliar cada uma dessas situações e para orientar o usuário sobre sua farmacoterapia. Para isso a orientação quanto ao uso de medicamentos precisa de um espaço legítimo, que contemple todas as informações que o usuário precisa saber, de uma forma que seja efetiva, abrangente e que consiga identificar e desmistificar as crenças que possam influenciar na farmacoterapia do paciente. Neste contexto, a pergunta que surge é : onde o usuário encontrará espaço para resolver especificamente questões sobre seus medicamentos?

Tendo em vista o relato de Pinheiro, que procurou se esquivar do problema do usuário e de Margarida, que afirma não ter tempo para o assunto, não é difícil perceber que o consultório médico não é o espaço do qual falamos. Passemos então para equipe de enfermagem:

“A Cláudia não tem como tá fazendo uma orientação até pelo fato dela tá sempre atolada, competência ela tem, ela não tem é tempo. Tô questionando a competência dela não. Ela não tem essa especificidade do comprimido.” ACS Flor

Para que haja uma orientação sobre medicamentos efetiva é preciso que exista disponibilidade para ouvir o que o outro tem a dizer, levando em consideração 'o mundo em que ele vive', conhecimento técnico para avaliar o problema, e habilidades cognitivas a fim de se estabelecer uma relação dialógica com o paciente. Entretanto, na realidade onde o estudo é realizado não detectamos a presença dessas características em um só profissional. Existe uma lacuna, o que leva Flor a fazer o seguinte comentário.

“Esse buraco é mais ou menos assim: se eu não desse conta de fazer Dona Flaviana entender a necessidade do medicamento, como é que o medicamento ia agir no corpo dela, ela ia acabar ficando sem tomar mesmo o medicamento. Ela toma um dia, fica um ano sem tomar. Toma um dia, fica dois meses. Aí chega lá com a pressão muito alta, chega descompensada, fica passando mal em casa. **Aí ficava esse buraco porque não tinha ninguém que pudesse, né... ajudar nessa área da medicação**” ACS Flor, grifos meus

A fala de Flor exige poucos comentários. O serviço de saúde onde ela trabalha não tinha ninguém que pudesse ajudar nessa área da medicação. Esse trecho de entrevista compila o que começamos a desenvolver desde o início dessa categoria. Apesar da vasta utilização do medicamento e dos inúmeros cenários onde ele está presente, até então ele não foi trabalhado de forma efetiva com o paciente em nenhum momento. O paciente fica ‘abandonado’, ‘solto no mundo’, e assim tende a não seguir a farmacoterapia, ou o faz de modo equivocado porque está ‘desinformado’. Os problemas que surgem a partir daí não são trabalhados especificamente por nenhum profissional da equipe e assim os usuários entram e saem da unidade com os mesmos problemas.

*“Ele (paciente) aprende no consultório como é que faz, vai pra casa, se tiver dando errado ele procura o médico de novo e ele (médico) orienta, ou não orienta ou ele não procura e para de tomar por conta própria né ? Porque não é aquela pessoa que vai ouvir como que você usa a medicação para poder te auxiliar nisso. **Então, assim... não existe outro profissional.**” Enfermeira Cláudia, grifos meus*

A próxima categoria fala da inserção da Atenção Farmacêutica e como esse serviço irá se articular com esses profissionais e a lacuna existente no centro de saúde.

5.2 Ao encontro da Atenção Farmacêutica

Essa categoria descreve como a equipe da ESF vivência o seu cotidiano tendo a presença da Atenção Farmacêutica, quais os significados e concepção dessa prática. Ela é composta de quatro sub-categorias:

- 1- “Eu pensava que ele ficava muito distante do paciente e não ficou, ficou próximo, foi direto ao ponto”.
- 2- “Eu não pensei que fosse assim... uma orientação tão ampla!”
- 3- “Eles tem uma certa felicidade: encontrando a autonomia”
- 4- “A dispensação e a Atenção Farmacêutica”

A primeira sub-categoria descreve como a equipe da ESF percebe que o foco do trabalho do farmacêutico muda radicalmente passando do medicamento para o paciente e passa a ter uma atuação direta e expressiva com este ator social. Na segunda sub-categoria são identificados aspectos estruturantes dessa prática, como o foco na experiência com o uso de medicamentos e o processo racional de tomada

de decisões. A Atenção Farmacêutica tem como uma das suas características mais fortes o fortalecimento da autonomia do paciente é deste ponto que se trata a terceira sub-categoria pois a Atenção Farmacêutica é fundamentada numa filosofia de trabalho que prima por uma relação dialógica com o paciente e permite que esse se assuma como sujeito do seu processo de saúde. A dispensação também aparece como uma atribuição do farmacêutico, mas é descrita quase essencialmente como um serviço de 'entrega de medicamento' somando-se a ela as atividades da farmácia com características fortemente gerenciais e burocráticas.

5.2.1 “Eu pensava que ele ficava muito distante do paciente e não ficou, ficou próximo, foi direto ao ponto”.

“A sala ficou bem cheia para a reunião, tinha em torno de vinte e cinco pessoas. A grande maioria eram ACS, mas haviam também auxiliares de enfermagem, enfermeira, pediatra, nós e a gerente da unidade. Enquanto apresentávamos nossa proposta de trabalho e a parte da pesquisa também, toda equipe ouviu atentamente”. Trecho de diário de campo

O primeiro contato com a Atenção Farmacêutica foi na reunião onde o serviço e a pesquisa foram apresentados. Neste momento ouvir a palavra 'farmacêutico' ou 'Atenção Farmacêutica' desperta uma conexão quase direta com o serviço prestado no território da farmácia. Dessa forma a equipe imagina que os farmacêuticos que chegam à unidade irão trabalhar na farmácia. Como já foi dito, a farmácia da unidade fica sob supervisão de uma das enfermeiras, que declarou ter dificuldades com os nomes dos medicamentos. Diante da possibilidade de poder trabalhar com farmacêuticos no CSSJ Cláudia coloca suas expectativas:

“Farmacêutico que ia vir é aquele que fica de plantão na farmácia. Mas eu pensei... que era da farmácia né? A farmacêutica que ia ficar de plantão lá farmácia do posto. ..achei ótimo !!! Sinceramente achei ótimo, achei que ia diminuir meu trabalho, porque eu achei assim: nossa tem um farmacêutico na farmácia! Que eles(farmacêuticos) vão organizar os medicamentos na farmácia, qual a disponibilidade na prateleira eu aprendi na farmácia, tudo bem que na faculdade eu também aprendi isso, mas eu não lembrava não. Os medicamentos que tem que estar no alto não pode estar no chão, a farinha ela não pode estar no chão, ela tem que estar no alto. A questão de limpeza, de higiene... A questão que hoje eu até sei porque eu aprendi na farmácia, mas é colocar os medicamentos que vão vencer mais cedo na frente, de prazo mais

longo atrás. A organização de como vai dispor na farmácia pra ficar mais fácil pras meninas poderem pegar, o que não pode ficar no sol que pode ficar no quente, o que tem de ficar no gelado. Eu imaginei tudo isso que pode ficar organizado dentro da farmácia pra ficar mais fácil de trabalhar lá dentro...” Enfermeira Cláudia

É natural que as pessoas façam essa associação, afinal de contas o farmacêutico é historicamente reconhecido como um profissional que lida com os aspectos do medicamento, desde a produção, passando pelo controle de qualidade, seleção até a dispensação. Entretanto à medida que o serviço de Atenção Farmacêutica é explicado, aflora um sentimento misto de entusiasmo com o novo serviço e decepção com as expectativas. A equipe começa a compartilhar problemas que vivem no dia-a-dia com os usuários para com os recém chegados farmacêuticos e não com os medicamentos.

“Mal, mal, nós explicamos o que era o serviço e algumas pessoas já foram contando os casos dos pacientes que precisavam ser encaminhados para a Atenção Farmacêutica e deram exemplos. Teve uma ACS que falou que naquele dia mesmo tinha ido fazer uma visita a uma senhora que guardava no seu guarda-roupas uma sacola cheia de diazepam e diclofenaco. Uma moça que estava de avental branco disse que tinha uma outra paciente que visitava o posto todo dia, e todo dia a pressão dela estava descontrolada”. Trecho de diário de campo.

É a partir daí que a nova prática vai fazendo sentido no trabalho dessas pessoas e em meio a surpresas e desapontamentos, a proposta é bem acolhida pela equipe do PSF.

“Primeiro eu fiquei frustrada, eu achei que ia diminuir meu trabalho mas não ia diminuir não. Mas achei ótima a idéia que se propunha! Que ia resolver também o meu problema, meu problema assim como enfermeira de Saúde da Família. Porque o que eu ouvia as agentes comunitárias falando comigo, é que tinham muito medicamento em casa. Quando eu ficava lá na farmácia o usuário ia buscar remédio e falava: “não esse aqui eu já tenho, me dá só do outro. Assim, eu pensava, mas porque que ele tem ? Se ele tem, ele não ta tomando ou então ele ta comprando, ta ganhando, ta pegando de alguém, não sei. Mas porque ele tem o outro medicamento? Ou então ele não está usando. Né ?” Enfermeira Cláudia

A compreensão do que é a Atenção Farmacêutica evolui com o decorrer do tempo (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003; FREITAS, 2005). O que inicialmente seria um serviço muito próximo da concepção do farmacêutico tradicional, ficar atrás do

balcão da farmácia comunitária, vai tomando forma bem diferente. A Atenção Farmacêutica corresponde a expectativas que antes não eram nomeadas, mas que eram vivenciadas no dia-a-dia da equipe, como foi descrito na primeira categoria deste estudo. A sensação de 'surpresa' é descrita por vários profissionais (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003; FREITAS, 2005). Eles enxergam a Atenção Farmacêutica como uma inovação no Sistema Único de Saúde, na qual o farmacêutico está mais próximo do usuário.

“Eu fiquei **surpresa. Fiquei surpresa porque eu não sabia que farmacêutico fazia consulta.** Achei **novo**, achei **novo primeiro**. Depois eu achei chique demais. Achei muito interessante porque eu não consigo ver nenhum outro convênio que não seja o SUS, que tem esse tipo de possibilidade, do farmacêutico poder auxiliar você no uso da medicação. Na realidade nenhum dos convênios tem um profissional que possa te auxiliar no uso do medicamento.”
Enfermeira Cláudia, grifos meus.

Apesar da equipe já ter em mente que a Atenção Farmacêutica é um serviço farmacêutico diferente, a idéia de como ele será oferecido não é bem clara para todos. Nesta perspectiva a idéia de trabalhos coletivos, palestras e grupos operativos é muito relatada pelos entrevistados por ser um método usualmente utilizado por vários profissionais que trabalham na unidade.

“**Eu pensei mais que era palestra, mais era palestra** que eu pensei. Palestra sobre um assunto, sobre hipertensão, entendeu? Sempre faziam isso. Tenta sempre juntar os usuários pra palestras. Tem de hipertensão, de diabetes, de asma, de... sobre dentição, uso do flúor também, já teve vários. Vários (profissionais) falaram, fisioterapeuta, dentista, médico também.

Pesquisadora - Mas o farmacêutico ia falar o quê nessas palestras?

Camila - O quê que eu imaginava?

Pesquisadora - É.

Camila - Ah, instruções de exercício, orientações sobre alimentação, sobre a medicação. Mas eu pensava mais era sobre isso. **Não pensava que era consulta** Não imaginei que ia ser tipo uma consulta, não imaginei. **Não tinha a mínima idéia que ia ser assim.** Eu pensava mais que fazia assim era enfermeira e médico, né? Que eu pensava. Não tinha contato com farmacêutico, né? **Farmacêutico a gente pensa mais é na farmácia.**

Pesquisadora - Quando foi que você viu que o farmacêutico fazia consulta? Volte comigo neste dia.

Camila - Foi esse ano (...)quando eu entrei na sala aí eu vi que ela tava orientando o paciente que foi... que tava sentadinho, com as receitas tudo direitinho, que pede pra levar todas as receitas, todos

os remédios também, tudo, foi nesse dia que eu vi. Aí, **eu fui e vi e tal que... que era uma consulta mesmo**, aí eu sai rapidinho. Mas eu pensei que não era... que não era assim... quando chegou o farmacêutico eu pensei que não era consulta, né? Depois que **eu fui vendo que era consulta, porque tinha agenda, tudo direitinho, pra marcar, colocar os pacientes**, os clientes que tinham problemas de tomar as medicações no horário certo. Tinha também vários medicamentos, aí colocava lá na agenda. Fica agendado. (ACS Camila).

O depoimento de Camila ao falar das 'palestras' oferecidas por vários profissionais sobre temas diversos remete-nos às práticas de educação em saúde explanadas por Alves (2005), que retrata atividades em grupo de cunho educativo a fim de ampliar conhecimentos do processo saúde-doença. A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA; LÓPEZ, 1996). No contexto da ESF, a educação em saúde se configura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe (BRASIL, 2001). Na perspectiva de Camila, a Atenção Farmacêutica teria esse perfil onde palestras seriam proferidas em torno do medicamento, mas temas como alimentação, atividades físicas também seriam abordados. Diante dessa situação, perceber que ser atendido pela Atenção Farmacêutica implica em consultas periódicas com farmacêutico pode representar um ponto muito significativo. A fala de Camila é muito clara quando se refere ao método de trabalhos coletivos, que é usado por tantos profissionais e que naturalmente seria esse o tipo de serviço oferecido pelo farmacêutico. A consulta, entretanto, é percebida como uma atividade 'seletiva' para médicos e enfermeiras e que a partir de agora também é uma atividade do farmacêutico. A surpresa vem quando Camila vê que o farmacêutico trabalha é através de 'consultas mesmo', agendadas previamente, onde o paciente está 'sentadinho, com as receitas, os remédios, tudo direitinho. Camila percebe que o SAF não se restringe à educação em saúde, ele vai além disso.

A questão central que pontua a diferença entre esses dois tipos de atividade, palestras e consultas individuais, é a relação de proximidade que o profissional estabelece com o paciente. O trabalho em grupo busca um produto da coletividade, é claro que não exclui a individualidade das pessoas que dele participam, mas a meta é trabalhar em cima de um objetivo comum entre as pessoas daquele grupo (MOTTA, 2001). Os objetivos específicos continuam existindo, mas o processo

grupais se organiza e caminha na direção do coletivo. A consulta individual pelo seu caráter sigiloso pode permitir um acesso mais íntimo às informações do paciente, à sua individualidade e pode-se assim, esperar que esta relação possibilite criar estratégias que estejam mais próximas da realidade do paciente, com objetivos específicos para ele. Abaixo temos um trecho da entrevista de Maurício que exprime melhor o significado de um trabalho que é próximo do paciente.

“Eu pensei num trabalho muito distante. Entendeu? Assim, acaba que não imaginava que era um trabalho tão expressivo assim, bem, como que eu posso dizer? Bem incisivo no paciente mesmo, bem direto no paciente. Que seria uma coisa muito distante, trabalhar mais uma questão de controle de dispensação ou de orientação. Eu não esperava que seria dessa forma direto ao cliente. Eu pensei que era bem distante da população, era mais voltada pro profissional, pra tá auxiliando a tratar, como se diz, a se capacitar mais na terapia, pra indicar a terapia medicamentosa por exemplo. Pensei que ele ficava mais com médico e enfermeiro e controle de farmácia, se está tudo correto, o que não tava tendo. Não imaginava que ele seria voltado pra o cliente. Entendeu? E pra mim foi uma surpresa, uma boa surpresa né pra mim. Que pra mim foi ótimo que é o que pra mim, o que eu acho que é o alvo, que é a grande dificuldade é o paciente...a dificuldade do paciente tá tomando direito. Então eu pensava que ele ficava muito distante do paciente e foi importante isso, não ficou, ficou próximo. Não ficou distante dos profissionais, a relação com os profissionais ficaram a mesma ou até melhor mas a proximidade com o cliente, com usuário foi próxima demais. O que é importantíssimo porque foi direto ao ponto”. Auxiliar de enfermagem Maurício

Pensar em farmacêutico trabalhando na unidade de saúde significa, para Maurício, um trabalho distante, ficar na farmácia, verificando se está tudo bem, assessorar tecnicamente médicos e enfermeiras. Atividades estas que estão nos bastidores, ajudando o paciente de uma forma indireta, seja cuidando para que os medicamentos cheguem ao usuário na mais perfeita condição, seja para que médicos e enfermeiras possam realizar cada vez melhor os seus papéis. A Atenção Farmacêutica, contrariando essas expectativas, vai justamente para ‘linha de frente’ do serviço de saúde; os pacientes. Atenção Farmacêutica, não é distante, ela é próxima da população, “vai direto ao ponto”, tem como alvo “a dificuldade do usuário”. Nesta perspectiva os dizeres de Cipolle, Strand e Morley (2004) podem ser esclarecedores:

A Atenção Farmacêutica provê um cuidado direto ao paciente. Isso significa que a sua primeira responsabilidade é para com o paciente.

Quando as pessoas escolhem se tornar praticantes da Atenção Farmacêutica, eles se comprometem a satisfazer as necessidades farmacoterapêuticas do paciente sempre que e aonde quer que eles possam surgir (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2004).

Através da Atenção Farmacêutica, o objeto diretamente ligado ao farmacêutico deixa de ser o medicamento (VIEIRA, 2007; CIPOLLE, STRAND, MORLEY; 2004). Agora esse profissional compartilha com médicos e enfermeiras as consultas periódicas com os pacientes. Assim, de forma inesperada, o profissional farmacêutico poderá oferecer seus préstimos aos usuários, foco do cuidado e do olhar de todos os outros profissionais de saúde.

5.2.2 “Eu não pensei que fosse assim... uma orientação tão ampla!”

De acordo com as percepções dos membros das equipes da ESF a orientação aos pacientes é o motivo principal das consultas de Atenção Farmacêutica. Este ponto é revelado por todos os profissionais. A orientação é usualmente referida como uma forma de reiterar a prescrição médica, quanto a importância de tomar o medicamento, cumprir os horários e fazer com que o indivíduo conseqüentemente, tenha maior adesão ao tratamento.

“Eu acho que **a orientação é o principal**, para vocês, [farmacêuticos]. Uma oportunidade pra perguntar se o paciente entendeu como é que toma, pedir pra ele repetir”. Enfermeira Joana

“Aí ele faz orientações para o paciente, como tomar o medicamento, faz orientações a respeito de alimentação, cuidar bem instruções, orientações sobre alimentação, sobre a medicação”. ACS Camila

“É através do atendimento que você melhora a **adesão**. Entendeu? Eu acho que é um profissional a mais que vai estar atendendo ele, um profissional que vai estar **orientando** ele mais, **chamando** ele mais **para a responsabilidade**, que vai estar falando pra ele a importância dele estar tratando, qual o risco dele não tratar direito. Entendeu? E **aí eu vou repetir a mesma coisa aqui**”. Enfermeira Joana

“Então eu acho que quanto **mais pessoas** ele passasse, no corredor, **todo mundo falando a mesma coisa**, é ... propiciaria ele **usar melhor a medicação**”. Enfermeira Cláudia

Pelas falas acima percebe-se claramente que a orientação que é prestada na Atenção Farmacêutica é reduzida ao seguimento da receita, fato já realizado por outros profissionais e que segundo as falas deve continuar perpetuando por todos os locais, com cada funcionário que o paciente seja atendido pois “todo mundo tem de falar a mesma coisa”. Dessa forma a consulta farmacêutica teria, a princípio, como objetivo central, aquele já praticado pela equipe no momento da dispensação, ou seja, corroborar as propostas estabelecidas pelo médico. Certamente as propostas terapêuticas que o médico prescreveu deverão ser reforçadas na medida em que trouxerem benefícios reais à saúde do paciente. Mas é preciso considerar que a Atenção Farmacêutica é uma prática centrada no paciente, tendo um objetivo bem claro: satisfazer as necessidades farmacoterapêuticas do paciente garantindo uma farmacoterapia efetiva, segura e conveniente para cada usuário (CIPOLLE, STRAND, MORLEY; 2004; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003). O que se deseja é que estas necessidades estejam sempre em consonância com as propostas do médico, entretanto quando não for esse o caso, a autonomia e o valor dessa prática profissional deverão ser levadas em consideração (FREITAS, 2005) para que se concretizem as intervenções pertinentes junto ao paciente, que é ou deve ser o foco do cuidado dos profissionais de saúde.

Se o papel primordial da consulta consistisse em ‘repetir ou falar a mesma coisa’, qual acréscimo ela traria para equipe? Seria uma novidade pelo simples fato de que a orientação, que já é realizada no momento da dispensação, é agora feita pelo farmacêutico em um consultório privativo? A resposta para estas perguntas são respondidas pela própria equipe na medida em que esses profissionais têm um contato mais profundo com a Atenção Farmacêutica e percebem que o serviço ultrapassa a simples orientação com objetivo de garantir o cumprimento de uma ordem médica.

“Quando foi colocado esse pessoal da farmácia que tava com a gente, foi colocado também o pessoal da farmácia que orientava os usuários. Mas **eu não pensei que fosse assim... uma orientação tão ampla!** Bom eu acho interessante assim: a entrevista que o farmacêutico faz com o doente. A conversa mesmo, né? **A anamnese farmacêutica...** é perguntar... e o doente, muitas vezes ele chega pra gente, ele vai cada dia, ele vai contando um bocadinho da história, né? Então a gente gasta um tempo pra montar a história dele. E **o farmacêutico, ele ajuda a montar a história do doente,** né? Então, ele chega hoje, você pergunta: _ Tá tomando o remédio?

Aí ele fala: - Tô tomando assim, assim, assado. Aí lá no farmacêutico ele vai contribuindo, vai esticando um pouquinho a conversa, né? E aí você consegue identificar, né? **Quais são os pontos de falha no tratamento.** Porque que não tá dando certo. O quê que o indivíduo acha da sua doença. **Qual o impacto desse remédio na saúde do doente.**” Médica Rosa, grifos meus

A amplitude que Rosa se refere é logo em seguida retratada na sua própria fala. O farmacêutico através da “anamnese farmacêutica” contribui para que a equipe conheça melhor a história do paciente. Nessa primeira parte percebemos uma clara identificação da primeira etapa do ciclo da Atenção Farmacêutica que se trata da avaliação inicial (CIPOLLE, STRAN, MORLEY; 2004). Ela descreve sucintamente que esta etapa é realizada com perguntas específicas que buscam identificar quem é o paciente, acessar comportamentos que podem revelar os pontos frágeis da farmacoterapia e o papel que o medicamento representa na vida do paciente, ou seja a experiência com medicamentos (CIPOLLE, STRAN, MORLEY; 2004). O objetivo desta primeira etapa também é identificado: determinar os problemas relacionados ao uso de medicamentos.

Os profissionais percebem o impacto da Atenção Farmacêutica através dos problemas compartilhados com o farmacêutico. Todos os entrevistados contaram histórias de pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Farmacêutica, e através dessas histórias podemos perceber que esses profissionais tiveram contato com os pontos estruturantes dessa prática.

A Atenção Farmacêutica é uma prática centrada no paciente e por isso deve levar em consideração a experiência que o paciente tem com o uso de medicamentos, como ele entende os medicamentos, se ele tem algum receio quanto a eles, crenças e preferências CIPOLLE, STRAN, MORLEY; 2004. Todos esses são fatores que podem influenciar sua farmacoterapia em algum momento CIPOLLE, STRAN, MORLEY; 2004. De acordo com esses autores, a experiência com medicamentos

“inclui a descrição que o paciente faz sobre suas crenças, preferências, preocupações e comportamentos no que diz respeito a farmacoterapia, bem como a história medicamentosa, medicamentos em uso, medicamentos utilizados, história social de drogas, alergias e alertas” (CIPOLLE, STRAN, MORLEY; 2004, p. 69, tradução nossa)

“O farmacêutico é alguém que escuta o medo que ele tem. Eu acho essa atitude muito boa. Uma fase brilhante. Qual o medo que

“você tem? Qual o receio que você tem em relação aos medicamentos ? **Porque ninguém pergunta pro doente porque que ele não toma o remédio. Qual o medo que ele tem?**” Médica Rosa, Grifos meus

A Atenção Farmacêutica dá espaço para que o paciente fale de si, de seus medos, suas expectativas, seus problemas, pela ótica do uso de medicamentos. O objetivo dessa conversa é conhecer o paciente e compreender como essa pessoa vivencia o ato de usar medicamentos no seu dia-a-dia. Esse passo é essencial para que o farmacêutico possa enxergar o medicamento a partir da perspectiva de quem o usa. Conversar com o usuário sabendo e respeitando sua experiência é fundamental para que o profissional e o paciente encontrem um denominador comum que certamente será fruto de uma construção a dois, cada um contribuindo com seu saber.

A respeito desse assunto outra pessoa que também compartilhou essa visão foi Cláudia. Ela conta que já atende uma criança de seis anos , portadora de diabetes Melitus há muito tempo. Essa criança é do sexo masculino e sempre vem ao centro de saúde com os níveis glicêmicos totalmente descontrolados. Foi atendida por vários profissionais e seu quadro não mudava. Cláudia nos conta como foi o atendimento desta criança pela Atenção Farmacêutica:

“O [Farmacêutico] foi reparar que ele estava fazendo só glicemia de jejum e olhou a dose de manhã e a dose da noite e fez a conta lá por NPH e quanto tempo levaria para fazer efeito e tudo mais e ele propôs fazer a glicemia à tarde. E quando começou a fazer a glicemia à tarde no menino, ele viu que a dose da insulina da manhã estava correta, mas que a dose da insulina da noite poderia estar alterada e por isso que de manhã a glicemia dela está alterada. E aí ele propôs ao pediatra que trocasse a dose de insulina do menino. E quando trocou a dose, a glicemia dele passou a normalizar e ficou mais dentro da normalidade na parte da manhã”. Enfermeira Cláudia

“E a outra coisa que o [farmacêutico] falou, que seria até engraçado que é uma coisa que eu aprendi na faculdade, que seria olhar a questão da aplicação da insulina. Foi uma coisa que foi o [Farmacêutico] que orientou para mãe. Questão de revezar e a criança falou com ele no consultório que não revezava. Porque ele não deixava, a criança não deixava e a mãe falou com ele: “eu revezava sim”. E a criança falava que não. Que não revezava, porque ele não deixava, porque só queria que aplicasse no braço, porque doía menos.” Enfermeira Cláudia

A equipe de farmacêuticos participa de encontros quinzenais do Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica (GEAF) da Faculdade de Farmácia da UFMG onde são discutidos casos clínicos. Em um desses encontros, foi discutido o caso dessa mesma criança e a enfermeira Cláudia, que estava presente na reunião fez o seguinte comentário:

“Gente! Isso é muito legal! Esse paciente estava há um tempão no centro de saúde... mais de um ano e a gente já tinha tentado de tudo, **mas ninguém tinha pensado nisso antes**”. Enfermeira Cláudia, trecho de diário de campo, grifos meus.

Rosa e Cláudia identificaram que o farmacêutico tem um modo peculiar de cuidar dos usuários. Ele pergunta sobre coisas “que ninguém pergunta pro doente” e toma atitudes que ninguém tinha pensado antes.

“Ele [farmacêutico] veio para dar atenção, fazer atenção farmacêutica! Desenvolver um olhar de atenção mesmo ao usuário! Acho que é isso aí ! Ele não veio fazer aquilo que a gente esperava que teoricamente ele faria. Ele veio para desenvolver **uma outra vertente**, que é a da **formação suas que a gente desconhecia, é um olhar diferente, totalmente diferente!** Você vai ter um olhar sobre um determinado paciente e eu vou ter um outro olhar sobre o mesmo paciente, a Doutora Margarida vai ter outro olhar ainda. São olhares diferentes e complementares ao mesmo tempo”Enfermeira Joana

O serviço de Atenção Farmacêutica apesar das semelhanças com os serviços médicos e de enfermagem, como as consultas agendadas, apresenta diferenças importantes. Joana diz que o “olhar” que esse profissional tem diante dos pacientes é diferente do olhar do médico ou do enfermeiro. Podemos perceber uma nítida aproximação dos depoimentos de Rosa, Cláudia e Joana com a estrutura metodológica da Atenção Farmacêutica. No processo racional de tomada de decisões o farmacêutico procura identificar os problemas relacionados ao uso de medicamentos, fazendo perguntas específicas para isso e depois classifica esses problemas seguindo a ordem de prioridades: indicação, efetividade, segurança e conveniência. A partir de então, elabora-se um plano de cuidado e depois avalia o impacto desse plano, Cipolle, Strand, Morley (1998,2004). Olhar o paciente pela perspectiva da farmacoterapia permite que esse novo modelo de prática identifique características importantes da história de cada paciente, que não estão sobre o foco da atenção dos outros profissionais que também cuidam daquele mesmo paciente.

Ter em mente um outro foco, significa elaborar uma “anamnese diferente” com perguntas que não fazem parte do escopo de perguntas dos outros profissionais. Descobrir aspectos que ainda não foram detectados pela equipe permite implementar ações de cuidado inesperadas e que trazem bons resultados.

“E a consulta do farmacêutico é para tratar, eu imagino que seja assim, para tratar do uso da medicação... Toda a consulta que é do médico toda aquela anamnese do médico, o farmacêutico faria com o medicamento. Então seria o tempo da consulta para olhar a medicação daquele paciente”. Enfermeira Cláudia

5.2.3 “Eles tem uma certa felicidade: encontrando a autonomia”

Já há algum tempo vários autores retrataram os efeitos deletérios do modelo biomédico nas relações que se pretendem terapêuticas: o distanciamento entre profissional e paciente, incompatibilidades entre os objetivos e entendimentos de cada um sobre a doença, instituição de práticas normativas pontuadas pela concentração de poder no médico que são impermeáveis ao cotidiano do doente (CAPRARA, RODRIGUES, 2004; FOUCAULT, 1980, 1984; MARTINS, 2004; MENESES E ROCHA, TRAD, 2005; SOARES, CAMARGO JUNIOR; 2007). A não adesão à farmacoterapia, a recusa em modificar estilos de vida são comportamentos relacionados ao distanciamento provocado por esse modelo e representam grandes barreiras para que o indivíduo melhore sua saúde.

“Nessa vida... na saúde nada é 100% porque não depende do profissional, também depende do cliente seguir as orientações corretas de tomar a medicação certa, manter a dieta certa. Ter uma vida saudável. Depende mais do cliente, o profissional lógico que tem a parte dele, mas também tem a parte do cliente também”. ACS Camila

“O que é proposto pra ele é a receita, que é os medicamentos. E o que ele tem que fazer ele próprio que é a caminhada e a dieta, ele não faz. Ele só faz o uso da receita e eu sempre informo o usuário: o medicamento ele não vai curar, o medicamento ele não faz efeito e milagre se ele não fizer a parte dele. A minha função é orientar quanto aos riscos da doença, a necessidade do tratamento. Mas a escolha final é do usuário. Eu não fico batendo de frente com ele não e chega um momento quando eu canso, eu vou passando pra outro profissional, vou passando, vou passando”. Enfermeira Cláudia

Lidar com a falta de empenho do paciente não é tarefa fácil. Camila acredita que embora o papel do profissional seja importante, se não houver empenho do paciente

em seguir as orientações corretas, nada adianta. A escolha é do paciente e se ele opta por não se tratar o cansaço pode abater esse profissional e ele encaminhará esse paciente para outra pessoa.

Soares e Camargo Júnior (2007) alertam que considerar o doente como responsável pelo tratamento não deve, de forma alguma, confundir-se com a fala onde a doença tem um caráter punitivo e o doente é considerado um 'fracassado' em restaurar sua saúde. Nem muito menos responsabilizar o indivíduo por onerar os cofres públicos devido à sua conduta no seu tratamento, diminuindo assim a responsabilidades das políticas públicas de saúde, estratégia que tem sido adotada por alguns governos neoliberais (SOARES, CAMARGO JUNIOR; 2007). Essa conduta condenatória nada tem a acrescentar e pode estigmatizar esses pacientes provocando um isolamento social dos mesmos. Nesse processo se expressam valores, atitudes e normas sociais, como o medo, a depreciação e a culpa que remetem o paciente a uma condição negativamente diferenciada (PERINI, 1998) e tendem a afastar o indivíduo da equipe de saúde.

Diante das dificuldades em fazer com que o paciente siga as instruções passadas, a entrada de um novo profissional no cenário de trabalho cria expectativas com relação ao envolvimento do paciente no tratamento e a equipe tece comentários sobre isso:

“É através do atendimento que **você melhora a adesão**. Entendeu? Eu acho que **é um profissional a mais que vai estar atendendo** ele (paciente), um profissional que vai estar **orientando** ele mais, **chamando ele mais para a responsabilidade**, que vai estar falando pra ele a importância dele estar tratando, qual o risco dele não tratar direito.” Enfermeira Joana

“E então eu fico pensando assim, **de repente uma outra pessoa**, que eu já falei pra ele (farmacêutico) que entende tudo de remédio, vai falar pra ele (paciente) isso tudo e **vai despertar aquela sensação nele (paciente)**” [imitando a fala do paciente com uma voz diferente] “Puxa **eu vou fazer a minha parte**, alguma coisa tem que acontecer, eu tenho que fazer um **exercício**, fazer uma **dieta**”. Enfermeira Cláudia

Mas é preciso que o profissional, além de conhecimento técnico consiga envolver o doente no seu tratamento. Para isso esse profissional deve reconhecer a heterogeneidade e a diversidade das pessoas de quem ele cuida. Legitimar suas

queixas, validar a vivência do paciente é um passo importante para começar a enxergar a doença do ponto de vista do doente e assim elaborar um plano no qual o paciente esteja engajado, pois sabe que seu objetivo enquanto pessoa está sendo contemplado pelo profissional que cuida dele (SOARES, CAMARGO JUNIOR; 2007). Para que as estratégias para o cuidado sejam efetivas e não apenas proposições que ficam presas num pedaço de papel ou esquecidas numa consulta no centro de saúde, resgatar a subjetividade e valorizar a experiência do paciente representa uma condição fundamental. Cláudia teve uma experiência transformadora a esse respeito.

“Não tem jeito! **Tem usuário que manipula a gente, que fica fazendo pirraça mesmo.** Que ele não quer se tratar. E tem muito usuário assim, que **não se responsabiliza**, que não quer fazer uma caminhada, dieta, nada! Eles querem é um milagre e aí a receita só vai aumentando. O médico acaba que tem que ficar passando mais remédio. **Eu pensava que era o caso dele [paciente] também, mas não era.** Ele[paciente] não tava se sentindo bem com o remédio e a farmacêutica viu isso. Era próprio do organismo dele com o remédio, ele não tinha culpa. **Não era pirraça não, ele tava tendo dificuldade de ereção mesmo. E aí que eu pensei: Pôxa! Não é pirraça dele,** tem paciente que vai estar tendo dificuldade mesmo, é próprio do organismo da pessoa. **Aí eu vi que tinha outra possibilidade né? Abriu a minha mente...** Eu não sabia desse negócio não, que remédio pra pressão podia dar problema de impotência, que é o efeito que o remédio pode tá fazendo, ou pro bem, ou pro mal, que era o caso desse moço”. Enfermeira Cláudia

Nesse trecho Cláudia depois de viver uma situação onde ela pensava que o paciente estava “fazendo pirraça” para se tratar, ela descobre que na verdade seu paciente tinha razões para não tomar o medicamento. Nesse momento ela percebe que existem outros determinantes que podem afetar o tratamento do paciente. A partir desse momento ela vê um leque de possibilidades mais amplo no qual muitas vezes o paciente não deve ser considerado como ‘culpado’ por não se tratar.

Se voltarmos um pouco atrás na sub-categoria “Uma humilhação com o doente” podemos resgatar a frustração e impotência dos profissionais diante das inúmeras dificuldades que os pacientes apresentam. Retomemos então o ponto em que Rosa e Maurício chegam a conclusão da condição de abandono que os pacientes, subjugados, se encontram no dia-a-dia ao ter que lidar com o uso de vários medicamentos simultaneamente. É neste contexto que uma prática de saúde que esteja aberta para ouvir o quê o paciente tem a dizer, que leve em consideração sua

experiência e seu saber, pode contribuir para a emancipação de uma relação antes marcada pelo poder concentrado nas mãos de um profissional. Rosa percebeu essa transformação na prática.

“A gente é a palavra da gente. Acabou, né? O pensamento da gente fica na palavra e pronto. Eles gostam de falar. Então **eles gostam de falar pra pessoa que queira ouvi-los.** Né? Alguém que não tá ali pra dizer pra eles que eles são obrigados a enfiar aquele tantão de comprimidos na boca, pro resto na vida não. **Alguém que dê pra eles o sentido do tratamento** que eles estão fazendo. A Atenção Farmacêutica faz isso.” Médica Rosa

Rosa percebe que a Atenção Farmacêutica é um espaço que o paciente encontra pra revelar o sentido que o tratamento representa na sua vida, um espaço onde o paciente não experimenta imposições sobre seu tratamento ou comportamentos, a atenção farmacêutica cria um espaço de liberdade para o paciente falar sobre si mesmo. Esse é o caminho que o paciente poderá resgatar sua autonomia. Rosa sente que os pacientes acompanhados pela Atenção Farmacêutica foram motivados a empoderar-se de sua saúde e estão felizes com isso.

“Eles querem cuidar, são cuidadosos de sua saúde. Isso eu senti como os meus doentes que estão sendo acompanhados. E **o pessoal tem uma certa felicidade,** né? Eles não se vêem mais doentes. Que eles vão... não é bem dispostos... mas uma felicidade de estar cuidando da saúde” Médica Rosa

Quando adoecemos é natural querer alguém que cuide de nós, não só pelo conhecimento técnico, mas também pelo afeto e carinho que tanto os profissionais de saúde quanto os amigos podem oferecer. Isto não diminui a autonomia do doente, pelo contrário, pode até fortalecê-la desde que essa relação não seja baseada na dependência (SOARES, CAMARGO JUNIOR, 2007). De acordo com López-de la Peña e Rodriguez-Santillán (2002), a autonomia refere-se à capacidade de decisão que permite ao indivíduo fazer escolhas conscientes, de acordo com suas preferências sobre as possibilidades futuras, avaliadas e fundamentadas em um sistema próprio de valores. Encontrar um espaço que tenha informações suficientes e apropriadamente detalhadas sobre sua condição de saúde e ainda os riscos e benefícios do tratamento certamente traz mais segurança e pode fazer com que esse paciente faça escolhas melhores e mais conscientes (FREITAS, 2005; RAMALHO DE OLIVEIRA 2003). O médico, o farmacêutico e as tecnologias devem

ser apenas um meio pelo qual o processo terapêutico evolui. A Atenção Farmacêutica é vista como um fator que pode contribuir para a apropriação do processo saúde-doença pelo indivíduo, assim como compreender as possibilidades do tratamento e suas implicações.

“Então, **ele vem como o sujeito do tratamento dele, o dono da saúde dele.** É ele que tá sendo tratado, né? Não é um tanto de números lá que a gente leu, que reduz isso, reduz aquilo, então toma aquilo, né? Eu tenho vinte minutos para a consulta, a [Farmacêutica] tem mais 20, né? Tem mais o grupo interativo, né? Então vai multiplicando, né? Faz o sujeito se achar na saúde dele, né? Pra ele poder continuar a vida dele com as síndromes dele e aí vivendo com saúde. E tomando aqueles doze comprimidinhos por dia e isso não se tornar mais uma doença pra ele, só ‘um guarda mão’ pra ele segurar né?” Médica Rosa

O fortalecimento das relações entre os pacientes e os profissionais, entre os próprios profissionais, através do compartilhamento de saberes, superando o paternalismo e o autoritarismo, permite que o doente se ache no seu tratamento. O paciente se sente sujeito e dono de sua saúde quando percebe que quem cuida dele valoriza sua subjetividade e assim a responsabilização pelo próprio cuidado vem como consequência. Como podemos ver na declaração de Rosa, essa não é uma conquista exclusiva da Atenção Farmacêutica. Através da fala de Rosa pode-se perceber que a interdisciplinaridade tem um papel que pode ser fundamental na promoção e recuperação da saúde das pessoas. É nessa perspectiva que iniciaremos uma discussão mais profunda de como o trabalho em equipe foi construído, na próxima categoria.

5.2.4 A dispensação e a Atenção Farmacêutica

Ao discutirmos o significado da prática da Atenção Farmacêutica para os profissionais do centro de saúde, é importante ressaltar suas observações quanto ao serviço de dispensação farmacêutica na unidade.

A dispensação por ocupar um espaço exclusivamente pertencente ao núcleo de atividades do farmacêutico foi citada por vários profissionais sob pontos de vista bem diferentes. Houve aqueles que defenderam que a dispensação é uma atividade que

deveria ser trabalhada pelos farmacêuticos, mas que não estava sendo abordada por esse profissional.

“[Atenção Farmacêutica] é um conjunto de ações do farmacêutico inserido aqui dentro do contexto da unidade de saúde e que ao meu ver tinha que englobar a dispensação também, mas que nesse momento aqui está mais restrita a uma parceria com a controle de posologia, controle de interação de drogas e controle clínico do paciente.” (Médico Francisco)

Certamente o papel da dispensação é de extrema importância para garantir o uso correto dos medicamentos e apresenta foco e objetivo diferente daqueles apresentados pela Atenção Farmacêutica. As atividades da farmácia, na visão de alguns membros da equipe, são muito diferentes das atividades clínicas.

“Só que eu acho um serviço diferente do que eu faço no centro de saúde, cuidar da farmácia, que é saber, que é olhar a data de validade do medicamento, o nome do medicamento... a gente fica vendo o paciente numa janelinha, horário cheio, fila grande.. o que não pode ficar no sol, que não pode ficar no quente, o quê que tem de ficar no gelado, mandar o mapa todo mês com os remédios que a gente vai precisar.” Enfermeira Cláudia

Cláudia descreve atividades que realiza na farmácia fazendo referência a aspectos gerenciais e organizacionais que envolvem o armazenamento e a entrega de medicamentos. O contato com o paciente é precário, estabelecido em condições longe das ideais. A área de atuação da dispensação possui elementos completamente diferentes daqueles realizados por Cláudia quando ela está no acolhimento, nos grupos operativos ou nas consultas de enfermagem. O trabalho da enfermagem é direcionado para o atendimento direto ao paciente e o trabalho realizado na farmácia está direcionado à objetos que são os medicamentos, o fruto desse trabalho chega indiretamente ao usuário. Da mesma forma, é a Atenção Farmacêutica que possui como foco o paciente, diferentemente da dispensação cujo foco é o medicamento. Na Atenção Farmacêutica os pacientes são atendidos individualmente, cada qual com o seu tempo, e os pacientes também têm tempo para a Atenção Farmacêutica. A dispensação está inserida numa outra cultura de trabalho cria demandas e disponibilidades diferentes por parte dos usuários. Pelo fato do atendimento ser rápido o paciente em geral está em pé e não têm privacidade para dividir problemas mais íntimos. A farmácia tem ainda as atividades

tipicamente gerenciais que requerem do farmacêutico conhecimentos diferentes daqueles adquiridos na faculdade.

“Porque o movimento da farmácia, ele não pára. Ele é contínuo. Você já deve ter reparado. Passa lá o dia inteiro, aquele filão. Aquele filão. Então você fica ali naquela... no dia-a-dia ali, dando, pegando, pegando e dando, você não pára pra ver a especificidade do caso daquela pessoa, né?” ACS Acácia

Nesse trecho podemos ver que a ACS vê o trabalho na farmácia como uma mera entrega de medicamentos e salienta que num ambiente com este formato é praticamente impossível perceber a “especificidade da pessoa”. Como nos lembra Planas et al. (2005), a dispensação é o último local onde o paciente tem um contato com o profissional de saúde antes de utilizar o medicamento. É o momento onde o farmacêutico poderia orientar o paciente quanto ao uso correto da medicação. Certamente o que Acácia nos ressalta não se trata especificamente de dispensação e sim a entrega de medicamentos.

“Se você viesse pro posto mesmo e fosse ficar na farmácia, eu acho que ia ser difícil continuar com esse serviço (Atenção Farmacêutica) porque é gritante, é gritante! É um fluxo contínuo sabe? Te prenderia lá. Te prenderia na burocracia da farmácia e você não teria nem tempo pra tá atendendo o paciente”. ACS Acácia

Acácia conclui que agregar essas duas atividades pode fazer com que o profissional farmacêutico se envolva de tal modo com a dispensação que não tenha como exercer a Atenção Farmacêutica, e cuidar dos pacientes individualmente.

Concordo com Acácia quando ela diz que no ambiente da farmácia não é possível conhecer as necessidades individuais daquele paciente. Esse é um desafio que só poderá ser vencido em um ambiente adequado, com privacidade e com um profissional que esteja preparado para buscar essas informações. Como já nos disse Maurício em uma de suas falas “*a atenção farmacêutica vai direto ao ponto, o paciente*” e é por isso que acreditamos que dispensação e Atenção Farmacêutica não podem ser confundidas ou misturadas. Elas correspondem a ‘*ethos*’ completamente distintos. Isso não significa que sejam opostos, muito pelo contrário, são complementares mas têm objetivos diferentes e missões diferentes. A Atenção Farmacêutica é fundamentada no cuidado direto das pessoas e a na

responsabilização do farmacêutico pelos resultados da farmacoterapia. Enquanto a dispensação tem como fundamento a entrega do produto farmacêutico sustentada por informações sobre o uso do produto para os usuários de medicamentos. Equivocamos-nos quando tentamos misturar esses dois conceitos uma vez que têm objetivos e modelos de prática distintos.

Fato é que num cenário antes desprovido do profissional farmacêutico e com o serviço de farmácia, os profissionais do centro de saúde clamam pelo trabalho do farmacêutico também na farmácia, local em que este profissional está habitualmente presente. Contudo percebem também que caso este profissional fique trabalhando na farmácia será muito difícil a sua saída deste ambiente para atender os pacientes, pois o farmacêutico iria ficar “preso na burocracia da farmácia” .

3 “As relações inter-profissionais: Médico não é Deus”.

A presente categoria versa sobre a acomodação de um novo serviço dentro dos já existentes, vem trazer informações sobre a inserção do farmacêutico num cenário já estabelecido de profissionais.

Antes de tratar especificamente devemos lembrar alguns conceitos importantes para desenvolver a nossa discussão. Dentro dessa perspectiva cabe a pergunta: o que significa trabalhar de maneira interdisciplinar? De acordo com Furtado (2007), algum grau de interação entre as disciplinas próximas sempre existe e para caracterizar melhor esses diferentes graus de aproximação, alguns autores elaboram conceitos que estão em algum ponto numa escala que parte de um pólo onde praticamente não existe interação entre os profissionais até outro extremo onde existe um grande intercambio entre elas. Dessa forma encontramos a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade que representam graus progressivamente mais elevados quanto à interação profissional.

Enquanto na multidisciplinaridade tem-se a execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação, a

pluridisciplinaridade apresenta um grau efetivo de relação entre os profissionais com objetivos comuns, mas que ainda trabalham com a idéia da complementaridade e mantém um certo grau de hierarquização entre a equipe (FURTADO, 2007). Na interdisciplinaridade o grau de entrosamento é mais avançado, as relações entre os saberes são menos verticais, e estão colocados no mesmo nível.

Os campos onde a interdisciplinaridade atua são o científico, o escolar e o profissional (FAZENDA, 2002). Transpondo a interdisciplinaridade para interprofissionalidade encontramos uma lógica de trabalho horizontal, os profissionais estão na mesma plataforma de trabalho e procuram se esforçar para serem compreendidos construindo uma ponte de conexão de saberes (FURTADO, 2007).

A parceria é uma condição fundamental para a interprofissionalidade. Ela requer, antes de mais nada, a humildade (FAZENDA, 2002) para reconhecer que a verdade não é única. Desapego para poder abrir mão da concentração do poder, abrindo espaço para o compartilhamento do saber. Assumir que não é possível resolver tudo sozinho é o primeiro passo para deixar que outros trabalhadores possam contribuir. A equipe entrevistada demonstra que esta é uma questão bem trabalhada na inserção da Atenção Farmacêutica.

“A gente não é Deus, a gente não dá conta de tudo, informações sobre interações de drogas,... coisas que às vezes a gente não está com aquilo fresco, tem coisas que passam despercebidas mesmo.”
Médico Francisco

“Eu vejo isso com tranquilidade, porque médico não é Deus não. Médico não é Deus não. Eu não vejo nenhum problema discutir a interação de remédio. Eu acho muito positivo”. Médica Rosa

Compartilhar conhecimentos, trocar informações, olhar o paciente sob um outro ponto de vista e tomar decisões em conjunto, é por este caminho que a Atenção Farmacêutica vai se construindo junto com a equipe da ESF. A esse respeito Rosa e Francisco relatam como é trabalhar com o farmacêutico no dia-a-dia.

“Aí a gente se senta, normalmente lá na mesinha do café ou ela vem aqui. E aí a gente fala um pouco, eu anoto na minha agenda o quê que eu acho que eu posso fazer pra adequar à terapêutica do

doente. Tenho tido o retorno do doente com isso. Mas quando é uma coisa mais urgente, eu vou lá.” Médica Rosa

“E eu achei muito interessante... porque tem como a gente ter informações sobre interações de drogas... é que às vezes a gente não está com aquilo fresco... essa orientação pra tentar dar uma melhorada nas doses, na posologia e que eu acho que vocês (farmacêuticos) têm mais experiências.” Médico Francisco

A formação técnica deste profissional é percebida como um diferencial importante que transmite confiança para dar as respostas mais acuradas às questões medicamentosas. Além da relevância que a formação técnico-científica traz por si só, ela também confere ao farmacêutico um papel, digamos ‘imparcial’, diante das possibilidades de tratamento farmacológico, pois não estaria influenciado pelos interesses capitalistas da indústria farmacêutica.

“Eu imagino que a farmacologia que vocês(farmacêuticos) têm na faculdade é diferente do que a gente tem. Porque vocês aprendem desde a substância primária da medicação, de como manipula, de como que dilui, com o quê que interage a medicação,(...) eu enfermeira, recebo a prescrição do médico e o médico recebe a prescrição do laboratório. O contato que o médico tem com o laboratório é com o representante comercial, que eu imagino que ele decore direitinho a planilha do medicamento, fale sobre tudo isso, mas se perguntar uma coisa fora ele não vai saber, porque ele é um administrador, é comércio, ele não é farmacêutico. Então eu imagino que é competência do farmacêutico e se alguém me perguntar alguma coisa e eu não souber a primeira pessoa que eu vou perguntar é pro farmacêutico.” Enfermeira Cláudia

O intercâmbio de informações, o livre acesso entre os profissionais, liberdade para discutir as dúvidas, essas são características de uma relação democrática e apontada pela equipe de saúde como algo que faz parte do cotidiano. A interdisciplinaridade não é uma simples justaposição de competências e saberes (FURTADO, 2007), mas sim uma nova combinação desses componentes que se desdobram em novas formas de pensar e de trabalhar que traz por consequência mudanças positivas na vida dos pacientes. Neste nível de trabalho em equipe as práticas, e saberes se transformem mutuamente resultando num desempenho de trabalho simbiótico. Um ponto que chama atenção nesse estudo é a questão da relação de confiança estabelecida entre os profissionais. A confiança vem com o tempo, na medida em que se conhecem as pessoas e o valor do trabalho que elas realizam. Ela é um dos elos entre a equipe e o farmacêutico e é um dos

determinantes mais importantes do encaminhamento de pacientes para a Atenção Farmacêutica e o estabelecimento efetivo de ações em conjunto.

“Eu só encaminho para um profissional que eu confio. Entendeu? Vocês estão muito próximas de mim. Eu percebo que a relação comigo é diferente. Porque a nossa relação é assim. Eu sei como vocês trabalham, os pacientes me falam. (...) Sabe essa coisa, é informal, mas é importante. As vezes eu mando o paciente pra vocês e falo assim; depois você me conta como é que foi a consulta. Aí o paciente passa aqui e me conta. Ou você vem e me conta. Então(...) a expectativa dela é alcançada. Eu acho que isso também é importante. Enfermeira Joana

“É porque eu tenho... é questão da confiança no trabalho do outro mesmo, né? Porque é isso mesmo. É uma maneira perfeita, né? Pelo menos eu acho que se eu posso confiar na minha... é um caso até de pedantismo isso, né? Se eu posso confiar na minha anamnese, eu posso confiar na dela. Eu acho que é tão bem feita quanto a minha. Né? É lógico que eu tenho que melhorar, mas não faço de forma displicente, né? Tem que melhorar? É lógico que tem, né? Mas não é displicente. Não venho aqui para isso. E a Atenção Farmacêutica também não vem aqui pra fazer um trabalho displicente. É isso que eu vejo. Tem honestidade no trabalho que faz, tem certeza do trabalho. São meus segundos olhos!” Médica Rosa

O trabalho em equipe exige convivência com os colegas de trabalho, e tanto Rosa quanto Joana, Francisco e Cláudia mantêm um canal de comunicação aberto com os farmacêuticos da equipe. Joana nos chama atenção para as conversas informais que acontecem na unidade que são importantes tanto para estabelecer aproximação com o farmacêutico quanto para conhecer o seu trabalho, pela perspectiva do profissional e do paciente. Estabelecer uma relação de confiança com os parceiros de trabalho é o passo que antecede o compartilhamento de responsabilidades. Isso traz como consequência um certo alívio nas angústias, poder ‘trocar idéias’ e ter alguém para realizar tarefas conjuntas pode ser confortante. Joana conta uma história em que ela viveu essa situação.

“Tem um paciente nosso da tuberculose. A gente chama ele de Custoso. O Custoso (rindo). É o segundo abandono de tratamento e abandonou o tratamento que está fazendo agora. Abandonou por um mês. E a gente não sabia como fazer o tratamento nesse caso. Não sabia. Fui em médico, também não sabia. Então a Bianca (farmacêutica) foi e ligou para uma amiga dela que trabalha nas clínicas (batendo a mão na mesa em ritmo crescente e empolgante) e eu estava totalmente perdida porque ninguém tinha me orientado, Bianca foi ligou, me ajudou e nós retomamos o

tratamento, nós duas. Conversamos com a médica, ela fez a receita e pronto! (falando cada vez mais rápido, e balançando o corpo enquanto fala, com entonação triunfante no final). Agora ele vem com ela(farmacêutica), passa vem comigo e aí agente já brinca “Ô Custoso!” fica uma coisa mais informal né ? A gente acompanha ele junto, eu e ela, pra vê se chama ele para se engajar mais no tratamento.” Enfermeira Joana

A partir do momento em que o farmacêutico está trabalhando num serviço de saúde ele incorpora algumas condutas que regem todos os profissionais de uma unidade de saúde. O entendimento de risco e prioridades são pontos onde não só o farmacêutico mas todos os profissionais de saúde devem estar atentos. Para Rosa a responsabilidade do farmacêutico compreende estar atento ao que acontece aos usuários e tomar as devidas providencias para poder ajudar o doente a tempo e a hora.

“Eu acho que não pode, por exemplo, tá com uma pressão de 230 x 110 e deixar o doente ir embora, né? Ele viu... ele estava com o doente e ele aferiu a PA do doente, ele não pode deixar o doente ir embora não, ué? Se ele não pode medicar, ele tem que passar pra quem pode. **E a responsabilidade dele é acolher esse doente também. É um serviço dentro de toda a responsabilidade de todos profissionais de saúde(...)** a partir do momento que ele sabe, é responsabilidade dele.. **O farmacêutico também, quando ele sabe o quê que o doente faz, não faz, deixou de fazer, como que tá, como que não tá, é responsabilidade dele. Ele não sabe o que o doente tá precisando? Ele não sabe ? Então se não é ele que prescreve, ele tem que passar pra quem prescreva.** Se é algo da área de atuação dele, ele tem que fazer a orientação adequada”. Médico Rosa

Neste trecho Rosa entra numa questão que é quase uma unanimidade para a equipe, trata-se do papel do farmacêutico em discutir com o médico aspectos relacionados à prescrição medicamentosa. A Atenção Farmacêutica é identificada aqui como uma prática intrinsecamente interdisciplinar, uma vez que o farmacêutico pode identificar um problema que será resolvido através da ação conjunta com um outro profissional, o médico. Arendt (2004) faz uma reflexão sobre a idéia de responsabilidade coletiva que nos parece útil para entender as relações entre os profissionais no trabalho em equipe. Para essa filósofa, a responsabilidade coletiva não se baseia numa concepção de culpa, que tem caráter individual. Ela não se fundamenta na responsabilização de alguém por algo que não tenha sido feito, mas pelo seu pertencimento a um grupo, assim é a responsabilidade coletiva. Recorremos à concepção de trabalho em equipe feita por Lopes, Henriques,

Pinheiro (2007) que o entende como um *saber-fazer-comum* pautado por valores éticos, “*tendo como centro da ação o usuário e que, ao ser exercido e considerado, pode reconfigurar as práticas e as relações presentes entre os sujeitos que agem e interagem em espaços públicos concretos, tais como os serviços de saúde*”. Francisco teve uma experiência que retrata essa situação.

“Era uma senhora de meia idade e sobrepeso, aquele perfil de hipertensa e diabética de meia idade e estava com um descontrole glicêmico com níveis de glicemia de 380, 290 totalmente descontrolada. Níveis **pressóricos** altos (...), tentei fazer com que ela se empenhasse mais no tratamento (...) e mandei essa paciente pra atenção farmacêutica. O Danilo lembro que ele conversou muito com (...) E explicou direitinho as doses e eu só sei que a gente faz o acompanhamento glicêmico segunda, quarta e sexta ou diária, eu não me lembro. **Eu só sei que dois dias depois ela chegou normalizada, cerca de dois dias ela normalizou todas as glicemias e todos os níveis pressão e ela entrou em uma fase de vida interessante e é claro que a gente não faz milagre né ?** Mas essa paciente reencontrou a questão da auto-estima e está investindo nela, e ela está procurando curtir a terceira idade e tá querendo sair pra dançar. E não é que a atenção farmacêutica tenha feito isso, é o momento dela (paciente) e que encontrou com o momento da nossa atuação como profissional, tanto eu quanto o Danilo e que permitiu e que foi num momento assim de bem, bem decisivo porque foi uma mudança na terapêutica. Uma mudança na forma na nossa abordagem, que foi um trabalho em conjunto e não foi só eu e não foi só [Danilo]. **Fomos nós e o momento de vida dela e isso é bem interessante.**” Médico Francisco, grifos meus

Para o médico Francisco dividir responsabilidades está relacionado com troca de saberes, ponderações sobre o julgamento técnico dos outros profissionais. Compartilhar saberes e responsabilidades pode trazer alívio às angústias com as quais os profissionais se deparam na assistência à saúde.

“Que ótimo que tem alguém pra ajudar e dividir as angústias da gente. Porque na medida que o paciente tem uma dificuldade de entendimento e uma dificuldade de uso de posologia e de tudo e tem vários remédios interagindo e tem um contexto que não é só clínico, mais vamos colocar assim, o farmacológico da coisa. Porque a absorção daquele remédio vai alterar por causa disso e disso e por que a gente não tem condição entender isso como vocês (farmacêuticos)...**e na medida em que dá vamos melhorar essa dose e isso não é que a decisão da dosagem vai ser exclusivamente o ato da prescrição, mas a partir do momento que eu estou na equipe, se tem outro pra me dar opinião, vamos lá escutar , porque é interessante.** Agora o fato dele me falar “olha

eu acho que a gente tá precisando tirar o captopril desse paciente, ele tá reclamando, tá tossindo demais” aí eu vou ver. Porque o olhar do farmacêutico é sobre a farmacoterapia, mas eu tenho o meu olhar, que é clínico. Aí eu vou ver que aquela tosse pode tá relacionada à problema respiratório do paciente, a relação temporal... Aí eu vou ver que aquela informação pode até ser pertinente, mas tem outras coisas que o farmacêutico não viu e eu vi. Então na minha avaliação eu vou falar, não, eu acho que nesse momento o paciente pode ficar com o captopril”. Médico Francisco

O entrelaçamento desses conhecimentos e olhares diferentes sobre um mesmo paciente, gera levantamentos e discussão entre os profissionais. Contudo dividir as responsabilidades não significa abrir mão da identidade profissional do médico, não significa invadir o núcleo de competência de outro profissional. O trecho acima descrito mostra que as considerações do farmacêutico são ponderadas pelo médico, mas a decisão leva em consideração outros fatores que o olhar do farmacêutico não viu, mas o do médico sim. Neste contexto, compartilharemos os conceitos de “campo” e “núcleo” apresentados por Campos (1997).

O núcleo de competência refere-se aos saberes específicos de cada profissional que se fazem presentes nas diferentes situações com o desenvolvimento de intervenções técnicas específicas, isto remete à autonomia dos profissionais, mas ao mesmo tempo à interdependência desta autonomia. (...) por campo entende-se os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades. (CAMPOS,1997 *apud in* ALMEIDA, MISHIMA; 2001)

A fala de Francisco retrata uma flexibilização nos limites dos núcleos de competência dos profissionais. A Atenção Farmacêutica se mostra como uma porta onde a interdisciplinaridade tem sido trabalhada. Essa é uma situação onde vemos materializado o saber-fazer-comum pautado por tomadas de decisão individuais e coletivas que são contempladas por uma responsabilização coletiva dos atores envolvidos na prática de saúde (BONALDI, et al2007; LOPES, HENRIQUES, PINHEIRO; 2007).

“Então eu não me sinto desmerecido ou pior porque eu estou tendo a ajuda do farmacêutico nesse momento não. (...) Porque cada um na sua, mais os dois juntos né , não é porque a pessoa falou faça isso que a gente vai fazer , até porque eu num falo assim: ô Danilo

faz isso e isso e isso. Não, ele tem as determinações dele e eu tenho as minhas, e eu não posso no caso mudar as coisas dele mas a gente junta conhecimento. (...) o farmacêutico saber a implicação é super interessante, me ajuda muito e ajuda muito mais o paciente que é o foco da nossa ação né? Mas se não tiver um entendimento muito claro pras duas partes, então a gente discute”. Médico Francisco

A prescrição médica continua sendo um ato médico. A Atenção Farmacêutica não tem como objetivo invadir o núcleo de atuação do médico. Podemos entender que a Atenção Farmacêutica compartilha do mesmo campo de atuação do serviço médico na medida em que o farmacêutico faz recomendações para modificar a farmacoterapia do paciente, o que às vezes pode influenciar a prescrição médica. Porém, o ato da prescrição é um ato médico e faz parte do núcleo de atuação da medicina, e não da Atenção Farmacêutica. Contudo, aspectos que estão relacionados ao uso de medicamentos, como a identificação de problemas farmacoterapêuticos, fazem parte do núcleo de atuação da Atenção Farmacêutica.

“A prescrição é minha. **A prescrição sempre é minha. E a farmacêutica com quem eu trabalho, nunca, em momento algum, sugeriu ou colocou que não fosse.** E nunca esperou que não fosse, né? Então, toda vez que ela vê alguma necessidade de mudança de abordagem, a gente senta e conversa. A mudança de abordagem é colocada pra mim. É solicitado que eu faça, e é uma decisão que é minha né? Tem o julgamento dela e tem o meu julgamento”. Médica Rosa

A discussão sobre ajustes posológicos, necessidade de medicamentos adicionais, retirada de dupla terapia são pontos concernentes ao campo de atuação e de responsabilidade tanto da medicina quanto da Atenção Farmacêutica. No Centro de Saúde São José essas discussões e práticas foram iluminadas, na sua maioria, por uma prática interdisciplinar, através de ações em conjunto entre médicos e farmacêuticos.

Porém, nem todos os profissionais compartilham desse tipo de abordagem. A concentração de poder socialmente atribuído ao médico também é identificado neste estudo. Através da própria equipe da ESF podemos identificar que existe neste contexto um profissional que acredita na hierarquização dos saberes entre as classes profissionais.

“Ainda tem aquela questão de que é o médico que prescreve, que é ele que sabe, se ele prescreveu tem que ser daquele jeito né e ainda tem uns gatos pingados assim né”. Enfermeira Cláudia

Esse tipo de postura identificado por Cláudia ainda é uma característica marcante no processo de trabalho de uma equipe multidisciplinar. Em geral, os trabalhos que têm formações técnicas distintas, tendem a centrar-se na parcela desse trabalho que lhes cabe e não percebem que assim contribuem para a fragmentação do cuidado (LOPES, HENRIQUES, PINHEIRO; 2007). As fronteiras da ação tendem a ser mantidas por esses profissionais, dessa forma os contornos se fazem muito rígidos e dificultam o *saber-fazer-comum* (LOPES, HENRIQUES, PINHEIRO; 2007). Rosa percebe que o trabalho interprofissional não “rola” muito bem com um de seus colegas. “*Eu não sei o quê acontece, mas quando ela (farmacêutica) vai falar com ele não rola. Não é a palavra não, porque os dois são pessoas muito educadas, é uma coisa que eu não sei. Mas entre eles a coisa não flui!* “. O entrevistado Francisco também tem a mesma percepção pois já viu que um dos colegas “*se mostrou meio resistente em aceitar a sugestão, que parecia coerente*”. A equipe já percebeu que nem todos os colegas compartilham a mesma vivência com a Atenção Farmacêutica. Para o entrevistado Pinheiro a Atenção Farmacêutica está disputando um espaço que é do médico, fragilizando a atuação deste profissional e levantando questões que o médico já conhece muito bem.

“É na evolução clínica, às vezes o farmacêutico escreve coisas que eu acho que isso é ruim, eu acho que deveria haver uma discussão do médico com o farmacêutico. (...) Eu já vi acontecendo com outros médicos e foi exatamente o que aconteceu. ‘Esse paciente estava usando captopril e eu acho melhor aumentar a dose do captopril porque o captopril remodela o coração, porque o captopril diminui e melhora a força de contração e diminui a pré-carga e melhora a pós-carga’. **E isso é que eu estou careca de saber** e eu não vou escrever isso na papeleta e se o farmacêutico escreveu isso. (...) Vamos supor que aconteça alguma coisa com esse paciente e a família questiona, (...) e imagina o leigo lá, o senhor Juiz é um leigo! (simulando a fala de um juiz): ‘Ô doutor, que negócio engraçado! O farmacêutico sugeriu que o senhor aumentasse a dose e o senhor não aumentou, por quê? E ele está falando aqui e senhor sabia que o remédio faz isso e isso e isso...’.” Médico Pinheiro, grifos meus

Nesta fala Pinheiro mostra sua preocupação com a possibilidade de que os registros que o farmacêutico faz no prontuário possam algum dia prejudicar os profissionais que foram responsáveis pelo paciente neste período. As atitudes corporativistas, as

entidades de classe, podem representar barreiras para as práticas inter e transdisciplinares (MENESES E ROCHA, TRAD, 2005). Quando Pinheiro diz que está “careca de saber” pode-se perceber certo ar de onipotência no seu discurso. Algo que lembra certo incômodo em perceber que o farmacêutico possa estar insinuando que um colega de trabalho não saiba os efeitos do medicamento.

“Por que o que está ocorrendo parece que **e eu senti assim, parece que o farmacêutico que está querendo ensinar o médico como é que usa o remédio, e será que o médico sabe ou será que ele não sabe. Eu penso que ele sabe, ou pelo menos deveria saber(...)**. Porque senão estará havendo um choque de profissões, entendeu? Eu por exemplo não aceitaria que o pessoal escreveu na papeleta não e eu ia chamar ele aqui pra poder questioná-lo”.
Pinheiro, grifos meus

Discutir sobre os medicamentos prescritos ao paciente não é uma situação confortável para todos os médicos. Pinheiro fala da sua insatisfação com relação a esse ponto. Ele declara já ter conhecimento das questões discutidas e afirma que o outro colega também já deveria conhecê-las. A informação colocada pelo farmacêutico parece ser entendida como uma afronta à classe médica.

“Pinheiro:Eu acho que está havendo choque de profissões.
Pequisadora: E então nesse ponto da prescrição, você acha que está havendo conflito?
Pinheiro: Sim está havendo, pelo que houve, e você pode questionar e pode perguntar pra todos os médicos se alguém aceitou... eu não sei, mas os médicos se sentem constrangidos quanto a isso , eu senti constrangido”.

Pinheiro afirma não conhecer o papel do farmacêutico e tendo em vista as discussões que envolvem a farmacoterapia ele se declara constrangido estendendo esse sentimento aos seus colegas. A equipe médica por outro lado tem outra posição. Eles reconhecem o papel do farmacêutico e legitimam o serviço de Atenção Farmacêutica como demonstrado a seguir.

“No posto está funcionando mais ou menos assim, pelo menos é o que eu entendi. A gente tem os meninos da farmácia, que estão no esquema de estágio aqui e a gente repassa pra eles os pacientes **pra que eles possam, junto com a gente, melhorar a posologia e melhorar a terapêutica, a dinâmica dos remédios desses pacientes.**”. Médico Francisco, grifos meus

Rosa identifica a Atenção Farmacêutica com uma perspectiva diferente, para ela está claro que o tratamento farmacológico é prescrito pelo médico. E o paciente que vai embora com a prescrição, utilizando aqueles medicamentos pode apresentar os mais variados problemas e podem ou não estar relacionados a receita, contudo são problemas que são vivenciados pelo paciente e não são tratados por nenhum outro profissional, inclusive o médico.

“Agora se a Atenção Farmacêutica não fizer a atenção... a farmácia que eles têm em casa, quem que vai fazer? E eles não têm uma farmácia em casa? Como que ela vai ficar lá, solta? Porque o médico prescreve a farmácia que tá na casa dele. Acabou, né? Porque a gente tem uma consulta de três em três meses...e aí? Como é que ele fica? Esse paciente fica solto. Eu acho que ele não tem chão pra poder caminhar. O quê que eu vou fazer da minha vida tomando doze comprimidos por dia? Um que me dá tonteira. Outro que me dá dor de cabeça. O outro que faz o meu estômago embrulhar. O outro que me dá tosse, mas o doutor falou que ele é bom assim mesmo, e eu tenho que tomar ele mesmo tossindo. O outro faz o meu pé inchar e dói. Mas ele me dá, fazer o quê? Tem que tomar. – (ela faz uma provocação e pergunta como quem já sabe a resposta levantando as sobrancelhas e esboçando um leve sorriso) E ele (paciente,) toma?” Médica Rosa, grifos meus

Há muito sabemos que o trabalho em equipe não é fácil. Podemos perceber que a postura de Pinheiro frente às trocas de informações entre farmacêutico e médico é bem diferente da percepção dos outros médicos. A equipe compreende que o estabelecimento de uma prática interprofissional depende em primeiro lugar das pessoas que estão envolvidas. Os profissionais percebem que dependendo do médico que for preciso interagir, a questão a ser resolvida pode ficar sem solução. A esse respeito Rosa faz uma reflexão.

“Eu fico pensando que podia ser eu nessa situação e eu tenho visto um bom trabalho da Atenção Farmacêutica e se eu tivesse essa conduta, não ia ter como, não ia rolar. (...) la ficar um trabalho... não ia ser multidisciplinar não, ia ser dois campos de atuação distintos e longe um do outro. Por isso que na hora que eles conversam lá. Que eu vejo que não “rola” de jeito nenhum, eu fico pensando assim... podia ser comigo, né? Então deixa eu ver o quê que tem de errado aqui, o quê que eu não devo falar, pra ver se não chega aí. Mas é a questão do pessoal, né? Você atende pessoas, né? Então a gente tem que achar o ponto da pessoa. O ponto da gente que melhor adapta com aquela pessoa, pra gente aproveitar o melhor que essa pessoa tem pra gente. E dar pra ela o melhor que a gente tem!” Médica Rosa

O manejo das relações no trabalho interdisciplinar está imerso nas relações estabelecidas entre as pessoas, que por sua vez têm seus posicionamentos técnicos, políticos e pessoais e caso não estejam dispostas a revê-los não há como se estabelecer um diálogo, quanto mais resolver problemas de pacientes.

Ao invés de tecer entendimentos acerca das disputas, conflitos e diferentes interesses na relação entre demanda e oferta de cuidados, optamos por construir entendimentos acerca dos valores que fundamentam um *saber-fazer-comum*, tais como o respeito, a cooperação e a solidariedade. Uma instituição de saúde é um espaço para produzir o bem comum, e isso por si só justifica a própria razão pública da integralidade em saúde. Neste sentido, a questão do trabalho nos convoca a uma reflexão sobre seu modo de produção, e questionamos se permaneceremos com o modelo hegemônico, marcado pela fragmentação, hierarquização de poderes, individualização e descontextualização dos sujeitos? Como reação a este modelo, a interdisciplinaridade assume grande importância na medida em que identifica e nomeia uma mediação possível entre saberes e competências, e fomenta a convivência criativa com as diferenças (FURTADO, 2007). A interdisciplinaridade contribui ainda para apontar a insuficiência dos diversos campos disciplinares, e assim contribuir para construção e legitimação de outros caminhos nos quais transitam sujeitos concretos, conceitos e métodos entre as diferentes áreas do conhecimento e das práticas profissionais. O pensamento de Gomes (2007) é extremamente pertinente

A responsabilidade com o outro não precisa ser ressentimento, não precisa ser competição entre partes; nossa responsabilidade diz de uma clareza em nossa ação, de uma postura não endurecida pelos obstáculos do caminhar junto com os outros, pois em última instância não há como cuidar de si sem cuidar dos outros. (GOMES, et al, 2007, p33)

“Pode ter dificuldades pessoais com um profissional, ou outro, isso é pessoal. Mas a questão da equipe multiprofissional **a gente tem que respeitar**. Porque a gente não dá conta de tudo e eu vou precisar da opinião do farmacêutico, eu vou **na medida em que eu não sei, eu vou pra competência de quem sabe, pra poder me ajudar**. E eu tenho essa facilidade, né?” Médico Francisco

Na fala de Francisco destacamos a palavra respeito, que no nosso entendimento é um ponto essencial numa relação entre pessoas. Ainda mais quando se trata de uma relação profissional que almeja o cuidado integral das pessoas. De acordo com o entrevistado o trabalho tecido a quatro mãos deve ser respeitado e para isso ele descreve um movimento que ele realiza para efetivar o seu trabalho: quando não se sabe o quê fazer converse com um outro colega e talvez ele possa te ajudar. A interdisciplinaridade caminha nesse movimento que nos faz lembrar uma dança onde um avança na medida em que outro recua, ou que todos dão os passos no mesmo sentido e direção produzindo um movimento harmônico e que traz satisfação a todos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Influenciada pelas premissas filosóficas da pesquisa qualitativa gostaria, agora, de tecer as últimas considerações sobre o trajeto que percorri até a conclusão desta pesquisa.

Acredito que a ciência se constitui em uma das várias formas de se ver o mundo e que tem por objetivo trazer compreensões à cerca deste. Seu compromisso é com o progresso da humanidade, trazendo contribuições para melhoria de vida das pessoas. Seu papel é de um instrumento para que os sujeitos, políticos, transformem a realidade em que vivem.

A pesquisa qualitativa, para mim, constitui uma oportunidade especial de se compreender a vivência das pessoas ao mesmo tempo em que dá voz aos sujeitos envolvidos no estudo. Essa possibilidade de deixar que a pessoa fale sobre sua experiência tem um componente importante quando se pensa a ciência como agente transformador do mundo. A abordagem qualitativa permite que o sujeito envolvido na pesquisa, na medida em que fala, reflita sobre seu discurso bem como nos seus pensamentos e atitudes. Partindo do princípio que a reflexão é o primeiro passo para a ação, essa abordagem já apresenta desde o início, durante a coleta de dados, um caráter potencialmente transformador da realidade.

Este trabalho conta uma parte da história que há muitos anos vem sendo construída no Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia. Neste período, a pesquisa qualitativa tem sido utilizada para compreender saberes, vivências e relações que apontam para a “lacuna” do nosso sistema de saúde: o melhor entendimento sobre o uso de medicamentos no “mundo real” e suas conseqüências na vida diária das pessoas. Essa pesquisa aponta mais uma vez para o abandono dos usuários à sua própria sorte após receberem seus medicamentos nos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, as práticas centradas no modelo biomédico precisam ser repensadas e reformuladas. Pude perceber que algumas concepções já começaram a se transformar no CSSJ. Uma delas diz respeito à forma como alguns profissionais

modificaram sua maneira de ver o paciente. Especialmente aqueles considerados “poliqueixosos”, desmotivados de cuidar de si e considerados culpados pelo insucesso do seu tratamento. Os integrantes da equipe puderam perceber que nem sempre os pacientes são responsáveis por isso, pois o não cumprimento do tratamento pode ser devido a problemas com o uso de medicamentos, que fogem ao controle do paciente. A prática de saúde deve ser humanizada, esta é uma questão fundamental, que contribui para que o profissional de saúde oriente seu pensar-na-saúde para o paciente.

Na perspectiva do cuidado integral à saúde das pessoas, a fala dos integrantes da equipe de Saúde da Família revelou a necessidade da inserção de um profissional com profundos conhecimentos sobre medicamentos na unidade de saúde. A entrada do farmacêutico trouxe contribuições significativas para os pacientes atendidos. Isso foi evidenciado pela narrativa dos profissionais de saúde que perceberam que o “olhar diferente” do farmacêutico resolvia problemas até então não resolvidos pela equipe.

A Atenção Farmacêutica funcionou como um “guarda mão”, ou seja, um serviço que apoiava aqueles pacientes que se encontravam “soltos no mundo”, perdidos em meio ao processo de saúde-doença. A Atenção Farmacêutica foi idealizada a fim de satisfazer uma necessidade social: a redução da morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Nesta pesquisa foi possível perceber os profissionais de saúde legitimam o valor dessa prática. O papel do farmacêutico, enquanto provedor da Atenção Farmacêutica, ultrapassa a orientação e busca identificar e resolver as necessidades farmacoterapêuticas do paciente. Ele é um profissional que exerce uma prática clínica independente, que tem limites de competência flexíveis e que interagem com os limites de competência dos demais profissionais. A relação estabelecida entre esses profissionais buscou ser dialógica, pautada pelo respeito mútuo e humildade. Isso resultou em maior efetividade das ações da equipe de saúde, contribuindo para construção de um trabalho interdisciplinar iluminado pelo saber-fazer-comum e pela responsabilidade coletiva. A Atenção Farmacêutica é uma prática congruente com as diretrizes e filosofia da Estratégia Saúde da Família. Essa percepção é compartilhada por outros profissionais dentro do CSSJ.

Um marco importante para ampliação da integralidade do cuidado na Atenção Básica foi o advento da Portaria 154/2008 que regulamenta a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Torna-se necessário refletir sobre o papel do farmacêutico neste modelo, considerando as diferentes responsabilidades deste profissional na dispensação e na Atenção Farmacêutica, como ressaltado pelos profissionais que vivenciaram a atuação desse profissional na prática. A assistência farmacêutica no Brasil deve avançar, não podemos nos satisfazer em garantir o acesso a medicamentos. Esta pesquisa revelou que ter acesso aos serviços médicos, de enfermagem e aos medicamentos definitivamente não garantem que o paciente irá atingir os objetivos terapêuticos estabelecidos para o seu problema de saúde.

O paciente se encontra “perdido”, “solto no mundo”, e assim continuará caso não possa contar com um profissional que assuma a responsabilidade de satisfazer as suas necessidades farmacoterapêuticas. Continuaremos permitindo que essas pessoas continuem “indo e vindo”, usando os serviços de saúde sem atingir as melhorias esperadas para as suas condições?

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 9, 150-153, agosto 2001

Alves, V.S. A health education model for the family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ALVES, Vânia Sampaio; NUNES, Mônica de Oliveira. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2007. doi: 10.1590/S1414-32832006000100010

ARENDRT, H. **Responsabilidade e Julgamento** : escritos marais e éticos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ARRAIS, Paulo Sérgio D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, Feb. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Feb. 2007. doi: 10.1590/S0034-89101997000100010.

BICUDO, M.A.V. **Fenomenologia**: confrontos e avanços. São Paulo: Cortez, 2000. 167p.

BLENKINSOPP, A., BRADLEY, C. Over the counter drugs: patients, society, and the increase in self-medication. **British Medical Journal**, V.312, p.629-632, march 1996.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. 404p.

BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade, valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

BOYD, C. O. Philosophical foundations of qualitative research. In: BOYD, C. O.; MUNHAL, P. L. **Nursing Research: a qualitative perspective**. 2. ed. New York: National League for Nursing, 1999, p. 66-93.

BRASIL, Guia Prático do Programa Saúde da Família. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, Governo Federal, Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da saúde, 1997.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO,S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada . **Interface-Comunicação, Saúde , Educação**, v.9, 133-142, agosto de 2001.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Orgs.) Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 7, p.229-66.

CAMPOS,C.MS.; BATAIERO, M.O. Health needs: na analysis of Brazilian scietific literature from 1990 to 2004. Interface- Comunic., Saúde, Educ., v.11,n.23, p.605-18, set/dez 2007.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. Dezembro, 2004. Inédito

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw-Hill, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 196**, de 10 de out. 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

CONSENSO brasileiro de atenção farmacêutica. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 23 p.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 199 p.25-58.

DADER, M. J.; ROMERO, F. M. La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. **Pharmaceutical Care España**, Granada, v.1, p. 52-61, 1999.

DEMPSEY, P. A.; DEMPSEY A. D. The quantitative and qualitative traditions of scientific inquiry. In_____. **Using Nursing Research: process, critical evaluation and utilization**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 2000. chap. 2, p. 23-39.

FAUS, M. J. Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social. **Ars Pharmaceutica**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 137-143, 2000.

FAZENDA, I.C.A. Dicionário em construção, Editora Cortez,272 p. São Paulo.2002

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JÚNIOR, L. Medicamentos, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. **Revista Espaço para a Saúde**, versão online, v. 4, n. 1, dez. 2002. Disponível em <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/farmacia.doc>>. Acesso em 07 nov. 2006.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios **TRIBUNA** versão online <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm> acesso feito em 28/09/2005.

FREITAS, E. L. **Revelando a experiência do paciente com a prática da Atenção Farmacêutica**: uma abordagem qualitativa 118f(Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: UFMG – Ffaculdade de Farmácia . 2005.118f.

FURTADO, J.P. Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. *Interface –Comunic., Saúde, Educ.* v.11, n.22, p.239-5, mai/ago 2007.

GARCÍA-CAMPAYO, J.; ASEGUINOLAZA, L.; LASA LABACA, G. Empatía: la quitaessencia del arte de la medicina. *Medicina Clínica (Barcelona)*, v.105, n.1, 27-60, 1995.

GARNICA, A.V.M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Revista Interface- Comic.Saúde, Educ.*v.1, n.1, 1997.

GOMES, R.S.; et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe. In: PINHEIRO, R.;

BARROS, M.E.; MATTOS, R. A. (Orgs.) Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade. Valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 19-36

GREENHALGH, T.; KOSTOPOULOU, O.; HARRIES, C. Making decisions about benefits and harms of medicines. **British Medical Journal**, v. 329, p. 47-50, July 2004.

HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. Tradução Márcia de Sá Cavalcante. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 1999. v. 1, 325p.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, p. 533-543, March 1990.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidades en la atención farmacéutica. Traducción de la Fundación Pharmaceutical Care Españã. **Pharmaceutical Care España**, Granada, v.1, p. 35-47, 1999. Título original: Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care.

HEPLER, C.D. Observations on the conference: A pharmacist's perspective. **Am J Health-Syst Pharm** v.57, p 590-594,2000.

LEI FEDERAL nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.

LEFRÉVE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.159p.

LEVY, F.M., MATOS, P.E.S., TOMITA, N.E. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde**. Cad. Saúde Pública, v.20(1), p. 197-203, 2004.

LOPES, T.C.; HENRIQUES, R.L.M.; PINHEIRO,R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público p.29-40 In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. 404p.

LÓPEZ-DE LA PEÑA, X.A.; E RODRIGUEZ-SANTILLÁN,M. Por la autonomía del paciente. Gaceta Médica de México, v.138,n. 1,2002.

LOYOLA FILHO, A. I., UCHÔA, E. Automedicação: motivações e características de sua prática. **Revista Médica de Minas Gerais**, v12, n.4,p.219-227, out/dez.2002.

MAGALHÃES, S.M.S.; CARVALHO, W.S. O Farmacêutico e o uso de medicamentos. IN ACÚRCIO, F.A. (ORG.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo horizonte: Coopmed, 2003. p.83-97.

MARÍN NJ. Los servicios farmacéuticos em la atención de la salud. **Boletín Farmacêutico Bonaerense** 2002. Disponível em: <<http://www.colfarma.org.ar/boletin/revistas/articulos/n350/articulo350f.html>> acesso em 04 de maio de 2005.

MARTINS, A. **Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v.8, n.14, fev. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2005.

MATTOS, R. A. (Orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. 404p

MELO, Elza Machado de, FARIA, Horácio Pereira de, MELO, Maria Aparecida Machado de *et al.* Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. **Cad. Saúde Pública** 2005, vol. 21, no.

MENDONÇA, S. A. M. **A experiência dos agentes comunitários de saúde com pacientes em uso de medicamentos**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. 2007.85f.

MENESES E ROCHA, A.A. R.;TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.303-16,mar/ago 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000. 269p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. 268p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MORLEY, P. C. Pharmaceutical care: desiderata. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 18, p. 143-146, 1993.

MORSE, J. M.; FIELD. P. **A. Qualitative research for health professionals** 2ª edição, California, 1995.

MOTTA, Paulo Roberto Desempenho em equipes de saúde- Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.144p.

NUNES, M.O., TRAD, L.B., ALMEIDA, B.A., HOMEM, C.R., MELO, M.C.I.C. **O agente comunitário de saúde:**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). El Papel del Farmacêutico em el sistema de atención de salud. La declaración de Tóquio. Tòko, septiembre, 1993.

PERETRA, M.D.; CICCIA, G. Reengenharia farmacêutica: guia para implementar a atenção farmacêutica. Brasília: Ethosfarma, 2000. 288p.

PAIM, J.S. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia . **Interface- Comunicação, Saúde , Educação**, v.9, 143-146, agosto, 2001.

PATEL, P; ZED. P.J. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem ? **Pharmacotherapy** v.22, n.7 p915-23, 2002.

PEREIRA, M.L. **reDescobrimo a atenção farmacêutica:** uma visão qualitativa da implantação de um serviço de atenção farmacêutica em farmácia comunitária.116f. (Dissertação de Mestrado) Belo Horizonte – UFMG. Faculdade de Farmácia

PERINI,E. O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos. 1998 218f. (Tese de Doutorado em Ciência Animal)- Escola de Veterinária- Universidade Federal de Minas Gerais, 1998.

PINHEIRO,R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade, valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro**

PLANAS, L. G. *et al.* A pharmacist model of perceived responsibility for drug therapy outcomes. **Social Science & Medicine**, v. 60, p. 2393-2403, 2005.

PERETTA, M. D.; CICCIA, G. **Reengenharia farmacêutica:** guia para implementar a atenção farmacêutica. Brasília: Ethosfarma, 2000. 288p.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. . **Pharmaceutical care uncovered: an ethnographic study of pharmaceutical care practice.** 2003. 425f. Thesis (Doctor of Philosophy) – Faculty of Graduate School, University of Minnesota, Minneapolis, 2003.

SANTOS, B. V. S. **Um discurso sobre as ciências.** 7. ed. Porto: Afrontamento, 1995. 59 p.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. IN ACÚRCIO, F.A. (ORG.). **Medicamentos e assistência farmacêutica.** Belo horizonte: Coopmed, 2003. p.1-18.

SILVA, J.A., DALMASO, A.S.W. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde.** Rev. Interface - comunic, saúde, educ. v6, n10, p75-94, 2002.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 449-455, abr./jun. 2000.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n 21, p.65-78, jan/abr 2007.

STRAND, L. M. *et al.* Drug-related problems: their structure and function. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 24, p. 1093-1097, November 1990

SWEENEY MA. Physician-pharmacist collaboration: a millennial paradigm to reduce medication errors. *Journal of American Osteopathy Association* 2002;102(12): 678-81.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais-** A pesquisa qualitativa em educação; o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. Editora Atlas, 175 f., 1987.

VAN DER LEEUW, G. **Fenomenologia de la religion.** Tradução de Ernesto de La Peña. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1964. 687 p. Título original: **Phänomenologie der Religion.**

VAN MANEN, M. Inquiry: phenomenological inquiry. **Phenomenological Online**, 2002. Disponível em <<http://www.phenomenologyonline.com/inquiry/1.html>>. Acesso em 05 nov. 2003.

VAN MANEN, M. **Researching lived experience**: human science for an action sensitive pedagogy. New York: State University of New York Press, 1990. 202 p.

VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. Saúde coletiva** v.12 n.1, Rio de Janeiro jan./mar.2007.

World Health Organization-(WHO) The role of the pharmacist in self care and self medication, Geneva: WHO,1998)

ZUBIOLI, A. ORGS. A farmácia clínica na farmácia comunitária. Brasília: Ethosfarma;2001

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Agente Comunitário de Saúde**

PESQUISA:

“O FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA:
A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DO PSF FRENTE À ATENÇÃO FARMACÊUTICA.”

Prezado(a) Senhor(a):

A participação de vários profissionais na equipe de Saúde da Família é muito importante visto que cada profissional é formado para atender uma parte das várias necessidades dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade, um dos princípios universais do SUS, é direito de todo cidadão e somente poderá ser alcançada através de uma equipe multiprofissional. Mesmo não estando incluído formalmente nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), alguns farmacêuticos estão desenvolvendo um trabalho junto às Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde São José. Estamos organizando uma pesquisa com o objetivo de compreender como ocorre o processo de inclusão deste profissional e como sua atuação pode contribuir com as equipes do PSF.

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que pretende descrever como o farmacêutico está participando das equipes e entender a experiência dos componentes das Equipes de Saúde da Família com a inserção deste novo profissional.

Caso concorde, o(a) senhor(a) será observado pela pesquisadora durante suas atividades no Centro de Saúde, nos momentos em que ocorrem as interações entre os profissionais. Depois disso, com a sua permissão, será feita uma entrevista gravada com duração aproximada de uma hora, em local a ser definido de acordo com sua conveniência. As fitas ficarão sob minha responsabilidade. A entrevista será transcrita e as fitas serão posteriormente destruídas por mim pessoalmente. Todas as informações serão confidenciais, ou seja, sua identidade será preservada. Sua participação é muito importante e é voluntária.

O risco de participar deste estudo é que o(a) senhor(a) pode se sentir constrangido(a) ou incomodado(a) ao falar das suas experiências profissionais com os farmacêuticos. O(a) senhor(a) tem o direito de não participar ou de não responder qualquer pergunta, sem que isso lhe traga qualquer problema. Durante a pesquisa, em qualquer momento, poderá decidir-se por não continuar participando. Nesse caso, todas as suas informações, gravadas ou escritas, poderão ser destruídas pessoalmente.

Consentimento

Eu li e entendi esse termo, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com a pesquisadora e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante: _____ Data: ___/___/___

Mestranda: Bárbara Taciana Furtado-3499-6861

Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira – tel. contato: 3499-6858

Prof. Dr. Edson Perini -3499-6858

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – tel. contato: 3499-4592

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Profissionais de saúde**

PESQUISA:

“O FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA:
A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DO PSF FRENTE À ATENÇÃO FARMACÊUTICA.”

Prezado(a) Senhor(a):

A participação de vários profissionais na equipe de Saúde da Família é extremamente importante visto que cada profissional é capacitado para atender uma parte das inúmeras necessidades dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade, um dos princípios universais do SUS, é direito de todo cidadão e somente poderá ser alcançada através de uma equipe multiprofissional. Mesmo não estando incluído formalmente nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), alguns farmacêuticos estão desenvolvendo um trabalho junto às Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde São José. Estamos organizando uma pesquisa com vistas a compreender como ocorre o processo de inclusão deste profissional e como sua atuação pode contribuir com as equipes do PSF.

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que pretende descrever como o farmacêutico está participando das equipes e entender a experiência dos componentes das Equipes de Saúde da Família com a inserção deste novo profissional.

Caso concorde, o(a) senhor(a) será observado pela pesquisadora durante suas atividades no Centro de Saúde, nos momentos em que ocorrem as interações entre os profissionais. Depois disso, com a sua permissão, será feita uma entrevista gravada com duração aproximada de uma hora, em local a ser definido de acordo com sua conveniência. As fitas ficarão sob minha responsabilidade. A entrevista será transcrita e as fitas serão posteriormente destruídas por mim pessoalmente. Todas as informações serão confidenciais, ou seja, sua identidade será preservada. Sua participação é muito importante e é voluntária.

O risco de participar deste estudo é que o(a) senhor(a) pode se sentir constrangido(a) ou incomodado(a) ao falar das suas experiências profissionais com os farmacêuticos. O(a) senhor(a) tem o direito de não participar ou de não responder qualquer pergunta, sem que isso lhe traga qualquer problema. Durante a pesquisa, em qualquer momento, poderá decidir-se por não continuar participando. Nesse caso, todas as suas informações, gravadas ou escritas, poderão ser destruídas pessoalmente.

Consentimento

Eu li e entendi esse termo, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com a pesquisadora e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante: _____ Data: ___/___/___

Mestranda: Bárbara Taciana Furtado-3499-6861

Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira – tel. contato: 3499-6858

Prof. Dr. Edson Perini -3499-6858

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – tel. contato: 3499-4592

Tópico-guia para a entrevista com os profissionais envolvidos

Pesquisa:

“ O FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA:
A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DO PSF FRENTE À ATENÇÃO FARMACÊUTICA”

IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISADORA

OBJETIVO DA PESQUISA / SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO (conhecer pontos positivos e negativos do serviço para conhecer a relevância do mesmo segundo os profissionais do PSF, entender o que o oferecimento desse serviço representou no trabalho global das equipes no PSF, como ocorrem as interações entre os profissionais de saúde do PSF e o farmacêutico o que pode ser feito para aprimorar o atendimento ao paciente e como é/era até então a interação entre esses profissionais e o farmacêutico).

SOBRE A ENTREVISTA: FORMA E CONTEÚDO/ SIGILO

Temas a serem abordados:

1. Conhecer e apreender como foi (ou está sendo) a experiência deste profissional com o serviço de Atenção Farmacêutica no Centro de Saúde São José.

Objetivo Entender como ocorreram os primeiros contatos com o serviço. Compreender o que o esta pessoa entende pelo serviço de Atenção Farmacêutica. Retratar os momentos em que o profissional interagiu com o farmacêutico. Compreender como foram as atitudes decorrentes dessa interação e o que as motivou. Apreender qual a contribuição da profissão de Farmácia para a otimização do atendimento ao usuário e a viabilidade e relevância que o entrevistado confere a Atenção Farmacêutica. Conhecer quais as impressões, sentimentos e expectativas a respeito do serviço, percepções sobre o que é positivo, negativo ou que pode melhorar. O quê você pensou quando soube que iria trabalhar com um farmacêutico aqui ?

2. **Compreender a experiência deste profissional com os serviços prestados pelo farmacêutico**

Objetivo: Compreender o significado das atuações do farmacêutico tradicional no cotidiano de trabalho do profissional do PSF. Retratar os momentos onde ocorre o contato com esse profissional, o grau de relevância do serviço prestado por ele e o impacto da atuação do farmacêutico segundo a visão da equipe do PSF. Conhecer os pontos positivos e negativos da atuação desse profissional. Compreender quais são as expectativas, percepções da equipe do PSF para com o farmacêutico .

1. Gostaria que de fazer uma brincadeira para começar; gostaria que voltasse no tempo, no primeiro momento que ouviu ‘farmacêuticos no CSSJ’ e me diga o que veio na sua cabeça naquele momento. O que você pensou ?
2. Como você imaginava que seria o trabalho do farmacêutico ?
3. O que é Atenção Farmacêutica para você?
4. Pensando nos contatos que você teve com os farmacêuticos como foi para você trabalhar com a Atenção Farmacêutica ?
5. Como você descobriu o que o farmacêutico aqui faz? Conte-me suas histórias