

Diana Martins Barbosa

**ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

U F  G

**Belo Horizonte - MG
Faculdade de Farmácia - UFMG
2009**

Diana Martins Barbosa

ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Prof. Dr. Edson Perini.

Trabalho foi desenvolvido utilizando a estrutura do Departamento de Farmácia Social da UFMG e foi parcialmente financiado pelo Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

U F  G

Belo Horizonte - MG
Faculdade de Farmácia - UFMG
2009

B238a Barbosa, Diana Martins.
Atribuições do farmacêutico na atenção primária à saúde /
Diana Martins Barbosa. – 2009.
133f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Edson Perini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Farmácia.

1. Farmácia – Administração – Teses. 2. Farmacêutico e
pacientes – Teses. 3. Cuidados primários de saúde – Teses. 4.
Serviços farmacêuticos – Avaliação – Teses. I. Perini, Edson. II.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia.

CDD: 362.1042

A minha família, que não mede esforços nem sacrifícios para permitir a realização dos meus sonhos, fazendo deles os seus:

*“Por tanto amor, por tanta emoção,
a vida me fez assim,
doce ou atroz, manso ou feroz,
eu caçador de mim”.*
(Milton Nascimento)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pelos presentes diários, os desafios e os sucessos.

A minha família, em especial mãe, pai, Felipe e vó que são minha luz, meu norte e meu porto seguro.

Ao Edson Perini por aceitar esse desafio, pela dedicação, pela paciência e pelos ensinamentos.

Ao Bruno pela ajuda e por embarcar nas minhas loucuras mesmo sem ser consultado.

À Elis pela ajuda com o mestrado e pela ajuda com a vida nesses quinze anos.

Ao Dr. Anthero Drummond pelo apoio e compreensão durante os últimos meses.

À Heloísa, Débora, Ângela e ao Carlinhos por me ouvirem e me confortarem durante esse percurso, além, claro das contribuições importantíssimas.

À Léa, Chica e Glauco pela ajuda, apoio, torcida e cumplicidade.

Aos companheiros da GRS-BH, em especial CAB, Núcleo de Gestão e Diretoria pelo apoio e torcida.

À Christianne e ao Durval da Assistência Farmacêutica/GRS-BH pelo apoio e prontidão, pelas contribuições na revisão e envio do questionário e pela mobilização dos farmacêuticos.

À minha querida Conceição, pelo exemplo de profissional, de caráter e de alegria.

Ao amigo Michael pelos palpites e conversas “lero-lero”.

À Maria Lúcia pelo apoio, por ter me permitido iniciar esse desafio e pela confiança de me indicar para CAB.

À equipe do Conselho Federal de Farmácia de Minas Gerais, em especial o Sr. José Geraldo, a Vera e o Marcos pelo apoio permanente, a disponibilidade e a grande contribuição para a realização da pesquisa.

À Verlanda, à Geórgia e a todo o grupo da Gerência de Farmácia Básica e da SAF/SES-MG pela ajuda com os questionários.

Ao grupo do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, representado pelo coordenador Allan Claudius Queiroz Barbosa, pela contribuição ao disponibilizar o banco de dados.

Aos meus queridos companheiros do Odilon Behrins e do Laboratório Kinder pelo carinho.

Aos queridos companheiros de caminhada: Jú e seu Sérgio, Cássio, Paulinho, André Henrique, Andrezinho, Janaína, Maria Carol, Maria Amélia, Serjão, Saulo, Robson, Láisa, Lílian e Livinha.

Ao professor Basílio e amigos de Curral de Dentro que, através do internato rural, despertaram meu olhar para a saúde pública e para a Assistência Farmacêutica no contexto municipal.

Ao professor Adriano Max pelo incentivo, pelas conversas e caronas no tempo da graduação e pelo exemplo profissional.

Às farmacêuticas Juliana, Eneida e Elisa pelo aprendizado que me impuseram.

A todos os colegas farmacêuticos que, pelo desejo de mudança, nos doaram parte de seu precioso tempo preenchendo o questionário.

Agradeço a todos por me ajudarem a realizar este sonho.

RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu um conjunto de ações assistenciais a serem ofertadas de forma universal e eqüitativa, organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, com definição das competências de cada ente federado. Coube aos municípios as ações de Atenção Primária à Saúde (APS). No bojo desse processo a questão do medicamento vem sendo discutida e, apesar das transformações que vêm acontecendo, ainda se reconhece que o farmacêutico apresenta pouca inserção na equipe de saúde. Levando-se em conta o contexto de reorganização da Assistência Farmacêutica, torna-se chave a discussão sobre o papel do farmacêutico como membro da equipe de saúde. Este estudo teve o objetivo de determinar o perfil das responsabilidades e das atividades dos farmacêuticos em exercício na Atenção Primária à Saúde no SUS em Minas Gerais. Conduziu-se, por meio de inquérito postal, uma avaliação de processo de trabalho englobando três dimensões: técnica, organizacional e das relações pessoais. Foram enviados 562 questionários a 462 municípios, identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e no Primeiro Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais (2006). Os questionários foram enviados por meio eletrônico e impresso. As 88 variáveis foram divididas em três grupos: identificação do profissional, caracterização do trabalho e características das atividades exercidas. Este foi subdividido em Tecnologias de Gestão (classificadas como clássicas – utilização de REMUME e sua revisão, participação do processo de compra, do controle de estoque, do recebimento, do armazenamento e conferência da validade de medicamentos e não-clássicas – participação da CFT, emissão de parecer técnico para o processo de compras e dispensação e armazenamento de todos os medicamentos na farmácia), Tecnologias do Uso, Fontes de Informação do medicamento e em sete eixos temáticos. A taxa de resposta foi de 29%. A maioria dos profissionais era do sexo feminino e 45,9% tinha menos de 30 anos. Pouco mais da metade (52,6%) se formou em instituições de ensino superior públicas e 35,2% tinham mais de 10 anos de formado. Em relação às características do trabalho, 87,1% dos participantes trabalhavam em um município, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS)/Policlínica o local mais freqüente; 41,1% trabalhavam de 1 a 5 anos no mesmo local e 54,8% recebiam

entre R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00. As ações de Tecnologias de Gestão clássicas apresentaram altos índices de respostas confirmando sua realização, enquanto para as não-clássicas esse valor foi menor e bastante variável. Para as ações relativas às Tecnologias de Uso do Medicamento os valores para a não realização foram os maiores. Os resultados obtidos sugerem que ações de Tecnologia de Gestão, relativas à garantia do abastecimento e acesso aos medicamentos, se mantêm como as atividades principais do farmacêutico. Por outro lado, aquelas de Tecnologia do Uso, relativas à resolutividade da intervenção assistencial e ao uso racional de medicamentos, vem sendo realizada em menor proporção pelo farmacêutico na APS. Observou-se ainda baixo grau de uniformidade de condutas dos farmacêuticos tanto nas ações de Tecnologia de Gestão não-clássicas quanto nas de Tecnologia de Uso do Medicamento. Caracteriza-se grandes dificuldades na definição da identidade desse profissional com as ações de assistência diretamente ligadas à farmacoterapia e o deslocamento dessas atividades para outros profissionais que compõem a equipe de APS.

Palavras-chave: Avaliação de saúde; Avaliação de processo de trabalho; Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde; Farmacêutico.

ABSTRACT

The creation of Sistema Único de Saúde, Brazilian public health system, established a group of assistencial actions to be proffered in a universal and a fair way, organized in a regionalized and hierarchy way, with the scope definition of each between federal. The Primary Health Care belongs, than, to the municipal district. In this process the medicine questions have been discussed and, in spite of changes that has happening, the pharmacist still has a small insertion on the health team. In this way the purpose of the study is to establish the profile of the pharmacist responsibilities and activities when acting in the Minas Gerais Primary Health Care. It was made, by postal survey, a work process evaluation in its three dimensions: technical, institutional and of interpersonal relationships. There were sent 562 questionnaires to 462 cities, according to the number of pharmacists presented in the National Health Establishment Register and in the Minas Gerais First Census of Human Resources in Primary Health Care (2006). The questionnaires were sent to the professional by postal service and e-mail. The 88 variables were divided in three groups: professional identification, work features and activities features. The last one was subdivided in Medicine Management Technologies (classified as classic – use and the review of the REMUME, participation of the medicine purchase process, inventory control, receiving, storage and medicine validity conference – and non-classic – CFT participation, issue of the technical advice to the purchasing process and dispensing and storage of all medicines in the pharmacy), Medicine Use Technologies, Sources of medicine information and seven thematic groups. The responses rate was 29%. Most of the professional were female and 45,9% were younger than 30 years old. Slightly more than half (52,3%) were graduated in a public university and 35,2% has more than 10 years graduated. Considering work features, 87,1% of the pharmacists worked in only one city and the health basic unit was the most frequently work place; 41,1% worked in the same pace from 1 to 5 years and 54,8% earn from R\$ 1.000,00 to R\$ 2.000,00. The classic Management Technologies activities presented high rates of answers confirming its accomplishment, while to the non-classic the responses rates were lower and variable. To the Medicine Use Technologies activities the rates for non-completion were the highest. The obtained results propose that the Management

Technologies activities, related to security medicine supply and accessibility, remain as the main pharmacist's activities. In other hands, the Use Technologies, related to the guaranties to the intervention correct outcomes and to the rational medicine use, is being healed in a smaller proportion by the pharmacist. There is still a low degree of uniform pharmacist behavior in the non-classic Management Technologies and in the Medicine Use Technologies. It features lot of difficulties to the definition of a pharmacist identity considering the assistencial activities related to the pharmacotherapy and this activities responsibilities seems to be transferred to others professional of the primary health care team.

Key words: Health Evaluation; Working Process Evaluation; Pharmaceutical care; Primary Health Care; Pharmacist.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01-	Divisão do estado de Minas Gerais em Macrorregiões (13) e em Microrregiões (75) de saúde Fonte: MINAS GERAIS, 2008.	23
QUADRO 01-	Fatores que afetam a atenção à saúde e o uso racional de medicamentos.	33
FIGURA 02-	Distribuição dos 626 farmacêuticos nos 389 municípios de Minas Gerais de acordo com os dados selecionados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em out.2008.	53
QUADRO 02-	Diferentes métodos de coleta de dados via questionário.	47
QUADRO 03-	Resumo de estratégias que interferem na taxa de respostas de inquéritos postais.	48
QUADRO 04-	Termos utilizados para a inclusão ou exclusão do profissional no banco de dados do estudo, considerando-se as unidades em que os profissionais estavam vinculados no CNES em out./2008.	53
FIGURA 03-	Distribuição dos 442 farmacêuticos nos 317 municípios de acordo com o Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais, 2006.	54
FIGURA 04-	546 municípios de Minas Gerais com farmacêuticos de acordo a consolidação dos dados do Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais (2006) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (out./2008).	55
QUADRO 05-	Variáveis independentes relacionadas aos farmacêuticos da Atenção Primária dos municípios de Minas Gerais.	56
QUADRO 06-	Variáveis dependentes relacionadas aos farmacêuticos da Atenção Primária dos municípios de Minas Gerais.	56
FIGURA 05 -	Distribuição dos municípios que receberam pelo menos um questionário (A) e dos quais foram registradas respostas aos mesmos (B). Minas Gerais, 2009.	69
FIGURA 06 –	Representação gráfica das variáveis de Tecnologia de Gestão do Medicamento agrupadas em clássico e não-clássico.	78
FIGURA 07 –	Representação gráfica das variáveis de Tecnologia de Uso do Medicamento. ...	83

LISTA DE TABELAS

01- Resumo de potenciais de indução dos itens listados de acordo com os métodos de coleta de dados via questionário.....	47
02- Consolidado do número de municípios aos quais foram enviados ao menos um questionário e número de questionários enviados por banco de dados.....	64
03- Número de farmacêuticos identificados na Atenção Primária à Saúde por fonte, número de questionários enviados e recebidos por estratégia de envio e taxas de respostas por fonte e estratégia de envio, por macrorregião do estado. Minas Gerais, 2009.....	70
04- Distribuição percentual das características demográficas e da formação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Minas Gerais, 2009.....	72
05- Distribuição percentual das características dos locais de trabalho e relações trabalhistas dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde. Minas Gerais, 2009.	73
06- Comparação do tempo de trabalho no mesmo local versus o tempo de trabalho no mesmo município (destaque para os períodos coincidentes).	74
07- Distribuição do número de farmacêuticos nas faixas salariais de acordo com a carga horária trabalhada e piso salarial referente a cada carga horária (destaque para as faixas que estão de acordo com a estimativa).....	75
08- Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades de Gestão do Medicamento predominantes no ciclo da Assistência Farmacêutica. Minas Gerais, 2009	76
09- Distribuição percentual das questões relativas às fontes de informação sobre medicamentos dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde. Minas Gerais, 2009.	79
10- Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Uso dos Medicamentos. Minas Gerais, 2009.	82
11- Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos dos eixos temáticos Tuberculose e Hanseníase. Minas Gerais, 2009	86
12- Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático Hipertensão Arterial. Minas Gerais, 2009.	88
13- Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático <i>Diabetes Mellitus</i> . Minas Gerais, 2009.....	91
14- Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático Saúde do Idoso. Minas Gerais, 2009.	92
15- Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático Saúde Mental. Minas Gerais, 2009.	93
16- Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático Criança com menos de 5 anos portadores de Asma. Minas Gerais, 2009.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD -	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AF -	Assistência Farmacêutica
APS -	Atenção Primária à Saúde
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CD -	Cirurgião Dentista
Ceme -	Central de Medicamentos
CEMED -	Centro de Estudos de Medicamentos
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB -	Comissão Intergestores Bipartite
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRF-MG -	Conselho Regional de Saúde de Minas Gerais
DOTS -	Sigla em inglês para estratégia de curta duração diretamente observada.
ESF -	Equipe de Saúde da Família
ESP/MG -	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FACE -	Faculdade de Ciências Econômicas
GAPS -	Gerência de Atenção Primária à Saúde
GRS -	Gerência Regional de Saúde
GRS-BH -	Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte
HAN -	Hanseníase
ICSAA -	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
MS -	Ministério da Saúde
NASF-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS-SUS -	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PDAPS -	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PDR -	Plano Diretor de Regionalização
PNAB -	Política Nacional de Atenção Básica
PNM -	Política Nacional de Medicamentos
PSF -	Programa de Saúde da Família
RENAME -	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAF -	Superintendência de Assistência Farmacêutica
SES/MG -	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SINAN -	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
TBC -	Tuberculose
THD -	Técnico de Higiene Dental
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
URM -	Uso Racional de Medicamentos
USF -	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
3.1	Sistema Único de Saúde, Regionalização e Atenção Primária	21
3.2	Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.....	24
3.2.1	Tuberculose e Hanseníase.....	29
3.2.2	Hipertensão Arterial.....	29
3.2.3	<i>Diabetes Mellitus</i>	30
3.2.4	Saúde do Idoso	30
3.2.5	Saúde Mental	31
3.2.6	Asma	31
3.3	A Assistência Farmacêutica no Brasil e a Atenção Primária à Saúde.....	32
3.3.1	O medicamento como bem de consumo e como ferramenta assistencial... 32	
3.3.2	Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos.....	34
3.4	O papel do farmacêutico no processo da Assistência à Saúde.....	40
3.5	Avaliação em Serviços de Saúde	43
3.6	Inquéritos postais para avaliação de serviços de saúde	46
4	METODOLOGIA.....	50
4.1	Delineamento	51
4.2	População.....	51
4.3	Coleta e análise dos dados	55
4.3.1	Instrumento de avaliação	55
4.3.2	Seleção das variáveis.....	56
4.3.3	Coleta de dados	59
4.4	Análise dos dados	66
4.5	Aspectos éticos e legais	67
5	RESULTADOS	68
5.1	Taxa de resposta.....	69
5.2	Identificação do profissional	71
5.3	Caracterização do trabalho.....	71
5.4	Características das atividades exercidas	75
5.4.1	Atividades relacionadas à Gestão do Medicamento.....	75
5.4.2	Atividades relacionadas às fontes de informação sobre medicamentos	79
5.4.3	Atividades relacionadas à utilização do medicamento	79
5.4.4	Tuberculose e Hanseníase.....	84
5.4.5	Hipertensão Arterial.....	88
5.4.6	<i>Diabetes Mellitus</i>	88
5.4.7	Saúde do Idoso	89
5.4.8	Saúde Mental	89
5.4.9	Crianças com menos de 5 anos portadores de Asma.....	90
6	DISCUSSÃO	95
6.1	Considerações relativas a metodologia e dificuldades na obtenção dos dados.. ..	96
6.2	Identificação dos profissionais e caracterização do trabalho.....	97
6.3	Atividades relacionadas à Tecnologia de Gestão do Medicamento.	99
6.4	Fontes de Informação sobre o Medicamento.	102

6.5	Análise das Tecnologias do Uso do Medicamento.....	102
6.6	Análise dos eixos temáticos.....	106
6.6.1	Tuberculose e Hanseníase.....	106
6.6.2	Hipertensão Arterial.....	108
6.6.3	<i>Diabetes Mellitus</i>	109
6.6.4	Saúde do Idoso.....	109
6.6.6	Asma.....	110
6.6.7	Considerações Gerais.....	111
7	CONCLUSÃO.....	115
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
	APÊNDICES.....	125

“...Os desafios que nos são colocados exigem de nós que saíamos deste pêndulo. Nem guiar nem servir. Em vez de distância crítica, a proximidade crítica. Em vez de compromisso orgânico, o envolvimento livre. Em vez de serenidade autocomplacente, a capacidade de espanto e de revolta.”
Boaventura de Sousa Santos.

1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituiu-se um conjunto de ações assistenciais a serem ofertadas de forma universal e equitativa a toda a população. A partir de 1991 iniciou-se a organização dessa assistência de forma regionalizada e hierarquizada, com definição das competências de cada ente federado. Coube aos municípios principalmente as ações de Atenção Primária à Saúde (APS). Em 1994, estabeleceu-se que este nível de atenção no Brasil seria reorganizado sob a ótica do modelo do Programa de Saúde da Família (PSF). Em Minas Gerais o PSF é o modelo escolhido para a implementação da APS e vem sendo prioridade enquanto implantação e qualificação desde 2004.

Em paralelo à discussão de implementação do SUS, a questão do medicamento vem sendo discutida de maneira muito mais insipiente e lenta. Apesar das transformações que vêm acontecendo desde a criação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001), ainda se reconhece que o profissional farmacêutico vivencia uma crise de identidade profissional com pouca inserção na equipe de saúde, assumindo ações predominantemente administrativas em detrimento de ações de educação em saúde e de orientação sobre o uso de medicamentos e a farmácia permanece como um estabelecimento de apoio assistencial desvinculado do processo de atenção à saúde. O medicamento é visto como bem de consumo (CONSENSO, 2002). O resultado que se observa é a iniquidade no acesso ao medicamento e ao processo assistencial como um todo, já que a Assistência Farmacêutica permeia toda a assistência oferecida pelo sistema.

A partir do ano de 2003 a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) estabeleceu como estratégia principal a implantação de Redes de Atenção à Saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado com o objetivo de prestar uma assistência contínua à população. O programa Saúde em Casa, que tem como célula mestra as Equipes de Saúde da Família, foi a estratégia adotada para a melhoria da atenção primária, construindo os alicerces para a Rede. Como base para o desenvolvimento dessa estratégia foram publicadas Diretrizes Clínicas para eixos temáticos prioritários para intervenção tanto em Minas Gerais, quanto para o Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A intenção é que esse conjunto de Diretrizes Clínicas

auxilie na reorganização dos serviços e na construção da rede integrada, por meio da estratégia gerencial denominada Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), que adota, como instrumento de programação, as planilhas presentes nas linhas-guias. A necessidade de fortalecimento da APS se justifica pelas evidências que este modelo, quando resolutivo, reduz sobrecarga dos demais níveis de atenção e gastos, racionalizando o processo assistencial e, o mais importante, incrementando a qualidade de vida da população.

No percurso assistencial organizado por essas Diretrizes Clínicas o medicamento está presente em todas as etapas e seu gerenciamento compete a vários profissionais não-farmacêuticos de forma desarticulada. De acordo com o Primeiro Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do estado de Minas Gerais, em 2006, existiam 442 farmacêuticos/Bioquímicos que atuavam na APS do estado de Minas Gerais, composto por 853 municípios (BARBOSA, RODRIGUES, 2006). Levando-se em conta o contexto atual de reorganização da AF e a consolidação da identidade do profissional farmacêutico como promotor de saúde, assim como a reestruturação de suas atribuições e o atual contexto sócio-político no estado de Minas Gerais, por meio da implantação do PDAPS, torna-se chave a inserção da discussão e consolidação do papel do farmacêutico como membro da equipe de saúde.

Independente do nível de atenção, a grande maioria das ações de saúde culmina em uma intervenção medicamentosa e, muitas vezes, a sua resolutividade decorre do sucesso dessa terapia. Esse sucesso tem causas multifatoriais que são considerados quando se fala dos objetivos da AF. Por isso é importante entender o peso da estruturação da AF na resolutividade da APS e, para tanto, perceber quais as reais atribuições desses profissionais farmacêuticos que atuam nesse nível de atenção. Conhecer e compreender como estão organizados e se desenvolvendo os papéis e as funções desse profissional pode lançar bases para propostas de melhor adequação de sua participação na construção de uma AF afinada com os objetivos de fortalecer a APS.

“O exercício das nossas perplexidades é fundamental para identificar os desafios a que merece a pena responder”.

Boaventura de Sousa Santos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Determinar o perfil das responsabilidades e das atividades dos farmacêuticos em exercício na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- 1.** Identificar os municípios mineiros onde existam farmacêuticos atuando na APS.
- 2.** Determinar, qualitativa e quantitativamente, o perfil das responsabilidades e das atividades exercidas por esses profissionais na APS de seus respectivos municípios;
- 3.** Comparar esse perfil com as atribuições do farmacêutico definidas em políticas públicas nacionais, estaduais e em documentos internacionais.

“Ao término de um período de decadência sobrevém o ponto de mutação. [...] Há movimento, mas este não é gerado pela força [...]. O movimento é natural, surge espontaneamente. Por essa razão, a transformação do antigo torna-se fácil.”

I Ching.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Sistema Único de Saúde, Regionalização e Atenção Primária

O SUS, criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), prevê o acesso universal e eqüitativo às ações e serviços de saúde desenvolvidos em uma estrutura regionalizada, hierarquizada e descentralizada com direção única em cada esfera de governo, e atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (OPAS, 2005).

A partir de sua criação houve uma forte ênfase na descentralização dos serviços de saúde como forma organizadora e facilitadora do acesso dos usuários a esses serviços. A assistência se organizou, naquele momento, sob a lógica atualmente denominada municipalização autárquica. Segundo Mendes (No prelo), "... o espírito da Constituição Federal de 1988 foi de descentralização no suposto de que, desta forma, se garantiriam políticas públicas mais democráticas, já que estariam mais próximas da cidadania organizada. Para muitos, isso levaria, também, a um uso mais eficiente dos recursos da saúde".

À medida que esse processo de organização do SUS foi amadurecendo e vários modelos ou estratégias foram adotados, algumas contradições sobre a lógica da municipalização autárquica como forma de ofertar uma assistência integral, resolutiva e de qualidade foram sendo ressaltadas:

Nesse modelo [municipalista – nota da autora], o município expande a atenção à saúde sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências. Os resultados negativos foram inegáveis: incremento dos hospitais de pequeno porte, de laboratórios de patologia clínica muito pequenos e de centros de especialidades médicas ou policlínicas de baixa escala e densidade tecnológica, o que gerou uma enorme ineficiência sistêmica e incremento da fragmentação do SUS. Pior ainda, dadas as relações entre escala e qualidade, os serviços prestados nessas unidades de baixa escala tendem a ser de baixa qualidade e a colocar em risco a saúde dos usuários. (Mendes, No prelo).

Por definição legal, a organização dos serviços de saúde do SUS deve acontecer de maneira regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente (primária, secundária e terciária) (BRASIL, 2002). A regionalização está relacionada

à delimitação de áreas geográficas e à definição da população a ser atendida, enquanto a hierarquização busca assegurar o atendimento à população em todos os níveis de complexidade. O acesso da população à Rede deve acontecer nas unidades básicas de atenção à saúde por meio da Atenção Primária. Para os níveis secundário e terciário devem ser referenciados os casos não passíveis de resolução na atenção primária. (BARBOSA; RODRIGUES, 2006).

A partir das instruções da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS (BRASIL, 2002), a regionalização se estabeleceu como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca de maior equidade. Instituiu-se um processo de organização considerando-se o território municipal como âmbito de atuação da assistência básica, a microrregião (primeiro nível de referência intermunicipal) responsável por um elenco mínimo de média complexidade e a alta complexidade sob responsabilidade do Estado. Através da organização regional dos serviços de saúde a serem ofertados a uma dada população adscrita reverte-se o processo de deseconomia de escala, de ineficiência dos serviços que requerem maior densidade tecnológica e a fragmentação do sistema.

Como proposta de adequação às diretrizes operacionais do SUS (BRASIL, 1991 e 2002) o estado de Minas Gerais estabeleceu no período 2000/2001 uma série de critérios para a divisão geográfica do território, definindo as microrregiões assistenciais de Minas Gerais. Estabeleceu-se, também, que a alta complexidade se daria em agrupamentos microrregionais denominados macrorregiões. Esse conjunto de critérios, as micro e as macrorregiões compõem o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que teve sua primeira versão aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MG) em dezembro de 2001. Em 2003 e 2008 esse documento foi revisado sendo considerados os seguintes critérios:

- Fluxo (referência natural da população);
- Acessibilidade;
- Nível de Densidade Tecnológica, que se traduz nos níveis de Atenção: Primária (atenção básica), Secundária (média complexidade) e Terciária (alta complexidade);

- Escala (microrregião com no mínimo 150.000 habitantes) e condições geográficas e viárias (distância máxima de 150 km da cidade pólo ou máximo 2 horas em via não pavimentada);

Estabeleceu-se também que para cada micro e macrorregião seria definido no mínimo um município pólo, considerando o mesmo como “o município que, de acordo com as definições das estratégias de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção” (BRASIL, 2002, p.4). Por meio do PDR definiu-se, em Minas Gerais, 13 macrorregiões e 75 microrregiões (FIG. 01). Os serviços de atenção primária são prestados no âmbito municipal, os de atenção secundária nos pólos microrregionais de referência do município e a atenção terciária, de alta complexidade, nos pólos macrorregionais (MINAS GERAIS, [2008?]).

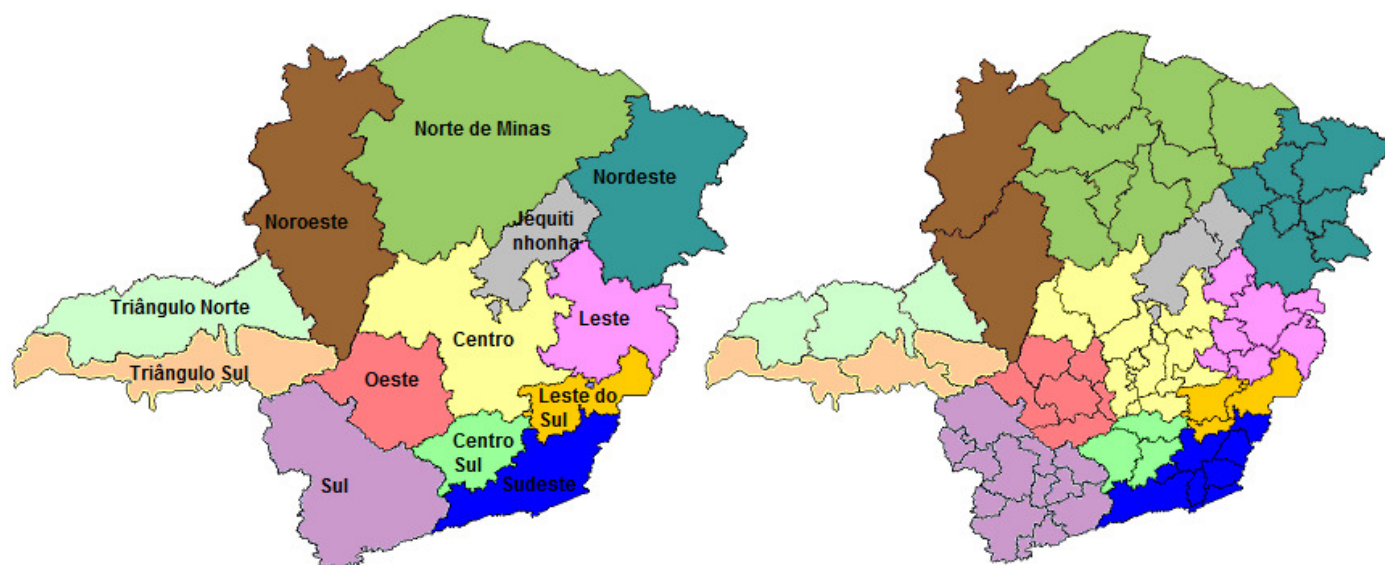


FIGURA 01- Divisão do estado de Minas Gerais em Macrorregiões (13) e em Microrregiões (75) de saúde
Fonte: MINAS GERAIS, 2008.

A partir da mudança na lógica de reestruturação regionalizada do sistema, os municípios tornaram-se responsáveis pela gerência assistencial, financeira e administrativa da Atenção Primária à Saúde (APS), componente da assistência à saúde responsável pela resolução da grande maioria das demandas de atendimento (STARFIELD, 2002). Esse processo de municipalização e efetiva apropriação, por parte do município, da organização e gerência da APS vem acontecendo de forma gradual, percebendo-se dificuldades, discrepâncias e diferentes resultados nas diferentes estratégias assistenciais adotadas por estes.

3.2 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

Desde o estabelecimento do SUS, tem-se buscado reorientar o modelo de atenção. Essa mudança tem se dado de um modelo hospitalocêntrico e curativista para outro com ênfase na prevenção e promoção à saúde, tendo como eixo a APS no contexto da saúde familiar. Esse processo vem ocorrendo pela redefinição e pactuação de competências e responsabilidades nas três esferas de governo, com reorganização da lógica de financiamento e gestão (ACURCIO, 2003).

A Atenção Básica ou APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (no âmbito individual e coletivo). Ela tem sido desenvolvida por práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e pelo trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza-se de uma organização de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica suficientes para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a). Tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006a).

Assim, o conceito curativista da atenção e a relação passiva do usuário (ou “paciente”), transforma-se em um ideal de responsabilização de um grupo profissional a uma população usuária (adscrita) de forma dialógica. Caracteriza-se como um nível complexo de atenção (rompendo com o conceito de baixa, média e alta complexidade apenas referida ao arsenal de equipamentos necessários), mas que requer baixa densidade tecnológica, ou seja, grande parte das intervenções se dá por meio das relações interpessoais.

Visando sua operacionalização, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, os programas da saúde da criança, da mulher e do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas devem ser definidas regionalmente, de acordo com prioridades e pactuações discutidas nas CIBs (BRASIL, 2006a).

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- I - definição do território de atuação das UBS;
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006a).

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da APS, pela organização e execução das ações em seu território, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização (BRASIL, 2006a). Além dos princípios gerais da Atenção Básica, o Programa Saúde da Família (PSF) deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006a).

Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é responsável pela atenção de, no máximo, quatro mil pessoas (média recomendada de três mil), com jornada de trabalho de 40 horas semanais para toda equipe. É composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por ESF. Recomenda-se que seja incorporada à ESF uma equipe de saúde bucal, caracterizada em duas modalidades: modalidade I, composta pelo cirurgião dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD), e modalidade II, composta pelo CD, ACD e técnico em higiene dental (THD) (BRASIL, 2006a).

O grande diferencial do PSF em relação à APS tradicional é a delimitação da população a ser assistida (população adscrita) e a definição de uma equipe mínima de saúde. Tais definições tornam possível a real responsabilização pela população e a implementação de ações não curativas. As ações desenvolvidas centradas na família proporcionam, em um território definido, a atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade. Visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como pressupostos para seu desenvolvimento os princípios do SUS, principalmente no que se refere ao alcance da cobertura universal, da integralidade e da equidade (BRASIL, 2005).

Em conformidade com as diretrizes nacionais, o estado de Minas Gerais tem o PSF como eixo organizador da APS, cobrindo, em 2007, cerca de 65% de sua população. De acordo com o modelo assistencial adotado no estado (Redes Integradas de Atenção à Saúde¹) a APS é o centro de comunicação da rede (MINAS GERAIS, [2008?]).

Embora tenha ocorrido um aumento significativo no número de ESF tanto no Brasil como em Minas Gerais, ainda existem problemas em relação à cobertura populacional e, sobretudo, uma grande necessidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados para que culminem no aumento da qualidade da saúde da população. Em 2008, 32,8% das internações nos níveis de atenção secundária e terciária tiveram como causa intercorrências passíveis de solução na APS² (MINAS GERAIS, [2008?]). Este é um dos indicadores que reforça a necessidade de fortalecimento da APS, desafogando os demais níveis de atenção, reduzindo gastos,

¹ Organização horizontal de serviços de saúde, com centro de comunicação na atenção primária, que permite prestar uma assistência contínua a uma determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (MENDES, No prelo).

² Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA): hospitalizações que podem ser eventualmente reduzidas e/ou evitadas se forem corretas e efetivamente diagnosticadas e tratadas no nível ambulatorial, ou seja, se a APS for resolutive. Assume-se o percentual de ICSAAs como um indicador de qualidade da atenção à saúde, a magnitude das internações hospitalares por algumas causas selecionadas reflete a qualidade da atenção ou as linhas de cuidado oferecidas à população, avaliando elementos de estrutura e processo das unidades de saúde e equipes de saúde associadas com essa atenção (ELIAS, 2008). Em Minas Gerais foram definidas trinta e oito condições que compõem as Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (MINAS GERAIS, 2006a).

racionalizando o processo assistencial e, o mais importante, incrementando a qualidade de vida da população. Dessa forma sua expansão e qualificação compõem o conjunto de prioridades da atual política de saúde do estado (MINAS GERAIS, [2008?]).

A partir do ano de 2003, e com o objetivo de prestar uma assistência contínua à população, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) estabeleceu como estratégia principal a implantação de Redes de Atenção à Saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado. O programa Saúde em Casa, que tem como base as ESF, foi a estratégia adotada para a melhoria da atenção primária, construindo os alicerces para a Rede de Atenção à Saúde. O programa tem como eixos de ação a descentralização de recursos para a recuperação e ampliação das unidades básicas de saúde, o repasse de recursos mensais para cada equipe, a educação permanente para os profissionais, a implantação de diretrizes clínicas e protocolos de patologia clínica, a implantação do prontuário eletrônico e a definição do processo de trabalho das ESF por meio das oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (MINAS GERAIS, [2008?]).

No eixo implantação de diretrizes clínicas e protocolos foram publicadas as linhas-guias Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, Atenção à Saúde da Criança, Atenção Hospitalar ao Neonato, Atenção à Saúde do Adolescente, Atenção à Saúde do Adulto (Hipertensão e Diabete; Tuberculose; Hanseníase e HIV/AIDS), Atenção à Saúde do Idoso, Atenção em Saúde Mental e Atenção em Saúde Bucal, além dos manuais da Atenção Primária à Saúde e Prontuário da Família (MINAS GERAIS, 2006b). Esse conjunto de diretrizes deve auxiliar a reorganização dos serviços e a construção da rede integrada, por meio de uma estratégia gerencial denominada Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), que adota como instrumento de programação das ações da equipe as planilhas presentes nas linhas-guias.

Destaca-se nos itens a seguir as especificidades de cada eixo temático e sua relação com a Assistência Farmacêutica municipal.

3.2.1 Tuberculose e Hanseníase

A Tuberculose é hoje considerada uma emergência mundial com número de casos crescentes principalmente associados à infecção pelo HIV ou em imunossuprimidos (MINAS GERAIS, 2006b). A Hanseníase representa um problema de saúde pública em Minas Gerais sendo detectados mais de 3.000 casos novos por ano. O atual objetivo do estado é eliminá-la enquanto problema de saúde pública o que significa alcançar e manter a taxa de prevalência menor que 1 caso em cada 10.000 habitantes (MINAS GERIAS, 2006c). É importante ressaltar que um fator associado a essas condições é a repercussão sócio-psicológica gerada pelos estigmas e o isolamento do paciente na sociedade (MINAS GERAIS, 2006 b e c). O diagnóstico precoce e o tratamento adequado de ambas permitem que essas doenças sejam curadas sem deixar seqüelas, sendo de suma importância que o profissional de saúde tenha subsídios que facilitem identificar, diagnosticar e tratá-las. A investigação de atividades relacionadas à AF destes eixos temáticos é de extrema importância, já que constituem doenças cujo tratamento é longo, de seis a dezoito meses, e cuja adesão é fator determinante para o sucesso da intervenção assistencial.

3.2.2 Hipertensão Arterial

Doenças do aparelho circulatório representaram cerca de 10% das causas de óbitos nas faixas etárias de 29 a 59 anos (MINAS GERAIS, [2008?]). Na rotina das unidades de saúde a assistência ao hipertenso é uma das principais ações das equipes de saúde tanto pela alta prevalência na população, quanto pela necessidade de acompanhamento contínuo e da possibilidade de intervenções de educação em saúde e mudança de hábitos de vida. Em relação à AF a abordagem dos hipertensos de médio risco, alto e muito alto risco se dá, predominantemente, por meio de anti-hipertensivos (MINAS GERAIS, 2006e). Considerando-se que o manejo de condições crônicas requer maior acompanhamento da farmacoterapia tanto pelo caráter permanente desta, quanto pela possibilidade de, ao longo dos anos, mais medicamentos serem introduzidos, a organização e estruturação da AF municipal é de extrema importância para redução de morbidades e aumento da qualidade de vida dos portadores de condições crônicas.

3.2.3 *Diabetes Mellitus*

A prevalência de diabetes, no Brasil, semelhante a de vários países desenvolvidos, em indivíduos entre 30 e 70 anos de idade é de 7,6% e varia de 2,6% para o grupo etário de 30 a 49 anos a 17,4% para o grupo de 60 a 69 anos. No país, estima-se que cerca de cinco milhões de indivíduos adultos com diabetes desconheçam o diagnóstico (MINAS GERAIS, 2006e). Tanto na PNAB/MS quanto a SES/MG consideram o diabetes condição prioritária pelo elevado grau de morbidades associados e pela redução induzida da qualidade de vida dos portadores, além do elevado custo social que os danos desta doença representam. É uma condição crônica cujo manejo (controle) inclui restrição da dieta e farmacoterapia oral ou injetável. Assim como para a Hipertensão Arterial, a organização e estruturação da AF municipal é de extrema importância para redução de morbidades e aumento da qualidade de vida dos portadores dessa condição crônica.

3.2.4 Saúde do Idoso

Em países em desenvolvimento considera-se idoso indivíduos de 60 anos ou mais. Em 1980, para cada 100 crianças, existiam 16 idosos e atualmente calcula-se que essa proporção chegue a 30 crianças para 100 idosos. A perspectiva de crescimento da população acima de 60 anos colocará o Brasil, dentro de 25 anos, como a 6ª maior população de idosos no mundo em números absolutos. Atualmente, conta-se com o número de 16 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, que passará a ser 32 milhões em 2025, o que representará 15% de nossa população total (MINAS GERAIS, 2006d). De maneira lógica e natural o indivíduo, a medida que acumula anos vividos, experiências e maturidade, acumula também morbidades adquiridas ao longa da vida. A perspectiva para saúde do idoso desconsidera definitivamente o conceito de ausência de doenças já que a busca é pelo aumento da autonomia e da qualidade de vida.

O manejo do idoso segue a lógica do manejo de condições crônicas na qual se utiliza estratégias de educação em saúde, mudança de hábitos de vida e adaptação de acordo com a funcionalidade e terapias medicamentosas. Em relação a esta última o alto custo dos medicamentos, seu uso inadequado, a polifarmácia, as

reações adversas aos medicamentos, as interações medicamentosas e os problemas de adesão aos tratamentos são exemplos de alguns fatores que respondem pela morbi-mortalidade associada ao uso de medicamentos em idosos, sendo que, na maioria das vezes, os prejuízos para os idosos são resultado da combinação de um ou mais desses fatores (RIBEIRO, 2007). Pelo apresentado, é indiscutível a necessidade do acompanhamento da farmacoterapia deste grupo populacional.

3.2.5 Saúde Mental

Uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, iniciada após a Segunda Guerra Mundial, é o processo de desospitalização dos portadores de sofrimento mental, rompimento de estigmas sociais e reinserção destes no convívio social (MINAS GERAIS, 2006f). Em relação à farmacoterapia os medicamentos utilizados para controle e manejo de transtornos mentais devem ter sua utilização acompanhada com vistas a redução de efeitos colaterais e interações medicamentosas, alimentares e com outras substâncias como o álcool. Frequentemente são requisitadas informações quanto o potencial de dependência destes e mitos relativos a este grupo de fármacos. Grande parte destes também compõem a lista de medicamentos sob controle especial (BRASIL, 1998). Considerando-se o citado a intervenção do farmacêutico é importante em relação a este grupo de usuários.

3.2.6 Asma

A asma é a doença crônica mais comum da infância, com prevalência estimada entre 10% a 20%, no Brasil. É causa de internações hospitalares, de faltas escolares, de distúrbios do sono e limitação para o exercício físico, podendo afetar o desenvolvimento físico e emocional da criança e interferir na sua relação familiar e social (MINAS GERAIS, 2004). A asma é uma condição crônica que requer farmacoterapia tanto durante as crises asmáticas quanto para os períodos intercrise.

Observa-se que nesse percurso assistencial, organizado por Diretrizes Clínicas, o componente medicamento está presente em todas as etapas e seu gerenciamento compete a vários profissionais não-farmacêuticos de forma desarticulada.

3.3 A Assistência Farmacêutica no Brasil e a Atenção Primária à Saúde

3.3.1 O medicamento como bem de consumo e como ferramenta assistencial.

A terapia medicamentosa tornou-se a forma de intervenção mais freqüentemente utilizada nos diversos tipos de prática médica. Embora quando apropriada seja indispensável para uma atenção à saúde segura e custo-efetiva, as conseqüências dessa terapia inadequada são substanciais, tanto para os pacientes quanto para a sociedade em geral (OMS, 1993). De acordo com relatório do Banco Mundial, a gestão de materiais (materiais e medicamentos) consome 20% do total de recursos aplicados na saúde no Brasil. Em 2004, estes gastos totais foram R\$ 147 bilhões (US\$ 50,7 bilhões, ou cerca de 8,3% do PIB), correspondendo a R\$ 29,4 bilhões utilizados para a compra de medicamentos e materiais (BANCO MUNDIAL, 2007).

Apesar de parcela importante dos investimentos em saúde ser destinada ao aumento do acesso aos medicamentos, alguns autores apontam para a má distribuição social dessa ferramenta assistencial (MARIN org., 2003; ROZENFELD, 2008): de 15 a 20% da população não têm acesso a nenhum tipo de medicamento e cerca de 50% dos pacientes deixam de conseguir algum medicamento prescrito na rede pública de saúde. Para as camadas mais pobres da população, os gastos com medicamentos podem comprometer até 90% dos gastos com saúde, que aparecem em quarto lugar entre os gastos familiares do brasileiro (ROZENFELD, 2008).

Vários são os fatores que podem afetar o consumo de medicamentos, seu uso racional e o processo de assistência à saúde. Alguns deles estão listados no QUADRO 01. Ao se analisar cada fator apresentado percebe-se que alguns interferem no tipo de necessidade assistencial ou de medicamentos e na qualidade dos medicamentos necessários (I e VII), outros no acesso ou priorização de determinada terapia (II e V), outro grupo interfere no uso racional do medicamento (IV e VI) e, finalmente, um quarto grupo que influencia as possibilidades terapêuticas em dado momento (III) (OMS, 1993).

QUADRO 01

Fatores que afetam a atenção à saúde e o uso racional de medicamentos.

I. Demografia
<ul style="list-style-type: none"> • Populações em processo de envelhecimento • Populações pediátricas vulneráveis • Crescimento populacional • Mudanças nos padrões das doenças/epidemiologia • Distribuição geográfica das populações
II. Fatores Econômicos
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentos nos custos de atenção à saúde • Economias nacional e global • Aumento no hiato entre ricos e pobres
III. Tecnologia
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de novos medicamentos • Novas técnicas de acesso à informação e novas informações sobre os medicamentos disponíveis • Medicamentos mais complexos e potentes • Biotecnologia
IV. Fatores Sociológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas e participação dos consumidores • Abuso e mau uso dos medicamentos • Uso de medicamentos tradicionais
V. Fatores Políticos
<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades no uso dos recursos nacionais (alocados para a saúde) • Filosofia de mercado em mutação • Compreensão da farmácia por parte dos que elaboram as políticas • Regulamentação dos medicamentos • Políticas nacionais de medicamentos • Lista de Medicamentos Essenciais
VI. Fatores Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> • Variações na formação/capacitação dos farmacêuticos • Distribuição dos recursos humanos farmacêuticos • Evolução da filosofia rumo à atenção do usuário na farmácia • Base de remuneração dos farmacêuticos
VII. Fatores relativos à Prestação de Serviços de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Acesso aos serviços de saúde • Tendência de tratamento de doenças graves fora dos hospitais

Fonte: OMS, 1993.

Agravando a situação do acesso e do uso racional, os países em desenvolvimento apresentam ainda graves problemas quanto ao gerenciamento da Assistência Farmacêutica (AF), tais como: ausência de mecanismos eficientes e eqüitativos de financiamento para aquisição dos medicamentos; sistemas públicos de suprimento de medicamentos estratégicos ineficientes; mecanismos ineficazes de regulação da qualidade e eficácia dos medicamentos no mercado e perdas decorrentes de

condições inadequadas de transporte e armazenamento (MARIN org., 2003). Como síntese das discussões mundiais sobre esse tema destaca-se:

- a preocupação para com a melhoria do acesso aos medicamentos, principalmente para a população mais desprotegida, destacando-se a necessidade de otimizar os processos de fornecimento de medicamentos;
- a discussão sobre o papel do farmacêutico na atenção à saúde e sobre as mudanças de paradigma da prática farmacêutica;
- a necessidade de a Assistência Farmacêutica ocupar-se destes grandes componentes, buscando um equilíbrio de tal forma que o medicamento como insumo sirva aos interesses sanitários e seja inserido na organização dos sistemas e serviços de saúde (MARIN org., 2003).

Ao se analisar as diretrizes e os processos da APS, principalmente ao assegurar a assistência integral e contínua, assim como a redução das situações ou condições elencadas como estratégicas na PNAB, identifica-se a necessidade do medicamento como tecnologia assistencial, muitas vezes determinante para os resultados terapêuticos alcançados (BRASIL, 2006b).

3.3.2 Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Assistência Farmacêutica é o:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CNS, 2004).

A AF tem como propósito contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, o que vem ao encontro com a PNAB e com o conceito da APS e seus fundamentos. Seu objetivo é apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional (BRASIL, 2006b). Ela tem como características ser parte integrante da política de saúde, ser área estratégica do sistema de saúde para o suporte às intervenções na promoção, prevenção de

doenças e no tratamento e apresentar procedimentos de natureza técnica, científica e administrativa, e tem como funções e atividades (BRASIL, 2006b):

- Planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as ações.
- Articular a integração com os serviços, profissionais de saúde, áreas interfaces, coordenação dos programas, entre outras.
- Elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos.
- Elaborar instrumentos de controle e avaliação.
- Selecionar e estimar necessidades de medicamentos.
- Gerenciar o processo de aquisição de medicamentos.
- Garantir condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.
- Gestão de estoques.
- Distribuir e dispensar medicamentos.
- Manter cadastro atualizado dos usuários, unidades e profissionais de saúde.
- Organizar e estruturar os serviços de AF nos três níveis de atenção à saúde no âmbito local e regional.
- Desenvolver sistema de informação e comunicação.
- Desenvolver e capacitar recursos humanos.
- Participar de comissões técnicas.
- Promover o uso racional de medicamentos.
- Promover ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos, gestores e profissionais da saúde.
- Desenvolver estudos e pesquisa em serviço.
- Elaborar material técnico, informativo e educativo.
- Prestar cooperação técnica.
- Assegurar qualidade de produtos, processos e resultados (BRASIL, 2006b, p.13).

Dentre os fundamentos principais para uma AF resolutiva destacam-se o acesso e a racionalidade científica nas condutas de prescrição, de dispensação e do uso dos medicamentos. Dessa forma, o acesso a medicamentos de qualidade apresenta-se como requisito básico para a boa resolutividade da AF e do próprio Sistema de Atenção à Saúde (MARIN org., 2003). No contexto histórico da implementação do SUS, a AF e as políticas de medicamentos foram se definindo e se estruturando legalmente, pois até então não faziam parte da pauta de discussão dos atores responsáveis pela definição das Políticas de Saúde no Brasil.

Em relação ao arcabouço legal que considera a AF como parte integrante das ações assistenciais, na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, determina-se que ao SUS compete (dentre outras funções):

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080, de 1990, em seu artigo 6º, assegura o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a AF e remete à necessidade da implantação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM) centrada nas ações de Assistência Farmacêutica integral como uma das condições estratégicas para a efetiva implantação do SUS (BRASIL, 1990). Não obstante essa normatização remontar ao período da criação do SUS, a AF só foi participar da agenda do SUS dez anos mais tarde.

No Brasil, a Central de Medicamentos (Ceme) era o órgão federal responsável pela AF até 1997, quando foi desativada por não cumprir adequadamente seu papel, estar defasada em relação ao momento político do SUS e, principalmente, após denúncias de corrupção. Sua extinção gerou um processo de discussão com todos os setores nacionais interessados e, de forma crescente, foram sendo definidas as responsabilidades pela gestão e financiamento da AF nas três esferas de comando do SUS (OPAS, 2005). Nessas discussões foram identificados e analisados os principais problemas do setor farmacêutico nacional, culminando com a publicação da Política Nacional de Medicamentos, integrada à Política Nacional de Saúde (PNS) (BRASIL, 2001).

Vários fatores motivaram a formulação da PNM, entre os principais, destacam-se:

- Problemas na garantia de acesso da população aos medicamentos.
- Problemas na qualidade dos medicamentos.
- Uso irracional dos medicamentos.
- Desarticulação da Assistência Farmacêutica.
- Desorganização dos serviços farmacêuticos (BRASIL, 2006b, p.9).

A PNM reconheceu oficialmente a importância dos medicamentos na resolutividade das ações de saúde, indicando rumos e linhas estratégicas e definindo prioridades no que concerne aos medicamentos. Ela tem como objetivos assegurar os compromissos de governo e outras instâncias; garantir o acesso a medicamentos essenciais, principalmente para o atendimento de agravos prioritários de saúde da população; garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos; e promover o uso racional desses. Assim como o SUS, é fundamentada na descentralização da gestão, na regionalização, na promoção do uso racional dos medicamentos e na otimização e eficácia do gerenciamento da Assistência Farmacêutica. A PNM apresenta oito diretrizes e quatro prioridades, citadas a seguir:

Diretrizes da PNM:

1. Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).
2. Regulamentação sanitária de medicamentos.
3. Reorientação da Assistência Farmacêutica.
4. Promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM).
5. Desenvolvimento científico e tecnológico.
6. Promoção da produção de medicamentos.
7. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.
8. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001, p.12).

Prioridades da PNM:

1. Revisão permanente da Rename.
2. Reorientação da Assistência Farmacêutica.
3. Promoção do uso racional de medicamentos.
4. Organização das atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos (BRASIL, 2001, p.21).

Considera-se que a AF constitui um componente da política de medicamentos essencial no sistema de saúde, sendo prioritária e imperativa a sua definição, organização e estruturação nos diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase no setor público e no marco da “transformação do novo modelo assistencial de vigilância à saúde” (CARLOS, 1997). Dentre seus objetivos estão: assegurar a acessibilidade de medicamentos e farmacoterapia de qualidade à população, com ênfase nos grupos de risco; garantir o uso racional de medicamentos e de insumos farmacêuticos; oferecer serviços farmacêuticos e cuidados ao paciente e à

comunidade, complementando a atuação de outros serviços de atenção à saúde e contribuir de maneira eficaz e efetiva para transformar o investimento com medicamentos em incremento de saúde e de qualidade de vida (ARAÚJO; FREITAS, 2006).

A análise das diretrizes e prioridades da PNM permite-nos inferir que todo o processo de reorientação da AF envolve, de alguma forma, ações que se desenvolvem na APS, não sendo possível desvincular a necessidade de (re)estruturação do processo de AF nesse nível de atenção. Destacam-se a adoção e revisão da RENAME e a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) como ações mais intimamente relacionadas com a APS.

O fortalecimento da AF é impreterível e implica na necessidade de sua organização com base em preceitos políticos e técnico-científicos bem discutidos hoje na literatura (PERINI, 2003). Do ponto de vista político a descentralização já ocorreu (BRASIL, 1991; MINAS GERAIS, 1999), mas os municípios, em sua grande maioria, não desenvolveram ainda um processo gerencial satisfatório e não parecem ter avaliado adequadamente o alcance assistencial dessa tecnologia de saúde (ACÚRCIO, 2003).

Entendendo que o acesso ao medicamento é parte determinante da premissa do governo do estado de Minas Gerais, a SES-MG inaugurou, em 2008, uma nova fase do programa Farmácia de Minas denominada Plano Estadual da Rede de Assistência Farmacêutica, no qual a farmácia é reconhecida como estabelecimento de saúde e referência na prestação de serviços farmacêuticos a uma população adscrita. O Plano Estadual de AF tem como objetivos estratégicos ampliar o acesso aos medicamentos básicos (essenciais) e a resolutividade da rede SUS no atendimento à população, integralizar a distribuição e a dispensação de medicamentos em nível de atenção primária e estruturar e qualificar a Rede Farmácia de Minas³ (MINAS GERAIS, [2008?]).

³ Incentivo estadual para investimento em infra-estrutura (construção da farmácia) e custeio parcial (equipamentos e incentivo mensal por um ano para ajuda na contratação de recursos humanos - farmacêutico e auxiliar de farmácia) de farmácias distritais em municípios com até 30 mil habitantes.

Por meio deste programa a farmácia estaria vinculada às unidades de APS, mas não sediada no mesmo lugar. É reconhecida a necessidade de uma infra-estrutura adequada para os serviços de AF, incluindo armazenamento e dispensação com orientação farmacêutica, mas mantém-se o serviço separado da equipe de saúde.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Tais núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre eles o farmacêutico, que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes, atuando diretamente no apoio às elas e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008). Os profissionais vinculados a este núcleo atuam de forma matricial de acordo com os fundamentos e o processo de trabalho preconizados na PNAB e tem como abrangência, em Minas Gerais, de 8 a 20 ESF. Como detalhamento das ações específicas da AF vinculada ao NASF tem-se:

- coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;
- promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;
- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família;
- selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços;
- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/ Saúde da Família;
- acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- subsidiar o gestor, os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade associados aos medicamentos;
- elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;
- intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida;

- estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica; e
- treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2008, p.12).

Instituiu-se a partir de então um marco para a inserção do farmacêutico, assim como de outros profissionais, na APS. Ainda em implantação, considera-se que o processo de trabalho da equipe do NASF juntos às ESF não foi completamente estabelecido. No que compete à AF questiona-se as possibilidades de intervenções relativas à promoção do uso racional de medicamentos quando se considera que cada a equipe de NASF tem como população adscrita de 24.000⁴ (8 ESF) a 60.000 (20 ESF) pessoas e que estas podem pertencer a municípios diferentes. Há que se considerar também que não há a obrigatoriedade de inserção do farmacêutico na equipe do NASF.

3.4 O papel do farmacêutico no processo da Assistência à Saúde

Documentos resultantes de encontros promovidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nas décadas de 80 e 90 para definirem o papel do farmacêutico na atenção à saúde ressaltam que a ênfase de sua responsabilidade deslocou-se, substancialmente, para a utilização de conhecimento científico sobre o uso apropriado de medicamentos modernos e a proteção do público contra os perigos inerentes a essa utilização (OMS, 1988; OMS, 1993). Em todos os campos de atuação, o propósito do farmacêutico passou a ser a otimização da terapia medicamentosa, tanto contribuindo para a fabricação, abastecimento e controle de medicamentos e produtos para a saúde quanto provendo informações e aconselhando àqueles que prescrevem ou usam produtos farmacêuticos. Além de assegurar estoques suficientes dos medicamentos apropriados, as atividades profissionais dos farmacêuticos incluem o aconselhamento dos pacientes no ato de dispensar medicamentos com ou sem receita, o fornecimento de informações sobre os medicamentos aos profissionais de saúde, aos pacientes e ao público em geral, a

⁴ Considerando-se 3.000 por ESF.

participação em programas de promoção de saúde e a constante articulação com outros profissionais da APS (OMS, 1988).

Em um desses documentos, a OMS descreve como principais atividades dos farmacêuticos, chamados de farmacêuticos comunitários⁵, o processamento de receitas, a atenção aos pacientes ou farmácia clínica, a monitorização da utilização do medicamento, as informações aos profissionais de saúde e à população, a promoção da saúde, a prestação de serviços domiciliares e a capacitação de outros trabalhadores de saúde (OMS, 1988).

Embora exista a tentativa de consenso de termos e conceitos relacionados à prática farmacêutica, ainda existem muitas contradições na legislação e diferentes propostas de definições e práticas (ANGONESI, 2008). Observa-se um movimento mundial de mudança do foco administrativo operacional para ações de cunho assistencial dos farmacêuticos, o que, no Brasil, ainda permanece no plano acadêmico-educacional. Valorizando-se as ações de aquisição, armazenamento e distribuição e afastando a equipe de saúde das questões outras que integram a Assistência Farmacêutica, desenvolveu-se, no Brasil, uma visão fragmentada dos serviços quanto à questão dos medicamentos (MARIN org., 2003).

Apesar das transformações que vêm acontecendo desde a criação da PNM, ainda se reconhece que o profissional farmacêutico vivencia uma crise de identidade com pouca inserção na equipe de saúde, assumindo ações predominantemente administrativas em detrimento de ações de educação em saúde e de orientação sobre o uso de medicamentos. A farmácia permanece como um estabelecimento de apoio assistencial desvinculado do processo de atenção à saúde e o medicamento é visto como bem de consumo (CONSENSO, 2002). O resultado tende a ser a iniquidade no acesso ao medicamento e ao processo assistencial como um todo, considerando-se que a AF é parte do sistema.

⁵ Farmacêutico que atua em farmácias comunitárias ou também consideradas ambulatoriais, ou seja, não vinculados a hospitais.

Em estudos que avaliam a AF de municípios e/ou estados brasileiros observa-se que não há diferença dos resultados relativos à existência ou não da RENAME em local visível, à disponibilidade de medicamentos marcadores da existência de medicamentos essenciais e à presença de medicamentos vencidos quando a farmácia tem ou não um farmacêutico (BERNARDI *et al*, 2006; VIEIRA, 2008). Uma revisão de estudos relativos às visões e práticas sobre a comunicação farmacêutico-paciente na América do Norte avaliou os fatores relacionados à orientação aos usuários sobre os medicamentos e demonstrou a não uniformidade de condutas e a inexistência de uma identidade para profissão quando se considera as atividades relacionadas com a assistência - orientações aos usuários (YOUNG, 1996). Mais de uma década se passou e não há na literatura indicativos de grandes transformações nessa realidade.

Vários são os fatores que dificultam essa prática e o maior deles deve-se ao caráter comercial que o ato farmacêutico adquiriu ao longo do tempo. Os pacientes não reconhecem mais no farmacêutico um profissional que pode ajudá-los a melhorar o uso dos seus medicamentos (ANGONESI, 2008), assim como as equipes de saúde não têm claro a definição das competências e atribuições deste profissional. Essa perspectiva, assim como a própria (re)definição da identidade profissional são os principais entraves para a real transição de prática desse profissional no Brasil:

Considerando as necessidades de recursos humanos de saúde para alcançar a meta de saúde para todos, o Comitê de Especialistas da OMS⁶ fez a seguinte declaração: “A busca de saúde para todos por meio da atenção primária de saúde (*sic*) exigirá a redefinição dos papéis e das funções de todas as categorias de pessoal de saúde, incluindo os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, como dentistas, farmacêuticos, engenheiros sanitários etc., que terão de aceitar participar da equipe de saúde e, quando justificado, assumir responsabilidade por essa equipe”. (1985; citado por OMS, 1988, p.35).

A redefinição dos papéis de algumas categorias profissionais acima citadas vem ocorrendo principalmente a partir da adoção nacional da Estratégia de Saúde da Família, a qual rediscute o modelo assistencial. Nota-se que, apesar de considerada como prioridade, a (re)definição do papel e das funções do farmacêutico na equipe de saúde se dá com grande atraso e em passos lentos.

⁶ WHO Technical Report Series, no. 717, 1985 (Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care: Report of a WHO Expert Committee).

De acordo com o Primeiro Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do estado de Minas Gerais, realizado em 2006, existiam 442 Farmacêuticos/Bioquímicos que atuavam na APS nos 853 municípios do estado de Minas Gerais (BARBOSA, RODRIGUES, 2006). Levando-se em conta o contexto atual de reorganização da AF que se volta, novamente, para o papel assistencial do farmacêutico e da farmácia, a consolidação da identidade do profissional farmacêutico como promotor de saúde, assim como a reestruturação de suas atribuições, o atual contexto sócio-político no estado de Minas Gerais, por meio do fortalecimento da APS e a implantação de diretrizes clínicas como norteadoras do processo de trabalho das equipes, torna-se chave a discussão do papel desses farmacêuticos na equipe de saúde.

Independente do nível de atenção, a grande maioria das ações de saúde culmina em uma intervenção medicamentosa e, muitas vezes, a resolutividade do processo assistencial decorre do sucesso dessa terapia. Por isso é importante entender o peso da estruturação da AF na resolutividade da APS e, para tanto, perceber quais as reais atribuições dos farmacêuticos que atuam nesse nível de atenção. Conhecer e compreender como estão organizados e como se desenvolvem esses papéis e essas funções pode lançar bases para melhor adequação de sua participação na construção de uma AF afinada com os objetivos de fortalecer a APS.

3.5 Avaliação em Serviços de Saúde

Segundo Contandriopoulos *et al* (1997), avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Para o autor uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação. Para GIL *et al* (2001) avaliar é um processo contínuo de sucessivas aproximações de conhecimentos da realidade referente a toda ordem de questões relacionadas a uma ação. Independente do referencial teórico, uma característica importante da avaliação não deve ser esquecida: “uma premissa para trabalhar com avaliação é ter clareza de que o processo não é e nem pode ser objetivo, nem neutro, pois os avaliadores são

peças, bem como aqueles que definiram e selecionaram os critérios considerados referência” (MALICK *et al*, 1998). O ato de avaliar está sempre dotado de uma concepção que um determinado ator social tem de um processo e reflete o quanto este deseja produzir transformações no âmbito de sua atuação. Assim, o resultado de uma avaliação deve ser visto sob a ótica do que está sob avaliação (ou que parte), dos critérios utilizados e por quem esta foi realizada (CONTRANDRIOPOULOS *et al*, 1997; GIL *et al*, 2001; MALICK *et al*, 1998).

Na área de saúde a avaliação surgiu após a Segunda Guerra Mundial quando o Estado começou a assumir seu papel de regulador das ações públicas e não de executor de ações. Percebeu-se que os recursos, escassos, deveriam ser alocados da forma mais eficaz possível limitando os custos dos sistemas de saúde, mas mantendo a acessibilidade suficiente a todos (CONTRANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Três conceitos importantes que surgiram à medida que novos cenários sociais questionaram o processo avaliativo em saúde (GIL *et al*, 2001), cada um produz informações que se complementam e dão maior consistência ao processo, razão pela qual se deve buscar, na medida do possível, trabalhá-los em conjunto:

- Eficiência que estabelece uma relação entre custos e benefício de uma determinada ação, programa, projeto ou plano.
- Eficácia, significando realizar bem, com a melhor qualidade possível as ações planejadas ou programadas.
- Efetividade, relacionada ao impacto das ações/serviços mediante os resultados. Resulta na mudança de uma determinada realidade ou na transformação de uma situação.

A avaliação em saúde tem os seguintes objetivos, dentre outros:

- ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);

- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); e
- contribuir para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica (objetivo fundamental) (CONTRANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

A partir desses objetivos obtém-se, pelo menos, dois tipos de avaliação, classificadas em relação a sua função: avaliação formativa e avaliação somativa (MALICK *et al*, 1998). A avaliação formativa é aquela em que o próprio processo avaliativo interfere e orienta as condutas ou processos avaliados. É um mecanismo de avaliação, mas também de treinamento e ensino. É contínua e participativa e pode se beneficiar da participação dos envolvidos. Quanto mais freqüentes, mais elas representam um processo e não um evento pontual, maior a oportunidade de que as pessoas aprendam com elas e se preparem para novos hábitos. A avaliação somativa é aquela feita ao final de um processo (*ex-post*) para verificar se os resultados foram alcançados ou não.

Para Constandriopoulos *et al*. (1997) a avaliação pode ser dividida em dois grandes grupos: a avaliação normativa e a pesquisa quantitativa. A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. Esse tipo de avaliação se subdivide em:

- Avaliação de estrutura a qual busca reconhecer em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperado comparando os recursos da intervenção, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes.
- Avaliação de processo, a qual busca reconhecer em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Compara-se os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados. Pode ser decomposta na dimensão técnica (adequação dos serviços às necessidades, qualidade), na dimensão das relações interpessoais (interação psicológica e social que existe entre os clientes e os produtores de cuidados) e na dimensão

organizacional (acessibilidade aos serviços, extensão da cobertura, globalidade e continuidade dos cuidados e dos serviços).

- Avaliação dos resultados, a qual busca reconhecer se os resultados observados correspondem aos esperados.

A pesquisa avaliativa é o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e os rendimentos de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de auxiliar a tomada de decisões. Trata-se de um processo mais abrangente composto por várias etapas, atores e grupos de avaliadores (CONTRANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

De forma geral, as avaliações em serviços de saúde mais realizadas são as somativas, cada uma concentrando-se em uma das três subdivisões: estrutura, processo e resultado. Para avaliar o processo de trabalho de profissionais, como proposto neste trabalho, foca-se nas avaliações comumente denominadas avaliações de processo. São importantes para se reconhecer e propor intervenções na condução de atividades dentro de um serviço, podendo, inclusive, subsidiar a proposição de modelos de condutas e atribuições.

3.6 Inquéritos postais para avaliação de serviços de saúde

Um dos principais instrumentos de coleta de dados primários em pesquisas sociais, médicas ou epidemiológicas é o questionário. As maneiras de coletas dos dados via questionário variam de acordo com o método de contato com as respondentes, o mecanismo de entrega do questionário e na maneira como estes são administrados (BOWLING, 2005). Esse autor classifica em dois grupos as diferentes maneiras de coleta de dados utilizando-se o questionário (QUADRO 02).

QUADRO 02

Diferentes métodos de coleta de dados via questionário.

Entrevistas:

- a) Verbais, face-a-face utilizando questionários impressos.
- b) Verbais, face-a-face utilizando computador (Lap top).
- c) Verbais, por telefone.

Auto-administrados:

- a) Questionário impresso para o preenchimento pelo próprio respondente, enviado por via postal ou entregue em mãos para posterior devolução.
- b) Resposta a questionário disponível em meio eletrônico.
- c) Resposta a questionário disponível por meio telefônico.

Adaptado de: Bowling, 2005.

A escolha do método de coleta de dados deve considerar o tipo de informação que se deseja obter (quantidade de informação a ser mobilizada – sobrecarga cognitiva; grau de comprometimento pessoal de acordo com o tipo de pergunta – se íntima ou não), a população alvo e sua localização, o tamanho da amostra, as características específicas de uma dada população (ex. grau de autonomia), os recursos financeiros e materiais disponíveis e a necessidade tecnológica disponível ao grupo avaliado. Cada método de coleta responde em grau variável aos itens citados e a outros. Na TAB. 01 apresenta-se o resumo dos potenciais de indução das características listadas para cada método de coleta de dados.

TABELA 01

Resumo de potenciais de indução dos itens listados de acordo com os métodos de coleta de dados via questionário.

Potencial para	Intervenções face-a-face	Entrevistas telefônicas	Auto-administrados, postal	Auto-administrados, meio eletrônico.
Cobertura da população pela amostra	Alto	Baixo	Alto	Baixo
Sobrecarga cognitiva	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto
Taxa de resposta	Alto	Baixo	Médio	Baixo
Completude das respostas	Alto	Baixo	Baixo	Baixo
Efeito da ordem das questões	Baixo	Baixo	Alto	Baixo
Efeitos da ordem das opções de resposta	Moderado	Alto	Alto	Alto
Viés de segunda chamada	Baixo	Baixo	Alto	Alto
Viés da conveniência social	Alto	Alto	Baixo	Baixo
Viés da concordância (sempre sim)	Alto	Alto	Baixo	Baixo
Viés do entrevistador	Alto	Alto	—	—
Duração da resposta verbal/ou quanti. de informação	Alto	Baixo	—	—
Desejo em divulgar informações delicadas	Baixo	Baixo	Alto	Alto
Referência pelo método de coleta de dados	Alto	Baixo	Baixo	Moderado

Adaptado de: Bowling, 2005.

Os inquéritos postais são amplamente utilizados para coleta de dados em pesquisas médicas e são, usualmente, a única opção financeiramente viável para a coleta de informações de grupos grandes ou geograficamente dispersos. Não respostas (global ou de itens específicos) ao inquérito postal reduz o tamanho da amostra efetiva e pode introduzir vieses, podendo afetar a validade dos estudos epidemiológicos. Por esse motivo é importante a identificação de estratégias que aumentem as taxas de respostas a esses (EDWARDS *et al*, 2002). Várias revisões e estudos isolados foram realizados para identificar tais estratégias. São encontradas variações em relação aos dados apresentados, mas a maioria cita as estratégias relacionadas no QUADRO 03 como facilitadores para o aumento das taxas de respostas. A amplitude da contribuição de cada estratégia não foi medida, mas observou-se que a adoção destas ou de algumas destas afetam a taxa de resposta (EDWARDS *et al*, 2002; EDWARD *et al*, 2007; VANGEEST; JOHNSON; WELCH, 2007; NAKASH *et al*, 2006)

QUADRO 03

Resumo de estratégias que interferem na taxa de respostas de inquéritos postais.

Aumenta	Diminui
Incentivos financeiros ou de outra natureza	Questões de cunho delicado
Entrega registrada	Opção de não participação
Envelope com frases incentivando a abertura (sugestão de benefícios ao abrir)	Iniciados com informações gerais e não de interesse do respondedor
Assunto de interesse	
Notificação prévia	
Contato de acompanhamento	
Questionários menores	
Envio de uma segunda cópia	
Mencionando a obrigatoriedade da resposta	
Vínculo com Universidades	
Questionários personalizados	
Envelopes resposta selados	
Garantia de confidencialidade	
Boa aparência externa da correspondência	
Questionários coloridos	

Fonte: EDWARDS, et al., 2007.

Além dos itens apresentados no QUADRO 03, vários outros fatores influenciam a taxa de resposta de inquéritos postais dentre os quais idade, sexo, nível de escolaridade, condições de moradia, condição de saúde e autonomia (RIBEIRO, 2007). Em trabalhos direcionados a profissionais da saúde utilizando inquéritos postais registra-se taxas de resposta que variavam de 35% a 69% (EDWARDS *et al*,

2009; LEE *et al*, 2009; ARIYAWARDANA;EKANAYAKE, 2008; SPAAR *et al*, 2009; ESAI *et al*, 2009; AL-HABSI *et al*, 2009; KAESTNER; SEWELL, 2009; HANSFORD *et al*, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Desenvolveu-se um estudo transversal por meio de inquérito postal por permitir a descrição e a caracterização de um grande leque de variáveis dentro de um período curto de tempo. Caracteriza-se também como uma técnica de operacionalização mais simples e apropriada ao objetivo proposto, por permitir a realização do estudo em um tempo condizente com o disponível e por ser de custo baixo (EDWARDS *et al*, 2002). Trata-se de uma avaliação de processo de trabalho que engloba as suas três dimensões técnica, organizacional e das relações pessoais (CONTRANDIOPOULOS *et al*, 1997).

4.2 População

A população de referência foi definida como todos os profissionais farmacêuticos que atuam na APS nos municípios do estado de Minas Gerais. Para sua identificação foram utilizadas duas bases de dados: dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁷ (CNES) e dados do Primeiro Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais (BARBOSA; RODRIGUES, 2006).

O CNES, instituído por portaria ministerial desde o ano 2000, abrange a totalidade das instituições prestadoras de serviços de saúde no país (hospitalares e ambulatoriais, vinculadas ou não ao SUS). Nele são registrados aspectos relativos a área física, recursos humanos, equipamentos e serviços, servindo de base para o Cartão Nacional de Saúde dos profissionais de saúde que prestam serviços pelo SUS (CNESNet, 2009). A consulta ao CNES foi realizada segundo um protocolo envolvendo os seguintes passos:

- Acesso ao site dia 23 de outubro de 2008;
- *Link* RELATÓRIOS;
- *Link* ESPECIALIDADES PROFISSIONAIS (CBO);
- Filtro ESTADO: MG;

⁷ <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=1280&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer>, consultado em 23/10/2008.

- Filtro FARMACÊUTICO, EM GERAL (grupo 1- G1): **nenhum profissional cadastrado**;
- Filtro FARMACÊUTICO BOTICÁRIO/FARMACÊUTICO COSMETÓLOGO/FARMACEUTICO (grupo 2- G2): **1381 profissionais cadastrados**;
- Filtro FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO/FARMACÊUTICO DE ALIMENTOS/INDUSTRIA (grupo 3- G3): **3854 profissionais cadastrados**;

A análise dos três bancos de dados obtidos (G1, G2 e G3) revelou a necessidade de se optar apenas pelo G2, já que no G1 não havia profissional cadastrado e que o G3 correspondia ao cadastro de profissionais que atuam predominantemente em laboratórios de análises clínicas, indústrias de medicamentos e alimentos. Não foi desconsiderada a possibilidade da ocorrência, por engano, de cadastro de profissionais que atuam na APS neste grupo, pois é conhecida a dificuldade enfrentada por alguns municípios em lidar com o sistema do CNES. No entanto, considerou-se que todos os municípios com presença de farmacêutico atuante na APS seriam contemplados ao menos com um questionário postado, aumentando a probabilidade deste profissional participar da investigação. Os resultados encontrados continham a relação de municípios com o respectivo número de farmacêuticos em cada classificação. Do G2, foi obtida uma lista de 493 municípios com o total de 1381 farmacêuticos cadastrados.

Como o escopo da pesquisa engloba apenas os farmacêuticos que atuam junto à APS, fez-se a consulta por município e por profissional cadastrado para avaliar em qual estabelecimento este estava vinculado. Só foram contabilizados os profissionais vinculados em unidades ligadas a Atenção Primária/Atenção Básica. No QUADRO 04, a seguir, estão listados alguns termos referentes às unidades em que os profissionais estavam vinculados considerados para a inclusão ou exclusão do profissional do banco de dados.

QUADRO 04

Termos utilizados para a inclusão ou exclusão do profissional no banco de dados do estudo, considerando-se as unidades em que os profissionais estavam vinculados no CNES em out./2008.

Incluídos ⁸	Excluídos
Centro de saúde	Unidade de Vigilância Epidemiológica
Farmácia Popular	Hospital
Centro Comunitário	Laboratório
Ambulatório	Clínica Psiquiátrica (Hospital especializado)
Programa de Saúde da Família (PSF)	Unidade de Assistência Farmacêutica
Unidade Básica de Saúde (UBS)	DADS ou GRS
Unidade de Saúde da Família (USF)	Centro de Apoio Especializado (Clínica especializada)
Unidade de saúde	Pronto Atendimento
Diretoria Municipal de Saúde	
Policlínica	
Unidade Mista de Saúde	
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	

Após essa seleção foi obtida uma lista com 389 municípios totalizando 626 farmacêuticos cadastrados (FIG. 02).

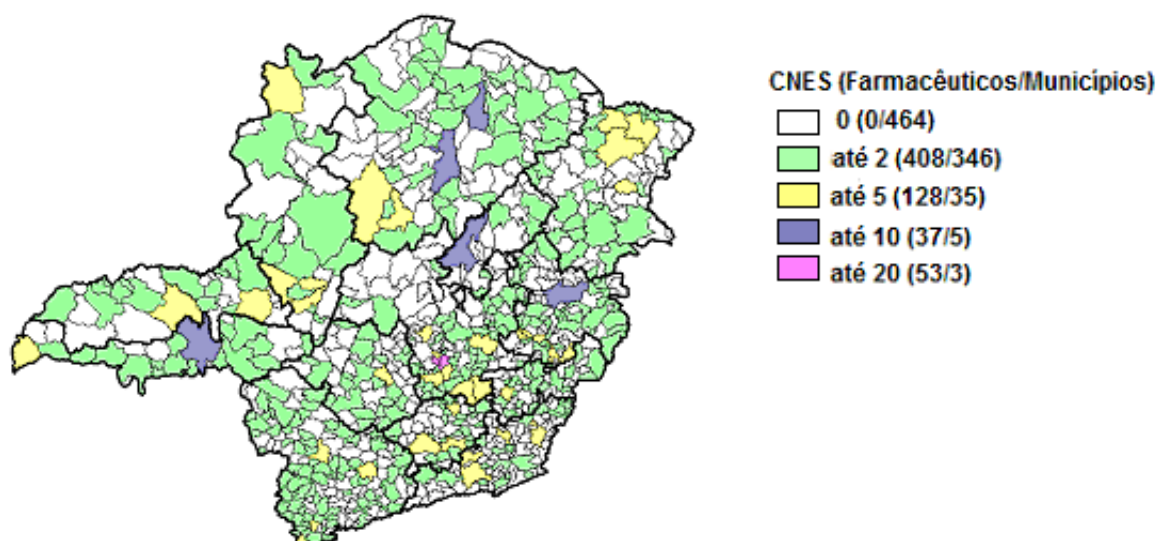


FIGURA 02- Distribuição dos 626 farmacêuticos nos 389 municípios de Minas Gerais de acordo com os dados selecionados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em out.2008.

Um dos limitadores que restringe a confiabilidade dos dados extraídos do CNES é a falta de padronização nos cadastros dos estabelecimentos (grande variabilidade na

⁸ Há uma grande variação de denominação das unidades assistenciais no cadastro, de forma geral foram incluídas todas as unidades em que a ficha do estabelecimento tinha no campo TIPO DE ESTABELECIMENTO a classificação como Centro de Saúde e Unidade Básica. A única exceção foi o CAPS que é um estabelecimento de atenção secundária, mas que em muitos municípios é responsável por toda a atenção ao portador de doenças mentais (respondendo, assim pela atenção secundária e primária).

classificação) e a não alimentação deste por parte de alguns prestadores e municípios (MINAS GERAIS, [2008?]). Na prática é sabido que o cadastro de um profissional em uma unidade de saúde no CNES mantém-se mesmo após a saída deste por períodos em torno de 6 meses ou mais.

A segunda fonte do número de farmacêuticos que atuam na APS foi obtida no Primeiro Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais (BARBOSA; RODRIGUES, 2006). Segundo o trabalho, em 2006 haviam 442 farmacêuticos atuando na APS, porém ele não apresenta, em seu texto, a distribuição destes profissionais nos 853 municípios de Minas Gerais. Por esse motivo foi estabelecida uma parceria com o grupo do Observatório de Recursos Humanos da Saúde (FACE/UFMG/SES-MG)⁹, o que permitiu acesso ao banco de dados da pesquisa. Por meio desse banco foi possível obter a quantidade de farmacêuticos por município e a lista de endereços das unidades que, na época do censo, possuíam pelo menos um farmacêutico, com o respectivo número destes profissionais.¹⁰ A partir do banco fornecido pode-se identificar a presença dos 442 farmacêuticos em 317 municípios (FIG. 03).

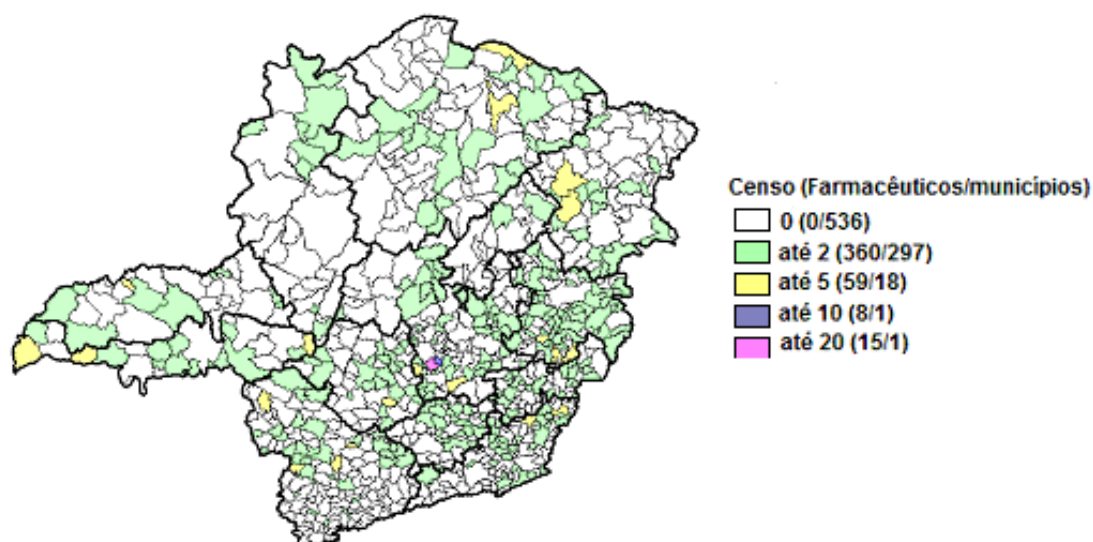


FIGURA 03- Distribuição dos 442 farmacêuticos nos 317 municípios de acordo com o Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais, 2006.

⁹ FACE/UFMG: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

¹⁰ No banco fornecido não havia possibilidade de identificação nominal dos profissionais, pelo compromisso assumido pelo grupo durante a realização do Censo de manter em sigilo as identidades dos participantes.

A união dos dois bancos de dados permitiu a obtenção de uma lista de 546 municípios, com um total de 626 farmacêuticos (FIG 04).

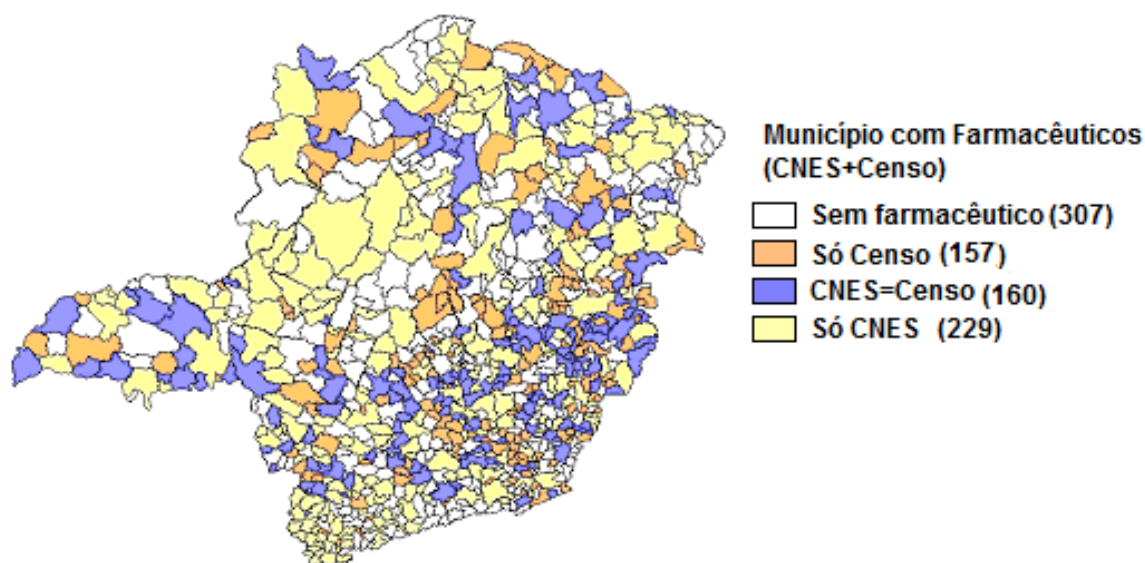


FIGURA 04- 546 municípios de Minas Gerais com farmacêuticos de acordo a consolidação dos dados do Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais (2006) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (out./2008).

4.3 Coleta e análise dos dados

4.3.1 Instrumento de avaliação

Elaborou-se um questionário a ser aplicado por meio postal, tendo sido o mesmo formatado também para o meio eletrônico (APÊNDICE A e B). O conteúdo do questionário foi dirigido para se determinar o escopo de atuação do farmacêutico na APS, descrevendo suas atividades exercidas e foi dividido em três partes:

1. Identificação do profissional.
2. Caracterização do trabalho.
3. Características das atividades exercidas.

As partes 1 e 2 contemplam as variáveis independentes (QUADRO 05). As variáveis da segunda parte foram baseadas no questionário aplicado pelo Censo de 2006, incluindo a forma de categorização. Buscou-se assim uma forma indireta de validação dos resultados obtidos por este estudo, já que há a intenção de compará-los com os dados apresentados no Censo. A parte 3 contempla as variáveis dependentes que foram divididas em 10 grandes grupos (QUADRO 06).

QUADRO 05

Variáveis independentes relacionadas aos farmacêuticos da Atenção Primária dos municípios de Minas Gerais.

1. Identificação do profissional	2. Caracterização do trabalho
Nome	Presença de vínculo em mais de 1 município
Registro no Conselho Regional de Farmácia	Nome do município de trabalho
Sexo	Telefone de trabalho
Idade	E-mail
Instituição formadora	Nome da unidade de trabalho
Tempo de formado (graduação)	Local de trabalho (UBS/ESF)
Pós-graduação	Número de UBS/ESF que atende
Área de concentração da pós-graduação	Tipo de vínculo contratual
	Carga horária semanal
	Tempo de trabalho no local
	Tempo de trabalho no município
	Remuneração

QUADRO 06

Variáveis dependentes relacionadas aos farmacêuticos da Atenção Primária dos municípios de Minas Gerais.

3. Características das atividades exercidas
3.1 Atividades relacionadas à Gestão do medicamento
3.2 Atividades relacionadas às Fontes de Informação sobre Medicamentos
3.3 Atividades gerais relacionadas à Utilização do medicamento
3.4 Tuberculose
3.5 Hipertensão Arterial
3.6 <i>Diabetes Mellitus</i>
3.7 Saúde do Idoso
3.8 Saúde Mental
3.9 Crianças com menos de 5 anos portadoras de Asma
3.10 Hanseníase
Observações e sugestões

4.3.2 Seleção das variáveis

As doze variáveis que compõem o item 3.1 (Atividades relacionadas à Gestão do medicamento) resumem as recomendações de protocolos de AF do Ministério da Saúde e da SES/MG (MARIN org., 2003; BRASIL, 2006b; MINAS GERAIS, 2008a e b). São consideradas por ARAÚJO & FREITAS (2006) atividades relacionadas à Tecnologia de Gestão do Medicamento já que caracterizam, em última análise, “formas de garantir o abastecimento e o acesso aos medicamentos”. Segundo o

autor “a tecnologia de gestão, após sua implantação, pode ser caracterizada como tendo forte participação de atividades previsíveis e repetitivas, necessárias ao cumprimento dos aspectos legais e as diretrizes das políticas de saúde, ou seja, são atividades vinculadas a normas e procedimentos pré-estabelecidos, reduzindo o grau de liberdade e criatividade dos atores” (ARAÚJO; FREITAS, 2006, p.145). Neste conjunto pretende-se avaliar se as atividades do ciclo de assistência farmacêutica estão sendo cumpridas no contexto de atuação dos farmacêuticos ligados à APS. Para a avaliação dessas variáveis estas serão classificadas quanto ao nível de refinamento das ações considerando-se duas categorias: atividades de Tecnologia de Gestão do Medicamento clássicas (utilização de REMUME e sua revisão, participação do processo de compra, do controle de estoque, do recebimento, do armazenamento e conferência da validade de medicamentos) e Tecnologias de Gestão do Medicamento não-clássicas (participação da CFT, emissão de parecer técnico para o processo de compras e dispensação e armazenamento de todos os medicamentos na farmácia). Considera-se que essa última representam maior grau de refinamento, organização e articulação técnica e política por parte do farmacêutico e da AF municipal na unidade de serviço com os demais profissionais e processos gerenciais.

Considerando-se que o acesso à informação técnica de qualidade na área da saúde é um problema atual e de especial interesse tanto para a garantia de racionalização do uso de medicamentos quanto pelo elevado número de novos produtos (medicamentos, correlatos e tecnologias) periodicamente lançados no mercado, exigindo dos profissionais um difícil processo de atualização, nas quatro variáveis do item 3.2 foi investigado o acesso dos farmacêuticos a fontes de informações sobre medicamentos (AQUINO, 2008; ROZENFELD, 2008). O objetivo foi obter um panorama do perfil destes profissionais quanto à identificação de necessidades de informações, tipos de fontes de consulta e, em última instância, condições ofertadas por cada município em relação a esse acesso à informações e oportunidades de continuidade de aprendizado.

As onze variáveis que compõem o item 3.3 (Atividades relacionadas à Utilização do medicamento) são consideradas por ARAÚJO & FREITAS (2006, p. 144) “atividades relacionadas à Tecnologias do Uso do Medicamento nas quais estão envolvidas

diferentes classes profissionais, suas atitudes e usuários, cujo conjunto visa ao uso correto e eficaz dos medicamentos”. Engloba-se aqui a resolutividade e o uso racional de medicamentos. Por meio dessas variáveis busca-se determinar qual o envolvimento do farmacêutico no acompanhamento da farmacoterapia dos usuários com vistas à adesão (agendamento e busca ativa), ao levantamento epidemiológico e definição de perfil de necessidades, à orientação e adequação da farmacoterapia, à avaliação de interações medicamentosas, assim como a integração e interrelação destes profissionais com a ESF e demais profissionais da unidade de saúde. Foram baseadas nas diretrizes comuns das recomendações das Programações Locais propostas por cada Linha-guia elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006b).

A mesma lógica de construção, as mesmas fontes e a mesma classificação citadas acima se aplicam e foram utilizadas para a definição das variáveis contempladas nos itens 3.4 a 3.10. Como listado na TAB. 04, tais variáveis estão relacionadas a eixos temáticos específicos e contemplam ações específicas de cada eixo. A seleção desses eixos se deve principalmente a dois motivos: o primeiro é a existência de protocolos estaduais (aqui citados como linhas-guias) que definem ações claras para esses eixos temáticos (MINAS GERAIS, 2004; 2006 b a f). Essas, além de cumprir o papel regulador e norteador das políticas e ações de saúde em Minas Gerais, apresentam as Planilhas de Programação Local, instrumento que define as ações de saúde a serem realizadas pela equipe de APS e os responsáveis por cada ação. O segundo motivo é dado pelas prioridades ou áreas estratégicas definidas, pelo Ministério da Saúde (MS) na PNAB, para atuação da APS já citadas.

Após sua elaboração, o questionário foi enviado, por correio eletrônico, a cinco farmacêuticos reconhecidos por suas atividades nas diversas etapas da AF no sistema público. Foram eles:

- Farmacêutica gerente da Gerência de Medicamentos Básicos/SES-MG;
- Farmacêutico da unidade de referência para dispensação de anti-retrovirais no SUS de Belo Horizonte/MG;
- Farmacêutico do município de Congonhas;
- Farmacêutico de uma farmácia distrital de Betim; e

- Farmacêutica da GRS-BH e da farmácia distrital de Contagem.

Eles foram solicitados a preencher o questionário, avaliar a viabilidade do preenchimento, relatar as dificuldades, dúvidas e interpretações e propor sugestões. As contribuições dadas foram importantes para a validade do instrumento e sua aplicabilidade no contexto real.

Para a construção da versão eletrônica do questionário foram utilizados os recursos do site SurveyGizmo^{®11}, que disponibiliza um *software* para criação de interfaces eletrônicas para entrada de dados de pesquisas. Esta ferramenta permite o envio de um *link* que dá acesso ao questionário eletrônico e este é respondido no próprio computador (*on line*). Tal interface (questionário eletrônico) fica vinculada a uma conta privativa do usuário e alimenta o banco de dados à medida que a pesquisa vai sendo respondida. O próprio site gera relatórios do banco de dados, mas há a opção de exportar os dados para o Excel[®]. Foi utilizada a versão gratuita desta ferramenta, que apesar de possuir um número limitado de recursos, atende a necessidade desta pesquisa. Os dados resultantes foram exportados para o Excel[®].

4.3.3 Coleta de dados

Três estratégias principais foram definidas para a coleta dos dados, todas à distância e por autopreenchimento.

A primeira estratégia foi o envio dos questionários via correio às unidades de saúde identificadas no banco de dados da equipe organizadora do Censo 2006. A base de dados do Censo 2006 continha o endereço de 336 unidades de saúde, todas sem CEP, contemplando 421 farmacêuticos dos 442 identificados. Realizou-se a consulta de todos os CEPs para complementação do endereço e envio via correio, não sendo possível a identificação de 39 CEPs. Foram, então enviados 374 questionários a 278 municípios.

¹¹ <http://www.surveygizmo.com/>.

Como na consulta do CNES foram identificados 229 farmacêuticos em municípios não listados no Censo 2006, optou-se também por enviar questionário às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) listadas naquele cadastro. Os endereços das SMS foram obtidos na Secretaria de Estado da Saúde/Gerência de Atenção Primária à Saúde (SES-MG/GAPS) em fevereiro de 2009. Nem todos os endereços foram obtidos. Por esse processo foram enviados 101 questionários a 97 municípios, via SMS (excluídos os já contabilizados no Censo).

Todos os questionários enviados foram endereçados ao farmacêutico da Farmácia Básica¹². Como o estudo visa atingir farmacêuticos com possibilidade de atuar junto às equipes de APS (tradicional e PSF), e esta função não tem denominação padrão, optou-se por identificar os profissionais que atuam de alguma forma com o programa Farmácia Básica/MS dos municípios, que, necessariamente, está vinculado à APS.

O envio dos questionários foi financiado pelo Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRF-MG), por meio do contrato desta instituição com os Correios. Cada questionário enviado já apresentava, em seu interior, um envelope selado (também financiado pelo CRF-MG) e com o endereço do Centro de Estudos de Medicamentos (CEMED) da Faculdade de Farmácia da UFMG para o retorno. Acompanhando o questionário foi enviada uma carta apresentando a pesquisa, seus objetivos e convidando o farmacêutico a participar, esclarecendo o caráter sigiloso da pesquisa e a não vinculação com benefícios ou penalidades, além de orientar quanto ao retorno do questionário respondido. No envelope foi encaminhado também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

A morosidade no processo de identificação de um parceiro para o envio dos questionários via postal e na negociação para o apoio financeiro para o envio dos

¹² A Farmácia Básica é um programa do Ministério da Saúde que racionaliza a distribuição de medicamentos essenciais e permite o tratamento eficaz e a menor custo das doenças mais comuns que afetam a população brasileira. Destina-se, exclusivamente, a APS, na rede SUS, a nível ambulatorial, nos serviços que dispõem de médicos, para a sua adequada prescrição. O elenco de medicamentos proposto para a composição da Farmácia Básica, como dito, voltou-se para o tratamento das afecções e doenças de maior ocorrência ao nível de APS (ALBUQUERQUE, 1997).

questionários¹³ fez com a finalização desses trabalhos coincidissem com o final do ano de 2008 e a transição política nos municípios. Dessa forma o envio foi iniciado somente no final de janeiro de 2009, reduzindo o tempo para espera das respostas.

Os questionários elaborados foram impressos na gráfica da SES/MG por solicitação da Superintendência de Assistência Farmacêutica/SES-MG (SAF/SES-MG), assim como os demais documentos que acompanham este questionário. Como foi elaborada uma única matriz, cada questionário e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi numerado à mão para o envio aos municípios. Foram registrados em uma planilha os números correspondentes destes questionários enviados a cada remetente.

Aos municípios que possuíam em um mesmo endereço mais de um farmacêutico foi enviada a quantidade referente ao número de profissionais. Considerou-se, assim, a necessidade da avaliação da atuação do profissional e não do processo de trabalho definido pela instituição/unidade de saúde. Levou-se em conta, também, que algumas variáveis são diretamente dependentes do perfil do profissional.

A segunda estratégia foi o envio do questionário por meio eletrônico. Utilizou-se duas fontes de cadastro de correio eletrônico:

- Cadastro de farmacêuticos ou técnicos das SMS, primeiro semestre de 2006, cedido pela SAF/SES-MG; e
- Cadastro dos profissionais que participaram do curso de Gestão em Assistência Farmacêutica realizado pela parceria entre a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG) e a SAF/SES-MG.

O primeiro é composto por um formulário preenchido por cada SMS com os dados das referências das Farmácias Básicas municipais para contatos e recebimento de

¹³ Os contatos iniciais com o CRF-MG foram feitos em maio de 2008 e a resposta positiva para o envio dos questionários e o início do envio dos mesmos ocorreu em janeiro 2009.

medicamentos via GRS¹⁴. Este cadastro foi digitado e foram utilizados os endereços eletrônicos para o envio de uma mensagem apresentando a pesquisa, solicitando a participação do farmacêutico e esclarecendo quanto ao caráter sigiloso da pesquisa e a não vinculação com benefícios ou penalidades, assim como deixando claro que a resposta e envio eletrônico substitui o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A mensagem possuía em seu corpo o *link* para acesso ao questionário eletrônico. Por meio desse cadastro foram obtidos 316 endereços eletrônicos.

Deve-se ressaltar que esse cadastro não é exclusivamente composto por farmacêuticos e sim por qualquer referência municipal que responda pela Farmácia Básica. A utilização desse banco de dados visa aumentar a possibilidade de que o questionário chegue ao farmacêutico do município, no caso daqueles que possuem este profissional. Julgou-se que naqueles municípios que não possuíam farmacêutico atuando na APS a mensagem seria desconsiderada. Por segurança, caso não fosse assim entendida, ao responder o questionário o técnico municipal não poderia preencher o campo que solicita o número do registro do CRF, definido como campo obrigatório e que impede a continuidade do preenchimento.

O segundo cadastro, cedido pela ESP/MG mediante o compromisso de sigilo da identidade dos profissionais, é composto pelo banco de dados dos alunos de duas turmas do Curso de Gerenciamento em AF na Atenção Básica à Saúde realizado pela ESP/MG em 2006. O público alvo foram farmacêuticos coordenadores da Assistência Farmacêutica municipais ou regionais do estado. Foram obtidos 57 endereços eletrônicos de farmacêuticos que atuam na APS de 56 municípios, aos quais foi enviada a mensagem eletrônica da pesquisa.

Para o comunicação com os profissionais foi criado um endereço eletrônico exclusivo para a pesquisa (pesquisa.farmaceutico@saude.mg.gov.br). O primeiro envio das mensagens eletrônicas foi feito dia 25 de outubro de 2008 e novo envio feito dia 29 de janeiro de 2009. Previamente ao início do envio das mensagens eletrônicas e do questionário por correio foi solicitado ao CRF-MG a divulgação da

¹⁴ GRS: Gerências Regionais de Saúde da SES-MG (GRS/SES-MG). Tais gerências são unidades administrativas do Estado descentralizadas e responsáveis por regiões assistenciais de Minas Gerais.

pesquisa via informe eletrônico a todos os farmacêuticos cadastrados no Conselho. Esta divulgação foi feita dia 20 de outubro de 2008.

Uma terceira estratégia utilizada para aumentar a probabilidade de respostas aos questionários e de aumentar o número de farmacêuticos participantes da pesquisa foi a entrega de questionários às referências municipais de Assistência Farmacêutica dos municípios pertencentes à Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte (GRS-BH/SES-MG). Tal estratégia foi adotada pelo fato dos 39 municípios pertencentes à área de abrangência da GRS-BH¹⁵ representarem, em sua maioria, os municípios da região metropolitana de Belo Horizonte, na qual se localiza o maior número de farmacêuticos de Minas Gerais. As referências técnicas da AF da referida GRS apoiaram a pesquisa propiciando uma apresentação do projeto ao Fórum de Assistência Farmacêutica da GRS-BH¹⁶, o que significou um incentivo e estímulo à participação dos farmacêuticos pertencentes a este fórum. Vinte e oito (28) questionários, identificados por município, foram deixados no setor de Assistência Farmacêutica da GRS-BH e foram entregues aos técnicos municipais responsáveis por buscar os medicamentos fornecidos pelo Estado aos Municípios. Este técnico foi orientado a entregar o(s) questionário(s) ao(s) farmacêutico(s) municipal.

Na TAB. 02 é apresentado o consolidado do número de municípios contemplados e o número de questionários enviados de acordo com cada base de dados:

¹⁵ Belo Horizonte, Belo Vale, Betim, Bonfim, Brumadinho, Caeté, Confins, Contagem, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal, Ibirité, Igarapé, Itabirito, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mariana, Mário Campos, Mateus Leme, Matozinhos, Moeda, Nova Lima, Nova União, Ouro Preto, Pedro Leopoldo, Piedade dos Gerais, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Rio Manso, Sabará, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Santa Luzia, Santana do Riacho, Sarzedo, Taquaraçu de Minas, Vespasiano.

¹⁶ Encontro mensal dos farmacêuticos referências da AF dos municípios pertencentes à GRS-BH para discussão de temas da área e procedimentos relacionados.

TABELA 02

Consolidado do número de municípios aos quais foram enviados ao menos um questionário e número de questionários enviados por banco de dados.

Forma de envio	Número de Municípios ⁱ	Número de municípios com questionários enviados	Número de Farmacêuticos ⁱⁱ	Número de questionários enviados ⁱⁱⁱ
Via postal (CNES+Censo)	546	375	626	475
E-mail (ESP+SMS)	97	66	101	66
Em mãos (GRS)	39	21	148	21

Nota: i Municípios em que um dos bancos de dados apresenta como possuindo farmacêutico.

ii De acordo com os bancos de dados.

iii Considerando-se um questionário para cada farmacêutico.

Em resumo, a coleta de dados envolveu as seguintes etapas:

- elaboração do questionário tanto no formato eletrônico quanto no formato impresso, assim como as respectivas instruções para o preenchimento (janeiro a maio/2008);
- discussão da proposta do questionário com as equipes Observatório de Recursos Humanos em Saúde, SAF/SES-MG, CRF-MG (maio a dezembro/2008);
- envio do questionário a cinco farmacêuticos que atuam na AF do SUS para validação – pré-teste (maio 2008);
- elaboração e envio, uma semana antes da entrega do questionário via eletrônica ou via correio, de uma mensagem para divulgação do questionário via CRF-MG (20 de outubro de 2008);
- envio do questionário e das instruções de preenchimento, via eletrônica e postal (outubro/2008 e janeiro/2009, respectivamente);
- reenvio do questionário, por meio eletrônico, com o intuito de aumentar a taxa de resposta (janeiro/2009); e
- Entrega dos questionários via GRS-BH.

Considerou-se que o caráter institucional (UFMG, SES-MG, CRF-MG) dos documentos e do questionário tende a favorecer a taxa de resposta para este público alvo, já que são profissionais vinculados às SMS e que estão constantemente respondendo a solicitações da SES-MG, assim como recebendo

vários documentos do CRF-MG via postal (anuidade, informativo periódico, avisos). Todas essas medidas descritas e a associação das três instituições tiveram por objetivo não apenas identificar a população alvo de forma mais abrangente, mas também aumentar as chances desses profissionais tomarem conhecimento do conteúdo da correspondência e da mensagem eletrônica e de decidirem pela participação na pesquisa.

O fato de não se conhecer a quantidade exata de farmacêuticos que atuam na APS dos municípios, nem em quais municípios atuam, assim como a incerteza de que, nos municípios em que existem farmacêuticos atuando, estes tenham recebido o questionário, são possíveis fatores que interferiram na taxa de respostas do estudo. Para tentar contornar estas dificuldades e aumentar a probabilidade destes profissionais terem acesso ao questionário utilizou-se as cinco estratégias de envio: (1) via postal para os endereços do Censo; (2) via postal às SMS utilizando-se os endereços cedidos pela GAPS/SES-MG e tendo como referência os dados do CNES; (3) via postal entregue pela GRS-BH; (4) via e-mail das SMS utilizando o cadastro da SAF/SES-MG e (5) via e-mail dos farmacêuticos que fizeram o curso da ESP/MG.

O método de coleta de dados, inquérito postal, apresenta algumas limitações importantes inerentes ao procedimento de auto-resposta (BOWLING, 2005) que não parecem ter interferido negativamente nesta pesquisa: o público alvo, com formação universitária, dispõem de alto grau de autonomia e capacidade cognitiva para a elaboração da resposta; o risco de uma elevada taxa de itens em branco não se confirmou nesta pesquisa e uma possível interferência que a ordem das perguntas pode ter na decisão de responder ou não aos itens questionados também não ocorreu já que não houve questionário em que um item foi deixado todo em branco (exceto Hanseníase e Tuberculose, para os quais haviam instruções específicas para isso). É importante ressaltar que este método possui características intrínsecas muito importantes para a pesquisa que foram levadas em conta no momento da definição do projeto: maior possibilidade de cobertura de uma população geograficamente dispersa; exclusão da interferência do entrevistador (viés do entrevistador) que pode, inclusive gerar somente respostas positivas (participante fica constrangido de reconhecer que não realiza determinada ação); aumento da

chance de que respostas a questões constrangedoras sejam dadas, já que o participante não é conhecido; e, finalmente, é um método barato.

Assim, na condução do estudo foram tomados alguns cuidados para minimizar as desvantagens e maximizar as vantagens com o intuito de aumentar o tamanho da amostra e, indiretamente, sua representatividade. Foram adotadas as seguintes estratégias para favorecer a resposta ao inquérito postal (EDWARDS *et al*, 2007): assunto de interesse; notificação prévia; envio de uma segunda cópia; vínculo com Universidades; envelopes resposta selados; garantia de confidencialidade; boa aparência externa da correspondência e questionários coloridos

Alguns prazos definidos na elaboração do projeto não foram cumpridos por algumas dificuldades encontradas: o processo de cessão do banco de dados do Censo se estendeu por mais de seis meses e a definição e oficialização do financiamento do envio dos questionários também se estendeu por um período maior que o previsto.

4.4 Análise dos dados

Os questionários recebidos pelo correio foram revisados manualmente para análise de possíveis erros, duplicidades, inconsistências ou ausência de informações. Após a revisão, o conteúdo dos mesmos foi digitado por meio do *link* eletrônico da pesquisa, gerando um único banco de dados com as respostas eletrônicas e as impressas. O banco resultante foi exportado para uma planilha no Excel[®], versão 2000 e analisado nesse mesmo programa e no EpiInfo[®], versão 3.5.1. As análises foram realizadas por descrição simples de freqüências e cruzamentos univariados.

Quatro participantes responderam duas vezes ao questionário (uma vez via eletrônica e outra por postal, mais recente). Nesses casos manteve-se o preenchimento mais recente. Um participante atuava em um Centro de Referência e por isso os dados foram excluídos da pesquisa.

Para fins de análise as variáveis dependentes foram divididas em dois grupos: aquelas relacionadas às Tecnologias de Gestão do Medicamento (processos relacionados ao abastecimento e gerência do medicamento na rede) e as

relacionadas à atenção ao usuário, Tecnologia do Uso do Medicamento (acesso, resolatividade das ações e promoção do uso racional).

4.5 Aspectos éticos e legais

O projeto foi aprovado no Departamento de Farmácia Social e no Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. No Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG foi aprovado pelo parecer nº ETIC 329/07 de 29 de outubro de 2007 (APÊNDICE D).

Dado o caráter de parceria com a SES-MG, foram contatadas as instâncias de decisão dessa instituição, a saber: o Núcleo de Ciência, Tecnologia e Economia da Saúde/Assessoria de Gestão Estratégica, o qual sedia o comitê de ética da SES-MG, e a SAF/SES-MG. Ambos os setores acataram a decisão do COEP/ UFMG.

Todos os participantes receberam junto ao questionário impresso o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento e foram solicitados a preenchê-lo e enviá-lo junto ao questionário respondido. Em relação ao meio eletrônico, a mensagem continha os dizeres do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento e, ao final, apresentava o seguinte dizer:

A resposta ao questionário, para efeitos de adesão a pesquisa, será considerada o consentimento informado à participação da pesquisa, em conformidade com os preceitos éticos que regem a pesquisa científica em nosso país. O projeto está autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG que pode ser contatado pelo telefone (31) 3499-4592/4027 ou endereço eletrônico coep@prpq.ufmg.br. (BARBOSA; PERINI, 2008).

5 RESULTADOS

5.1 Taxa de resposta

O cálculo da taxa de resposta obtida poderia ser feito de várias maneiras considerando-se as várias estratégias de envio do questionário utilizadas. Definiu-se as taxa de resposta por estratégia de envio e por número de farmacêuticos (ou do Censo ou do CNES) como as principais para efeito das análises. Na TAB. 03 apresenta-se, de forma consolidada e por macrorregião, o número de farmacêuticos por banco de dados (CNES e Censo), o número de questionários enviados para farmacêuticos por estratégia de envio (postal ou eletrônica), o número de questionários recebidos e as taxas de respostas relativa ao número de farmacêuticos por fonte (CNES e Censo) e relativas as estratégias de envio (postal ou correio eletrônico). Como pode ser observado, a taxa de resposta total foi de 22,8% e a calculada em relação ao número de farmacêuticos do Censo foi de 29%¹⁷. Na FIG. 05 apresenta-se os municípios que receberam pelo menos um questionário e os municípios dos quais foram registradas respostas.

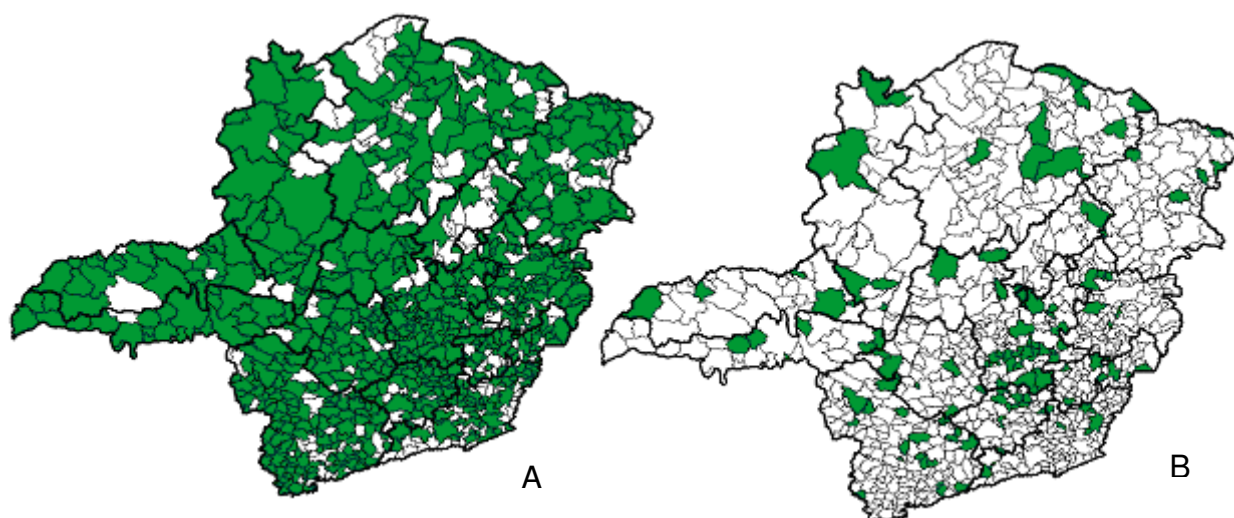


FIGURA 05 - Distribuição dos municípios que receberam pelo menos um questionário (A) e dos quais foram registradas respostas aos mesmos (B). Minas Gerais, 2009.

¹⁷ Para o cálculo das taxas de resposta considerou-se todos os questionários recebidos, mesmo os em duplicata ou que não se aplicavam. Para análise esses dados foram excluídos.

TABELA 03

Número de farmacêuticos identificados na Atenção Primária à Saúde por fonte, número de questionários enviados e recebidos por estratégia de envio e taxas de respostas por fonte e estratégia de envio, por macrorregião do estado. Minas Gerais, 2009.

Macrorregião	Farmacêuticos		Enviado			Recebido			Taxa de resposta				
	CNES n	Censo n	Postal n	E-mail n	Total n	Postal n	E-mail n	Total n	CNES %	Censo %	Postal %	E-mail %	Total ⁱ %
Total	626	442	496	66	562	99	29	128	20,4	29,0	20,0	43,9	22,8
Centro	127	79	103	41	144	21	16	37	29,11	46,8	20,4	39,0	25,7
Centro Sul	38	27	37	1	38	8	1	9	23,7	33,3	21,6	100,0	23,7
Jequitinhonha	11	12	11	1	12	3	0	3	27,3	25,0	27,3	0,0	25,0
Leste	70	61	51	1	52	9	2	11	15,7	18,0	17,6	200,0	21,2
Leste do Sul	17	17	22	1	23	2	1	3	17,6	17,6	9,1	100,0	13,0
Nordeste	38	30	20	4	24	2	4	6	15,8	20,0	10,0	100,0	25,0
Noroeste	28	15	17		17	5	—	5	17,9	33,3	29,4	—	29,4
Norte de Minas	58	37	43	1	44	7	1	8	13,8	21,6	16,3	100,0	18,2
Oeste	31	31	23	12	35	4	1	5	16,1	16,1	17,4	8,3	14,3
Sudeste	36	42	45	1	46	7	—	7	19,4	16,7	15,6	0,0	15,2
Sul	119	54	76		76	21	—	21	17,6	38,9	27,6	—	27,6
Triângulo Norte	22	13	17	2	19	5	2	7	31,8	53,8	29,4	100,0	36,8
Triângulo Sul	31	24	31	1	32	5	1	6	19,4	25,0	16,1	100,0	18,8

Nota: i Somente relativa às estratégias de envio (postal + eletrônico).

5.2 Identificação do profissional

O resumo dos resultados obtidos para a primeira parte das variáveis independentes é apresentado na TAB. 04. Pode-se observar que 67,7% dos participantes são do sexo feminino e a maioria (45,9%) tem menos de 30 anos. Pouco mais da metade dos participantes (52,6%) se formaram em instituições de ensino superior públicas e 35,2% relatam ter mais de 10 anos de formado.

Em relação à realização ou não de pós-graduação, 33,3% dos participantes declaram não ter pós-graduação. Dentre aquelas com pós-graduação, as áreas de concentração declaradas mais freqüentes foram Saúde Pública/Gestão de Serviços de Saúde (46,7%) e Análises Clínicas (22,8%).

5.3 Caracterização do trabalho

Como apresentado na TAB. 05, 87,1% dos participantes declararam trabalhar em um município, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS)/Policlínica o local de trabalho mais freqüente (66,7%). Em relação ao tipo de vínculo empregatício, 61,2% dos participantes declararam ser funcionários concursados dos municípios e 30,6% contratados; 29,8% dos participantes declarou trabalhar de 31 a 40 horas e 29% de 21 a 30 horas semanais.

Com relação ao tempo de trabalho no mesmo local e no mesmo município, 41,1% dos participantes declararam trabalhar de 1 a 5 anos no local e 29,9% até um ano. De forma semelhante, 40,9% dos participantes declararam trabalhar no município de 1 a 5 anos e 25,4% até um ano. A comparação entre o tempo de trabalho no local e no município em função do número de farmacêuticos é apresentada na TAB. 06, percebe-se que, de modo geral, não há muita rotatividade dos profissionais. A maioria atua no mesmo local durante a permanência no município. Ao se considerar a remuneração, 54,8% dos participantes recebem de R\$ 1.000,01 a R\$ 2.000,00 e 25,8% recebem de R\$ 2.000,01 a R\$ 3.000,00. Na TAB. 07 estão apresentados o número de farmacêuticos por faixas salariais em relação à carga horária trabalhada, assim como o valor do piso salarial do farmacêutico (CONVEÇÃO, 2009-2010).

TABELA 04

Distribuição percentual das características demográficas e da formação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Minas Gerais, 2009.

Variável	Categoria	Total	
		n	%
Sexo	Feminino	84	67,7
	Masculino	40	32,3
	Total	124	100,0
Idade	< 30	56	45,9
	30 -- 40	44	36,1
	≥ 40	22	18,0
	Total	122ⁱ	100,0
Instituição Formadora	Pública	60	52,6
	Privada	54	47,4
	Total	114ⁱⁱ	100,0
Tempo de formado	até 2 anos	25	18,3
	2 -- 5 anos	35	22,6
	5 -- 10 anos	28	23,9
	mais que 10 anos	36	35,2
	Total	124	100,0
Pós-graduação	Não realizado	41	33,3
	Aperfeiçoamento	12	9,8
	Especialização	59	48,0
	Mestrado	7	5,7
	Doutorado	1	0,8
	Outros	3	2,4
	Total	123ⁱⁱⁱ	100,0
Área de concentração	Saúde Pública/Gestão de Serviços de Saúde	43	46,7
	Análises Clínicas	21	22,8
	Ciências Farmacêuticas	6	6,5
	Atenção Farmacêutica/Farmácia Clínica/Farmacologia	5	5,4
	Indústria/Farmácia magistral/MBA Gestão Varejo Farm.	5	5,4
	Fisioterapia e Acupuntura/Homeopatia	3	3,3
	Saúde da Família/Promoção a saúde	3	3,3
	Farmácia Hospitalar: Gestão e CCIH	2	2,2
	Manipulação Magistral Alopática	1	1,1
	Outros	3 ^{iv}	3,3
Total	92^v	100,0	

Notas: i Dois participantes não responderam a este item (em branco).

ii Dez participantes não responderam a este item.

iii Dois participantes não responderam e um respondeu ter aperfeiçoamento e especialização.

iv Farmacologia Clínica (1), Habilitação Análises Clínicas (1), Bioquímico (1).

v Não corresponde o número total de farmacêuticos com pós-graduação, pois alguns declaram ter mais de uma pós-graduação.

TABELA 05

Distribuição percentual das características dos locais de trabalho e relações trabalhistas dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde. Minas Gerais, 2009.

(Continua)

Variável	Categoria	Total	
		n	%
Nº. de municípios em que o farmacêutico mantém vínculo	Um	108	87,1
	Dois	16	12,9
	Total	124	100,0
Local do 1º. vínculo	UBS/Policlínica	80	66,7
	Farmácia Municipal/Farmácia	11	9,2
	Equipe de Saúde da Família	7	5,8
	Secretaria Municipal de Saúde	7	5,8
	Farmácia Básica	6	5,0
	Farmácia Distrital	3	2,5
	Almoxarifado	2	1,7
	Farmácia Popular	1	0,8
	Farmácia Privativa	1	0,8
	Outros	2	1,7
	Total	120ⁱ	100,0
Local do 2º. vínculo	Unidade Básica de Saúde	7	5,8
	Equipe de Saúde da Família	2	41,2
	Hospital	2	11,8
	Farmácia Básica	2	11,8
	Centro Preparatório de oficiais da reserva	1	11,8
	Outros	3 ⁱⁱ	5,9
	Total	17ⁱⁱⁱ	100,0
Tipo de vínculo	Estatutário/Município	74	61,2
	Contrato administrativo	37	30,6
	CLT	6	5,0
	Terceirizado	3	2,5
	Estatutário/Estado	0	0,0
	Autônomo	0	0,0
	RPA	1	0,8
	Total	121^{iv}	100,0
Carga Horária Semanal	até 4h	10	8,1
	de 5 a 20h	36	29,0
	de 21 a 30h	36	29,0
	de 31 a 40h	37	29,8
	mais de 40h	5	4,0
	Total	124	100,0

TABELA 05

Distribuição percentual das características dos locais de trabalho e relações trabalhistas dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde. Minas Gerais, 2009.

(Conclusão)

Variável	Categoria	Total	
		n	%
Tempo de trabalho no Local	até 1 ano	37	29,9
	de 1 a 5 anos	51	41,1
	de 5 a 10 anos	23	18,5
	mais de 10 anos	13	10,5
	Total	124	100,0
Tempo de trabalho no Município	até 1 ano	31	25,4
	de 1 a 5 anos	50	40,9
	de 5 a 10 anos	22	18,0
	mais de 10 anos	19	15,6
	Total	122^v	100,0
Remuneração	de R\$ 500 a R\$ 1.000	19	15,3
	de R\$ 1.000 a R\$ 2.000	68	54,8
	de R\$ 2.000 a R\$ 3.000	32	25,8
	de R\$ 3.000 a R\$ 4.000	3	2,4
	mais de R\$ 4.000	2	1,6
	trabalho voluntário	0	0,0
Total	124	100,0	

Notas: i Sete participantes deixaram este item em branco e outros relataram atuar em dois locais.

ii Drogeria (1), Particular (1) e Unidade de Atendimento Imediato (1).

iii Valor não equivale ao total de farmacêuticos com dois vínculos já que alguns relataram trabalhar em mais de um local no segundo vínculo.

iv Três participantes não responderam a este item.

v Dois participantes não responderam a este item.

TABELA 06

Comparação do tempo de trabalho no mesmo local versus o tempo de trabalho no mesmo município (destaque para os períodos coincidentes).

Tempo no Local		Tempo no município							Total n
		Em branco n	até 6 meses n	de 7 meses a 1 ano n	de 1 a 2 anos n	de 2 a 5 anos n	de 5 a 10 anos n	mais de 10 anos n	
até 6 meses	n	1	21	0	1	2	1	0	26
de 7 meses a 1 ano	n	0	0	10	0	0	1	0	11
de 1 a 2 anos	n	0	0	0	16	1	0	0	17
de 2 a 5 anos	n	1	0	0	0	30	2	1	34
de 5 a 10 anos	n	0	0	0	0	0	18	5	23
mais de 10 anos	n	0	0	0	0	0	0	13	13
Total	n	2	21	10	17	33	22	19	124ⁱ

Nota: i Um participante não respondeu aos dois itens e mais um não respondeu ao item tempo de trabalho no município.

TABELA 07

Distribuição do número de farmacêuticos nas faixas salariais de acordo com a carga horária trabalhada e piso salarial referente a cada carga horária (destaque para as faixas que estão de acordo com a estimativa).

Carga Horária	Remuneração										Total		Piso salarial
	de R\$500 a R\$1000		de R\$1000 a R\$2000		de R\$2000 a R\$3000		de R\$3000 a R\$4000		mais que R\$4000		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
até 4h	1	10	8	80	1	10	0	0	0	0	10	100	até R\$ 235,00*
de 5h a 10h	2	15,4	6	46,2	5	38,5	0	0	0	0	13	100	até R\$ 587,50*
de 11h a 20h	9	39,1	13	56,5	1	4,3	0	0	0	0	23	100	até R\$1.175,00*
de 21h a 30h	7	19,4	20	55,6	7	19,4	1	2,8	1	2,8	36	100	até R\$ 1,762,50*
de 31h a 40h	0	0	18	48,6	16	43,2	2	5,4	1	2,7	37	100	R\$ 2.350,00*
mais de 40h	0	0	3	60	2	40	0	0	0	0	5	100	acima de R\$ 2.350,00
Total	19	15,3	68	54,8	32	25,8	3	2,4	2	1,6	124	100	

Nota: *Calculado a partir do valor de R\$ 58,75 a hora trabalhada (baseado no piso para 40h). Cálculo feito com a maior carga horária (ex. para faixa de 5 a 10h → 10xR\$58,75=R\$ 587,5).

5.4 Características das atividades exercidas

5.4.1 Atividades relacionadas à Gestão do Medicamento

No conjunto de atividades relacionadas à Gestão do Medicamento, dos 108 farmacêuticos que relataram utilizar lista padronizada de medicamentos em seus municípios, 93% relataram participar do processo de revisão desta lista e 3,7% relataram não ser de sua responsabilidade essa atividade (TAB. 08). Em relação à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), a grande maioria dos farmacêuticos (83,1%) relatou não existir esta comissão no município. Nos 21 municípios em que ela existe, 52,4% dos farmacêuticos relataram participar de seus trabalhos, enquanto 14,3% afirmam que não lhes compete esta função.

A maioria dos profissionais (83,1%) afirmou participar do processo de compra de medicamentos dispensados no município. No entanto 46% desses relataram não emitir parecer técnico para esse processo. A farmácia da unidade de saúde foi relatada como o único local de dispensação de medicamentos para a maioria dos farmacêuticos (70,2%), e 75,8% relataram manter todos os medicamentos armazenados nela. Em relação ao controle de estoque de medicamentos, ao armazenamento, ao recebimento e à conferência de validade mais de 90% dos farmacêuticos relataram realizá-las (95,2%, 95,2%, 91,9% e 98,4%,

respectivamente). Na FIG. 06 apresenta-se a comparação gráfica das respostas obtidas para cada variável deste grupo agrupando-as em clássicas e não-clássicas.

TABELA 08

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades de Gestão do Medicamento predominantes no ciclo da Assistência Farmacêutica. Minas Gerais, 2009

(Continua)

Variáveis	Opções	Total	
		n	%
Utiliza uma lista padronizada de medicamentos adotada no município.	Sim	108	87,1
	Não	13	10,5
	Não compete	3	2,4
	Total	124	100,0
Subsidia e contribui na revisão periódica da lista padronizada de medicamentos adotada no município.	Sim	93	86,1
	Não	11	10,2
	Não compete	4	3,7
	Total	108ⁱ	100,0
Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT - no município?	Sim	21	16,9
	Não	103	83,1
	Total	124	100,0
Participa dessa Comissão (CFT)?	Sim	11	52,4
	Não	7	33,3
	Não compete	3	14,3
	Total	21ⁱⁱ	100,0
Participa do processo de Pedido de Compra dos medicamentos dispensados no município?	Sim	103	83,1
	Não	13	10,5
	Não compete	8	6,5
	Total	124	100,0
Emite parecer técnico dos medicamentos avaliados no processo de compra?	Sim	52	41,9
	Não	57	46,0
	Não compete	15	12,1
	Total	124	100,0
Dispensa todos os medicamentos fornecidos pelo serviço na farmácia da unidade de saúde (garante que a farmácia seja o único local de dispensação de medicamentos).	Sim	87	70,2
	Não	32	25,8
	Não compete	5	4,0
	Total	124	100,0
Mantém todos os medicamentos fornecidos pelo serviço armazenados na farmácia da unidade de saúde (não tem estoques nos consultórios salas de atendimento do paciente).	Sim	94	75,8
	Não	26	21,0
	Não compete	4	3,2
	Total	124	100,0
Controla o estoque de medicamentos.	Sim	118	95,2
	Não	3	2,4
	Não compete	3	2,4
	Total	124	100,0
Armazena os medicamentos.	Sim	118	95,2
	Não	3	2,4
	Não compete	3	2,4
	Total	124	100,0

TABELA 08

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades de Gestão do Medicamento predominantes no ciclo da Assistência Farmacêutica. Minas Gerais, 2009

(Conclusão)

Variáveis	Opções	Total	
		n	%
Recebe os medicamentos.	Sim	114	91,9
	Não	7	5,6
	Não compete	3	2,4
	Total	124	100,0
Confere a validade dos medicamentos.	Sim	121	98,4
	Não	0	0,0
	Não compete	2	1,6
	Total	123ⁱⁱⁱ	100,0

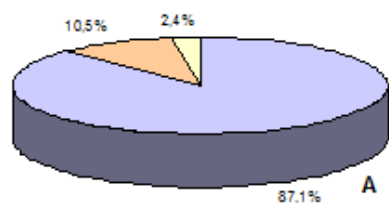
Notas: i Total dos farmacêuticos que relataram adotar lista padronizada de medicamentos no município.

ii Total de farmacêuticos que relata existir CFT nos municípios.

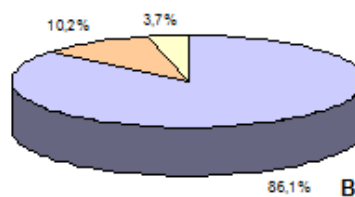
iii Um participante não respondeu a este item.

Clássicos

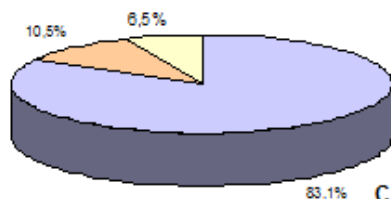
Utiliza uma lista padronizada de medicamentos adotada no município.



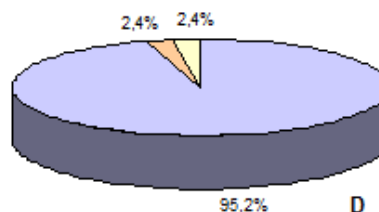
Subsidiar e contribuir na revisão periódica da lista padronizada de medicamentos adotada no município.



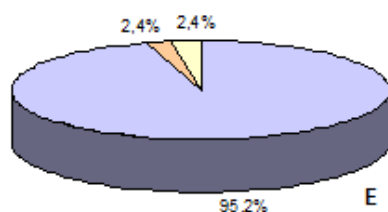
% dos farmacêuticos que participam do processo de Pedido de Compra dos medicamentos.



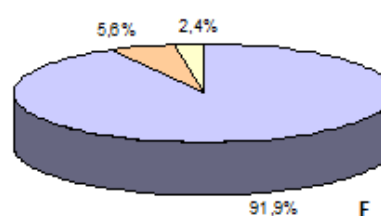
% dos farmacêuticos que controla o estoque de medicamentos.



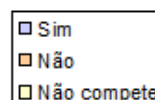
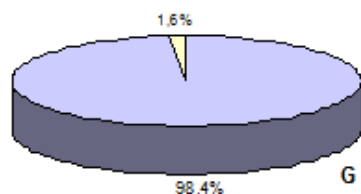
% dos farmacêuticos que armazena os medicamentos.



% dos farmacêuticos que recebe os medicamentos.

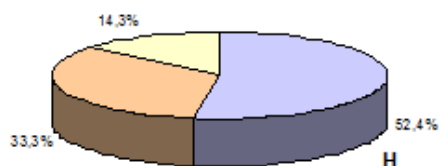


% dos farmacêuticos que confere a validade dos medicamentos.

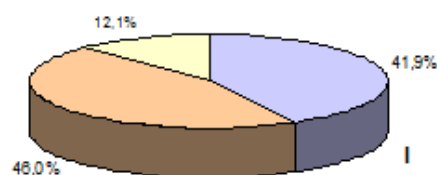


Não-clássicas

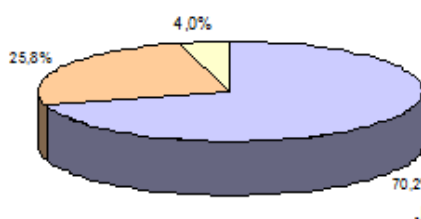
% farmacêuticos que participam da CFT.



% dos farmacêuticos que emitem parecer técnico dos medicamentos no processo de compra.



% dos farmacêuticos que dispensa todos os medicamentos fornecidos pelo serviço na farmácia.



% dos farmacêuticos que mantém todos os medicamentos fornecidos pelo serviço armazenados na farmácia.

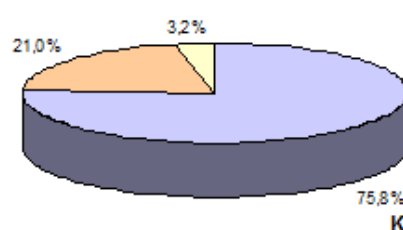


FIGURA 06 – Representação gráfica das variáveis de Tecnologia de Gestão do Medicamento agrupadas em clássico e não-clássico.

5.4.2 Atividades relacionadas às fontes de informação sobre medicamentos

No segundo grupo de variáveis dependentes avaliou-se o acesso a informações e as condições de resolver dúvidas durante a condução do trabalho. Verifica-se que as dúvidas são declaradas por 54,8% dos participantes como presentes no exercício de suas atividades semanalmente. Uma grande parcela dos farmacêuticos (82,9%), entretanto, relatou solucionar 80% ou mais dessas dúvidas. As fontes de informação consultadas mais citadas foram livros e internet aberta. De acordo com os participantes, 79,8% utiliza essas fontes semanalmente (TAB. 09).

TABELA 09

Distribuição percentual das questões relativas às fontes de informação sobre medicamentos dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde. Minas Gerais, 2009.

Variável	Resposta	n	%
Frequência com que você tem dúvidas relacionadas a medicamentos durante a sua rotina de trabalho.	Semanalmente	68	54,8
	1 vez a cada 15 dias	22	17,7
	1 vez/mês	10	8,1
	menos que 1x/mês	19	15,3
	não tem dúvidas relacionadas a medicamentos	5	4,0
	Total		124
Proporção dessas dúvidas que você consegue obter respostas.	100-80%	102	82,9
	79-50%	14	11,4
	<50%	5	4,1
	Nunca	2	1,6
	Total		123ⁱ
Fontes de informação sobre medicamentos você tem acesso no seu local de trabalho. (Opção de preencher mais de um item)	Livros	107	86,3*
	Internet aberta	88	71,0*
	Contato com outros farmacêuticos	53	42,7*
	Pubmed, Medline etc	20	16,1*
	Universidade/Faculdade	4	3,2*
	Representantes comerciais	3	2,4*
	Outros	7	5,6*
	Total		124
Frequência com que você utiliza essas fontes.	Semanalmente	99	79,8
	1 vez a cada 15 dias	12	9,7
	1 vez/mês	6	4,8
	menos que 1x/mês	6	4,8
	não tem dúvidas relacionadas a medicamentos	1	0,8
	Total		124

Notas: i Um participante não respondeu a este item.

* % calculada em relação ao número de farmacêuticos (124) e não pela frequência de escolha do item.

5.4.3 Atividades relacionadas à utilização do medicamento

Neste grupo de onze variáveis avalia-se atividades relacionadas às Tecnologias de Uso do Medicamento com vistas ao uso racional e ao acompanhamento da adesão.

Têm como objetivo a garantia do sucesso da farmacoterapia com o menor número de efeitos adversos possíveis. Os resultados obtidos são apresentados na TAB. 10 e FIG. 07.

Ao se avaliar as respostas para a primeira variável, observa-se que 37,1% dos farmacêuticos relataram não realizar o levantamento periódico dos usuários atendidos nos serviços de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas, enquanto 32,2% relataram realizar esta atividade uma ou duas vezes por mês. Em relação ao agendamento do retorno dos usuários considerando-se as necessidades terapêuticas, o grau de risco e o esquema de dispensação, 41,9% dos farmacêuticos relataram não realizar esta atividade e 31,5% relatam fazê-lo semanalmente.

Ao se avaliar a execução de ações em relação à comodidade da farmacoterapia, 49,2% dos farmacêuticos relataram realizar essa avaliação semanalmente e 29,8% relataram não realizar esta atividade. Da mesma forma, 39,5% relataram acompanhar e reforçar a mudança de hábitos de vida e alimentares semanalmente, enquanto 38,7% não realizaram esta atividade.

Em relação às ações de vigilância de reações adversas e de interações medicamentosas, 46,8% dos farmacêuticos relataram não realizar essas ações, enquanto 26,6% relatam realizar esta atividade semanalmente, 34,7% dos farmacêuticos relatam não encaminhar pacientes com reações adversas para confirmação diagnóstica e 27,4% realizam esta atividade menos que uma vez por mês.

De acordo com as respostas obtidas, 63,4% dos farmacêuticos relataram não implantar estratégias de triagem de risco farmacoterapêutico e de acompanhamento dos usuários e 35% relataram não acompanhar a adesão dos usuários ao tratamento, enquanto que 26,8% relatam fazê-lo semanalmente.

Ao serem questionados quanto a realização de busca ativa de faltosos que participam de programas de tratamento de Hanseníase e Tuberculose, 62,1% dos farmacêuticos relatam não realizar esta atividade, enquanto 16,2% relatam realizá-la uma ou duas vezes por mês.

Em relação ao acompanhamento dos usuários em outros pontos da rede, 63,4% relataram não acompanhar a evolução da farmacoterapia de usuários referenciados a centros de atenção secundária e/ou terciária e 16,3% relatam realizar esta atividade menos que uma vez por mês.

Finalmente, 35% dos farmacêuticos relataram não realizar ações de educação e promoção da saúde à comunidade e 26% relataram realizar esta atividade menos que uma vez por mês.

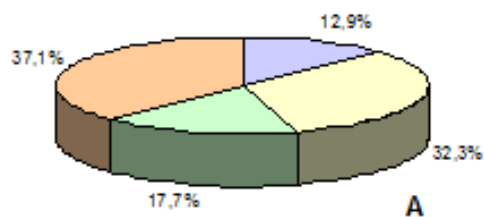
TABELA 10

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Uso dos Medicamentos. Minas Gerais, 2009.

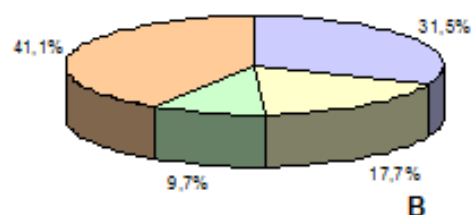
Variáveis	Semanalmente		1 ou 2 vezes/mês		Menos que 1 vez/mês		Não realiza		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Levanta periodicamente os usuários atendidos nos serviços de acordo com suas necessidades farmacoterapêuticas (levantamento por grupos de medicamentos ou doenças).	16	12,9	40	32,2	22	17,7	46	37,1	124	100,0
Agenda ou viabiliza o agendamento do retorno dos usuários de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas, a classificação do risco do usuário e o esquema de dispensação dos medicamentos (não considerar o período de retorno do usuário e sim quantas vezes).	39	31,5	22	17,7	12	9,7	51	41,1	124	100,0
Avalia a comodidade da farmacoterapia estabelecida tendo especial atenção a terapias que facilitem o dia-dia dos usuários.	61	49,2	17	13,7	9	7,3	37	29,8	124	100,0
Acompanha e reforça a mudança dos hábitos de vida e alimentares como estratégias para o aumento da qualidade de vida dos usuários e redução das necessidades farmacoterapêuticas.	49	39,5	17	13,7	10	8,1	48	38,7	124	100,0
Acompanha os usuários com politerapia com vistas à vigilância a reações adversas e interações medicamentosas.	33	26,6	14	11,3	19	15,3	58	46,8	124	100,0
Identifica usuários com reações medicamentosas e encaminhar para confirmação diagnóstica.	24	19,4	23	18,5	34	27,4	43	34,7	124	100,0
Implanta estratégias de triagem de pacientes de risco farmacoterapêutico e acompanhá-los.	8	6,5	18	14,7	19	15,4	78	63,4	123	100,0
Faz busca ativa ou viabiliza a busca de faltosos que participem de programas como o de tratamento da Hanseníase e/ou Tuberculose (não considerar o período de retorno do usuário e sim quantas vezes você faz essa atividade durante a semana de trabalho).	11	8,9	21	16,2	15	12,1	77	62,1	124	100,0
Acompanha a adesão dos usuários ao tratamento.	33	26,8	22	17,9	25	20,3	43	35,0	123 ⁱ	100,0
Acompanha a evolução da farmacoterapia para usuários referenciados a centros de atenção secundária e/ou terciária.	15	12,2	10	8,2	20	16,3	78	63,4	123 ⁱ	100,0
Realiza ações de educação e promoção da saúde à comunidade.	21	17,1	27	22,0	32	26,0	43	35,0	123 ⁱ	100,0

Nota: i Um participante não respondeu a este item.

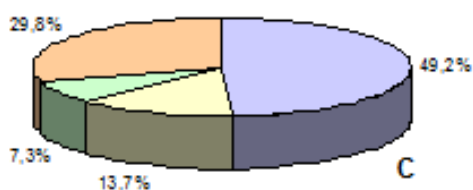
Distribuição percentual de farmacêuticos que levanta periodicamente os usuários atendidos nos serviços de acordo com suas necessidades



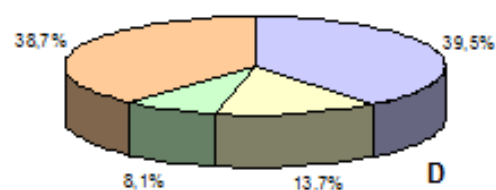
Agenda retorno dos usuários.



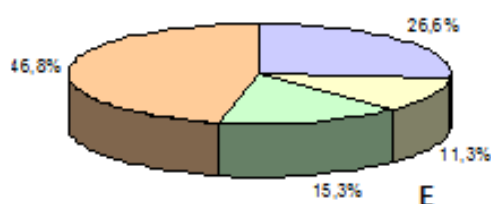
Avalia a comodidade da farmacoterapia



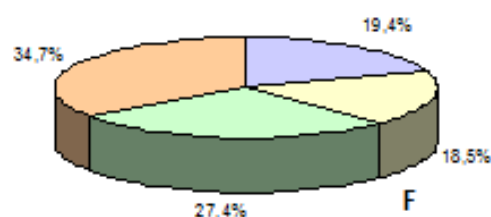
Acompanha e reforça a mudança dos hábitos de vida e alimentares



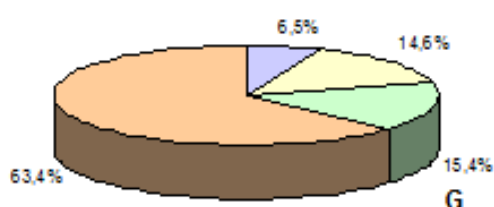
Acompanha os usuários com politerapia com vistas à vigilância a reações adversas e interações medicamentosas



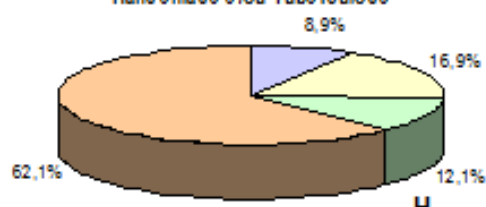
Identifica usuários com reações medicamentosas e encaminhar para confirmação diagnóstica



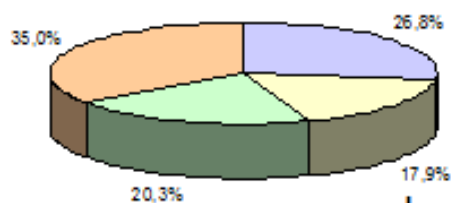
Implanta estratégias de triagem de pacientes de risco



Faz busca ativa ou viabiliza a busca de fatos que participem de programas como o de tratamento da Hanseníase e/ou Tuberculose



Acompanha a adesão dos usuários ao tratamento



Acompanha a evolução da farmacoterapia para usuários referenciados a centros de atenção secundária e/ou terciária



Realiza ações de educação e promoção da saúde

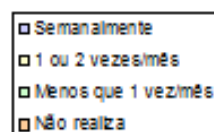
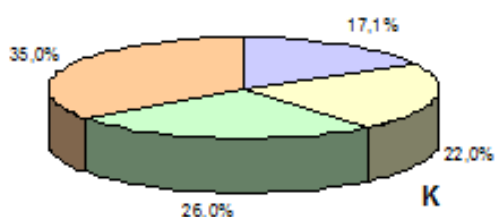


FIGURA 07 – Representação gráfica das variáveis de Tecnologia de Uso do Medicamento.

A partir deste ponto tem-se atividades programadas relacionadas à farmacoterapia e à AF que foram extraídas das planilhas de Programação Local de cada Linha-guia da SES/MG. De acordo com o modelo da Redes de Atenção à Saúde cada condição de saúde¹⁸ é manejada dentro de um eixo temático desta rede que se estrutura a partir dos pontos de atenção necessários para dar assistência ao usuário com aquela condição.

As condições aqui citadas são prioritárias tanto para a PNAB, quanto para as diretrizes atuais do estado de Minas Gerais. Essas variáveis agrupadas por eixos temáticos serão relacionadas à Tecnologia de Gestão do Medicamento e outras relacionadas à Tecnologia de Uso do Medicamento. Os resultados serão apresentados por condição para auxiliar a compreensão.

5.4.4 Tuberculose e Hanseníase

Em relação ao manejo da Tuberculose foram definidas onze variáveis relacionadas à AF e da Hanseníase nove, todas apresentadas na TAB 11. Ao analisar as respostas obtidas, 26,6%(33) e 31,6%(39), respectivamente, relatam não ter casos de pacientes com Tuberculose (TBC) e Hanseníase (HAN) em sua área de abrangência¹⁹. Percebe-se que, dentre aqueles que relataram ter casos, a maioria dos profissionais (56%, TBC e 59,1%, HAN) relatam não realizar o cadastro de usuários que iniciaram o tratamento para essas condições.

Em relação à dispensação de medicamentos para o tratamento de TBC e HAN com orientação quanto a importância da adesão para o sucesso da farmacoterapia, novamente a maioria (53,8% e 55,3% respectivamente) relata que não realiza esta

¹⁸ Utiliza-se o termo condição de saúde para relacionar as necessidades de usuários relativas a assistência. Evita-se o termo doença ou enfermidade já que no manejo das condições crônicas não se inclui somente doenças, mas também aquelas condições para as quais são necessárias intervenções assistenciais, que se estendem por um período maior que três meses (ex. gestação).

¹⁹ Pelo fato dessas condições não serem prevalentes em todas as regiões do estado e nem em todos os municípios orientou-se, no questionário, que não havendo casos de pacientes com Tuberculose ou Hanseníase em tratamento no município o profissional deveria deixar os itens em branco (questionário eletrônico) ou marcar com a opção na caso do questionário impresso.

atividade. Para a TBC e HAN 22% e 27,1% dos farmacêuticos relataram realizar essa atividade uma ou duas vezes por mês, respectivamente. Ainda em relação à dispensação questionou-se quanto a vinculação dessa à exigência de apresentação da notificação desses agravos, observando-se que 55,2% (TBC) e 54,7% (HAN) dos respondentes relataram não realizar esta atividade.

Após o recolhimento das notificações estas devem ser enviadas à referência local ou municipal da vigilância epidemiológica para o lançamento no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Quando questionados em relação a esta atividade, 62,6% (TBC) e 64,7% (HAN) dos participantes responderam não enviar as notificações e fichas de acompanhamento mensal aos órgãos responsáveis pelo lançamento dos dados no SINAN.

Para a reposição mensal dos medicamentos para o município, o farmacêutico deve encaminhar à GRS de referência o Mapa de Movimentação Mensal (MMM) e solicitação de medicamentos para Tuberculose e Hanseníase. Quando questionados em relação a esta atividade, 50,5% (TBC) e 48,8% (HAN) dos participantes relataram não realizar esta atividade, no entanto 37,4% (TBC) e 43% (HAN) relataram realizar esta atividade uma ou duas vezes por mês.

A maioria dos participantes, 57,1% (TBC) e 60% (HAN), relatou não acompanhar a adesão dos usuários à farmacoterapia. A grande maioria dos profissionais (85,7%) relatou não supervisionar a tomada da dose diária de tuberculostáticos, assim como 65,5% relataram não realizar esta atividade em relação à dose mensal supervisionada de medicamentos para Hanseníase. Em relação ao levantamento dos usuários que não compareceram à última dose supervisionada agendada, 63,7% (TBC) e 65,1% dos participantes (HAN) relatou não realizá-lo; 20,9% e 25,3%, respectivamente, relataram realizar esta atividade uma ou duas vezes por mês.

Quando questionados se informavam à equipe quando do término ou abandono da farmacoterapia para definição da alta e cura dos usuários em tratamento, novamente a maioria, 61,5% (TBC) e 62,4% (HAN), relatou não realizar esta atividade; outros 22% (para ambos) relataram realizar esta atividade uma ou duas vezes por mês.

As duas últimas variáveis foram específicas para o eixo Tuberculose e os resultados obtidos foram: 54,9% dos participantes relataram não preencher o Histórico Mensal de Tuberculostáticos e 30,8% relataram realizar esta atividade uma ou duas vezes por mês. Pouco mais da metade dos participantes (52,8%) relatou não preencher o MMM e solicitação de Tuberculostáticos e 38,2% relataram realizar esta atividade uma ou duas vezes por mês.

TABELA 11

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos dos eixos temáticos Tuberculose e Hanseníase. Minas Gerais, 2009

(Continua)

Variáveis	Categorias	Tuberculose		Hanseníase	
		n	%	n	%
Cadastra os usuários que iniciam o tratamento.	Semanalmente	14	15,4	8	9,6
	1 ou 2 vezes/mês	14	15,4	17	20,5
	menos que 1 vez/mês	12	13,2	9	10,8
	Não realiza	51	56,0	49	59,1
	Totalⁱ	91	100,0	83ⁱⁱ	100,0
Dispensa os medicamentos para o tratamento orientando os usuários quanto a importância do tratamento para a cura e sucesso da farmacoterapia.	Semanalmente	17	18,7	10	11,8
	1 ou 2 vezes/mês	20	22,0	23	27,1
	menos que 1 vez/mês	5	5,5	5	5,9
	Não realiza	49	53,8	47	55,3
	Totalⁱ	91	100,0	85	100,0
Dispensa medicamentos somente mediante a apresentação e recolhimento da Notificação (início do tratamento) ou ficha de acompanhamento mensal (usuários em tratamento).	Semanalmente	12	13,8	11	12,8
	1 ou 2 vezes/mês	20	23,0	23	26,7
	menos que 1 vez/mês	7	8,0	5	5,8
	Não realiza	48	55,2	47	54,7
	Totalⁱ	87ⁱ	100,0	86ⁱⁱⁱ	100,0
Envia as notificações e fichas de acompanhamento mensal aos órgãos responsáveis pelo lançamento dos dados no SINAN.	Semanalmente	11	12,1	7	8,2
	1 ou 2 vezes/mês	20	22,0	22	25,9
	menos que 1 vez/mês	3	3,3	1	1,2
	Não realiza	57	62,6	55	64,7
	Totalⁱ	91	100,0	85	100,0
Envia o Mapa de Movimentação Mensal e Solicitação dos medicamentos para a GRS de referência para a reposição dos medicamentos.	Semanalmente	6	6,6	4	4,7
	1 ou 2 vezes/mês	34	37,4	37	43,0
	menos que 1 vez/mês	5	5,5	3	3,5
	Não realiza	46	50,5	42	48,8
	Totalⁱ	91	100,0	86ⁱⁱⁱ	100,0
Acompanha a adesão dos usuários ao tratamento.	Semanalmente	11	12,1	12	14,1
	1 ou 2 vezes/mês	25	27,5	19	22,4
	menos que 1 vez/mês	3	3,3	4	4,7
	Não realiza	52	57,1	51	60,0
	Totalⁱ	91	100,0	86ⁱⁱⁱ	100,0

TABELA 11

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos dos eixos temáticos Tuberculose e Hanseníase. Minas Gerais, 2009.

(Conclusão)

Variáveis	Categorias	Tuberculose		Hanseníase	
		n	%*	n	%*
Supervisiona a tomada diária de medicamentos, para usuários indicados.	Semanalmente	6	6,6	7	8,3
	1 ou 2 vezes/mês	7	7,7	18	21,4
	menos que 1 vez/mês	0	0,0	4	4,8
	Não realiza	78	85,7	55	65,5
	Totalⁱ	91	100,0	84^{iv}	100,0
Faz levantamento de usuários que não compareceram ao último retorno agendado.	Semanalmente	11	12,1	6	7,2
	1 ou 2 vezes/mês	19	20,9	21	25,3
	Menos que 1 vez/mês	3	3,3	2	2,4
	Não realiza	58	63,7	54	65,1
	Totalⁱ	91	100,0	83ⁱⁱ	100,0
Informa à equipe quando do término ou abandono da farmacoterapia para a definição da alta e cura dos usuários em tratamento.	Semanalmente	11	12,1	8	9,8
	1 ou 2 vezes/mês	20	22,0	18	22,0
	Menos que 1 vez/mês	4	4,4	3	3,7
	Não realiza	56	61,5	53	64,6
	Totalⁱ	91	100,0	82^v	100,0
Preenche o Histórico da Dispensação Mensal de Tuberculostáticos.	Semanalmente	10	11,0		
	1 ou 2 vezes/mês	28	30,8		
	Menos que 1 vez/mês	3	3,3		
	Não realiza	50	54,9		
	Totalⁱ	91	100,0		
Preenche o Mapa de Movimentação Mensal e Solicitação de Tuberculostáticos.	Semanalmente	5	5,6		
	1 ou 2 vezes/mês	34	38,2		
	Menos que 1 vez/mês	3	3,4		
	Não realiza	47	52,8		
	Totalⁱ	89ⁱⁱ	100,0		

Notas: * Total calculado dentre os participantes que relataram ter casos de TBC e HAN (91 e 85, respectivamente).

i Quatro participantes não responderam a esta variável.

ii Dois participantes não responderam a esta variável.

iii Um participante que havia respondido não ter caso de Hanseníase, respondeu realizar esta variável.

iv Um participante não respondeu a esta variável.

v Dois participantes não responderam a esta variável.

5.4.5 Hipertensão Arterial

Foram consideradas duas variáveis para o eixo temático Hipertensão Arterial (TAB. 12). Para a primeira a maioria dos participantes (54,5%) relatou cadastrar os usuários que iniciam o controle e o tratamento de agravos da hipertensão semanalmente enquanto outros 34,1% relataram não realizar esta atividade. Para a segunda variável, relativa à dispensação de medicamentos com orientação dos usuários quanto a importância da adesão à farmacoterapia, 76,4% relatou realizar esta atividade semanalmente.

TABELA 12

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático Hipertensão Arterial. Minas Gerais, 2009.

Variáveis	Categorias	Hipertensão Arterial	
		n	%
Cadastra os usuários que iniciam o tratamento.	Semanalmente	67	54,5
	1 ou 2 vezes/mês	13	10,6
	menos que 1 vez/mês	1	0,8
	Não realiza	42	34,1
	Total	123ⁱ	100,0
Dispensa os medicamentos para o tratamento orientando os usuários quanto a importância do tratamento para a cura e sucesso da farmacoterapia.	Semanalmente	94	76,4
	1 ou 2 vezes/mês	16	13,0
	menos que 1 vez/mês	2	1,6
	Não realiza	11	8,9
	Total	123ⁱ	100,0

Nota: i Um participante não respondeu esta variável.

5.4.6 Diabetes Mellitus

Para o diabetes foram definidas quatro variáveis relacionadas à AF que complementam as já abordadas nos itens Tecnologia de Gestão do Medicamento e Tecnologia do Uso do Medicamento (TAB.13). A maioria dos participantes (60,3%) relatou realizar o cadastro dos usuários que iniciam o controle e o tratamento de agravos do diabetes, tanto os que utilizam hipoglicemiantes orais quanto os usuários de insulina semanalmente; outros 25,6% relataram não realizar esta atividade. A grande maioria (75,6%) relata dispensar medicamentos para o controle e tratamento

de agravos do diabetes orientando os usuários quanto à importância da adesão à farmacoterapia semanalmente; outros 13% relatam realizar esta atividade uma ou duas vezes por mês.

Em relação à orientação sobre a técnica de preparo de insulina, materiais necessários, técnica de aplicação e mistura de insulinas, 46,3% afirma fazê-lo semanalmente e 31,7% relatam não realizar esta atividade. De forma semelhante, 65% dos participantes relata orientar, semanalmente, sobre as condições de armazenamento e transporte da insulina no momento da dispensação e 17,1% relatam não realizar esta atividade.

5.4.7 Saúde do Idoso

Assim como nos eixos anteriores, foram definidas três variáveis relacionadas à AF, que complementam as já abordadas (TAB. 14). A grande maioria dos profissionais (71,1%) relatou não cadastrar os usuários com 60 anos ou mais que iniciam controle e tratamento de agravos de qualquer natureza, enquanto 20,7% relatam realizar esta atividade semanalmente. A maioria (65,3%) relata dispensar medicamentos para esse controle e tratamento semanalmente e 24% relata não realizar esta atividade. Em relação ao agendamento do retorno desses usuários de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas, a classificação do risco e o esquema de dispensação dos medicamentos, 59% relata não realizar esta atividade e 25,4% relata realizar esta atividade semanalmente.

5.4.8 Saúde Mental

As três variáveis específicas deste eixo temático estão consolidadas na TAB. 15 . A maioria dos participantes (59,7%) relata dispensar os medicamentos para o tratamento e estabilização de transtornos mentais orientando os usuários e/ou familiares semanalmente e 21% relatam não realizar esta atividade; 45,2% relata não fazer levantamento mensal dos usuários em tratamento cadastrados nos programas de Saúde Mental, enquanto 24,2% relata realizá-lo semanalmente. Em relação a capacitação dos funcionários da farmácia para lidar com os usuários com

transtornos mentais, 36,3% relatam não realizar esta atividade, enquanto 29% relatam realizá-la semanalmente.

5.4.9 Crianças com menos de 5 anos portadores de Asma

As seis variáveis relacionadas à AF no manejo da Asma na infância são apresentadas na TAB.16. A primeira variável é referente ao cadastro das crianças com menos de 5 anos que iniciam o controle e o tratamento de asma. Observa-se que a grande maioria dos participantes (76,4%) relata não realizar esse cadastro. Para a segunda variável, 49,6% relatam dispensar os medicamentos para o controle e o tratamento da asma orientando os pais ou cuidadores quanto à importância da adesão à farmacoterapia semanalmente, enquanto que 29,3% relataram não realizar esta atividade.

Em relação ao agendamento do retorno dos usuários de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas, a classificação do risco e o esquema de dispensação dos medicamentos, novamente a maioria (59,3%) relatou não realizar esta atividade, enquanto 21,1% relatou realizá-la semanalmente.

Em relação à orientação à mãe ou cuidador, 35,2% relata não orientar em relação à utilização dos espaçadores e dos medicamentos spray/aerossol, enquanto 39,3% relata fazê-lo semanalmente; 39,8% relata não orientar em relação à limpeza correta do espaçador e em relação a higiene bucal da criança após o uso de corticóide, enquanto 34,1% relata fazê-lo semanalmente e, finalmente, 35% relata não orientar quando a necessidade de um ambiente domiciliar livre de alérgenos, enquanto 33,3% relatam fazê-lo semanalmente.

TABELA 13

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático *Diabetes Mellitus*. Minas Gerais, 2009.

Variáveis	Categorias	Diabetes Mellitus	
		n	%
Cadastra os usuários que iniciam o tratamento.	Semanalmente	73	60,3
	1 ou 2 vezes/mês	14	11,6
	menos que 1 vez/mês	3	2,5
	Não realiza	31	25,6
	Total	121ⁱ	100,0
Dispensa os medicamentos para o tratamento orientando os usuários quanto a importância do tratamento para a cura e sucesso da farmacoterapia.	Semanalmente	93	75,6
	1 ou 2 vezes/mês	16	13,0
	menos que 1 vez/mês	2	1,6
	Não realiza	12	9,8
	Total	123ⁱ	100,0
Orienta, quando do início da utilização de insulina(s), sobre a técnica de preparo da insulina, materiais necessários, técnica de aplicação e mistura de insulinas.	Semanalmente	57	46,3
	1 ou 2 vezes/mês	19	15,4
	menos que 1 vez/mês	8	1,6
	Não realiza	39	9,8
	Total	123ⁱ	100,0
Orienta, quando da dispensação da (s) insulina(s), quanto às condições de armazenamento e transporte.	Semanalmente	80	65,0
	1 ou 2 vezes/mês	21	17,1
	menos que 1 vez/mês	1	0,8
	Não realiza	21	17,1
	Total	123ⁱ	100,0

Notas: i Três participantes não responderam a esta variável.

ii Um participante não respondeu a esta variável.

TABELA 14

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático Saúde do Idoso. Minas Gerais, 2009.

Variáveis	Categorias	Saúde do idoso	
		n	%
Cadastra os usuários que iniciam o tratamento.	Semanalmente	25	20,7
	1 ou 2 vezes/mês	6	5,0
	menos que 1 vez/mês	4	3,3
	Não realiza	86	71,1
	Total	121ⁱ	100,0
Dispensa os medicamentos para o tratamento orientando os usuários quanto a importância do tratamento para a cura e sucesso da farmacoterapia.	Semanalmente	79	65,3
	1 ou 2 vezes/mês	10	8,3
	menos que 1 vez/mês	3	2,5
	Não realiza	29	24,0
	Total	121ⁱ	100,0
Agenda ou viabiliza o agendamento do retorno dos usuários de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas, a classificação do risco do usuário e o esquema de dispensação dos medicamentos.	Semanalmente	31	25,4
	1 ou 2 vezes/mês	10	8,2
	menos que 1 vez/mês	9	7,4
	Não realiza	72	59,0
	Total	122ⁱⁱ	100,0

Notas: i Três participantes não preencheram esta variável.

ii Dois participantes não preencheram a esta variável.

TABELA 15

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático Saúde Mental. Minas Gerais, 2009.

Variáveis	Categorias	Saúde Mental	
		n	%
Dispensa os medicamentos para o tratamento orientando os usuários quanto a importância do tratamento para a cura e sucesso da farmacoterapia.	Semanalmente	74	59,7
	1 ou 2 vezes/mês	23	18,5
	menos que 1 vez/mês	1	0,8
	Não realiza	26	21,0
	Total	124	100,0
Faz levantamento mensal de usuários cadastrados nos programas de Saúde Mental em tratamento.	Semanalmente	30	24,2
	1 ou 2 vezes/mês	27	21,8
	menos que 1 vez/mês	11	8,9
	Não realiza	56	45,2
	Total	124	100,0
Capacita os funcionários da farmácia para lidar com os usuários com transtornos mentais.	Semanalmente	36	29,0
	1 ou 2 vezes/mês	20	16,1
	menos que 1 vez/mês	23	18,5
	Não realiza	45	36,3
	Total	124	100,0

TABELA 16

Distribuição percentual da participação dos farmacêuticos atuantes na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde nas atividades relativas às Tecnologias de Gestão e de Uso dos Medicamentos do eixo temático Criança com menos de 5 anos portadores de Asma. Minas Gerais, 2009.

Variáveis	Categorias	Asma	
		n	%
Cadastra os usuários que iniciam o tratamento.	Semanalmente	18	14,6
	1 ou 2 vezes/mês	5	4,1
	menos que 1 vez/mês	6	4,9
	Não realiza	94	76,4
	Total	123ⁱ	100,0
Dispensa os medicamentos para o tratamento orientando os usuários quanto a importância do tratamento para a cura e sucesso da farmacoterapia.	Semanalmente	61	49,6
	1 ou 2 vezes/mês	12	9,7
	menos que 1 vez/mês	14	11,4
	Não realiza	36	29,3
	Total	123ⁱ	100,0
Agenda ou viabiliza o agendamento do retorno dos usuários de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas, a classificação do risco do usuário e o esquema de dispensação dos medicamentos.	Semanalmente	26	21,1
	1 ou 2 vezes/mês	11	8,9
	menos que 1 vez/mês	13	10,6
	Não realiza	73	59,3
	Total	123ⁱ	100,0
Orienta a mãe/cuidador em relação à utilização dos espaçadores e dos medicamentos spray/aerossol	Semanalmente	48	39,3
	1 ou 2 vezes/mês	14	11,5
	menos que 1 vez/mês	17	13,9
	Não realiza	43	35,2
	Total	122ⁱⁱ	100,0
Orienta a mãe/cuidador em relação à limpeza correta do espaçador e em relação a higiene bucal da criança após o uso de corticóide.	Semanalmente	42	34,1
	1 ou 2 vezes/mês	13	10,6
	menos que 1 vez/mês	19	15,4
	Não realiza	49	39,8
	Total	123ⁱ	100,0
Orienta quando a necessidade de um ambiente domiciliar que livre de alérgenos.	Semanalmente	41	33,3
	1 ou 2 vezes/mês	18	13,0
	menos que 1 vez/mês	21	17,1
	Não realiza	43	35,0
	Total	123ⁱ	100,0

Notas: i Um participante não respondeu a esta variável.

ii Dois participantes não responderam a esta variável

6 DISCUSSÃO

6.1 Considerações relativas a metodologia e dificuldades na obtenção dos dados

Deve-se analisar com cuidado a taxa de resposta total encontrada já que não se conhece com certeza em quais municípios existem farmacêuticos atuando junto às equipes de atenção primária. Isso significa que a não resposta pode refletir, além da opção pela não resposta ou o não recebimento das correspondências, a inexistência do farmacêutico no município. Assim, será considerada a taxa de resposta relativa ao número de farmacêuticos apresentado no Censo de Recursos Humanos em Saúde por ser a fonte mais confiável dentre as disponíveis. Observa-se um valor inferior àqueles encontrados na revisão da literatura para inquéritos postais, mas porém até o fechamento das análises ainda estavam sendo recebidos questionários que, por restrição do período de mestrado, não foram contabilizados. Salienta-se também que por restrição do tempo não foi feito o segundo envio, via postal, dos questionários aos municípios não respondentes como estratégia para aumentar a taxa de respostas. De maneira geral os dados obtidos estão bem distribuídos e abrangendo todas as regiões do estado. Observa-se na distribuição das taxas de resposta por macrorregião, tendo-se como referência a população do Censo 2006, que somente quatro macrorregiões apresentaram taxas inferiores a 20%. Isso demonstra uma boa distribuição da amostra em Minas Gerais e reforça sua validade.

Conhecer o número de farmacêuticos que atuam na APS apresentou-se como uma das principais dificuldades do estudo e ainda se constitui uma questão que permanece sem resposta. O CNES possui falhas na alimentação e atualização dos dados e o Censo data de 2006 (maio a agosto) e cita que os grandes desafios para a gestão de recursos humanos em saúde são a superação da precarização do trabalho e a alta rotatividade dos profissionais (BARBOSA; RODRIGUES, 2006). A esses fatores soma-se a eleição de 2008 que, na maioria dos municípios, pode ter implicado na mudanças do quadro de profissionais e até dos serviços prestados à população pela nova gestão.

A segunda dificuldade encontrada foi garantir que os destinatários dos questionários fossem os farmacêuticos que atuam junto à APS, já que esta não constitui uma linha de atuação usual como o farmacêutico hospitalar, o analista clínico ou farmacêutico

industrial. Essa dificuldade se deu tanto na execução do trabalho quanto para a busca de estudos com temas relacionados. O termo de busca mais próximo encontrado para denominar este profissional foi 'farmacêutico comunitário' (OMS, 1993; YOUNG, 1996), termo de cunho muito genérico que engloba também aqueles que atuam em farmácias comerciais. Ao se utilizar a denominação **Farmacêutico da Farmácia Básica** condicionou-se a busca ao profissional cuja atuação se dá no SUS e diretamente a um programa exclusivo da APS.

6.2 Identificação dos profissionais e caracterização do trabalho.

Em relação à identificação dos profissionais e à caracterização do trabalho desenvolvido, alguns dados semelhantes são apresentados no Primeiro Censo de Recursos Humanos da APS. Isso tende a validar os resultados obtidos, mesmo se considerando a taxa de resposta relativamente baixa (BARBOSA; RODRIGUES, 2006). No Censo a população feminina foi predominante para os três locais de atuação (PSF, unidades convencionais ou de apoio a ESF) (BARBOSA; RODRIGUES, 2006) e a faixa etária predominante, de 30 a 49 anos, contém a encontrada com maior frequência nesse estudo.

Obteve-se um predomínio de profissionais formados em instituições públicas em relação às privadas, apesar dessa proporção se aproximar dos 50%. A maioria dos participantes possuía mais que 10 anos de formado e era formada em instituições públicas, o que pode ser reflexo do fato de o crescimento das instituições privadas de ensino ter se iniciado a partir dos anos 2000 (SINFAR, 2001). Não obstante, essa proporção se aproxima dos 50%, o que demonstra que os profissionais oriundos das instituições privadas estão conseguindo se colocar nesse mercado de trabalho. Observou-se também que um número significativo dos participantes possui pós-graduação.

Ao se avaliar o número de vínculos por participantes, observou-se que a grande maioria (87,1%) relata atuar em apenas um município. Os resultados do Censo foram semelhantes: de 90 a 100% dos profissionais atuavam em um único local (BARBOSA; RODRIGUES, 2006). Assim como no Censo, a maioria dos farmacêuticos, tanto no primeiro vínculo quanto no segundo, relataram atuar nas

UBS o que, no Censo, foram classificadas como unidades convencionais. Em segundo lugar obteve-se a atuação junto as ESF no primeiro vínculo, o que vem de encontro com os dados do Censo (BARBOSA; RODRIGUES, 2006).

A maioria dos participantes relataram ser estatutários/município, seguidos pelos profissionais com contrato administrativo. No Censo observou-se o predomínio de contratos administrativos para os profissionais que atuam junto ao PSF e o vínculo estatutário para aqueles das unidades convencionais e de apoio (BARBOSA; RODRIGUES, 2006). Pode-se aqui supor que a maior freqüência do vínculo estatutário se observou pelo fato da maioria dos profissionais atuar junto à unidades convencionais, seguidos da atuação junto à ESF. É importante perceber no entanto que essa não foi uma regra geral, e que a fração de contrato administrativos é mais alta do que a proporção de farmacêuticos que atuam nas ESF.

Assumindo-se o vínculo estável como sinalizador do desejo de continuidade em relação às ações de assistência relativas a aquele grupo profissional, poder-se-ia deduzir que pelo fato de a maioria dos profissionais serem estatutários a política de Assistência Farmacêutica municipal tem sido encarada como indispensável para a assistência à saúde como um todo. Essa idéia é corroborada por Barbosa e Rodrigues (2006), para quem o tipo de vínculo “surge como um balizador de ações públicas em recursos humanos na saúde, pois sinaliza o grau de continuidade de uma ação no plano público”. No entanto, nota-se que os farmacêuticos que atuam nos municípios podem estar vinculados aos resquícios do antigo modelo assistencial, no Censo denominado modelo convencional, sem PSF. Isso significa que, na transição de modelos, mesmo modificando-se as necessidade de carga horária e perfil de atuação os profissionais, estes permanecem atuando nos municípios nas chamadas unidades convencionais ou de referência, já que o vínculo estatutário não permite demissão, nem a modificação das atribuições.

A carga horária de trabalho semanal observada foi muito variável, tendo freqüências semelhantes para os intervalos de 11 a 20h, 21 a 30h e 31 a 40h. Esse resultado sinaliza falta de homogeneidade na atuação deste profissional nos municípios, já que algumas atividades realizadas tendem a se diferenciar em função da disponibilidade do profissional para os usuários. Os resultados encontrados no

Censo, foram um pouco diferentes, a maioria dos farmacêuticos/bioquímicos apresentaram carga horária de trabalho de 11 a 20h (BARBOSA; RODRIGUES, 2006), a qual no presente estudo apresentou-se como a terceira categoria mais freqüente.

A análise tanto para o tempo de trabalho no local, quanto no município apresentou resultados semelhantes, a maioria atua nestes locais de dois a cinco anos. Dados semelhantes foram encontrados no Censo. Essa análise teve como objetivo avaliar a rotatividade do profissional no município, considerando-se que, para a APS, a fixação do profissional é importante fator para a construção do vínculo com a população, da confiança e para o aumento da efetividade de ações de promoção e prevenção. Percebe-se que apesar de não haver rotatividade do local de trabalho no mesmo município, de maneira geral, o vínculo dos profissionais é recente, apresentando-se, em segundo lugar, o vínculo de até seis meses no mesmo local de trabalho.

Em relação à remuneração, os dados obtidos neste estudo não diferiram do Censo para a categoria mais freqüente (de R\$1.000,01 a R\$2.000,00). Porém, em relação a segunda categoria mais freqüente o dado aqui observado (R\$2.000,01 a R\$3.000,00) difere do Censo (R\$500,01 a R\$1.000,00) o que pode estar relacionado à maior presença de profissionais com pós-graduação no presente estudo, sinalizando uma possível busca de melhores salários. Percebeu-se ainda que a remuneração para carga horária inferior a 10h foi superior ao piso, enquanto para as cargas horárias de 11 a 30h os valores recebidos estão de acordo com as referências salariais e para a carga horária de 31 a 40h há uma defasagem salarial, já que maioria dos profissionais nessas faixas recebem de R\$1.000,01 a R\$2.000,00. Essa distorção pode também provocar dificuldades na formação de um quadro de profissionais vinculados à APS e à fixação desses profissionais no local de trabalho.

6.3 Atividades relacionadas à Tecnologia de Gestão do Medicamento.

A maioria dos farmacêuticos relatou realizar todas as atividades relacionadas à Tecnologias de Gestão do Medicamento, mas pode-se observar maiores percentuais

de não realização (aqui considerando-se as respostas não realiza e não compete) das atividades classificadas como não-clássicas.

A CFT é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos essenciais a serem utilizados no sistema de saúde nos três níveis de atenção, além de assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos. É constituída com a finalidade de elaborar ou atualizar a relação de medicamentos e o formulário farmacêutico (REMUME²⁰, lista padrão), além de realizar ações de promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2006b). Sua composição é dependente da disponibilidade de recursos humanos existentes, porém recomenda-se a participação de médicos, farmacêuticos, enfermeiros, dentistas entre outros profissionais de saúde (BRASIL, 2006b; MARIN org., 2003). A existência dessa comissão sinaliza o nível de integração dos profissionais em relação a AF e o comprometimento com a definição de critérios para a condução terapêutica, incluindo a revisão e validação de Diretrizes Clínicas, dentre as quais as linhas-guias. Em alguns casos a CFT é substituída pela Comissão de Padronização que tem como finalidade única a definição da REMUME e sua revisão periódica. Neste trabalho observou-se que um percentual pequeno de municípios possui CFT e esta, quando presente, apresenta pouca participação dos farmacêuticos atuantes da APS, o que sinaliza a pouca participação desse profissional nos processos técnico-assistenciais relacionados à farmacoterapia. Há que se ressaltar, no entanto, que parte dos farmacêuticos relataram não ser de sua competência a participação na CFT.

Uma grande parcela dos farmacêuticos declaram participar do processo de compra de medicamentos, porém percebe-se que esta ação não é sistematizada já que menos da metade dos farmacêuticos relataram emitir parecer técnico para esse processo. Para a compra em instituições públicas é necessária a realização de licitação e esta pode ser dividida em fases: elaboração e divulgação do edital; habilitação; julgamento das propostas; emissão de parecer técnico; adjudicação; homologação; emissão de ordem de compra; acompanhamento e avaliação do recebimento (BRASIL, 2006b). A elaboração de parecer técnico é responsabilidade intransferível do farmacêutico e contribui para que a licitação se constitua como um

²⁰ REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

procedimento formal, com julgamento objetivo baseado em parecer técnico e adjudicação compulsória ao vencedor (ROSA; GOMES; REIS, 2003). A não participação do farmacêutico na elaboração dos pareceres pode concentrar o processo de compras no setor administrativo da instituição e o não envolvimento da área técnica, o que pode favorecer a compra de medicamentos de baixa qualidade ou a realização de procedimentos irregulares. Tanto em relação à participação da CFT, quanto em relação à emissão do parecer pode-se interpretar a não realização destas atividades (respostas: não realização e não compete esta função) como consequência da existência de outro farmacêutico participante desses processos no município. Isso é particularmente aplicado naqueles de maior porte em que cada etapa do ciclo da AF ocorre em locais diferentes e é de responsabilidade de vários farmacêuticos. Essa resposta se aplica também à delegação deste papel a outro ator no município por vontade política e interesses diversos, o que se aplica em especial em municípios de menor porte. Outras análises seriam necessárias para sinalizar essas correlações, porém tais respostas também indicam a necessidade de estratégias para maior inserção do farmacêutico da APS nesses níveis de decisão que, em última análise, estão relacionadas com decisões políticas de direcionamento do processo terapêutico.

Outras situações encontradas rotineiramente nas unidades de saúde são o armazenamento de medicamentos em vários locais da unidade (estoques pequenos nas salas de atendimento) e, conseqüentemente, a dispensação destes por outros profissionais não-farmacêuticos (NAVES; SILVER, 2005), observa-se que nem todos os farmacêuticos ligados à APS (80%) relataram garantir o armazenamento e a dispensação de todos os medicamentos da unidade de saúde na farmácia. Reduzir os estoques nas salas e introduzir uma cultura de dispensação só na farmácia deveria ser uma das preocupações do farmacêutico, já que essas ações otimizam o controle de estoque, de validade dos medicamentos, garantem o correto armazenamento destes e favorecem o acompanhamento da farmacoterapia por parte do farmacêutico (LIMA; SILVA; REIS, 2003).

6.4 Fontes de Informação sobre o Medicamento.

Percebe-se nos resultados deste trabalho que os farmacêuticos relatam ser comum o aparecimento de dúvidas relacionadas a medicamentos durante a rotina de trabalho, independente do tempo de formação. Destaca-se que grande parte deles (82,9%) relata solucionar a maioria das dúvidas utilizando principalmente livros e a internet aberta, assim como por contato com outros farmacêuticos. Percebe-se ainda que após a graduação a grande maioria dos profissionais não tem mais acesso a fontes de informação acadêmicas e à Universidade/Faculdade, demonstrando um distanciamento do profissional em relação a estas instituições após sua formação. Percebe-se também que as fontes informadas podem ser consideradas de menor custo para a instituição ou podem ser obtidas pelo próprio profissional.

6.5 Análise das Tecnologias do Uso do Medicamento.

Neste grupo de variáveis, ao contrário daquelas relativas às Tecnologias de Gestão do Medicamento, a maioria dos profissionais relata não realizar as atividades e, de forma paradoxal, realizar as atividades semanalmente. Segundo Araújo e Freitas (2006), essas atividades se utilizam das inter-relações da equipe de saúde, desta com o usuário e dos procedimentos técnicos relativos à AF com propósito de garantir a efetividade da intervenção farmacoterapêutica e o uso racional dos medicamentos. Esses autores destacam a “falta de um modelo que norteie as práticas da AF nos sistemas locais” o que fica evidente no presente estudo, no relato conflitante de ações: uma parte dos profissionais descreve não realizar as atividades, enquanto outra, no outro extremo, relata realizá-las rotineiramente (semanalmente).

As condições de saúde devem ser manejadas de acordo com o grau de risco de forma que os recursos assistenciais (aqui referidos como recursos humanos, insumos e medicamentos) são racionalizados e otimizados quando se pensa em resultados terapêuticos (MINAS GERAIS, [2008?]). No tocante à AF essa mesma lógica deve ser utilizada considerando-se, inclusive, que as ações a serem desenvolvidas pelo farmacêutico devem estar em consonância com as diretrizes e que a farmacoterapia dos pacientes também se dará na lógica do risco que

apresentam. Assim, uma atividade importante do farmacêutico e que irá subsidiar a racionalização e otimização dos recursos assistenciais é o levantamento do perfil epidemiológico dos usuários dos serviços de AF, que deve ser feito considerando-se o grau de risco do usuário em relação a condição de saúde apresentada (GOMES, 2007). Como pode ser observado, quase 40% relatam não realizar este levantamento, o que pode representar o desconhecimento da população atendida pela unidade de AF, a não diferenciação dos usuários em relação às suas necessidades clínico-assistenciais, além da dificuldade em conduzir o processo de compra e de gestão de estoque dos medicamentos (BRASL, 2006b).

A adesão à farmacoterapia é outro determinante importante para os resultados assistenciais e deve ser prioridade do processo de Assistência Farmacêutica. Considerando-se que a grande maioria das intervenções assistenciais culminam na prescrição de um ou mais medicamentos, a não adesão ao tratamento neutraliza todo o potencial de sucesso dessas intervenções por mais bem estruturadas e de qualidade que estas forem. Aqui se percebe o paradoxo relatado anteriormente, em que mais de 30% dos profissionais relatam não acompanhar a adesão à farmacoterapia enquanto outros relatam realizá-lo semanalmente, o que aparentemente aponta um problema de definições claras das atividades que deveriam estar sob a responsabilidade do farmacêutico nessa área de atuação, necessitando estudos para investigar os condicionantes desta situação e proposições claras de atuação. Nessa mesma direção, o agendamento de retorno de usuários de acordo com suas necessidades farmacoterapêuticas, não realizado por mais de 40% dos respondentes, e sua classificação enquanto ao grau de risco da condição apresentada propicia o monitoramento da adesão e várias outras ações relacionadas à assistência ao usuário, tais como monitoramento de interações, reações adversas e solução de dúvidas quanto à farmacoterapia (GOMES, 2007). O não agendamento de retorno dos usuários sinaliza o trabalho baseado na demanda espontânea, o que dificulta a execução de ações assistenciais por parte do farmacêutico já que usuários sob necessidade de maior acompanhamento só demandarão seus serviços por iniciativa própria, o que pode ocorrer em momentos em que o farmacêutico não está disponível. Essas ações tornam-se então dependentes do grau de consciência da necessidade de acompanhamento por parte

do usuário caracterizando-se como uma postura passiva do serviço de AF com redução da probabilidade de sucesso terapêutico.

Outro fator que interfere na adesão ao tratamento é a complexidade destes e ações que busquem otimizar este regime contribuem positivamente para o aumento da adesão (GOMES, 2007). A não uniformidade de conduta em relação a esta variável também foi observada, com quase 50% dos participantes relatando realizar a atividade semanalmente e quase 30% não realizá-la.

Na chamada Gestão de Caso (Gomes, 2007), em que pacientes com condições de alto risco e pertencentes a grupos considerados estratégicos e prioritários para as ações da APS, com histórico de não adesão ou que a farmacoterapia por si só representa risco, os profissionais devem identificar esses paciente e acompanhá-los periodicamente com vistas a otimização dos custos assistenciais e alcance real de resultados terapêuticos. A maioria dos farmacêuticos relata não implantar estratégias de triagem de risco farmacoterapêutico dos pacientes e nem acompanhá-los, o que antecede a Gestão de Caso. Significa que nas atividades da AF, pelo menos no que tange às ações sob responsabilidade do farmacêutico, não estão sendo adotadas ações para redução de danos aos usuários e aos sistema público como um todo.

As ações de vigilância e prevenção de reações adversas ao medicamento são componentes fundamentais da promoção do uso racional de medicamentos (MARIN org., 2003; BRASIL, 2006b; OMS, 1993). A poliquimeoterapia é um dos principais fatores que favorecem a ocorrência de reações adversas ao medicamento e interações medicamentosas, além da não adesão ao tratamento. Em especial, usuários idosos ou com condições de maior risco tendem a utilizar mais medicamentos e percorrem vários pontos de atenção na rede assistencial e, por isso, tendem também a apresentar maior risco a reações adversas e interação medicamentosas (RIBEIRO, 2007; MINAS GERAIS, 2006d). O farmacêutico deve se responsabilizar pelo monitoramento desses eventos avaliando as prescrições (GOMES, 2007), porém os resultados sinalizam a não realização destas ações por quase metade dos profissionais. Em relação às suspeitas de reações adversas, dependendo do tipo de reação e de sua gravidade estas devem ser confirmadas

cl clinicamente para se evitar danos maiores ao usuário. Esta variável também pode ser um indicador indireto da integração entre a AF e a equipe de APS. Os resultados sinalizam baixa participação do farmacêutico nesta ação (34,7% dos farmacêuticos) e a realização em intervalos maiores (27,4% relataram realizá-la menos que uma vez por mês), o que é plausível considerando-se que as reações adversas têm incidências baixas quando se considera a população em geral.

O acompanhamento da evolução da farmacoterapia de usuários referenciados a centros de atenção secundária e/ou terciária significa, para os pacientes envolvidos, redução do risco de utilização de medicamentos que interagem entre si ou de classes semelhantes prescritos por mais de um profissional, além da redução das chances de não adesão à terapia, ou por dificuldade de seguir o regime posológico ou por dificuldade na obtenção/aquisição dos medicamentos. Uma das premissas do modelo de Redes de Atenção à Saúde é que a APS seja o centro desta rede e coordenadora do fluxo desta (MINAS GERAIS, [2008?]). Em relação à AF é papel do farmacêutico acompanhar a farmacoterapia dos pacientes mesmo, e principalmente, quando estes utilizam mais de um nível de atenção (secundário e terciário) com vista ao que Gomes (2007) denomina Conciliação de Medicamentos. Observa-se neste trabalho que a maioria dos profissionais relatou não realizar esse acompanhamento, novamente como uma divergência entre a ação desejável e a realizada.

São definidas como responsabilidades do farmacêutico ações de educação em saúde e orientação ao usuário, assim como a participação das ações educacionais promovidas pela equipe de saúde como por exemplo grupos operativos (GOMES, 2007; OMS, 1993). O manejo por condições de risco determina inclusive a necessidade ou não de farmacoterapia já que as mudanças de hábitos de vida são importantes para redução de fatores de risco e, em alguns casos como hipertensos de baixo risco, podem levar a retirada da farmacoterapia ou adiamento da sua introdução. A participação do farmacêutico nesse processo de orientação e convencimento dos usuários é importante na lógica do processo de trabalho inerente à APS, pois soma-se assim mais uma ator para a indução da mudança. Aqui também dois extremos predominantes de respostas foram obtidos: não realização de ações relativas ao reforço às mudanças de hábitos de vida e alimentares pelos usuários e realização destas ações semanalmente, o que caracteriza uma não

uniformidade de conduta. Finalmente, mais de 30% dos farmacêuticos relataram não realizar ações de educação e promoção da saúde à comunidade, não obstante aqueles profissionais vinculados às ESF têm maior facilidade de realização destas ações, já que os grupos operativos estão incorporados em sua rotina de trabalho.

6.6 Eixos temáticos.

As variáveis agrupadas por eixos temáticos são complementares às de Tecnologia de Gestão de Medicamentos e às de Tecnologias de Uso do Medicamento e podem ser classificadas da mesma forma. Percebe-se um comportamento semelhante ao encontrado na análise das Tecnologias de Gestão e de Uso. Na análise de cada eixo temático os profissionais relatam em sua maioria realizar as ações relativas à Gestão do Medicamento e em menor quantidade as ações de Tecnologia do Uso.

6.6.1 Tuberculose e Hanseníase

Grande parte dos profissionais relatam não dispensar os medicamentos para TBC e HAN. Comparando-se com os demais eixos temáticos, os valores de realização para essas variáveis são os menores. Alguns comentários colocados pelos próprios participantes no questionário podem explicar este fato. Em alguns questionários os participantes relataram que a dispensação de medicamentos para o tratamento de TBC ou HAN é feita pela ESF, mais especificamente pelo enfermeiro responsável, e que este também acompanha a adesão ao tratamento e orienta os usuários. Questiona-se então quais os fatores que contribuíram pela definição desse fluxo, ou seja, o que faz com que a dispensação seja retirada da farmácia e se concentre na mão de outros profissionais para os agravos em que a adesão ao tratamento é fator determinante para o sucesso da intervenção assistencial?. São propostas duas interpretações para essa situação: não há mecanismos de acompanhamento e controle da farmacoterapia dos usuários atendidos na farmácia ou que ela se encontra fisicamente distante deste usuário (farmácia central ou distrital). Assim, como mecanismo para facilitar o acesso, os medicamentos são fornecidos à ESF que é responsável pela dispensação. Independente da proposição, a não dispensação de certos medicamentos cuja adesão é determinante fortalece a visão de que a farmácia não é uma unidade assistencial e sim administrativa.

Considerando-se que tanto a TBC quanto a HAN são condições de notificação compulsória (BRASIL, 2005b), pode-se definir como estratégia de garantia da notificação de todos os casos e de trabalho interdisciplinar entre AF e Vigilância Epidemiológica a vinculação da dispensação dos medicamentos à apresentação da notificação (se início do tratamento) ou da ficha de acompanhamento mensal para aqueles usuários já em tratamento. Observa-se que pouco menos da metade dos farmacêuticos relatam realizar esta atividade.

Considerando-se que o preenchimento do histórico de dispensação mensal e do MMM e seu envio à GRS são necessários para a reposição dos medicamentos pelo Ministério da Saúde via GRS/SES-MG, metade dos profissionais relatam não realizar essas ações que podem, então, estar centralizadas com um farmacêutico ou com outro profissional da Vigilância Epidemiológica ou da SMS.

Novamente ressalta-se que a estratégia de busca ativa é intrínseca ao trabalho das ESF e importantíssima para o processo de adesão à farmacoterapia. Quando questionados em relação a realização desta estratégia menos de 40% dos profissionais relataram utilizá-la como forma de garantir a adesão dos usuários. É importante considerar que para os profissionais que trabalham vinculados às ESF não há justificativa operacional para a não execução desta ação, a não ser o fato do trabalho isolado da equipe e a não incorporação deste processo de trabalho (busca ativa) pelo farmacêutico. Nesse sentido, a estratégia do tratamento supervisionado ou DOTS²¹ visa garantir a adesão ao tratamento, sua regularidade, evitar resistência adquirida aos antibióticos e aumentar o percentual de cura. É a estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para o tratamento da TBC (dose diária) e da HAN (dose mensal supervisionada) (MINAS GERAIS, 2006b e c). No contexto da ESF o farmacêutico pode instruir os ACS para esta supervisão ou realizá-la diretamente, aproveitando o momento para outras orientações oportunas. Pode-se relacionar a baixa taxa de respostas em relação à TBC pela dificuldade de acompanhamento diário da tomada de medicamentos por parte do farmacêutico, ficando esse processo, novamente, delegado ao enfermeiro da ESF. Em relação à HAN, a taxa foi maior e deve-se considerar que essa dose mensal é tomada na

²¹ Sigla em inglês para denominar a estratégia de curta duração diretamente observada.

farmácia no momento da dispensação do tratamento para o mês que se segue. Sob essa perspectiva, a taxa de realização desta atividade foi baixa, já que mesmo com o usuário comparecendo na farmácia mensalmente, a supervisão não é realizada para 100% destes.

Finalmente, em relação à comunicação à equipe do término ou abandono do tratamento, a partir da notificação de TBC ou HAN o SINAN fica “em aberto” até que se notifique a alta por cura, óbito ou o abandono (MINAS GERAIS, 2006b). É importante que o farmacêutico trabalhe junto à equipe de Vigilância Epidemiológica provendo informações para melhorar a qualidade do trabalho desta e do banco de dados, promovendo o encerramento oportuno dos casos notificados já que a farmácia será o elo do usuário ao serviço de saúde durante o tratamento. Serão os profissionais da farmácia os primeiros a perceber o abandono do tratamento ou se este foi completo, desde que definidos mecanismos para este acompanhamento. Menos de 50% dos profissionais relataram informar a equipe sobre a ocorrência desses eventos, o que sinaliza a inexistência dessa rotina, além da não integração com os demais profissionais ligados à assistência.

6.6.2 Hipertensão Arterial

Para as variáveis específicas desse eixo temático, nota-se que ambas são realizadas pela maioria dos profissionais, com destaque para a dispensação. Em relação ao cadastro dos usuários, que pode ser classificado como uma Tecnologia do Uso do Medicamento já que possibilita a definição do perfil epidemiológico da população na área de abrangência, além da organização do processo de trabalho de acordo com as necessidades assistenciais do usuário, um percentual maior dos participantes relatam não realizá-lo. Alguns participantes relataram (nos comentários) que o cadastro dos usuários é feito pela unidade de saúde no momento da recepção deste. Destaca-se que o objetivo da inclusão dessa variável foi a avaliação da utilização do cadastro como ferramenta de organização do serviço considerando-se a necessidade do usuário. Esta variável não pode ser avaliada isoladamente já que a existência do cadastro não condiciona à organização do serviço por este, apesar de favorecê-lo. Ao analisar a taxa de respostas ao item de levantamento epidemiológico percebe-se que quase 40% dos farmacêuticos não

realizam esta atividade, podendo-se supor que para estes o cadastro se dá como uma atividade burocrática com fim em si mesma.

6.6.3 *Diabetes Mellitus*

Além do cadastro e dispensação referidos no item anterior, e seus comentários que também se aplicam a este eixo temático, incluiu-se duas outras variáveis relativas a orientações aos usuários que utilizam insulina, tanto em relação a sua utilização, quanto em relação ao armazenamento e transporte. Nota-se que uma maior proporção de participantes relata realizar a orientação relativa à logística da insulina, ou seja, o armazenamento e o transporte, enquanto um percentual superior a 30% não realiza a orientação quanto ao uso da insulina. Nos comentários finais dos participantes, alguns relataram que esta orientação é feita pela equipe de enfermagem durante a consulta. Mais uma vez as preocupações relativas à assistência ao paciente são delegadas a outros profissionais, não sendo incorporadas como rotina de trabalho por parte do farmacêutico. É indiscutível, na cadeia de utilização de medicamentos, a importância de orientações sucessivas do usuário, primeiro pelo médico, no momento da consulta, depois pela equipe de enfermagem e finalmente no momento do recebimento do medicamento. Em estudo conduzido com 450 pacientes atendidos em 15 farmácias de UBSs de Brasília, somente um em cada cinco pacientes entenderam o modo de uso do medicamento após a consulta e a dispensação na farmácia (NEVES; SILVER, 2005).

6.6.4 Saúde do Idoso

Sabe-se que esse grupo de usuários tem maior risco para reações adversas, interações medicamentosas, erros de medicação e não adesão à farmacoterapia, sendo importante o acompanhamento periódico, a vigilância em relação as situações citadas e intervenções oportunas para otimizar a terapia e minimizar os danos. No entanto, observa-se que mais de 70% dos farmacêuticos não realizam o cadastro dos usuários idosos, o que pode significar a não orientação do processo de trabalho para esse grupo. Em relação à dispensação, somente 24% dos profissionais relataram não realizá-la e, finalmente, 59% dos participantes relatam não agendar retorno desses usuários, mesmo considerando que são usuários de rotina do

serviço, na sua grande maioria portadores de condições crônicas e em politerapia. Outra observação que pode ser feita é a desorganização do atendimento dos usuários, sempre considerando a lógica da demanda espontânea.

6.6.5 Saúde Mental

Comparativamente, um maior percentual de profissionais não realiza as atividades de levantamento de usuários do programa de Saúde Mental, nem capacita os funcionários da farmácia para lidar com os usuários com transtornos mentais. Destaca-se que o atendimento desses usuários requer maior preparo da equipe, principalmente para minimizar conflitos e preconceitos e que é função do farmacêutico a gestão dos recursos humanos envolvidos nas etapas do ciclo de AF (OMS,1993). A não preocupação com essa atividade pode gerar problemas para os funcionários da farmácia, inclusive desmotivação, e para os usuários do serviço. Destaca-se também que para a dispensação de grande parte dos medicamentos para transtornos mentais é necessário um controle rigoroso, incluindo o armazenamento em armário separado que deve ser mantido fechado e o registro em livro específico ou sistema equivalente. O levantamento mensal destes usuários compõe o processo de registro e controle de saída de medicamentos e da previsão desses para que o tratamento não seja interrompido. Essa interrupção, para esses usuários em especial, acarreta desestabilização do quadro, que pode interferir na sua relação com a família e com a sociedade como um todo (MINAS GERAIS, 2006f). E estabilização de um usuário com transtorno mental é um processo complexo que não pode ser comprometido por uma falha no processo de Tecnologia de Gestão do Medicamento.

6.6.6 Asma

Assim como para os demais eixos, a atividade que apresentou maior relato de realização para o eixo crianças com menos de cinco anos portadoras de asma foi a dispensação de medicamentos (Tecnologia de Gestão). Tanto o cadastro desses usuários, quanto o agendamento do retorno são relatados como realizados em menor proporção, caracterizando, novamente, a passividade do serviço e o trabalho com demanda espontânea. Em relação às orientações da família ou do cuidador

(Tecnologia de Uso do medicamento), caracterizou-se a não uniformidade de condutas, novamente, com respostas paradoxais (mais de 35% dos profissionais relatando não realizar as orientações e mais de 30% relatando a realização semanal).

6.6.7 Considerações Gerais

De acordo com a PNM cabe à AF um processo complexo envolvendo várias etapas e atores que podem ser representadas pelo ciclo da AF no que compete à assistência (BRASIL, 2001). Todas as etapas desse processo no âmbito Federal (medicamentos estratégicos), Estadual (medicamentos excepcionais) e Municipal (medicamentos essenciais) devem ser avaliadas já que apresentam falhas e inconsistências que culminam na não disponibilidade do medicamento ao usuário ou ao uso irracional (VEIRA, 2008; NAVES; SILVER, 2005). Destaca-se que o processo de trabalho enfatizado no presente estudo é específico ao vinculado à assistência à saúde no nível municipal, relativo aos medicamentos essenciais disponibilizados à população sob a lógica de organização da APS em sua maioria por meio do PSF. Tal modelo de atenção possui fundamentos e princípios que o caracterizam como forma de prover assistência ao usuário e que devem ser incorporados por todos os seus atores. Percebe-se, de acordo com o perfil de respostas obtido, que as ações de AF são realizadas independente desses princípios e fundamentos, ou seja, não se utiliza deles para organizar o processo de trabalho ou incorporar a estas ações assistenciais (Tecnologias de Uso do Medicamento). Destaca-se ainda que essas ações são dadas como necessárias socialmente e pela ESF, tanto que estão diluídas nas ações de outros profissionais não-farmacêuticos.

Discutida em vários momentos, a questão do acesso é determinante para a adesão ao tratamento e sucesso da intervenção assistencial, principalmente no manejo de condições crônicas (MENDES, no prelo). É importante discutir a descentralização dos locais de dispensação de medicamentos, mas mantendo-se a lógica de economia de escala e escopo. No que tange à AF deve-se considerar a composição da equipe responsável por essa dispensação e, em especial, a presença do farmacêutico. Coloca-se de forma bem clara que as atividades inerentes a este profissional estão presentes em todos os locais onde há dispensação do

medicamento, as quais estão sendo delegados a outros profissionais. Percebe-se que a descentralização favorece o acesso ao medicamento, mas, se conduzida por si só, não incorpora as ações relativas ao uso racional do medicamento. É importante considerar o exposto quando se analisa o impacto da implantação do NASF com farmacêuticos para viabilizar as ações de AF na APS. Tal estrutura ou induz a concentração da dispensação na sede do NASF na qual estará o farmacêutico, o que pode restringir o acesso aos medicamentos, ou permite a dispensação descentralizada sem a presença deste de forma permanente. Considerando-se ainda a abrangência populacional sob responsabilidade do farmacêutico no NASF, assim como a possibilidade de que esses usuários sejam inclusive de mais de um município, torna as ações relativas às Tecnologia de Uso de Medicamentos inviáveis. Fortalece-se o *status quo* caracterizado neste estudo.

Ainda em relação a presença do farmacêutico nos locais de dispensação, estudos apontam, indiretamente, que a presença deste não necessariamente está vinculada a melhores resultados assistenciais (VIEIRA, 2008; NAVES; SILVER, 2005; MORODIN, MALDANER, 2006). NAVES e SILVER (2005) relatam que o tempo médio de atendimento do usuários durante a dispensação foi de 53,9 segundos, o que inviabiliza qualquer atividade relativa à Tecnologia do Uso do Medicamento. Considerando-se a distribuição da carga horária de trabalho obtida no presente estudo, constata-se a impossibilidade de realização de ações de Tecnologia de Gestão não-clássicas e das Tecnologias de Uso do Medicamento para alguns profissionais por indisponibilidade de tempo, o que pode respaldar também a grande variabilidade das respostas relativas a estes itens por parte dos profissionais.

Percebeu-se que para as ações relativas às Tecnologias de Gestão clássicas (utilização de REMUME e sua revisão, participação do processo de compra, do controle de estoque, do recebimento, do armazenamento e conferência da validade de medicamentos) obteve-se altos valores de realização. Porém, para as não-clássicas (participação da CFT, emissão de parecer técnico para o processo de compras e dispensação e armazenamento de todos os medicamentos na farmácia), esse valor foi menor e bastante variável. Para as ações relativas às Tecnologias de Uso do Medicamento os valores para a não realização foram os maiores. O resultado apresentado é semelhante ao de outros estudos que avaliam a AF em

unidades de saúde da APS, em que se constatou que as atividades predominantes do farmacêutico são de controle de estoque e da dispensação (Tecnologias de Gestão), com menor participação na promoção do uso racional (Tecnologia do Uso) (NEVES; SILVER, 2005; MORODIN; MALDANER, 2006). Há que se enfatizar que, embora as variáveis observadas nos estudos citados tenham sido diferentes, sobretudo em relação às Tecnologias de Gestão não-clássicas e as de Uso do medicamento, a tendência pode ser considerada semelhante nas situações avaliadas neste estudo. Uma observação importante caracteriza a não uniformidade de conduta em relação, principalmente, a Tecnologia de Uso: a maioria dos profissionais relatam não realizar as atividades relativas a esta tecnologia e, de forma paradoxal, a segunda resposta mais freqüente foi a de realização das atividades de forma cotidiana (semanalmente). Essa não uniformidade de ações é mencionada por vários autores, o que reflete a inexistência de um perfil de atuação profissional nesse nível de atenção (MARIN, 2003; ANGONESI, 2008; MARODIN; MALDANER, 2006).

A reestruturação da APS e seu fortalecimento, em Minas Gerais, por meio do Saúde em Casa e do PDAPS, a definição do processo de trabalho das ESF por meio da programação local do PDAPS, as ações relativas à farmacoterapia delegadas a outros profissionais não farmacêuticos na programação local e, na contramão, o estímulo ao fortalecimento da Assistência Farmacêutica estadual por meio do Plano Estadual de Rede da Assistência Farmacêutica focado, predominantemente, nas Tecnologias de Gestão do Medicamento formam um panorama geral que caracteriza nossa realidade atual de reorganização da AF no estado. Desconsidera-se o movimento nacional e, principalmente, internacional da revisão do papel do farmacêutico como membro da equipe de saúde.

Assim como relatado por VEIRA (2008), está claro que o propósito de reorientação da AF previsto na PNM e o de qualificação dos serviços farmacêuticos estão muito aquém de sua concretização quando se avalia a atuação no território municipal, principalmente no que tange às ações relativas à assistência ao usuário. É preciso avançar muito e superar o modelo vigente de AF no SUS, reduzido, na maioria dos municípios, à aquisição e à distribuição de medicamentos. Percebe-se que as ações que dependam da interrelação com outros profissionais ou que requeiram a saída do

profissional da farmácia não são realizadas de forma uniforme. Enfatiza-se mais uma vez a descaracterização das ações deste profissional, que se apresentaram de forma variável nas respostas obtidas (exceto para as Tecnologia de Gestão clássicas). A não identidade deste contribui para o não reconhecimento social como membro da equipe de saúde e como responsável por garantir os resultados das intervenções farmacoterapêuticas.

“É preciso ter a coragem afirmativa e dizer que outro mundo é possível. E que outro modelo de sociedade é necessário.”

Suely Rozenfeld

7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos sugerem que ações relativas à Tecnologia de Gestão do Medicamento caracterizadas, em última análise, como formas de garantir o abastecimento e o acesso aos medicamentos, se mantêm sob controle do farmacêutico. A Tecnologia do Uso do Medicamento (relativa à resolutividade da intervenção assistencial e ao uso racional de medicamentos) vem sendo realizada em menor proporção pelo farmacêutico e de forma pouco uniforme. Para a avaliação da Tecnologia de Gestão esta foi classificada quanto ao nível de refinamento das ações considerando-se duas categorias: atividades de Tecnologia de Gestão do Medicamento clássicas (utilização de REMUME e sua revisão, participação do processo de compra, do controle de estoque, do recebimento, do armazenamento e conferência da validade de medicamentos) e não-clássicas (participação da CFT, emissão de parecer técnico para o processo de compras e dispensação e armazenamento de todos os medicamentos na farmácia). Observa-se, pelos resultados obtidos, a não uniformidade de condutas por parte dos farmacêuticos no que se refere às ações de Tecnologia de Gestão do Medicamento não-clássicas e as de Tecnologia de Uso do Medicamento. Finalmente, o trabalho caracterizou grandes dificuldades para a definição de uma identidade desse profissional no que compete às ações relativas à assistência diretamente ligadas à farmacoterapia e o deslocamento dessas atividades para outros profissionais que compõem a equipe de APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACÚRCIO, F.A. Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Sistema Único de saúde. In: ACURCIO, F.A. (org.) *Medicamentos e assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopemed, 2003. p. 9 a 30.

AGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 13 (supl), 629-640, 2008.

ALBUQUERQUE, C.C. *Farmácia Básica*: programa 1997/1998. Ministério da Saúde: 1997. 17p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_07.pdf. Acessado em 23 de maio de 2009.

AL-HABSI, A.S. *et al.* A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? *British Dental Journal*. v. 28, fev., 2009.

AQUINO, D.E. Porque o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 13 (supl), 733-736, 2008.

ARAÚJO, A.L.A.; FREITAS, O. Concepção do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos de mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. vol. 42, n.1, 137-146, jan/mar, 2006.

ARIYAWARDANA, A; EKANAYAKE, L. Screening for Oral Cancer/Pre-cancer? Knowledge and opinions of dentists employed in the public sector dental services of Sri Lanka. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. v. 9, n. 4, 615- 618, out-dez., 2008.

BANCO MUNDIAL. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos*. Washington: Banco Mundial; 2007. 91p. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/07/18/000090341_20070718142655/Rendered/PDF/3660110portuguese.pdf. Acessado em março de 2009>.

BARBOSA, A.C.Q., RODRIGUES, J.M. *Primeiro Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde: UFMG, 2006. 144p.

BERNARDI, C.L.B; BIEBERBACH, E.W, TOMÉ, H.I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Sociedade*. v.15, n.1, 73-83, jan-abr, 2006.

BOWLING, A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*, v. 27, n. 3, 281-291, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria SVS nº 344 de 14 de julho de 2005b. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Disponível em:<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/PORTARIA_SVSNR_33_14_JULHO_2005.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria SVS nº 33 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm>. Acesso em 11 de junho de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 648 de 28 de março de 2006a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:<<http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>>. Acesso em 01 de março de 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acessado em 04/04/2009.

BRASIL. Constituição (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988, 292p.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução 258 de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS 2002). 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação para a melhoria da qualidade - qualificação da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001019925.pdf>>. Acesso em 06 de junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 100 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de medicamentos 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 41p. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/pnm.pdf>>. Acessado em 06 de junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 16p.

CARLOS, I.C.C. O Sistema Integral de assistência Farmacêutica no Ceará. In: BONFIM, J.R.A., MERCUCI, V.L (org.) *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec e Sobravime, 1997, 107p.

CNESNet Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. 2009. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=1280&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer>>. Acesso em 23 de outubro de 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2009.

CONSENSO brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA (org). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, cap. 2, p.29-47.

CONVENÇÃO coletiva de trabalho celebrada entre o Sindicato dos Farmacêuticos do estado de Minas Gerais (Sinfarmig), a Federação do Comércio do estado de Minas Gerais e o Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos do estado de Minas Gerais, 2009-2010. Disponível em:<http://www.sinfarmig.org.br/convencoes/173300_2009.pdf>. Acessado em 11 de junho de 2009.

EDWARDS, P. *et al.* Methods to influence response to postal questionnaires. *The Cochrane Database Syst. Review*. v. 18, n. 4, abr, 2007.

EDWARDS, S.L. *et al.* Factors associated with response to a follow-up postal questionnaire in cohort of American Indians. *Preventive Medicine*. v. 11, março, 2009.

EDWARDS, P. *et al.* Increasing a responses rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ*. v: 324, 1183-92. 2002.

ELIAS, E; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 11, n.4, 633-647, 2008.

ESAI, K. *et al.* The obstetrician and gynecologist and the European Computer Driving License. *Health Informatics Journal*. v. 15, n.1, 65-71, mar., 2009.

GIL, C.R.R *et al.* Avaliação em saúde. In: ANDRADE *et al.* (org). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed UEL, 2001, cap. 6. p.125-131.

GOMES, C.A.P. *Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Ed FUNED. 2007. p.50.

HANSFORD, D. *et al.* A training package for primary care nurses in conducting medication reviews: their views and the resultant outputs. *Journal of Clinical Nursing*. v. 24, out., 2008.

KAESTNER, S.A; SEWELL, G.J. A national survey investigating UK prescribers' opinions on chemotherapy dosing and "dose-bandings". *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists)*. v. 6, fev, 2009.

LEE, W; PRICE, A; RAYNER, L; HOTOPF, M. Survey of doctors' opinions of the legalization of physician assisted suicide. *BMC Medical Ethics*. v. 10(1), n. 5, março, 2009.

LIMA, C.R; SILVA, M.D.G; REIS, V.L.S. Sistema de distribuição de medicamentos em Farmácia Hospitalar. In: GOMES, M.J.V.M; REIS, A.M.M. *Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar*. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. Cap. 20, p. 347-363.

MALICK, A.M. *et al.* Avaliação. In: *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: FPS-USP, 1998, cap. 1, p.1-9.

MARIN, N. Org. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de janeiro: Opas/OMS. 2003. 334p.

MARODIN, G.; MALDANER, O.A. Relação educativa entre farmacêutico e usuário em postos de distribuição de medicamentos da rede pública. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 27, n.4, p.610-617, 2005.

MENDES, E. V. A Governança das Redes de Atenção à Saúde. In: MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. 2008. No prelo.

MINAS GERAIS. Diário Executivo. Deliberação CIBE nº005 de 01 de março de 1999. Aprova o Plano de Assistência Farmacêutica Básica do Estado de Minas Gerais.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 483 de 22 de outubro de 2008. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde: 2008-2011*. Belo Horizonte: [2008?]. 162p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES/MG nº. 1093 de 29 de dezembro de 2006a. Estabelece condições que compõem o indicador Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2006/>. Acesso em 23 de maio de 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Políticas e ações de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. Gerência de Medicamentos Estratégicos. *Farmácia de Minas: Medicamentos Estratégicos*. Belo Horizonte: 2008a. 63p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. Gerência de Medicamentos Estratégicos. *Manual de preenchimento dos mapas mensais de medicamentos e insumos*. Belo Horizonte: 2008b. 30p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: Hanseníase. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006c. 62 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006e. 198 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose*. Belo Horizonte, 2006b. 144p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006d. 186 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006f. 238 p.

NAKASH, R.A. *et al.* Maximizing response to postal questionnaires – a systematic review of randomized trials in health research. *Biomed Central Medicin Res. Methodol.* v. 23, n. 5, fev., 2006.

NAVES, J.O.S; SILVER, L.D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Revista de Saúde Pública.* v.39, n.2. p.223-230, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. O papel do farmacêutico na atenção à saúde: Informe do grupo de consulta Nueva Delhi 13-16 dez. de 1988. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *O Papel do farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde.* Brasília:OPAS:CFF, 2004. 92p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. O papel do farmacêutico na atenção à saúde. Informe da reunião da OMS, Tokio, Japão, 31 ago. a 3 set. de 1993. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *O Papel do farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde.* Brasília:OPAS:CFF, 2004. 92p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.* Brasília: OPAS: Brasil. Ministério da Saúde, 2005, 260p.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F.A. (org.). *Medicamentos e assistência Farmacêutica.* Belo Horizonte: Coopemed, 2003. p. 9 a 30.

RIBEIRO, Andréia Queiroz. Estudo de Utilização de Medicamentos por Aposentados e Pensionistas do Inss com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte (MG): viabilidade dos Inquéritos Postais como ferramenta para a Farmacoepidemiologia. 213f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Belo Horizonte, 2007.

ROSA, M.B; GOMES, M.J.V.M; REIS, A.M.M. Abastecimento e Gerenciamento de materiais. In: GOMES, M.J.V.M; REIS, A.M.M. *Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar.* 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. Cap. 21, p. 365-386.

ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 13 (supl), 561-568, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Apresentação PDR – Plano Diretor de Regionalização de MG: Breve Histórico/Conceitos Evolução do Desenho Espacial*. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/arquivos-pdr/Apresentacao%20PDR%20para%20Internet%20com%2044%20slides%20em%20PDF.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2009.

SINDICATO DOS FARMACÊUTICOS NO ESTADO DE SÃO PAULO. Ensino de Farmácia no Brasil. *Revista Sinfarma*. jan, 2001. Disponível em:<<http://www.sinfar.org.br/sinfar/imprensa/midia.5.asp>>. Acessado em 21 de junho de 2009.

SPAAR, A *et al.* Recruitment barriers in a randomized controlled trial from the physicians' perspective: a postal survey. *BMC Medical Research Methodology*. v. 2, 9-14, mar., 2009.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

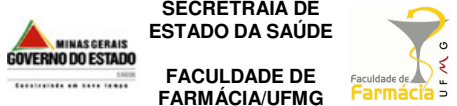
VANGEEST, J.B; JOHNSON, T.P; WELCH V.L. Methodologies for improving responses rates in surveys of physicians: a systematic review. *Eval. Health Prof.* v. 30, n. 4, 303-321, dez., 2007.

VIEIRA, F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 24, n.3, p.91-100, 2008.

VIEIRA, S.F. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do SUS. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. v. 24, n.2, 91-100, 2008.

YOUNG, D.M. A review of the research on pharmacists' patient-communication views and practices. *American journal of Pharmaceutical Education*. v. 60, 60-77, 1996.

APÊNDICES

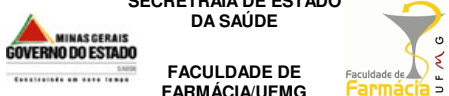
	Questionário para a caracterização das atividades exercidas pelos Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica).		Nº do questionário
			Nº de Folhas 01/01
			Data do preenchimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Nome		CRF:	UF:
Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	Idade (em anos): <input type="text"/>	Instituição Formadora (graduação):	
Tempo de formado (graduação): (a) <input type="text"/>	1. até 1 ano (incluindo) 2. de 1 a 2 anos (incluindo) 3. de 2 a 5 anos (incluindo) 4. de 5 a 10 anos (incluindo) 5. mais de 10 anos.		
Pós-graduação: <input type="text"/>	1. Não realizado 2. Aperfeiçoamento 3. Especialização 4. Mestrado 5. Doutorado 6. Outros Qual?		
Área de concentração: <input type="text"/>	1. Saúde Pública 2. Gestão de Pessoas 3. Saúde da Família 0. Não se aplica 4. Análises Clínicas 5. Ciências Farmacêuticas 6. Outros. Qual?		

2. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

Trabalha em mais de um município? <input type="checkbox"/>	1. Sim 2. Não		
MUNICÍPIO DE TRABALHO 1			
Nome do município:			
Telefone de trabalho: ()		E-mail:	
Nome da Unidade de trabalho:			
Local de trabalho: <input type="checkbox"/> 1. UBS <input type="checkbox"/> 2. ESF	3. Outros. Qual?		Número de UBS que atende: <input type="text"/> Número de ESF que atende: <input type="text"/>
Tipo de vínculo contratual: <input type="text"/>	1. CLT 2. Estatutário/Município 3. Estatutário/Estado 4. Autônomo 5. Contrato administrativo 6. Terceirizado 7. Outros. Qual?		
Carga horária semanal: <input type="text"/>	1. até 4h 2. de 5h a 10 horas 3. de 11h a 20h 4. de 21h a 30h 5. de 31h a 40h 6. mais de 40h		
Tempo de trabalho no local: <input type="text"/>	1. até 6 meses 2. de 7 meses a 1 ano 3. de 1 a 2 anos 4. de 2 a 5 anos 5. de 5 a 10 anos 6. mais de 10 anos		
Tempo de trabalho no município: <input type="text"/>	1. até 6 meses 2. de 7 meses a 1 ano 3. de 1 a 2 anos 4. de 2 a 5 anos 5. de 5 a 10 anos 6. mais de 10 anos		
Remuneração: <input type="text"/>	1. até R\$500 2. de R\$500 a R\$1000 3. de R\$1000 a R\$2000 4. de R\$2000 a R\$3000 5. de R\$3000 a R\$4000 6. mais que R\$4000 7. trabalho voluntário (R\$0,00)		
MUNICÍPIO DE TRABALHO 2 (se só trabalha em 1 município não é necessário preencher os campos abaixo)			
Nome do município:			
Telefone de trabalho: ()		E-mail:	
Nome da Unidade de trabalho:			
Local de trabalho: <input type="checkbox"/> 1. UBS <input type="checkbox"/> 2. ESF	3. Outros. Qual?		Número de UBS que atende: <input type="text"/> Número de ESF que atende: <input type="text"/>
Tipo de vínculo contratual: <input type="text"/>	1. CLT 2. Estatutário/Município 3. Estatutário/Estado 4. Autônomo 5. Contrato administrativo 6. Terceirizado 7. Outros. Qual?		
Carga horária semanal: <input type="text"/>	1. até 4h 2. de 5h a 10 horas 3. de 11h a 20h 4. de 21h a 30h 5. de 31h a 40h 6. mais de 40h		
Tempo de trabalho no local: <input type="text"/>	1. até 6 meses 2. de 7 meses a 1 ano 3. de 1 a 2 anos 4. de 2 a 5 anos 5. de 5 a 10 anos 6. mais de 10 anos		
Tempo de trabalho no município: <input type="text"/>	1. até 6 meses 2. de 7 meses a 1 ano 3. de 1 a 2 anos 4. de 2 a 5 anos 5. de 5 a 10 anos 6. mais de 10 anos		
Remuneração: <input type="text"/>	1. até R\$500 2. de R\$500 a R\$1000 3. de R\$1000 a R\$2000 4. de R\$2000 a R\$3000 5. de R\$3000 a R\$4000 6. mais que R\$4000 7. trabalho voluntário (R\$0,00)		

	Questionário para a caracterização das atividades exercidas pelos Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica).	Nº do questionário
		Nº de Folhas 01/01
		Data do preenchimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

3. CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES EXERCIDAS

3.1 Atividades relacionadas à Gestão do Medicamento

INSTRUÇÕES: Utilize a escala a seguir indicando se você ou sua equipe (auxiliares não farmacêuticos) realizam as atividades listadas abaixo:

1. Sim 2. Não 3. Não compete a você ou sua equipe essa função

Atividades	Resposta
Utiliza uma lista padronizada de medicamentos adotada no município.	<input type="text"/>
Subsidia e contribui na revisão periódica da lista padronizada de medicamentos adotada no município.	<input type="text"/>
Dispensa todos os medicamentos fornecidos pelo serviço na farmácia da unidade de saúde (garante que a farmácia seja o único local de dispensação de medicamentos).	<input type="text"/>
Mantém todos os medicamentos fornecidos pelo serviço armazenados na farmácia da unidade de saúde (não tem estoques nos consultórios salas de atendimento do paciente).	<input type="text"/>
Controla o estoque de medicamentos.	<input type="text"/>
Armazena os medicamentos.	<input type="text"/>
Recebe os medicamentos.	<input type="text"/>
Confere a validade dos medicamentos.	<input type="text"/>

3.2 Atividades relacionadas às Fontes de Informação sobre Medicamentos

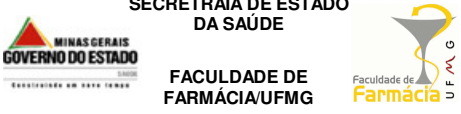
Freqüência com que você tem dúvidas relacionadas a medicamentos durante a sua rotina de trabalho. (Preencha com apenas uma opção)	<input type="text"/>	1. Diariamente 2. mais que 2 vezes/ semana 3. menos que 2 vezes/ semana 4. 1 vez a cada 15 dias 5. 1 vez/ mês 6. menos que 1 vez/ mês (eventualmente) 7. não tem dúvidas relacionadas a medicamentos
Proporção dessas dúvidas que você consegue obter respostas. (Preencha com apenas uma opção)	<input type="text"/>	1. 100-80% 2. 79-50% 3. 49-30% 4. 29-10% 5. <10% 6. Nunca
Fontes de informação sobre medicamentos você tem acesso no seu local de trabalho. (Preencha todas as suas opções, mesmo se mais de uma)	<input type="text"/>	1. Livros 2. Internet aberta 3. Pubmed, Medline etc 4. Representantes comerciais 5. Universidade / Faculdade 6. Contato com outros farmacêuticos 7. Outros. Qual?
Freqüência com que você utiliza essas fontes. (Preencha com apenas uma opção)	<input type="text"/>	1. Diariamente 2. mais que 2 vezes/ semana 3. menos que 2 vezes/ semana 4. 1 vez a cada 15 dias 5. 1 vez/ mês 6. menos que 1 vez/ mês (eventualmente) 7. não tem dúvidas relacionadas a medicamentos

3.3 Atividades gerais relacionadas à Utilização do Medicamento

INSTRUÇÕES: Com qual freqüência você realiza as seguintes atividades? Utilize a escala a seguir:

1. mais que 2 vezes/ semana 2. menos que 2 vezes/ semana 3. 1 vez a cada 15 dias 4. 1 vez/ mês
 5. menos que 1 vez/ mês (eventualmente) 6. não realiza essa atividade

Atividades	Freqüência
Levanta periodicamente os usuários atendidos nos serviços de acordo com suas necessidades farmacoterapêuticas (levantamento por grupos de medicamentos ou doenças).	<input type="text"/>
Agenda ou viabiliza o agendamento do retorno dos usuários de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas, a classificação do risco do usuário e o esquema de dispensação dos medicamentos (não considerar o período de retorno do usuário e sim quantas vezes você faz essa atividade durante a semana de trabalho).	<input type="text"/>
Avalia a comodidade da farmacoterapia estabelecida tendo especial atenção a terapias que facilitem o dia-dia dos usuários.	<input type="text"/>
Acompanha e reforça a mudança dos hábitos de vida e alimentares como estratégias para o aumento da qualidade de vida dos usuários e redução das necessidades farmacoterapêuticas.	<input type="text"/>
Acompanha os usuários com politerapia com vistas à vigilância a reações adversas e interações medicamentosas.	<input type="text"/>
Identifica usuários com reações medicamentosas e encaminhar para confirmação diagnóstica.	<input type="text"/>
Implanta estratégias de triagem de pacientes de risco farmacoterapêutico e acompanhá-los.	<input type="text"/>
Faz busca ativa ou viabiliza a busca de faltosos que participem de programas como o de tratamento da Hanseníase e/ou Tuberculose (não considerar o período de retorno do usuário e sim quantas vezes você faz essa atividade durante a semana de trabalho).	<input type="text"/>

	Questionário para a caracterização das atividades exercidas pelos Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica).	Nº do questionário
		Nº de Folhas
		Data do preenchimento

INSTRUÇÕES: Com qual frequência você realiza as seguintes atividades? Utilize a escala a seguir:

1. mais que 2 vezes/ semana 2. menos que 2 vezes/ semana 3. 1 vez a cada 15 dias 4. 1 vez/ mês
 5. menos que 1 vez/ mês (eventualmente) 6. não realiza essa atividade

Atividades	Frequência
Acompanha a adesão dos usuários ao tratamento.	<input type="text"/>
Acompanha a evolução da farmacoterapia para usuários referenciados a centros de atenção secundária e/ou terciária.	<input type="text"/>
Realiza ações de educação e promoção da saúde à comunidade.	<input type="text"/>

3.5 Tuberculose (caso não haja casos na área ou município marque os itens com O)

Atividades	Frequência
Dispensa tuberculostáticos somente mediante a apresentação e recolhimento da Notificação (início do tratamento) ou ficha de acompanhamento mensal (usuários em tratamento).	<input type="text"/>
Cadastra os usuários que iniciam o tratamento para Tuberculose.	<input type="text"/>
Dispensa os medicamentos para o tratamento padrão de Tuberculose orientando os usuários quanto a importância do tratamento para a cura e sucesso da farmacoterapia.	<input type="text"/>
Preenche o Histórico da Dispensação Mensal de Tuberculostáticos.	<input type="text"/>
Preenche o Mapa de Movimentação Mensal e Solicitação de Tuberculostáticos.	<input type="text"/>
Envia as notificações e fichas de acompanhamento mensal aos órgãos responsáveis pelo lançamento dos dados no SNAN.	<input type="text"/>
Envia o Mapa de Movimentação Mensal e Solicitação de Tuberculostáticos para a GRS de referência para a reposição dos medicamentos.	<input type="text"/>
Acompanha a adesão dos usuários ao tratamento.	<input type="text"/>
Supervisiona a tomada diária de tuberculostáticos, para usuários indicados - estratégia DOTS.	<input type="text"/>
Faz levantamento de usuários que não compareceram ao último retorno agendado.	<input type="text"/>
Informa à equipe quando do término ou abandono da farmacoterapia para a definição da alta e cura dos usuários em tratamento para Tuberculose.	<input type="text"/>

3.6 Hipertensão Arterial

Atividades	Frequência
Cadastra os usuários que iniciam o controle e o tratamento de agravos da Hipertensão.	<input type="text"/>
Dispensa os medicamentos para o controle e o tratamento de agravos da Hipertensão orientando os usuários quanto à importância da adesão à farmacoterapia.	<input type="text"/>

3.7 Diabetes Mellitus (caso não haja casos na área ou município marque os itens com O)

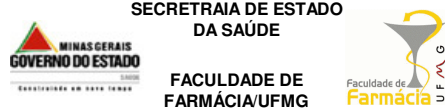
Atividades	Frequência
Cadastra os usuários que iniciam o controle e o tratamento de agravos do <i>Diabetes Mellitus</i> , tanto os que utilizam hipoglicemiantes orais quanto os usuários de insulina.	<input type="text"/>
Dispensa os medicamentos para o controle e o tratamento de agravos do <i>Diabetes Mellitus</i> orientando os usuários quanto à importância da adesão à farmacoterapia.	<input type="text"/>
Orienta, quando do início da utilização de insulina(s), sobre a técnica de preparo da insulina, materiais necessários, técnica de aplicação e mistura de insulinas.	<input type="text"/>
Orienta, quando da dispensação da (s) insulina(s), quanto às condições de armazenamento e transporte.	<input type="text"/>

3.9 Saúde do idoso

Atividades	Frequência
Cadastra os usuários com 60 anos ou mais que iniciam o controle e o tratamento de agravos de qualquer natureza.	<input type="text"/>
Dispensa os medicamentos para o controle e o tratamento de agravos de qualquer natureza.	<input type="text"/>
Agenda ou viabiliza o agendamento do retorno dos usuários de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas, a classificação do risco do usuário e o esquema de dispensação dos medicamentos.	<input type="text"/>

3.10 Saúde Mental

Atividades	Frequência
Faz levantamento mensal de usuários cadastrados nos programas de Saúde Mental em tratamento.	<input type="text"/>
Dispensa os medicamentos para o tratamento e estabilização de transtornos mentais orientando os usuários e/ou familiares.	<input type="text"/>
Capacita os funcionários da farmácia para lidar com os usuários com transtornos mentais.	<input type="text"/>

 <p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GOVERNO DO ESTADO FACULDADE DE FARMÁCIA/UFMG Faculdade de Farmácia UFMG</p>	<p>Questionário para a caracterização das atividades exercidas pelos Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica).</p>	Nº do questionário
		Nº de Folhas 01/01
		Data do preenchimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

INSTRUÇÕES: Com qual frequência você realiza as seguintes atividades? Utilize a escala a seguir:

1. mais que 2 vezes/ semana 2. menos que 2 vezes/ semana 3. 1 vez a cada 15 dias 4. 1 vez/ mês
5. menos que 1 vez/ mês (eventualmente) 6. não realiza essa atividade

3.11 Crianças com menos de 5 anos portadoras de Asma

Atividades	Frequência
Cadastra as crianças com menos de 5 anos que iniciam o controle e o tratamento de asma.	<input type="text"/>
Dispensa os medicamentos para o controle e o tratamento da Asma orientando os pais/ cuidadores quanto à importância da adesão à farmacoterapia.	<input type="text"/>
Orienta a mãe/cuidador em relação à utilização dos espaçadores e dos medicamentos spray/aerossol	<input type="text"/>
Orienta a mãe/cuidador em relação à limpeza correta do espaçador e em relação a higiene bucal da criança após o uso de corticóide.	<input type="text"/>
Agenda ou viabiliza o agendamento do retorno dos usuários de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas, a classificação do risco do usuário e o esquema de dispensação dos medicamentos.	<input type="text"/>
Orienta quando a necessidade de um ambiente domiciliar que livre de alérgenos.	<input type="text"/>

3.12 Hanseníase (caso não haja casos na área ou município marque os itens com O)

Atividades	Frequência
Dispensa medicamentos para o tratamento de Hanseníase somente mediante a apresentação e recolhimento da Notificação (início do tratamento).	<input type="text"/>
Cadastra os usuários que iniciam o tratamento para Hanseníase.	<input type="text"/>
Dispensa os medicamentos para o tratamento padrão de Hanseníase orientando os usuários quanto a importância do tratamento para a cura e sucesso da farmacoterapia.	<input type="text"/>
Envia as notificações e fichas de acompanhamento mensal aos órgãos responsáveis pelo lançamento dos dados no SNAN.	<input type="text"/>
Envia o Mapa de Movimentação Mensal e Solicitação de medicamentos para Hanseníase para a GRS de referência para a reposição dos medicamentos.	<input type="text"/>
Acompanha a adesão dos usuários ao tratamento.	<input type="text"/>
Supervisiona a dose mensal supervisionada de medicamentos para Hanseníase.	<input type="text"/>
Faz levantamento de usuários que não compareceram à última dose supervisionada agendada.	<input type="text"/>
Informa à equipe quando do término ou abandono da farmacoterapia para a definição da alta e cura dos usuários em tratamento para Hanseníase.	<input type="text"/>

3.13 Outros

INSTRUÇÕES: Utilize a escala a seguir indicando se você ou sua equipe (auxiliares não farmacêuticos) realizam as atividades listadas abaixo:

1. Sim 2. Não 3. Não compete a você ou sua equipe essa função

Atividades	Frequência
Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT - no município?	<input type="text"/>
Participa dessa Comissão (CFT)?	<input type="text"/>
Participa do processo de Pedido de Compra dos medicamentos dispensados no município?	<input type="text"/>
Emite parecer técnico dos medicamentos avaliados no processo de compra?	<input type="text"/>

Observações, esclarecimento ou sugestões

Preview Survey - Windows Internet Explorer
http://app.sgizmo.com/surveybuilder/preview_survey.php?id=48224

PREVIEW: PAPÉIS E FUNÇÕES DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ... Refresh View Page 1

Questionário para a caracterização das atividades exercidas pelos Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica).

TERMO DE CONSENTIMENTO

Caso seja selecionada a opção **NÃO** em um dos dois campos, favor reencher os dados pessoais na página seguinte e ir até a última página para salvar o preenchimento. Dessa forma esse questionário não será enviado novamente a você. Obrigada.

Considerando- se a importância do papel do medicamento no processo de saúde-doença na sociedade atual, não restam dúvidas quanto ao peso da estruturação da Assistência Farmacêutica na resolutividade da Atenção Básica e, para tanto, perceber quais as reais atribuições dos Farmacêuticos que atuam nessa área. Conhecer e compreender como estão organizadas e se desenvolvendo as funções desse profissional pode lançar bases para propostas de melhor adequação de sua participação na construção de uma Assistência Farmacêutica afinada com os objetivos de fortalecer o SUS.

É com esse objetivo que enviamos a você, Farmacêutico, este questionário.

As informações coletadas nesse questionário serão utilizadas como dados consolidados e analisados como um conjunto. Nenhuma análise ou divulgação de informações individuais será processada, e não há nenhum caráter punitivo em questão. As informações prestadas são sigilosas e não serão vinculadas de forma alguma a você. O anonimato será garantido.

Ao preenchê-lo você está contribuindo para a construção e redefinição do papel do Farmacêutico na assistência, em especial no contexto do Sistema Único de Saúde.

1. Deseja contribuir com essa pesquisa?

Sim

Não

2. Trabalha na Assistência Farmacêutica municipal (farmácia básica)?

Sim

Não

Concluído

Windows Explorer 4 Internet Explorer Microsoft PowerPoint ... Imagem - Paint 21:29



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Como farmacêutico(a) atuante na Atenção Primária do SUS/MG, V. Sa. está sendo convidada para participar da pesquisa "**Papéis e funções do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde do estado de Minas Gerais**". A pesquisa, desenvolvida como uma parceria entre a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais e a Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde será censitária, de forma que todos os farmacêuticos(as) identificados na rede de Atenção Primária serão convidados.

O objetivo da pesquisa é "*Determinar o perfil das responsabilidades e atividades exercidas pelos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, e correlacioná-lo com as propostas de organização da Assistência Farmacêutica e de racionalização do consumo de medicamentos delineadas por organismos nacionais e internacionais em relação ao escopo da Assistência Farmacêutica nesse nível de atenção*". Sua participação consiste em responder ao questionário, prestando as informações de maneira fidedigna. Todo o material da pesquisa foi aprovado pelas instâncias administrativas das duas instituições competentes e respectivos Comitês de Ética em Pesquisa.

Sua participação não é obrigatória, não será remunerada e não trará qualquer outro tipo de benefício pessoal. Também não há riscos pessoais envolvidos, sejam eles físicos ou de outra natureza. A equipe de pesquisadores garantirá o anonimato das informações, destruindo, após a digitação, qualquer possibilidade de conexão entre seu nome e as informações prestadas. Caso concorde e responda ao questionário, assim mesmo poderá desistir de participar, retirar seu consentimento e solicitar que as informações prestadas sejam excluídas da pesquisa. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a UFMG ou SES/MG. Salientamos apenas que após a digitação não será mais possível proceder a retirada das informações por razão da destruição da identificação pessoal dos mesmos. Essas informações serão divulgadas por meio de análises globais, sem a possibilidade de identificação pessoal.

Qualquer explicação adicional poderá ser solicitada nos endereços abaixo:

Prof. Dr. Edson Perini – Depto. Farmácia Social. Faculdade de Farmácia/UFMG. Campus Pampulha. Tel (31) 3499-6856. E-mail: eperini@ufmg.br.

Farmacêutica Diana Martins Barbosa – Coordenação de Atenção Básica. GRS.BH / Secretaria de Estado da Saúde/ MG. Tel (31)3284-8333. E-mail: diana.martins@saude.mg.gov.br.


Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG. Tel (31) 3499-4592/4027. E-mail: coep@prpg.ufmg.br

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa e concordo em participar respondendo ao questionário proposto.

Ass.: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____.

ATENÇÃO: No caso de envio eletrônico, a assinatura deste termo é dispensada. O envio da resposta será assumido como concordância.

	Universidade Federal de Minas Gerais <i>Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP</i>
---	--

Parecer nº. ETIC 329/07

Interessado(a): Prof. Edson Perini
Depto. de Farmácia Social
Faculdade de Farmácia-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 29 de outubro de 2007, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Papéis e funções do farmacêutico na atenção primária à saúde no Estado de Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG