

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

SAMARA JAMILE MENDES

**Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: Estudo Etnográfico em
Serviços de Saúde no município de São Paulo**

São Paulo

2020

SAMARA JAMILE MENDES

**Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: Estudo Etnográfico em
Serviços de Saúde no município de São Paulo**

Versão Original

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Produção e Controle Farmacêuticos

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Storpirtis

Coorientadora: Profa. Dra. Silvana Nair Leite

São Paulo
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica elaborada eletronicamente pelo autor, utilizando o programa desenvolvido pela Seção Técnica de Informática do ICMC/USP e adaptado para a Divisão de Biblioteca e Documentação do Conjunto das Químicas da USP

Bibliotecária responsável pela orientação de catalogação da publicação:
Marlene Aparecida Vieira - CRB - 8/5562

M538s Mendes, Samara Jamile
Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde:
Estudo Etnográfico em Serviços de Saúde no município
de São Paulo / Samara Jamile Mendes. - São Paulo,
2020.
229 p.

Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências
Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.
Departamento de Farmácia.
Orientador: Storpirtis, Sílvia
Coorientador: Leite, Silvana Nair

1. Assistência Farmacêutica. 2. Saúde Pública.
3. Atenção Primária à Saúde. I. T. II. Storpirtis,
Sílvia, orientador. III. Leite, Silvana Nair,
coorientador.

Nome: MENDES, Samara Jamile

Título: Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: Estudo Etnográfico em Serviços de Saúde no município de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Aos meus pais que não mediram esforços para garantir a educação para suas filhas.

A minha irmã, que me ensinou tanto sobre a resistência e a doçura de fazer isso sem jamais deixar de se importar com as dores do outro.

A todas (os) trabalhadoras e trabalhadores brasileiras (os) que diariamente lutam pela sobrevivência nesta sociedade injusta e cruel, especialmente àqueles que não tiveram a mesma oportunidade que eu com a educação formal.

AGRADECIMENTOS

À minha família, sempre presente em todos os momentos da minha carreira profissional, me incentivando e sendo lugar seguro quando se precisa de um porto para voltar.

Às minhas orientadoras. Professora Sílvia Storpirtis, que me acolheu em São Paulo e na Faculdade de Ciências Farmacêuticas, por todas as trocas e afetos, e privilégio de estar tão perto de um dos maiores nomes na farmácia brasileira.

Silvana Nair Leite, que a alguns anos, quando a vi em sala de aula ainda na graduação, entendi que era possível derrubar os muros do “castelo” das universidades e de fato aprender, pesquisar, (agora ensinar) e por que não, lutar pela justiça social. Meus agradecimentos a duas mulheres, educadoras, farmacêuticas que nesse tempo de doutoramento acreditaram nas minhas utopias, mas jamais deixaram de me trazer para a concretude da vida.

Aos farmacêuticos, técnicos de farmácia e todos os profissionais de saúde da Atenção Básica da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo que me receberam nas Unidades de Saúde, responderam o formulário e participaram do grupo focal no estudo exploratório, com a esperança de que a pesquisa científica possa contribuir com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Em especial, a atenção das Coordenações Regionais Oeste, Leste e Sul, as Supervisões do Butantã, M’Boi Mirim e Ermelino Matarazzo, assim como a Área Técnica de Assistência Farmacêutica e as Escolas Municipais de Saúde das regiões citadas acima. Aos farmacêuticos Dirce Cruz Marques, Eli Anderson Dias dos Santos, Ronise Santos e Rafael Ferraz.

Ao Grupo de Pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, da Universidade Federal de Santa Catarina, por todos os compartilhamentos de conhecimento, pela formação crítica de qualidade e por ser referência nesta tese e no Brasil em políticas farmacêuticas voltadas ao desenvolvimento do SUS, dedico a frase “*Conheça o mundo, mas nunca esqueça do quintal de casa*” (Autor desconhecido).

Ao grupo formado por meio da Farmácia Universitária da USP/SP, Nicoletti “Cida”, Goretti, Ana Luiza, Magali “Mag”, Claudinei, Patricia, Tácio, Gabriela, Karina, Renata. Por receberem a catarinense, novata em São Paulo e na USP, por todas as conversas, compartilhamentos de conhecimento, risadas, cafés, reuniões, aulas preparadas, artigos escritos e sonhos a serem realizados. Muito obrigada!!!

Ao Coletivo de Formação Política em Saúde, que durante este tempo de doutorado na cidade cinza, foi minha casa e minha tribo. Por me ensinar tanto sobre política, educação, crítica, resistência e luta, mas por me fazer acreditar que a mudança está por vir e que ela só acontecerá com solidariedade de classe e educação de fato emancipadora.

Aos professores Luciano Soares e Maria da Penha Vasconcellos pelas ricas contribuições na banca de Qualificação.

À Myllena Farisco, pela ajuda nas primeiras fases da tese, como bolsista deste projeto. Agradeço a dedicação e comprometimento.

Às minhas queridas amigas da Ilha da Magia, Fabiola, Monica, Fernanda e Kaite, pelos anos de amizade na farmácia, na universidade e na vida.

À Brenda e Carolina, amigas que São Paulo me deu. Obrigada por estarem por perto nessa caminhada, pelas alegrias e tristezas compartilhadas neste processo.

Ao projeto da USP “Bandeira Científica”, por mostrar tanto sobre a farmácia que eu acredito, as interações ensino-serviço tão pontentes.

Aos amigos Fabiola, Karina, Leonardo, Lucia e Patricia por escutarem todas as minhas necessidades, acolherem os choros de doutorado, pelos conselhos acadêmicos e de referencial teórico-metodológico preciosos nesta tese. Vocês são exemplos de educadores e

profissionais de saúde. Desejo que a vida nos brinde com mais oportunidades e novos projetos.

Aos membros da banca de doutorado, pela leitura sensível e pelas contribuições.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa concedida. Ao Programa de Pós-Graduação em Fármaco e Medicamentos. À Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP pelo recurso concedido neste projeto. Privilégios de uma pesquisadora que cursou seu doutorado entre os anos de 2016 e 2020, tempo de desmonte da educação superior pública brasileira.

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas”.

(SILVEIRA, Nise da)

*“Aos esfarrapados do mundo.
E aos que neles se
Descobrem e, assim
Descobrimo-se, com eles
Sofrem, mas, sobretudo,
Com eles lutam.”*

(FREIRE, 1975, p. 17).

Resumo

MENDES, Samara Jamile. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: Estudo Etnográfico em Serviços de Saúde no município de São Paulo**. 2020. 226 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Os serviços farmacêuticos na Atenção Primária a Saúde (APS) é um tema emergente ao se tratar do contexto de desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Brasil, em especial a de Assistência Farmacêutica. Na área, inúmeros estudos têm sido publicados e diversos grupos e instituições debatem o assunto, porém, sem um único consenso ou modelo propositivo. A APS ou Atenção Básica é o modelo de atenção prioritário adotado no Brasil, no SUS e tem como características a territorialização, o trabalho em equipe multiprofissional, o vínculo e o acolhimento. É um espaço rico de desenvolvimento de serviços farmacêuticos e de viabilidade das estratégias de garantia do direito à saúde, como o acesso a medicamentos essenciais e cuidado no seu uso. Por isso a farmácia na APS é um local de trabalho do farmacêutico, com boa empregabilidade e possibilidade de desenvolvimento de uma atuação não tão ligada a histórica formação do farmacêutico técnico. Além disso, é preciso desenvolver reflexões sobre serviços farmacêuticos utilizando dados da realidade, possibilitando que estudos como este possam contribuir no desenvolvimento de serviços na APS a partir das necessidades em saúde, considerando as determinações sociais do processo saúde-doença. Sendo assim, o objetivo desta tese foi o de caracterizar os serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, no município de São Paulo, e como se expressam em diferentes modelos na materialidade da APS. Utilizou-se a pesquisa qualitativa, especificamente a Observação Participante, com abordagem etnográfica como fonte para o aprofundamento do conhecimento, pois permite a compreensão do homem em sua sociabilidade. O estudo foi desenvolvido no município de São Paulo. A primeira parte corresponde a um estudo exploratório, composto por um grupo focal com 20 farmacêuticos e um *survey online* aplicado a outros 120 farmacêuticos. Todos atuam na Secretaria Municipal de Saúde. Na segunda parte, o estudo foi desenvolvido em 3 Unidades Básicas de Saúde, com aproximadamente 170 horas de observação, registradas em cadernos de campo. Os registros possibilitaram a análise e a formação de categorias conceituais. Por fim, a APS permite uma construção e visão ampliadas do escopo dos serviços farmacêuticos, ao analisá-los a partir da percepção de quem os vive, uma vez que há o entendimento de que os serviços não são fragmentados e que o farmacêutico os executa em um campo complexo, ampliado e dinâmico como a APS. O uso da Observação Participante em estudos na área da saúde, especialmente na Farmácia, possibilita reflexões sobre o fenômeno, que não são isoladas, nem mesmo descontextualizadas da realidade em saúde. Identifica-se a necessidade de estudos qualitativos para a descrição interpretativa dos fenômenos na saúde apoiada nas ciências humanas, (re)fazendo movimentos de síntese críticos e reflexivos. Procedentes da análise, pode-se na observação participante compreender três modelos diferentes de atuação do farmacêutico, que geram concepções de serviços farmacêuticos distintas e que se relacionam aos modelos de APS, sendo alguns mais universais e integrais *versus* modelos de cobertura universal, focalizados e seletivos. Os serviços farmacêuticos na APS têm um potencial de compreender que as pessoas não são iguais por completo, e que é preciso reconhecer as necessidades e, por conseguinte, sociais. As evidências obtidas foram demonstradas em categorias conceituais relacionadas às

diferentes perspectivas dos serviços farmacêuticos na APS, possibilitando entender que o farmacêutico é a referência em medicamentos nas UBS e tem-se feito essencial para a população, especialmente no campo da APS. Tendo nessa perspectiva uma nova prática, aquela que é real, construída pela prática da APS, e não em métodos teóricos de atendimento clínico. Os serviços farmacêuticos que se estabelecem na APS devem contribuir com as condições de vida, permeados pelo debate das determinações sociais de saúde, sendo necessário refletir sobre quais necessidades, àquelas vigentes e de acordo com o que o mercado deseja ou àquelas que correspondem as necessidades reais.

Palavras-chave: Serviços Farmacêuticos. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Necessidades em Saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract

MENDES, Samara Jamile. **Pharmaceutical Services in Primary Health Care: Ethnographic Study in Health Services in the City of São Paulo.** 2020. 226 f. Thesis (Doctorate in Sciences) - Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of São Paulo, São Paulo, 2020.

Pharmaceutical services in Primary Health Care (PHC) is an emerging concept in the context of developing pharmaceutical policies in Brazil, especially Pharmaceutical Assistance. Numerous studies in this field have been published and several groups and institutions debate the subject; however, there is no consensus on the proposed model. PHC or Basic Care is the preferred model adopted in Brazil, in the Single Health System (SHS), and is characterized by territorialization, multiprofessional teamwork, relationships, and user embracement. It is a rich space for the development of pharmaceutical services and viable strategies for ensuring the right to health, including access to essential medicines and care in their use. That is why the pharmacy in PHC is a pharmacist's place of work, with good employability, and the possibility of developing an activity that goes beyond the traditional scope of a technical pharmacist. In addition, it is necessary to examine pharmaceutical services using actual data, enabling studies such as this to contribute to the development of PHC services based on health needs, considering the social determinants of the health-disease process. Thus, the objective of this thesis was to characterize the pharmaceutical services in PHC, in the city of São Paulo, and examine how they are expressed in different models in the materiality of PHC. We used qualitative research, specifically participant observation, with an ethnographic approach, to obtain in-depth knowledge, since it allows the understanding of man in his social context. The study was conducted in the city of São Paulo. The first part consists of an exploratory study, on a focus group with 20 pharmacists, and an *online survey* of another 120 pharmacists. They all work at the Municipal Health Office. The second part of the study was conducted in three Basic Health Units (BHU), with approximately 170 hours of observation recorded in field notebooks. The records made it possible to analyze and form conceptual categories. Finally, PHC allows a broader construct and vision of the scope of pharmaceutical services, by analyzing them from the perception of those who experience them, since there is an understanding that the services are not fragmented and that the pharmacist performs them in a complex, expanded, and dynamic field, like PHC. The use of participant observation in health field studies, especially in Pharmacy, allows reflections on the phenomenon, which are not isolated, nor decontextualized from the reality in health. The need for qualitative studies is felt for the interpretative description of health phenomena supported by the human sciences, (re)making critical and reflective synthesis movements. By using participant observation in the analysis, it is possible to understand three different models of the pharmacist's performance, which lead to distinct conceptions of pharmaceutical services and are related to PHC models, some of them more universal and integral compared to universal coverage models that are focused and selective. The pharmaceutical services in PHC have the potential to understand that people are not completely the same, and that it is necessary to recognize the needs, and therefore the social conditions. The evidence obtained has been demonstrated in conceptual categories related to the different perspectives of pharmaceutical services in PHC, making it possible to understand that the pharmacist is the authority in medicines at the Health Care Unit and has become essential for the population, especially in the field of PHC. This perspective comprises a new approach, one that is realistic and practical, built by the practice of

PHC, and not based on theoretical methods of clinical care. The pharmaceutical services established in PHC must contribute to living conditions, accompanied by the debate on social health determinations, and it is necessary to reflect on which are the needs that are in force and according to what the market wants or those that correspond to real necessities.

Keywords: Pharmaceutical Services. Primary Health Care. Health Needs. Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AF - Assistência Farmacêutica
AIDS – Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida
AMA - Assistência Médica Ambulatorial
AMA-E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades
AMG - Auto monitoramento Glicêmico
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEAF – Centro de Estudos e Assistência à Família
CEDESP - Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa
CEME - Central de Medicamentos
CFF - Conselho Federal de Farmácia
CIAP – Classificação Internacional de Assistência Primária
CID – Classificação Internacional de Doenças
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMM – Consumo Médio Mensal
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COHAB – Companhia de Habitação Popular
CRS – Coordenações Regionais de Saúde
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
DNA – Ácido Desoxirribonucléico
DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD – Educação à Distância
EC – Emenda Constitucional
ESF - Estratégia de Saúde da Família
E-SUS – Estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional
FARMUSP - Farmácia Universitária da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP
FIP - Federação Internacional dos Farmacêuticos
FMI – Fundo Monetário Internacional
GPDAF – Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica

HCTZ – Hidroclorotiazida
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IM – Injeção Intramuscular
ISIC - *International Standard Industrial Classification*
IV – via Intravenosa
LOS – Lei Orgânica de Saúde
MMH – Material Médico Hospitalar
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS – Serviço Nacional de Saúde Inglês
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
OSS – Organizações Sociais de Saúde
PA – Pressão Arterial
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAMG – Programa de Auto monitoramento Glicêmico
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM – Pesquisa Nacional de Acesso e Uso de medicamentos
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PRM – Problemas Relacionados aos Medicamentos
PSF - Programa de Saúde da Família
QUALIFAR SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RDC – Resolução de Diretoria Colegiada
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos
Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RH – Recursos Humanos
SES – Secretaria Estadual de São Paulo
SMS-SP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SOAP – Protocolo Simples de Acesso a Objetos
SPDM – Associação Paulista de Desenvolvimento da Medicina
STS – Supervisão Técnica de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
T4 – Tiroxina Tetraiodotironina
TSH – Hormônio Estimulador da Tireoide
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

URM – Uso Racional de Medicamentos

USP – Universidade de São Paulo

UTORONTO – Universidade de Toronto

VD – Visita Domiciliar

ZL – Zona Leste

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estimativa de cobertura da Atenção Primária à Saúde segundo a Prefeitura Regional. Município de São Paulo, 2017.....	69
Figura 2 - Momentos grupo focal.....	72
Figura 3 - Fachada da UBS 1.....	80
Figura 4: Farmácia pelo lado de fora.....	80
Figura 5: Corredor que dá acesso a farmácia	81
Figura 6: Fachada da UBS 2.....	82
Figura 7: Lado de fora da Farmácia.....	82
Figura 8:Entrada da AMA UBS com fila de paciente na “janela” da farmácia	84
Figura 9: Recepção da UBS 3.....	84
Figura 10: Processo de Análise	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Lista de códigos..... 78

Tabela 2 - Coordenações Regionais, Supervisões e Número de habitantes..... 79

Artigo I

Tabela 1 – Realização dos serviços farmacêuticos na APS do município de São Paulo, Brasil, segundo a percepção dos participantes do estudo 101

Tabela 2 - Serviços farmacêuticos na APS do município de São Paulo, Brasil, relatados como os mais frequentemente 102

Tabela 3 - Médias e desvio padrão das respostas dos graus de importância dos serviços farmacêuticos no contexto atual e expectativa para um cenário ideal do seu processo de trabalho na APS, de acordo com a percepção dos farmacêuticos..... 102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipologias sobre os setores de atividades produtivas	29
Quadro 2 - Tipologias de Setores de Serviços.....	32
Quadro 3 - Propriedades econômicas dos Serviços	34

Artigo II

Quadro 1: Pressupostos construídos anteriormente ao início da coleta em campo .	117
Quadro 2: Tendências observadas na literatura na área da farmácia nos planos nacional e internacional	117
Quadro 3: Pressupostos revistos durante o vai e vem do campo.....	119
Quadro 4 - Exemplo da Grelha Analítica para o fenômeno ‘Serviços Farmacêuticos na APS’ e os elementos que constituem a análise.....	121
Quadro 5 - Grelha Analítica com o avanço da análise e apresentação de pressupostos e pressupostos revistos durante o processo, sobre a ‘dispensação de medicamentos’	122
Quadro 6 - Análise na Grelha Analítica sobre o ‘processo ativo de trabalho do farmacêutico na APS’	124
Quadro 7 - Grelha Analítica com análise de casos diferentes de processos de trabalho na APS	126

APRESENTAÇÃO

Esta tese reflete não só uma pesquisa científica para doutoramento na área da farmácia, mas também a trajetória de uma farmacêutica, pesquisadora, professora, estudante e militante sempre em formação, que em meio a tantas indagações sobre o mundo em que vivemos, resolveu fazê-las sob o olhar da saúde pública.

Ao iniciar o projeto dessa tese entre os anos de 2014 e 2015, eu ainda em Santa Catarina, a farmácia brasileira já vivia tempos de transformação, especialmente pelo desenvolvimento de políticas públicas no SUS voltadas ao acesso aos medicamentos e, conseqüentemente, às necessidades requeridas do farmacêutico sobre a atenção às pessoas que usam, às equipes de saúde e ao mercado farmacêutico.

Utilizamos os direcionamentos e novas perguntas que o mestrado havia deixado, pois já sabíamos que a Assistência Farmacêutica estava em desenvolvimento no Brasil, e que teríamos construído um delineamento sobre gestão da Assistência Farmacêutica, que estaria ligado à política pública e aos referenciais utilizados em todo o campo da saúde pública brasileira. Entretanto, sabíamos que, para a tecnologia ‘medicamento’, era requerido mais do que serviços técnico-gerenciais-administrativos, pois medicamentos nesta sociedade pós-moderna tem, em seu sentido, diversos significados e nós, na farmácia, precisaríamos estar atentos e sensíveis a essa simbologia.

Ao pensar no enigma da tese, coloquei as indagações citadas acima, somadas ao meu enorme interesse de realizar pesquisa de campo (já consolidado pelo mestrado), pois sabia que não conseguiria responder a tudo que precisava se me mantivesse nos 4 anos de pesquisa somente dentro da Universidade, sem ver de fato como e com quais dimensões os farmacêuticos estavam trabalhando. Daí, o interesse em estudar na chave ‘serviços farmacêuticos’. Não só porque era tema emergente na área, mas porque eu, enquanto pesquisadora e defensora do SUS, sabia que o que vinha se debatendo sobre serviços não era o que acontecia no concreto, material e cotidiano da vida dos farmacêuticos do SUS.

Apostamos na Atenção Primária à Saúde como o campo da pesquisa, pois ela é considerada a porta de entrada do sistema, mas, mais do que isso, como meio para, de fato, melhorar as condições de vida das pessoas, sem apenas se voltar para soluções biomédicas. Em momento oportuno, o município de São Paulo estava em pleno andamento com os serviços

farmacêuticos na APS, e foi possível realizar a pesquisa com incentivo da Área Técnica de Assistência Farmacêutica do referido município.

Ademais, em 2017 e 2018, foi submetido um projeto para o CNPq com a intenção de um Sanduíche na University of Toronto – UTORONTO no Canadá, com o objetivo de conhecer os serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde naquele país e estabelecer paralelos com o Brasil. Entretanto, nas duas tentativas, em função dos recursos escassos destinados a pesquisa no Brasil nestes anos, não foi possível realizar o projeto.

Esta tese está apresentada em: introdução e referencial teórico, que contextualiza e busca conceituar os serviços na dimensão de trabalho; a Atenção Primária à Saúde; e a Assistência Farmacêutica como matriz fundamental para o nascimento dos serviços farmacêuticos no SUS e que se refere às necessidades em saúde.

A seguir, apresenta-se um percurso metodológico que situa, na cena da pesquisa científica, as opções feitas nessa tese para a pesquisa qualitativa e o caminho para a etnografia, bebendo das fontes antropológicas, especificamente da Observação Participante.

Posteriormente, seguem os resultados e discussão, onde se apresentam três artigos a serem submetidos a periódicos especializados e indexados. O primeiro diz respeito a um estudo exploratório, que utiliza da percepção dos farmacêuticos da SMS-SP, para uma primeira aproximação do desenvolvimento dos seus serviços na APS. O segundo artigo apresenta a trajetória do construto teórico-metodológico, tendo como forma a observação participante e, demonstrando com a experiência, uma pesquisa para a farmácia. O terceiro artigo demonstra as categorias conceituais que emergiram da Observação Participante. Por fim, apresentam-se as considerações finais da tese e, em anexo, encontram-se os três cadernos de campo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 Trabalho e Serviço.....	27
2.2 Atenção Primária à Saúde	42
2.3 Necessidade em saúde	47
2.4 Assistência Farmacêutica: nascedouro dos serviços farmacêuticos no SUS	53
3 OBJETIVOS	63
4 PERCURSO METODOLÓGICO	65
4.1 A construção do objeto de pesquisa: aspectos da metodologia qualitativa	66
4.2 Cenário da Pesquisa.....	67
4.3 Estudo exploratório	70
4.4 Observação Participante	73
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
Artigo I - Uma visão ampliada sobre saúde e serviços farmacêuticos: atendendo às necessidades na Atenção Primária à Saúde.....	95
Artigo II - Observação Participante no estudo da Atenção Primária à Saúde: reflexões acerca do desenvolvimento teórico-metodológico utilizando o caso dos serviços farmacêuticos.....	111
Artigo III - Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: modelos em disputa.....	133
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	161
ANEXOS	181

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde é o modelo central de atenção escolhido pelo Brasil para o SUS, desde a Reforma Sanitária. Teve sua origem na concepção de cuidados primários em saúde, expressos na então Conferência de Alma-Ata, em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), constituindo a Declaração de Alma-Ata, que afirma:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (ALMA-ATA, 1978, p.1-2).

No Brasil, no início da década de 1990, desenvolvem-se programas chamados de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que rapidamente trazem resultados em saúde, e posteriormente publicam-se duas Políticas Nacionais de Atenção Básica (2006a e 2011), recentemente revistas (2017), demonstrando o enorme afastamento das concepções iniciais sobre APS e cuidados primários (BRASIL, 2006; 2011; 2017a).

A atuação do farmacêutico nos Sistemas de Saúde não poderia estar desconexa aos modelos de atenção à saúde. As mudanças de paradigmas acontecendo na profissão e o desenvolvimento de práticas centradas na atenção ao paciente possibilitaram uma resignificação de sua natureza como profissional de saúde, ascendendo uma discussão mais ampliada sobre os serviços farmacêuticos.

No Brasil, inúmeras construções sobre esse tema vêm acontecendo nas últimas décadas, a saber, as publicações das Políticas Nacionais de Medicamentos (BRASIL, 1998) e de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004); as resoluções da ANVISA como a RDC nº. 44, sobre as boas práticas farmacêuticas (BRASIL, 2009); a proposta de consenso brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002); as resoluções e documentos das entidades de representação como as portarias do CFF nº. 585 e 586 (BRASIL, 2013a, 2013b); o documento sobre o Arcabouço Conceitual que se refere a Serviços Farmacêuticos (BRASIL, 2016a); as iniciativas do próprio Ministério da Saúde com os Cadernos de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica (BRASIL,

2014); o desenvolvimento de estratégias de educação permanente como as edições do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica EaD pela UFSC (SANTOS et al., 2016), o Curso de Farmacêuticos na Atenção Básica da UFRGS (GPDAF, 2019); os movimentos realizados de forma nacional e liderados pela Associação Brasileira de Educação Farmacêutica para a publicação das DCN para a farmácia (BRASIL, 2017); e tantas outras iniciativas e ações descritas por Bermudez et al. (2018), que colaboram atualmente para um debate importante para o desenvolvimento da Saúde Pública brasileira e seus desdobramentos para a Assistência Farmacêutica.

Há uma variedade de termos e descritores. Ao pesquisar o termo ‘Serviço farmacêutico’ no DeCS, este descritor não é encontrado. Porém, o termo em inglês ‘*Pharmaceutical Services*’, tem os descritores correspondentes em português ‘Assistência Farmacêutica’ e espanhol ‘*Servicios Farmacéuticos*’. Seus sinônimos são ‘*Pharmaceutical Care; Pharmaceutic Service; Pharmaceutic Services*’.

No DeCS, o termo em português ‘Assistência Farmacêutica’, tem como sinônimos ‘Atenção Farmacêutica; Cuidados Farmacêuticos; Serviços de Assistência Farmacêutica. Sua definição é:

- 1) Serviços farmacêuticos totais oferecidos por farmacêuticos qualificados. Além da preparação e distribuição de produtos médicos, podem incluir serviços de consultoria para agências e instituições que não possuem farmacêutico qualificado.
- 2) Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o 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. (BRASIL, 2004).
- 3) Atenção Farmacêutica (Pharmaceutical Care): É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002).

Para esta tese, situam-se os serviços farmacêuticos na concepção de Meirelles (2006), como a realização de trabalho em processo, sob alguns postulados: serviço é trabalho na sua acepção ampla e fundamental, podendo ser realizado não só através dos recursos humanos (trabalho humano) como também através das máquinas e equipamentos (trabalho mecânico);

serviço é trabalho em processo, ou seja, serviço é trabalho na concepção dinâmica do termo, trabalho em ação; todo serviço é realização de trabalho, mas nem toda realização de trabalho é serviço, ou seja, não existe uma relação biunívoca entre serviço e trabalho; e serviços são caracterizados pela intangibilidade, inestocabilidade e interatividade (MEIRELLES, 2006).

Além disso, substancialmente na área da farmácia, há a necessidade histórica de construir pontes sobre o campo da Farmácia Clínica e as intersecções com as políticas públicas farmacêuticas no Brasil, e seus desdobramentos sobre o acesso a medicamentos e a gestão da Assistência Farmacêutica. Para tanto, na compreensão deste trabalho, dois grupos de pesquisa foram fundamentais: Farmácia Universitária da USP (FARMUSP) com a construção de modelos de ensino-aprendizagem que contribuem com o aporte teórico e prático da atuação clínica do farmacêutico, aliado ao grupo “Política e Serviços Farmacêuticos” da Universidade Federal de Santa Catarina, que desenvolve trabalhos de pesquisa e extensão para a qualificação dos serviços farmacêuticos e da educação farmacêutica, com o desenvolvimento de tecnologias e processos, além da avaliação e acompanhamento de políticas públicas.

Nesse contexto, desenharam-se as motivações para o desenvolvimento desta tese:

- A farmácia na Atenção Primária à Saúde, considerando como um local de atuação do farmacêutico, com boa empregabilidade e possibilidade de desenvolvimento de uma atuação não tão ligada a histórica formação do farmacêutico no desenvolvimento e produção de medicamentos.
- O debate sobre serviços farmacêuticos utilizando dados concretos e sobre a realidade de um município com as dimensões de São Paulo.
- As reflexões sobre os serviços desenvolvidos na APS e nos esforços para a compreensão deles como necessidades em saúde.
- A pesquisa qualitativa como fonte para o aprofundamento do conhecimento e forma de compreensão do homem em sua sociabilidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Trabalho e Serviço

A partir da necessidade do entendimento mais ampliado e profundo sobre Serviços, recorreu-se nesta tese à Anita Kon, que tem sua obra pautada na Nova Economia Política dos Serviços, integrando novas interpretações sobre as mudanças ocorridas no contexto mundial recente, bem como sobre o papel das políticas públicas nesse ambiente em reformulação. A Economia Política contemporânea, aqui denominada Nova Economia Política, engloba uma interdisciplinaridade que aproxima o estudo da economia das tomadas de decisão e de comportamentos que têm a ver com ela e outros campos de estudo das relações na sociedade, que buscam explicar as mudanças fundamentais nesse ambiente e afetam os pressupostos e os resultados econômicos (KON, 2015a).

As transformações da economia mundial durante os últimos 23 anos têm sido caracterizadas por uma elevação da economia de serviços. Grande parte do desenvolvimento dos países se deu através da passagem de economias agropecuárias no século XIX para economias industriais e manufatureiras na maior parte do século seguinte, para finalmente se tornarem economias em que os serviços assumem um papel preponderante como impulsor do desenvolvimento econômico, ao lado da indústria manufatureira (KON, 2015a).

Assim, o termo Economia dos Serviços tenta distinguir o novo papel dos serviços, que trouxe consigo a necessidade de reformulação de antigos conceitos, a exigência de um melhor entendimento sobre a complexidade do setor e da natureza dos seus relacionamentos com os demais setores econômicos (KON, 2015a).

Embora o crescimento do setor de serviços revele uma situação de mudança estrutural, análoga à que ocorreu na fase de reorganização da economia rural para a industrial, alguns autores chamam a atenção para o fato de que em algumas sociedades as mudanças consideráveis em direção à terceirização ocorrem com mais ênfase no emprego e não no produto. Nos últimos anos, os países industrializados tornaram-se economias de serviços (KON, 2015a).

A reestruturação organizacional associada a novas tecnologias, à terceirização e às fusões apresentam como resultados, por um lado, a destruição de um número considerável de empregos,

porém, por outro lado, cria uma série de novas necessidades de consumo e de serviços complementares (KON, 2015a).

A concepção das atividades de serviços como diretamente geradoras de produto e indiretamente de riqueza, evoluiu historicamente de forma paralela à própria relevância dessas atividades no contexto da estrutura econômica de uma nação. A partir desse enfoque, observou-se, nas primeiras concepções teóricas que enfocaram esse assunto, encontradas nos textos de Economia Política, a preocupação de embasar as ideias conceituais a respeito da produção das atividades hoje ditas terciárias, em diferentes conotações dadas à noção de valor (KON, 2015a).

A ideia preponderante nas teorias revisadas é a de que o valor é o trabalho, de forma que os bens contêm o trabalho que os produziu. Essa noção justificará as posteriores ideias de que serviços imateriais também devem ser valorados de acordo com o trabalho contido (KON, 2015a).

No século XVIII, os fisiocratas divulgavam a ideia segundo a qual o trabalho agrícola era o único produtivo, sendo a terra a exclusiva fonte de riquezas, ou seja, o único fator de produção obedecendo a uma ordem natural e essencial das sociedades humanas. Unicamente o solo (agricultura e mineração) era produtivo. As atividades de manufatura e as demais eram consideradas “estéreis”, não por serem dispensáveis, mas pelo fato de que apenas os trabalhos diretos com a natureza eram vistos como criadores de novas formas adicionais de riqueza; a atividade estéril do trabalhador lhes acrescentaria seu próprio valor, ou seja, apenas o valor das coisas consumidas no próprio processo, sem gerar um excedente real que levaria a qualquer produção nova (KON, 2015a).

A ideia dos clássicos sobre a produção de serviços teve como base uma concepção de valor diferente dos fisiocratas, para eles prevalece a ideia de valor de uso e valor de troca. Adam Smith enfoca a discussão no valor de troca. Os clássicos reconhecem a contribuição das atividades terciárias ao produto gerado pela economia, embora neguem explicitamente seu caráter “produtivo”. Na teoria clássica do valor, está explícita ainda a ideia de que o homem é vivo e a natureza é morta; só o trabalho do homem cria valores, a natureza é passiva (KON, 2015a).

Dessa forma, as atividades manufatureiras já passam a ser consideradas produtivas, como as agrícolas, ficando reservado aos serviços o caráter de improdutivo. Por exemplo, profissões de proteção, segurança e defesa da comunidade, eclesiásticos, advogados, médicos, homens de letras, atores, músicos. Essas profissões improdutivas eram pagas pela parte da produção anual

destinada a constituir renda, enquanto as produtivas eram financiadas pela parte que se destinasse a repor o capital (KON, 2015a).

O papel dos serviços no desenvolvimento econômico é considerado subordinado às demais atividades e se torna visível apenas enquanto o setor manufatureiro o for, de modo que este último setor decresce e a base de exportação de bens manufaturados recua. A diversificação das atividades de serviços na segunda metade do século XX motivou uma nova visão sobre as características, o comportamento e o papel dessas atividades como indutoras do desenvolvimento econômico (KON, 2015a).

2.1.1 Setores das atividades produtivas

A classificação dos setores primário, secundário e terciário já era inerente nas análises anteriormente apresentadas. Já estava presente no pensamento de clássicos como Adam Smith, Jean-Batiste Say e Karl Marx. O termo “terciário” foi introduzido por Fisher em 1935, paralelamente à construção dos termos “secundário” e “primário”, referindo-se aos setores manufatureiros e agropecuário. Na época, os serviços eram posicionados como atividades econômicas de menor relevância ou de terceiro grau de importância (KON, 2015b).

Foi apenas quando o setor secundário mostrou sinais de estagnação na década de 1970 e o setor terciário emergiu como um setor de potencial crescimento que os teóricos começaram a estudar essas atividades em maior profundidade para tentar esclarecer a natureza do objeto de sua investigação a posição anterior, em que os serviços eram considerados não produtivos ou de natureza parasitária em relação à manufatura (KON, 2015b).

Sendo assim, Fisher e Clark (1935/1940) e Fuchs (1968) desenvolveram tipologias sobre os setores de atividades produtivas, sendo essas as mais tradicionais (MEIRELLES, 2006; KON 2015b).

Quadro 1 - Tipologias sobre os setores de atividades produtivas

Autor	Tipologia
Fisher e Clark	Primário: agricultura e mineração Secundário: manufatura

	Terciário: residual
Fuchs	Agricultura Indústria: mineração, manufatura, transportes, utilidades Serviços: comércio, empresariais, governo

Fonte: Adaptado de Kon, 2015 b.

A separação de bens e serviços é um conceito importante. Bem é um objeto físico apropriável e transferível entre unidades econômicas, enquanto serviço é definido como uma mudança na condição de uma pessoa ou de um bem. O processo de produzir um serviço é a atividade que afeta a pessoa ou os bens, enquanto o produto é a mudança na condição da pessoa ou do bem afetado. Os serviços não são bens materiais, porém, não são usualmente transferíveis de uma unidade econômica a outra (HILL, 1977; KON, 2015b).

A característica de durabilidade e de transportabilidade nem sempre se ajusta perfeitamente à definição de um bem ou serviço, pois além de serem extremamente duráveis, certos serviços são transportáveis, como no caso de um *software*. Hill (1977) ainda ressalta que uma mesma atividade, pode ser classificada como produção de bens ou de serviço, como a pintura, dependendo da organização do processo de produção entre diferentes unidades (KON, 2015b).

Não há um setor de serviços; ao invés, existe um setor de atividades que aumentou em diversidade e em especialização à medida que a sociedade evoluiu, e os serviços são uma forma de absorver o excedente populacional gerado pelo aumento da produtividade na agricultura e na indústria (KON, 2015b).

2.1.2 Diferentes abordagens das tipologias sobre serviços

A característica básica das atividades de serviços é representada pela simultaneidade entre fornecimento do serviço e consumo, ou seja, essas etapas podem estar contidas em espaços de tempo coincidentes ou não, e dessa forma, as definições e classificações teóricas têm se diferenciado no decorrer do tempo à medida que ocorre uma evolução de atividades tradicionais, bem como a criação de novas modalidades de serviços (KON, 2015b).

A palavra “serviços” pode ter conotações diferenciadas, significando tanto um grupo de atividades (ensino, saúde, cultura) quanto os produtos resultantes dessas atividades (aulas realizadas, atendimento médico, concertos musicais) (KON, 2015b).

Será serviço uma categoria específica, com características fundamentalmente diferentes de um bem/produto?

Walker (1985) salienta que a distinção entre bens e serviços reside na forma de trabalho e no seu produto. Um bem é um objeto material produzido pelo trabalho humano, porém um trabalho em serviços é um trabalho que não toma forma de um produto material, portanto é normalmente não reproduzível por outros trabalhadores.

Marshall (1988) elaborou uma classificação de atividades de serviços especificamente relacionados às empresas, agrupados de acordo com suas funções específicas de acordo com classificação estabelecida pela ONU, sendo: serviços de processamento de informações, serviços relacionados a bens e serviços de apoio ao pessoal.

Certas subcategorias de indústrias de serviços para empresas foram distinguidas por Marshall no sentido de enfatizar os mercados desses serviços; essa classificação fornece uma distinção entre os serviços às empresas que servem ao mercado interno ou externo (KON, 2015b).

Gallouj (2002) desenvolveu uma classificação de tipos de serviços tendo como base o grau de padronização e de capacitação profissional:

- Quase bens: serviços padronizados que exigem alto grau de treinamento;
- Quase bens, pacotes, operações e serviços, manuais padronizados: demanda intermediária e baixo grau de treinamento profissional;
- Serviços manuais e operacionais customizados de informações e relacionais: não padronizados, demandam grau baixo ou médio de treinamento;
- Serviços intelectuais ou profissionais: não padronizados, demanda alto grau de treinamento profissional.

Illeris (2007) desenvolveu uma classificação dos serviços com base no objeto para o qual se destina a provisão de serviços e identificou que para o objeto pessoas, os serviços individualizados são os de: educação; saúde; esportes; cuidados corporais.

As tipologias podem ser interpretações diferenciadas se forem consideradas a partir da abordagem que visualiza uma função-serviço com potencial de outra unidade econômica, como

exemplificada pela substituição de serviços de lavanderia por máquinas domésticas e do transporte público pelo carro particular (KON, 2015b).

A contingência da mensuração dos serviços trouxe consigo a necessidade da formação de conceitos e classificações que permitissem a materialização, em valores monetários, da geração do produto intangível e que possibilitassem a compatibilização internacional dos conceitos para fins de comparabilidade (KON, 2015b).

Quadro 2 - Tipologias de Setores de Serviços

Autor	Tipologia
Foot e Hatt (1953)	Terciário: restaurantes, hotéis lavanderia Quaternário: transportes, comunicação, comércio Quinário: saúde, educação, recreação
Singer (1981)	Serviços às empresas De consumo coletivo De consumo individual
Marshall (1988)	Serviços de processamento de informações Serviços relacionados à produção de bens e mercadorias Serviços pessoais
ONU (1993)	Comércio, reparação e serviços de manutenção Hotéis e restaurantes Transportes e comunicação Atividades financeiras Comércio de imóveis Administração pública Educação Saúde e serviços sociais Serviços de tratamento de esgoto, associações

	Serviços domésticos Serviços diplomáticos e internacionais
Kon (2015b)	Setores de serviços tradicionais: alojamento e alimentação Setores de serviços medianos: administração pública, imobiliárias, serviços às empresas e famílias, correios Setores de serviços avançados: informática e conexas, atividades financeiras, educação, saúde e serviços sociais, telecomunicações

Fonte: Adaptado de Kon, 2015b.

No que se refere a essa abordagem de processamento, os serviços podem ser categorizados de acordo com o papel que desempenham no processo produtivo, distinguindo-os como produtos primários, intermediários e finais. Os serviços primários são os que executam funções de ligação elementares, sem referência ao objetivo da atividade que desempenham. Todos os serviços de trabalho não qualificado caem nessa categoria, ou seja, são sinônimos do trabalho primário não qualificado em qualquer tipo de ocupação e podem ser facilmente deslocados de um tipo de ocupação para outro. Os serviços intermediários são produtos de serviços compostos de três fatores de produção elementares que entram em sua produção, ou seja, capital, trabalho e capital físico. São, com frequência, atividades complexas que envolvem a coleta e a aplicação de dados. Sua organização e estruturação elementar é observada em uma forma que é conhecida como informação, e é matéria-prima de produtos de serviços finais. Por sua vez, os produtos finais envolvem um grau mais ou menos elaborado de processamento e manipulação da informação designada a adaptar as bases de dados não elaboradas aos requisitos das funções específicas desempenhadas pelos fornecedores de serviços (KON, 2015b).

A diferença entre os serviços e bens, com relação a essa classificação de produtos, é a natureza física dos bens que permite a identificação de processos lineares de produção baseados em características físicas dos materiais básicos, enquanto no caso dos serviços não há características físicas para embasar a definição de processos lineares de produção; a única forma

de definir o produto de um serviço é em termos do conteúdo de conhecimento do ato (KON, 2015b).

O produto dos serviços tem uma condição de transformação que é fundamentalmente diferente de um produto material, essa transformação não pode ser delineada de modo claro, como no caso do ensino. Isso significa que a mensuração de conceitos econômicos básicos como de valor agregado e produtividade são difíceis de ser aplicados a algumas formas de serviços (KON, 2015b).

Quanto à intensidade do trabalho, observa-se que na medida em que ocorre o processo tecnológico e o avanço da informática assumem processos de produção fortemente baseados em equipamentos e com baixa intensidade de trabalho (KON, 2015b).

São características de Atividades de Serviços (KON, 2015b):

- **Materialidade:** os serviços são observados como produzindo produtos intangíveis e perecíveis, visto que são consumidos no ato da produção e não podem ser estocados.
- **Interação Consumidor-Produtor:** existe um alto contato e com frequência o consumidor participa do processo de produção do serviço.
- **Eficiência:** As medidas de eficiência são subjetivas. Seu controle e qualidade envolve o consumidor e está embutido no processo de produção, pois o serviço frequentemente não pode ser controlado e rejeitado pelo produtor antes de ser efetuado.
- **Estocagem:** Incapacidade de serem estocados, mantidos ou trocados.

Os serviços podem ter algumas propriedades, mesmo que algumas não são mais aplicáveis a serviços na atualidade ou apenas a certos serviços. Na visão de Gershuny e Miles (1983), para compreender as bases históricas e futuras de desenvolvimento do setor serviços é necessária uma perspectiva mais ampla de análise, incluindo não apenas as características de produção e consumo, mas também a organização e a estrutura de produção dos serviços (MEIRELLES, 2006).

Quadro 3 - Propriedades econômicas dos Serviços

Categoria	Condição	Transformações Recentes nas Características dos Serviços
-----------	----------	--

Produção	Produção artesanal; economias em escala limitada; intermitência; incorporação de outra produção.	<p>Trabalho: serviços antes altamente profissionalizados principalmente pessoal especializado em relações interpessoais, bem como outros não qualificados, que envolvem trabalho casual ou em período parcial, transformam-se em serviços com dependência reduzida das qualificações caras e escassas de mão de obra.</p> <p>Organização do processo de trabalho: A força de trabalho antes envolvida na produção artesanal, com limitado controle gerencial sobre os detalhes do trabalho, é gradualmente substituída pela utilização da Tecnologia da Informação para monitorar a força de trabalho.</p> <p>Características da produção: A produção anteriormente não contínua, com limitadas economias de escala, passa a ser padronizada, reorganizada de maneira mais conjunta entre suas unidades, com componentes padronizados e alta divisão do trabalho.</p>
Produto	Imaterial/intangível. Valoração (através de insumos de trabalho); não estocáveis; personalizado, intenso em informação.	Natureza do produto: produtos não materiais, intensivos de informação, difíceis de estocar e transportar, e que acarretam dificuldades para a distinção entre processo e produto, passam a adicionar alguns componentes materiais.

Consumo	Confiança na relação usuário/produtor; produzido para consumo em espaço de tempo e lugar definido; satisfaz necessidades psicológicas.	Organização do consumo: serviços que apresentam dificuldades na separação da produção de consumo em economias formais e informais passam a apresentar uso crescente de autosserviço com a utilização de tecnologias inovadoras existentes de bem de consumo final.
Mercado	Não transportável e exportável; difícil apropriação; não rentáveis; regulação pública e profissional	Regulação: A regulação profissional comum de certos serviços passa a utilizar bases de dados através de instituições reguladoras e fornecedores de serviços a fim de fornecer e analisar indicadores de desempenho e diagnóstico da situação.

Fonte: Adaptado de Kon, 2015b.

As características observadas nas seções anteriores não se aplicam igualmente aos setores público e privado, devido à natureza específica dos serviços público por um lado, e por outro, aos objetivos diversos de lucro ou de função social. A natureza específica social dos serviços públicos e o caráter de busca de lucratividade dos serviços privados resultam em transformações diferenciadas por esses setores com relação ao fornecimento de serviços (KON, 2015b).

Os serviços públicos tendem a ser analisados não totalmente por critérios econômicos de custos e lucros, mas através de critérios sociais, incluindo a possibilidade de acesso dos consumidores e a qualidade do produto (KON, 2015b).

Nos anos de 1960 e 1970, alguns fatores característicos da conjuntura resultaram em reestruturação do setor público em muitos países de vários níveis de desenvolvimento. É possível identificarmos os seguintes fatores: a demanda para a melhoria dos serviços e de educação; a expansão da infraestrutura de transportes e de comunicação; crescimento dos gastos com a defesa de alguns países, especialmente no que tange a “Guerra Fria”, entre o Leste e o Oeste; mudanças demográficas, que incluíam o crescimento da proporção de idosos, com maior necessidade de serviços de saúde e previdência, sobre a população; mudanças na composição familiar, que incluíam maior número de mulheres que trabalham fora de suas residências; políticas públicas

intervencionistas para dirigir o crescimento econômico e reestruturação da produtividade capitalista, requerendo maior número de trabalhadores governamentais; maior controle físico do planejamento para restringir ou conduzir o crescimento urbano e industrial e, assim, minimizar o impacto ambiental; as melhorias de todas as partes do setor público eram vistas como parte integral do longo “boom” econômico pós-1945 até meados da década de 1970 (MARSHALL, WOOD, 1995; KON, 2015b).

Meirelles (2006) observa as características dos serviços, conferindo seu potencial de se fazer presente em três níveis de processos econômicos:

- 1) Processo de Trabalho Puro: Serviço puro, que consiste em realizar um trabalho único e exclusivo. O resultado do processo de trabalho é o próprio trabalho, não necessariamente um produto resultante. Exemplos: domésticos, entretenimento e lazer, assistência técnica, pesquisa e desenvolvimento de produtos, serviços de saúde e educação.
- 2) Processo de Transformação: o serviço de transformação consiste em realizar o trabalho necessário à transformação de insumos e matérias-primas em novos produtos. Exemplo: serviços de alimentação, decorrentes de terceirização e processos de transformação.
- 3) Processo de Troca e Circulação: Serviço de troca e circulação consiste em realizar o trabalho de troca e circulação, seja de pessoas, bens (tangíveis e intangíveis), moeda. Exemplo serviços bancários, comerciais, armazenamento e transporte, comunicação.

Meirelles (2006), apresenta uma análise sobre autores clássicos e contemporâneos. A visão dos clássicos a respeito dos serviços e do seu papel na dinâmica econômica está relacionada fundamentalmente às diferentes concepções a respeito do processo de geração de valor na economia.

É um debate entre a teoria do valor-trabalho, aqui representada por Marx e Smith, cuja ótica de análise está voltada para os aspectos de oferta, em que a produção industrial é o “*hard core*” do sistema econômico, sobrepondo-se a toda e qualquer atividade intangível como é o caso das atividades de serviço e, de outro lado, a teoria do valor-utilidade, aqui representada por Say, Mill e Walras, baseadas numa ótica de análise voltada essencialmente para os aspectos de demanda (MEIRELLES, 2006).

Com base em Smith e Marx, Meirelles (2006) compreende o valor a partir da quantidade de trabalho incorporada no processo de produção das mercadorias. Entretanto, os dois tinham divergências conceituais. Para Smith um bem/mercadoria só tem valor quando é palpável, concreto, visível e estocável, de forma que o trabalho nele aplicado seja reprodutível. A perpetuação do valor pressupõe uma base material de suporte. Portanto, trabalho produtivo, para Smith é todo trabalho reprodutível, que forma uma reserva de valor, concreta e material, de modo a possibilitar a acumulação de riqueza. Então, o trabalho é improdutivo quando não acumula riqueza, não se fixa em nenhum objeto ou bem físico concreto e material, não forma uma reserva de valor que possibilite a aquisição de novos bens e/ou serviços. Este é o caso das atividades de serviço, essencialmente intangíveis. É um trabalho incapaz de armazenar valor e alavancar novas atividades, não contribuindo direta e ativamente na formação do produto anual de um país, devendo, portanto, ser considerado improdutivo e de baixa rentabilidade.

Em Marx, não é a materialidade do produto que define se determinada atividade econômica é ou não produtiva, isto é, se ela agrega ou não valor, pois a relação de compra e venda não é uma relação entre objetos e coisas, e sim uma relação social (MEIRELLES, 2006).

Nessa perspectiva, a definição de trabalho produtivo se dá de forma independente do conteúdo material e tangível da mercadoria (MEIRELLES, 2006). O trabalho é produtivo quando contribui para a formação de um excedente na economia, é necessário que a realização do trabalho seja baseada na capacidade de geração de mais-valia, sob a forma de lucros, que define se uma atividade é ou não produtiva, seja ela uma atividade de produção de bens ou um serviço. Portanto, os serviços estão também determinados em relações capitalistas de produção (MARX, 1983).

Marx avança significativamente em relação a Smith, porque todos os serviços cujo processo produtivo se dê em bases capitalistas de produção são considerados produtivos, pois são um trabalho que agrega valor, independentemente do resultado deste processo ser tangível ou intangível. Lamentavelmente, porém, mesmo considerando a possibilidade das atividades de serviço serem produtivas, Marx abandona esta perspectiva de análise, dedicando pouca ou quase nenhuma atenção aos serviços. Preocupado em explicar o mundo econômico de sua época, o “mundo das mercadorias”, o autor dedica seus esforços teóricos à compreensão da lógica de funcionamento da economia capitalista baseada essencialmente na produção industrial (MEIRELLES, 2006).

No mesmo artigo, Meirelles (2006), discorre sobre a visão dos utilitaristas, que partem do princípio da utilidade, verificam-se diferenças entre estes autores, notadamente no que se refere ao conceito de trabalho produtivo. Independentemente das características formais do processo produtivo ou do produto, se mais ou menos tangível, todas as atividades que produzem utilidade são consideradas produtivas. Nesta perspectiva analítica, todos os serviços, de natureza essencialmente intangível, são considerados produtivos, porque são geradores de “utilidade” e, portanto, de riqueza.

Walras (1983), buscando os princípios gerais que comandavam uma economia de trocas, examinou os capitais e rendimentos, denomina riqueza social o conjunto de coisas materiais e imateriais que são raras, e considera que os capitais e rendimentos nos quais se divide essa riqueza social são, eles próprios, materiais e imateriais. Os rendimentos, que consistem na própria utilização de capitais, denominados serviços, subdividem-se em dois tipos: i. Os que são absorvidos no consumo tal como estão, como as consultas médicas e de advogados, e são chamados serviços consumíveis; ii. Os que são transformados pela agricultura, indústria e comércio em rendimentos ou capitais e são denominados produtivos (MEIRELLES, 2006).

Novamente se observa a ideia de complementaridade das atividades de serviços, já adquirindo uma conotação moderna no que se refere à percepção da importância crescente das atividades financeiras e das comunicações e transportes, não só como auxiliares à produção dos objetivos materiais, mas como geradoras de um produto em si. Dessa forma, ao introduzir uma conotação psicológica de “necessidades” a satisfazer como determinantes da utilidade de um produto econômico, os utilitaristas se preocupavam com o problema de como essas diferentes “necessidades” deveriam ser tratadas em suas análises (necessidades de consumo de bens físicos e de serviços imateriais) e de como valorar sua satisfação ou seu consumo (MEIRELLES, 2006).

Mill (1848), desenvolve sua teoria na análise do trabalho como agente de produção. O trabalho é um deslocador de objetos físicos (recursos naturais, máquinas e equipamentos etc.), pois estes objetos em si mesmos não são capazes de se movimentar e gerar valor. A concepção de riqueza material subjacente nesta definição de Mill é, em princípio, incompatível com o enfoque utilitarista. Neste sentido, para que um serviço seja considerado produtivo o importante é que a utilidade gerada seja incorporada de forma permanente no estoque de riqueza do país. O trabalho que cria utilidade incorporada em seres humanos, por exemplo, como é o caso dos serviços de educação, deve ser considerado produtivo na medida em que os homens que se apropriam da

utilidade gerada fabricam produtos que, por seu turno, se incorporam no estoque de riqueza do país (MEIRELLES, 2006).

Meirelles (2006), debruçou-se sobre as abordagens contemporâneas respeito das características dos serviços. A análise focada na **oferta** define três características que distinguem os serviços das demais atividades econômicas: fluxo, variedade e uso intensivo de recursos humanos. A característica de fluxo reflete fundamentalmente as propriedades de simultaneidade e de continuidade do processo de prestação do serviço, de modo que o serviço acontece sob a forma de fluxo, um fluxo de trabalho contínuo no tempo e no espaço. Esta simultaneidade resulta, por seu turno, em duas propriedades, que são a inestocabilidade e a incomensurabilidade (MEIRELLES, 2006).

A variedade, se refere à diversidade de técnicas produtivas e às diferenças no tamanho e na margem de lucro das empresas prestadoras de serviço. Por último, a terceira característica, o uso intensivo de recursos humanos, reflete o fato de que, apesar da crescente incorporação do progresso técnico, através de máquinas e equipamentos, os recursos humanos representam o fator produtivo predominante no processo de prestação de serviço (MEIRELLES, 2006).

A análise centrada na **demanda** busca analisar os serviços a partir do seu uso, da função desempenhada e do tipo de consumidor. A hipótese adotada é a de que a dinâmica do setor varia de acordo com o fim último e com o grupo de consumidores a que se destinam os serviços (MEIRELLES, 2006).

A fragilidade das abordagens contemporâneas, conforme colocado por Marshall e Wood (1995), tem suas raízes na própria metodologia de classificação do padrão ISIC — *International Standard Industrial Classification* — adotada por organismos multilaterais, como ONU, Banco Mundial e FMI. Por ser uma metodologia de cunho eminentemente industrial e derivada de uma visão essencialmente material (tangível) da economia, acaba-se tratando as atividades de serviço como uma categoria residual — um saldo decorrente da diferença entre o montante do valor total agregado na economia e o montante agregado nas atividades de indústria e agricultura —, abarcando uma variada gama de atividades sem nenhum nexos conceitual ou analítico. Neste sentido, este padrão conduz a uma série de equívocos quanto às características essenciais dos serviços e o seu papel na dinâmica econômica (MEIRELLES, 2006).

Meirelles (2006), define então uma proposta de abordagem teórica. A hipótese é que a natureza específica das atividades de serviço reside no fato de serem essencialmente realização de trabalho.

Da hipótese de que serviço é realização de trabalho, derivam-se três postulados (MEIRELLES, 2006):

1) Serviço é trabalho na sua acepção ampla e fundamental, podendo ser realizado não só através dos recursos humanos (trabalho humano), como também por meio das máquinas e equipamentos (trabalho mecânico).

2) Serviço é trabalho em processo, ou seja, serviço é trabalho na concepção dinâmica do termo, trabalho em ação.

3) Todo serviço é realização de trabalho, mas nem toda realização de trabalho é serviço, ou seja, não existe uma relação biunívoca entre serviço e trabalho.

O segundo postulado estabelece uma distinção fundamental entre serviço e produto. Enquanto serviço é trabalho em processo, produto, por outro lado, é o resultado deste processo, ou seja, é um trabalho acumulado, um trabalho objetivado. Neste sentido, o produto ao qual os serviços estão relacionados pode ser tangível ou intangível, ou seja, tanto pode ser um bem físico ou uma informação, pois o que caracteriza efetivamente uma atividade como de serviço é, única e exclusivamente, a realização de trabalho. É possível distinguir serviço não só do produto ao qual está associado como também dos ativos e dos insumos utilizados no processo produtivo, dado que em última instância todos estes são trabalhos acumulados, são produtos de trabalhos realizados em outros processos produtivos. O terceiro postulado, permite afirmar que em todas as etapas dos processos econômicos onde se realiza trabalho há um serviço em potencial, mas para que este potencial se realize é necessário que o processo de trabalho em questão seja uma atividade econômica autônoma, estruturada a partir de um arranjo contratual (formal ou informal), onde o propósito de sua constituição é a prestação de trabalho. As atividades de serviço apresentam em sua origem e constituição uma natureza essencialmente contratual (MEIRELLES, 2006).

A classificação dos serviços é apenas um recurso analítico para a compreensão das várias formas possíveis de ocorrência de tais atividades no sistema econômico, pois todo e qualquer serviço é realização de trabalho em processo (MEIRELLES, 2006).

A natureza intangível dos serviços está associada à sua natureza de processo e não ao produto resultante, sendo que processo é a priori **intangível**. Por ser um processo de trabalho, a prestação de serviço tende a acontecer simultaneamente ao consumo. A produção só acontece a partir do momento em que o serviço é demandado e se encerra assim que a demanda é atendida. Esta simultaneidade entre o ato de produzir e consumir torna, por sua vez, o serviço **inestocável**, pois o seu fornecimento se dá de forma contínua no tempo e no espaço e ele se extingue tão logo se encerra o processo de trabalho. Sendo fluxo de trabalho os serviços apresentam também como atributo característico a **interatividade**, pois é condição fundamental para a prestação de qualquer serviço a interação entre prestadores e usuários de serviço (MEIRELLES, 2006).

2.2 Atenção Primária à Saúde

Ao construir um debate sobre cuidados primários em saúde, é preciso lembrar da Conferência de Alma-Ata em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na antiga União Soviética, conforme a Declaração de Alma-Ata, que completou 40 anos em 2018. Na declaração havia apostas para o entendimento da saúde como direito (ALMA-ATA, 1978) que influenciou as Reformas Sanitárias ocorridas em 1980 e 1990, principalmente em países que organizaram sistemas de saúde pública e universal (MENDONÇA et al., 2018).

Historicamente, é oportuno lembrar que, nos anos 1960, o auge do debate mundial sobre a determinação econômica e social da saúde deu impulso à crítica ao modelo biomédico e à organização dos serviços de saúde centrados na lógica hospitalar que foram os embriões dos valores da APS no mundo. As determinações sociais da saúde tinham algumas iniciativas de ser a centralidade do enfrentamento dos problemas de saúde (MENDES, CARNUT E GUERRA, 2018; BREILH, 2006).

Algum tempo depois, em 1986, o Canadá sediou a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. O contexto social foi entendido como importante determinante da saúde porque influenciava o comportamento individual, apostando na resposta a escolha do estilo de vida como diretamente relacionado a condição social de cada indivíduo (WHO, 1986), considerando as capacidades individuais como forma de determinar os desfechos do processo saúde-doença (MENDES, CARNUT E GUERRA, 2018). Utilizando o lema “Saúde Para Todos no Ano 2000”, a Carta de Ottawa/Canadá colocou como requisitos fundamentais para a saúde:

paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 1986). Esse momento foi fortemente influenciado pelo Relatório Lalonde, publicado em 1974, que analisou as principais causas de morbimortalidade no Canadá e concluiu que o foco na biologia humana, no meio ambiente e estilo de vida foram influentes no que determina a saúde (LALONDE, 1996).

Fundamental recuperar a trajetória dessa proposta após Alma-Ata, segundo Paim (2012), quando a Fundação Rockefeller empenhou-se na instalação de uma agenda alternativa e regressiva mediante a difusão de uma APS seletiva, via *United Nations Children's Fund* (UNICEF) e Banco Mundial, pois para além das lutas ideológicas em torno desse constructo de Alma-Ata, existe o poder econômico do capital e o poder político dos Estados submetidos a uma dada ordem mundial que determinam expressivamente a direcionalidade das intervenções em saúde.

Em países considerados em desenvolvimento quando comparados a países centrais no capitalismo, a APS tem sido construída de forma seletiva, ou seja, uma cesta restrita de intervenções consideradas custo-efetivas, limitando-se à atenção materno-infantil e doenças infecciosas, focalizando nas populações em pobreza extrema. Nos anos 1990 essa abordagem foi enfatizada, acompanhando programas macroeconômicos, com apoio de agências internacionais, como o Banco Mundial, ligados a programas de focalização em saúde de baixo custo, negando o direito universal à saúde (MENDONÇA et al., 2018).

Com a emergência do conceito de Cuidados Primários de Saúde e sua articulação com a meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000” foram reconhecidos princípios que a deslocariam, de uma noção de “cuidados primários” para a de “atenção primária”, fazendo corresponder à primeira o conteúdo de ações técnicas e à segunda um nível de atenção ou a porta de entrada para um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, o que caracterizaria uma inflexão histórica no conceito da APS (MOTA e SCHRAIBER, 2011).

No Brasil, já no início da década de 1980, em meio aos debates das Conferências Nacionais de Saúde, que antecederam a 8ª em 1986, a APS, por meio dos serviços básicos seria o núcleo e componente axial das relações integradoras dos municípios na conformação de estruturas nacionais, integrando as ações dos antigos “programas especiais” e outros realizados pelos estados (MOTA e SCHRAIBER, 2011).

O SUS, instituído pela Constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. A Atenção Primária à Saúde surge como uma mola propulsora de mudanças amparada nos princípios do SUS e permite espaço para experimentação de outras tecnologias do cuidado que superem o modelo hospitalocêntrico e curativista hegemônico (SANTOS et al., 2013). Paim e colaboradores (2011) lembram que a reforma do setor de saúde brasileiro ocorreu de forma simultânea ao processo de democratização, tendo sido liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil (PAIM, 2011).

Vale ressaltar que, na concepção construída de APS no Brasil incorporam-se atributos e aspectos definidos por Starfield (2002), amplamente difundidos no país (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018) e que já tem em sua concepção distanciamentos da originalidade dos Cuidados Primários de Alma-Ata (MENDES, CARNUT e GUERRA, 2018).

Concretamente no Brasil, a APS consolidou-se como política pública em 2006, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo está republicada em 2012. A APS é desenvolvida com aspectos de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Como documento complementar, publicado no mesmo ano que a primeira PNAB, o Pacto pela Saúde, foi uma estratégia para a consolidação da política brasileira, pois estabeleceu a Saúde da Família como ação prioritária a reorientação do modelo de APS no Brasil (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Anterior a esses fatos, houve a publicação da Norma Operacional Básica em 1996 (BRASIL, 1996) em que se estabeleceu transferências *per capita* para a Atenção Básica e incentivos específicos para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (MENDONÇA et al., 2018).

Segundo a PNAB, de 2006, a APS deve desempenhar papel central na organização da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010a), com as seguintes atribuições: ser porta de entrada do sistema de serviços de saúde; oferecer serviços com boa infraestrutura e qualidade bem integrados à rede assistencial; exercer cuidado contínuo ao longo do tempo, com capacidade para resolver a maioria das necessidades de saúde da população; realizar a coordenação do cuidado, considerando os fluxos estabelecidos; responsabilizar-se pela população de seu território, incentivar a ação comunitária e mediar ações intersetoriais para ampla abordagem no que tange a determinação social da saúde (BREILH, 2006; PEREIRA DE SOUZA, MENDES e CARNUT,

2019). Além de orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

Essas iniciativas possibilitaram às secretarias municipais de saúde, mediante incentivos financeiros federais (CARNUT; NARVAI, 2016), a expansão da cobertura populacional no acesso às ações de saúde e influenciaram a reorganização do modelo de atenção à saúde brasileiro - até então excludente, centrado no hospital e na assistência a casos agudos (MENDONÇA et al., 2018). A confluência de duas diretrizes - descentralização e municipalização dos serviços na APS - ao longo dos anos 1990 e 2000, determinou condições específicas para a construção do sistema de saúde brasileiro (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Diversos dispositivos e estratégias têm sido desenvolvidos para tentar responder aos desafios da APS no SUS, como a adequação da formação profissional para os serviços; a regulação do sistema de saúde; a reorganização dos processos de trabalho e sua relação intersetorial das demandas populacionais e territoriais (MENDONÇA et al., 2018), além da transformação do PSF em Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PAIM et al., 2011).

Não é possível negar os avanços de uma política nacional de APS cobrindo, em 2010, 52,2% da população brasileira por meio de equipes de saúde da família e 62,6% por intermédio dos agentes comunitários de saúde. Porém, ressalta-se que uma aproximação orgânica a esse conjunto de pessoas na defesa do direito à saúde e na construção de uma consciência sanitária crítica é que tem potencial para desenvolver uma APS como espaço de reflexão crítica e, também, de contra hegemonia (PAIM, 2012).

Outro aspecto fundamental para compreender a construção da APS brasileira, é a conformação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (BRASIL, 2008), que tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços, utilizando dos processos de territorialização e regionalização. O NASF também foi um marco para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos na APS (NAKAMURA; LEITE, 2016).

A atenção à saúde na APS sustenta-se na atuação de equipe multiprofissional, apostando na importância da interdisciplinariedade dos processos de trabalho da equipe. O trabalho multiprofissional consiste no estudo de um objeto por diferentes disciplinas, sem que haja convergência entre os conceitos e métodos, ou seja, a soma de “olhares” e métodos provenientes

de diferentes disciplinas ou práticas (ALVES; BRASILEIRO; BRITO, 2004; LUZ, 2009). O desafio da APS está em transcender as trocas de saberes em práticas profissionais (MENDONÇA et al., 2018; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Em 2015, a Organização das Nações Unidas, planejou 17 objetivos para o desenvolvimento mundial e entre eles está a sustentação da saúde e bem-estar social, por meio de cuidados de saúde primários (WHO, 2015). Recentemente, a Declaração de Astana (WHO, 2018) buscou renovar os princípios estabelecidos para a APS, porém enfatizando na aposta da cobertura universal de saúde, o que debilita a abordagem integral de APS e reforça a focalização e seletividade (GIOVANELLA et al., 2019; SANDERS et al., 2019), se afastando da concepção original de Alma-Ata (MENDES, 2018).

Uma inflexão fundamental, que deve ser tratada com seriedade em um trabalho que tem como pano de fundo a APS no Brasil atual, são as aprovações da Emenda Constitucional (EC) nº. 95/2016, que congela os recursos federais destinados ao SUS pelos próximos 20 anos e da PNAB 2017, pois elas definirão muito sobre os rumos do SUS e da APS no Brasil. As modificações propostas pela revisão da PNAB colocam em risco princípios fundamentais para a APS como a territorialização, vínculo com a equipe e Agente Comunitário de Saúde (ACS) (MENDONÇA et al., 2018).

As populações prezam por cuidados de saúde organizados em torno das suas necessidades, que respeitem as suas crenças e que sejam sensíveis à situação particular da sua vida. É preciso refletir que há a necessidade de mais cuidados de saúde do que intervenções. A APS pode ser a possibilidade de construir um processo saúde-doença-atenção com dignidade humana e as melhores condições de vida e trabalho (CHERAGI-SOHI et al., 2006).

Nesta tese, usa-se a Atenção Primária à Saúde para denominar o campo estudado, uma vez que se entende que a APS é central para a construção de um SUS pautado na noção de direito à saúde combativo às determinações sociais (BREILH, 2006; PEREIRA DE SOUZA, MENDES e CARNUT, 2019), de acordo com as necessidades em saúde (STOTZ, 1991), sendo essencial a crítica ao sistema capitalista (MENDES, 2018), que mercantiliza a vida e se alimenta das desigualdades sociais.

2.3 Necessidade em saúde

Definir, caracterizar e compreender o conceito de necessidades em saúde é fundamental (ASADI-LARI; PACKHAM; GRAY, 2003), especialmente quando se trata de temas que circundam a questão dos medicamentos e o seu acesso, como por exemplo, as estruturas de poder, os diversos interesses e interdependências, os valores e os princípios que influenciam a relação entre medicamentos e necessidade de saúde (VARGAS-PELAEZ et al., 2017).

Por isso, neste capítulo, não se pretende esgotar o tema, mas localizar o leitor sobre nosso entendimento sobre necessidade em saúde e sua importância para o diálogo científico com a tese construída.

Para Bradshaw (1972), necessidades são inerentes aos serviços que estão diretamente ligados ao social. Em sua análise, o autor tenta compreender como os serviços sociais lidam com necessidade, sem limitá-la à capacidade de pagar, ou apenas aos recursos alocados a partir da demanda existente (BRADSHAW, 1972).

Diante da economia liberal, necessidade pode ainda ser definida a partir da perspectiva da existência de um serviço ou bem, do qual o sujeito possa se beneficiar, ressaltando a importância da efetividade e dos desfechos na definição de necessidade, na perspectiva de realmente alterar o prognóstico da doença, a um custo razoável, diante da escassez de recursos (ACHESON, 1978). Esses princípios, presentes na literatura sobre serviços de cuidados em saúde, parecem convergir com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Uso Racional de Medicamentos (URM) (WHO, 1987), que se traduz na avaliação profissional da necessidade de um paciente utilizar medicamentos, considerando-se os aspectos econômicos envolvidos. Assim, os aspectos farmacêuticos da necessidade parecem ter sido desvinculados do contexto de um serviço, tendo como consequência sua circunscrição ao domínio do produto, prescindindo de um serviço farmacêutico de dispensação (SOARES, 2013).

Para caracterizar necessidade, Bradshaw (1972), utiliza quatro tipologias em "Taxonomia da necessidade social":

- 1) Necessidade normativa: é aquela que o especialista ou profissional (nesse caso o de saúde), define como necessidade em qualquer situação, um padrão "desejável" e comparado com o que realmente existe - se um indivíduo ou grupo ficar aquém do padrão desejável, são identificados como necessitados. Uma dificuldade nessa definição é que há

diversos padrões estabelecidos e possivelmente conflitantes. Portanto, a definição normativa de necessidade pode ser diferente de acordo com a orientação de valor do especialista, sob seu julgamento, por exemplo, na quantidade de recursos que devem ser dedicados para atender à necessidade ou se as habilidades disponíveis podem ou não resolver o problema.

- 2) Necessidade sentida: é aquela que corresponde ao desejo. Ao avaliar a necessidade sob essa ótica é preciso compreender o que a população sente que precisa. A necessidade sentida é limitada pelas percepções do indivíduo – seja com consciência de que existe o serviço disponível ou com o indivíduo perdendo sua independência com aquilo que de fato deseja.
- 3) Necessidade Expressa ou demanda expressa: é sentida como necessidade transformada em ação. Essa tipologia de necessidade é definida como a necessidade daquelas pessoas que exigem um serviço, porém não se exige um serviço, a menos que se sinta uma necessidade, mas por outro lado, é comum uma necessidade sentida também não ser expressa por uma demanda. A necessidade expressa é comumente usada nos serviços de saúde, em que se formam listas de espera como medida de necessidade; elas são compreendidas como pouco sensíveis à necessidade real.
- 4) Necessidade comparativa: obtida por estudo das características da população que recebe um serviço, buscando as características semelhantes em outra população que não o recebeu. Busca-se a diferença entre quais serviços existem em uma área e quais serviços existem em outra. Esta é uma tentativa de padronizar a provisão, mas a provisão ainda pode não corresponder à necessidade real.

Em se tratando de necessidades em saúde, Oliveira e Egry (2008) trabalham sobre o binômio de Heller (1986) na distinção de necessidades naturais, relativas à conservação e à perpetuação da vida, e as necessárias, radicais ou propriamente humanas; ambas socialmente determinadas. As primeiras incluem as necessidades de alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação, relativas, portanto, à auto-conservação e à preservação da espécie, embora

nem por isso possam ser consideradas “naturais” ou “ao acaso”, porque são produzidas em contextos sociais. O volume dessas necessidades naturais e a maneira de satisfazê-las também são produtos históricos. As necessidades necessárias incluem a liberdade, a autonomia, a auto-realização, a auto-determinação, a atividade moral, a reflexão, entre outras. Nesse sentido, nem toda necessidade é carecimento, pois, as necessidades necessárias têm seu contínuo aperfeiçoamento e nos humaniza progressivamente (BRADSHAW, 1972).

Em revisão da literatura, pode-se observar que no total de 73 artigos selecionados, 45 (61,6%) tinham como centralidade a oferta ou a demanda de ações nos serviços de saúde, 21 deles (28,8%) abordavam a administração ou planejamento de serviços de saúde, na perspectiva de racionalização de custos, e somente sete (9,6%) dos artigos tinham como centralidade as necessidades de saúde, tanto no âmbito operacional quanto no âmbito abstrato do conceito (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

O que se verifica na prática é que os conceitos mais crítico-emancipatórios de necessidades em saúde, de fato, não se fazem presentes nos processos de trabalho da APS. Uma pesquisa recente realizada junto aos trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família, que buscou identificar processos de reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população de seu território, concluiu que as concepções de necessidades relacionavam-se a agravos de saúde já instalados e más condições de vida (OLIVEIRA; EGRY, 2008).

Urgente trazer à tona, quando se trata de necessidade em saúde, o debate de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, autor que formulou o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’. Para Mendes Gonçalves (1992), a determinação do homem, enquanto ser natural, como ser dotado de necessidades, que nesse plano não o diferencia em nada dos outros seres naturais. As necessidades aparecem como aquilo que precisa necessariamente ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser. Nesse quadro de referência proporcionado pela natureza, o fundamento ontológico essencial do homem decorre do fato de que se ele, como ser natural que é, aplica poderes que o revelam como especificamente diferente dos outros seres naturais. Esses poderes implicam necessariamente que suas necessidades, só podendo ser pensadas – porque só assim existem – como contrapartida desses poderes serão revelados especificamente diferentes das dos outros seres naturais (MENDES GONÇALVES, 1992).

Mendes Gonçalves (1992) chama a atenção para a contradição necessidades sociais/necessidades individuais, e na compreensão das necessidades do correspondente particular como necessidades gerais. Ele afirma que este entendimento para subordinar as necessidades individuais às necessidades sociais, que nas sociedades concretas historicamente realizadas revelaram-se sempre necessidades de alguns indivíduos travestidas em necessidades gerais. Sendo assim, não basta a rejeição da categoria “necessidades sociais”, mas compreendê-la no movimento sócio-histórico das necessidades que possam orientar as atividades essenciais. Por isso ele coloca em seu contexto praxiológico as necessidades necessárias, e não ignora o fato de que o trabalho em saúde também é fundamentalmente para a sociabilidade capitalista (MENDES GONÇALVES, 1992).

Campos e Bataiero (2007), em sua leitura sobre Mendes Gonçalves, colocam em cena a necessidade social no modo de produção capitalista e compreendem que esta é a expansão do capital, às expensas do desenvolvimento e do aprimoramento das necessidades humanas dos trabalhadores. Foi assim que a hegemonia do modo de produção capitalista nas formações sociais determinou intensa modificação em aspectos fundamentais das estruturas da sociedade - em especial, nas relações entre os homens por meio do trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992).

Os programas verticais, que não cobrem a ampla gama de necessidades dos diferentes grupos sociais, estão em contradição com a concepção crítico-emancipatória de necessidades, pois se baseiam na perspectiva reducionista e biológica da saúde e da doença. A interpretação da determinação social dos processos de saúde-doença põe em evidência a urgência de revitalizar as práticas em saúde para além dos eventos biológicos e patológicos (OLIVEIRA; EGRY, 2008).

Distinguindo-se dessa concepção, o relatório do Banco Mundial de 1994, avaliou que a lógica de financiamento dos programas de saúde obedece, primordialmente, a uma relação custo-benefício financeiro. Seguindo esse critério, a população incluída no chamado pacote mínimo essencial deve seguir os seguintes critérios: crianças até cinco anos, gestantes e puérperas, serem portadores de doenças infecciosas debilitantes (especialmente das DSTs/AIDS, tuberculose e hanseníase) ou das crônico-degenerativas - hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, e/ou, ainda, algumas doenças psiquiátricas - como a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva (MISOCZKY, 1995).

Tem sido acirrada a discussão sobre o desempenho dos sistemas de saúde foi colonizado por produtos farmacêuticos (bens), trazendo a baila o fato de que o sistema de saúde (o mais

satisfatório) pode ser mais eficiente e ter impactos mais amplos na saúde da população por parte da implementação de outras estratégias (ou seja, promoção e prevenção) (VARGAS-PELAEZ et al., 2017).

Mediante a discussão tecida nesta tese, torna-se fundamental localizar necessidades em termos de acesso a medicamentos. Bradshaw (1972) possibilita esta reflexão, ao elucidar que necessidade normativa corresponde à tomada de decisão dos especialistas sobre a definição dos medicamentos a ser coberto pelo sistema de saúde. Ademais, a necessidade sentida é aquela percebida pelo usuário após obter uma prescrição médica ou pelo efeito do marketing farmacêutico. A necessidade expressa é quando o paciente vai à farmácia para obter o produto; e a necessidade comparativa corresponde, na prática, à capacidade [ou tentativa] do sistema de saúde de responder equitativamente às necessidades das pessoas (SOARES, 2013; VARGAS-PELAEZ et al., 2017).

O conceito de necessidades em saúde está imbricado ao de determinação social da saúde, no sentido da compreensão dos elementos que contextualizam o processo saúde/doença. Nesta tese adota-se, para a compreensão deste conceito, a perspectiva de Jaime Breilh, que faz uma crítica sobre a epidemiologia tradicional e os caminhos para os chamados determinantes sociais da saúde, especialmente àqueles apenas fundantes em fatores de risco e causalismo, calcado em noções positivistas (BREILH, 2006).

Há também críticas importantes em torno da chamada epidemiologia clássica e da epidemiologia convencional, pelo fato da primeira ter como foco a perspectiva cartesiana, o empirismo cognitivo e a metodologia positivista que fundamentam suas análises e os efeitos provocados por elas; e a segunda reduzir a realidade ao plano dos fenômenos individuais e adotar uma noção de totalidade que corresponde a uma somatória de frações, tendo como objeto central cada indivíduo afetado por fatores de risco (PEREIRA DE SOUZA, MENDES e CARNUT, 2019).

Breilh, em sua obra, endossa esta discussão ao questionar a capacidade explicativa destas epidemiologias acerca da realidade, que, apesar de possuir um arsenal estatístico robusto, diz pouco sobre a relação entre os sistemas sociais, os modos de vida e saúde, e tampouco sobre a distribuição por classes das formas e intensidades de “exposição” a situações de risco, ou os diferentes níveis de vulnerabilidade inerentes a cada realidade social distinta. Há uma limitação

na análise por categorias de pessoa, tempo e lugar somadas aos conceitos de história natural da doença e sistemas de equilíbrio (PEREIRA DE SOUZA, MENDES e CARNUT, 2019).

Como proposta, Breilh (2006) apresenta a epidemiologia crítica que diz respeito ao conjunto de paradigmas compondo o modelo praxiológico (realismo dialético), e ao mesmo tempo rompendo com um modelo indutivo empirista baseado na correlação pontual de fatores observados experimentalmente, também distancia-se de uma metodologia limitada ao subjetivismo, que não diz sobre as relações, contradições e conflitos entre grupos antagônicos em esferas de poder e equidade, que fica reduzida a concepções culturais fragmentadas e interesses ou perspectivas individuais (PEREIRA DE SOUZA, MENDES e CARNUT, 2019).

Para compreender e discutir necessidades em saúde, é necessário traçar novas perspectivas para entendimento dos fenômenos que ocorrem neste cenário. Os fenômenos, no campo da saúde, dentro da perspectiva crítica, não são apenas causados, mas determinados de forma ampla pela estrutura social e pelas relações de poder da sociedade de classes. Assim, é apresentado pelo autor um projeto de nova postura política para a epidemiologia, construída a partir de uma ótica dialética (PEREIRA DE SOUZA, MENDES e CARNUT, 2019).

Destaca-se que ainda é um desafio superar o pensamento positivista na construção dos conceitos em saúde, rompendo com visões que separam o tempo do espaço e desvinculam múltiplas dimensões da complexidade. Uma das implicações dessa separação são os determinantes como elementos separados e descolados do todo. A ideia de determinantes está ancorada no ‘determinismo’, que afirma que um evento qualquer vem de uma causa, e que dada a causa aceita, o evento decorrerá dela, invariavelmente. Coloca o elemento como a contingência e recorre a interpretação de que uma causa explica todos os processos de forma unilateral, podendo o determinismo ser de várias denominações, biológico, histórico, econômico (BREILH, 2006).

Para explicar a determinação social, Breilh (2006) nos dá um exemplo, “de uma família, em que no seu cotidiano surge um caso infantil de infecção aguda das vias respiratórias, cria respostas e explicações segundo seu livre arbítrio e de acordo com as possibilidades materiais e as formas culturais inscritas em seu ‘estilo de vida’ pessoal. Todo esse movimento não se dá em um vácuo de relações sociais mais amplas e está sim inscrito em um ‘modo de vida’, cujos padrões influenciam poderosamente as construções cotidianas, um modo de vida acumulado pela história do grupo familiar, formado na experiência grupal para enfrentar seus desafios e contradições, e emoldurado pelas factibilidades que lhe são atribuídas por um sistema de

produção/propriedade correspondente a um sistema de distribuição de poder. A equidade/iniquidade de que um grupo se estabelece em um determinado momento histórico resulta das relações de classe, de sua situação histórico-etnocultural e das características de suas condições de gênero. Todas essas relações constituem o contexto dentro do qual pode mover-se o livre arbítrio de uma família e de seu cotidiano, e constituem também as barreiras que essa família e as pessoas em geral podem desafiar com sua prática e contradizer com seu discurso” (BREILH, 2006, p. 46).

Breilh (2006) apresenta em sua concepção de determinação, a ideia de ‘processos determinados’ aqueles que têm um modo definido de devir, ou seja, para não cair no determinismo (unicausal), a explicação deve se relacionar com o ‘modo de devir’, forma, ato ou processo em que um objeto adquire suas propriedades. E para a saúde não seria diferente.

É preciso compreender determinação da saúde com determinantes não causais, mas de processos históricos que geram os problemas de saúde coletiva. Breilh (2015, p. 535) chama a atenção para a forma de construção do que se necessita em saúde, por meio de uma perspectiva positivista e que possibilita uma compreensão da vida e da área da saúde mercantilizadas:

Começamos perguntando se há uma lista de fatores de risco, a qual explica uma maior proporção de variação da variável em estudo; e transformamos isso em uma política pública ou em uma política de saúde. Ou seja, esse fragmento. Portanto, é um recurso para focalizar em vez de transformar. Em vez de agir em um processo integral, agimos de acordo com fatores de risco específicos.

2.4 Assistência Farmacêutica: nascedouro dos serviços farmacêuticos no SUS

No Brasil, os primeiros registros relacionados à profissão farmacêutica surgiram nos tempos coloniais, quando os boticários visitavam os povoados negociando “remédios” para seres humanos e animais. Além disso, os Jesuítas também instituíram enfermarias e boticas nessa época, assim José de Anchieta é considerado o primeiro boticário de Piratininga, ou seja, de São Paulo (GOMES-JÚNIOR, 1988).

A profissão farmacêutica teve sua fase tradicional, onde esse profissional era considerado o personagem principal na manipulação e dispensação dos medicamentos, e por meio dessas atividades desempenhava um papel relevante perante a sociedade, sendo reconhecido pela população como integrante fundamental da equipe de saúde, pois era o único responsável pela manipulação dos medicamentos (STORPIRTIS et al., 2008).

O setor industrial do país crescia, a burguesia industrial e a classe média passavam a ter voz, em oposição ao latifúndio, e a classe operária se expandia. Na farmácia, a regulamentação da profissão e a industrialização dos medicamentos foram fatores cruciais para a transformação e quase extinção, da profissão farmacêutica, sendo que a industrialização provocou dois tipos de impacto: o primeiro, sobre o fazer farmacêutico, e o segundo, na transformação do medicamento como objeto de consumo (SANTOS; PERES; FONTANA, 2016).

Paralelo a esses acontecimentos, nos Estados Unidos, na década de 1960, acontecia uma profunda reflexão sobre o farmacêutico e a industrialização, culminando em um movimento chamado de farmácia clínica. A Farmácia Clínica teve origem nos hospitais e marcou o início da fase de transição da profissão farmacêutica. O hospital tornou-se o local mais propício quando comparado às farmácias magistrais para a realização de atividades clínicas (PEREIRA; FREITAS; 2008).

Storpiritis, Ribeiro e Marcolongo (2000) afirmaram que a assistência e atenção farmacêutica no Brasil poderiam estar organizadas a partir dos níveis de atenção e que a atuação do farmacêutico deveria acontecer de forma integrada, o que certamente beneficiaria a população e poderia reduzir os gastos em saúde.

Entre o dilema do puro comércio e a pulverização em outras atividades não específicas da profissão, o farmacêutico distanciou-se da assistência à saúde, sofrendo do que tem sido chamado de uma crise de identidade (SANTOS et al., 2016) e alguns profissionais e entidades passaram por um longo processo de insatisfação e preocupação, pois estavam perdendo a essencialidade da profissão do farmacêutico.

No período pré-constituente, o Brasil vivia uma das maiores ditaduras militares do mundo. Neste período, os militares priorizaram o desenvolvimento tecnológico em determinadas áreas, com a abertura para empresas estrangeiras. O que não foi diferente na indústria de medicamentos, com uma enorme ofensiva das empresas farmacêuticas multinacionais. Acontecimentos como a criação da Central de Medicamentos (Ceme), bem como o Plano Diretor de Medicamentos ocorrem na década de 1970 (BERMUDEZ, 1995; ALENCAR, 2017).

O advento da indústria farmacêutica foi o responsável pelo surgimento do medicamento moderno, que se tornou racional e cientificamente explicado, tendo os efeitos demonstrados por meio dos estudos clínicos. Com a diminuição gradual dos medicamentos produzidos artesanalmente, começaram a predominar nas indicações os produtos químico-sintéticos

produzidos em larga escala. Em conjunto com a indústria farmacêutica surge também uma sociedade moderna, estimulada pelo consumo de mercadorias, com a finalidade de absorver a demanda da produção industrial. Dessa forma, o medicamento tornou-se uma mistura de bem de consumo e instrumento terapêutico, e esses fatores foram determinantes para a transformação da farmácia em estabelecimento comercial (PERINI; ACÚRCIO, 2001; ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Na década de 1980, o país viveu um momento importante para as discussões sobre produção de medicamentos, sendo ele a CPI das empresas farmacêuticas multinacionais para investigar as fraudes na importação e exportação de produtos e insumos farmacêuticos. Esta CPI trouxe dados fundamentais para o entendimento do setor naquele momento: elevada participação do capital estrangeiro no setor farmacêutico; disputa entre os interesses internacionais e nacionais sobre a Ceme; e as pressões de multinacionais estadunidenses pelo reconhecimento de patentes. Tais fatos foram elementos acumulados para o debate em ebulição sobre a saúde, no contexto da redemocratização brasileira (ALENCAR, 2017).

Nas décadas de 1980 e 1990, o movimento da Reforma Sanitária no Brasil já estava em curso. A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011).

Mesmo neste contexto histórico de disputas políticas e as tentativas de construção da democracia representativa no Brasil, não se pode deixar de trazer mais um elemento nesta análise, ou seja, a situação da comercialização de medicamentos no Brasil acontecendo de forma intensa, como também o avanço do varejo farmacêutico, que emprega 62% dos farmacêuticos no Brasil até os dias de hoje, segundo dados de Carvalho e Leite (2016). Tal cenário foi especialmente intensificado pela Lei nº. 5.991/1973, que durante anos no Brasil regulamentava a farmácia como um estabelecimento comercial, no qual, não necessariamente, o farmacêutico precisava ser o responsável técnico (BRASIL, 1973). Essa situação passou por muitos anos de

discussão entre os espaços farmacêuticos, sendo que somente em 2014, com a Lei nº 13.021/2014, a Farmácia foi definida como “*uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica*” (BRASIL, 2014).

Voltando ainda ao passado para entender o presente, com a nova Constituição aprovada em 1988 e os artigos relacionados a saúde (art. 196 a 200), não demorou para que a Lei Orgânica de Saúde (LOS-8.080/90) fosse publicada, sendo considerada a primeira regulamentação face à necessidade de execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica e a formulação da política de medicamentos (BRASIL, 1990).

Portanto, em 1998, publicou-se a Política Nacional de Medicamentos (PNM), visando à garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, à promoção do uso racional e ao acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998).

Entre as diretrizes da PNM, destaca-se a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), com orientação a essencialidade dos medicamentos, sendo essa uma das iniciativas mais importantes para organização da APS, com a Rename publicada desde 2000, com atualizações em 2002, 2006, 2008, 2010, 2014 e 2017 (VASCONCELOS et al., 2017).

Com os avanços do SUS, as necessidades de discussões mais amplas sobre medicamentos no país estavam sendo debatidas calorosamente no Conselho Nacional de Saúde e, em 2003, após longas articulações, construiu-se a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e por meio dela, em 2004, aprovou-se a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004), que englobou, sob o guarda-chuva conceitual de AF, várias linhas de ação preconizadas na PNM (VASCONCELOS et al., 2017).

Alencar (2017, p. 332), ao compor a trajetória histórica das políticas farmacêuticas apresenta inúmeras narrativas de atores fundamentais e destaca-se, a da profa. Clair Castilhos:

E a Conferência teve um resultado fantástico, me parece [...] Um dos resultados da Conferência, foi que se conseguiu aprovar o conceito de assistência farmacêutica que sempre defendemos, e esse conceito se transformou numa proposta de Políticas Nacional de Assistência Farmacêutica, que posteriormente foi aprovada no CNS.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica é definida então como (BRASIL, 2004):

I – parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade;

II - a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos [...];

III - a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o 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.

Na perspectiva de implantação da Assistência Farmacêutica, especialmente em função do desenvolvimento do acesso a medicamentos nos anos subsequentes à sua publicação, delimitou-se ao ciclo da Assistência Farmacêutica, que é tradicionalmente discutido com base na publicação de Marin e colaboradores (2003), intitulada “Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais”, sendo a AF reconhecida como um conjunto de atividades administrativas essenciais, acontecendo em um ciclo, onde uma atividade necessariamente depende de outra e tem aspectos logísticos, apenas para a distribuição e entrega de medicamentos (MARIN et al., 2003).

Entretanto, a visão do Ciclo da Assistência Farmacêutica, fechado hermeticamente, impossibilita fazer uma gestão partilhada, com autonomia decisória e com questões sociais e políticas envolvidas no fazer gestão. É preciso evoluir na discussão de gestão como prática social (MENDES, 2013; JUNQUILHO, 2001).

Contudo, nos últimos anos de PNAF, a ampliação do acesso tem sido indicada como um foco de priorização a implantação da política pública. Outros aspectos que reforçam essa prerrogativa é a criação e aprimoramento de legislações, normatizações e políticas setoriais relacionadas à Assistência Farmacêutica; as linhas de financiamento no SUS, as rubricas para os componentes da AF, a definição de responsabilidades entre os entes gestores de forma normatizada e pactuada, o investimento de instrumentos de gestão, a qualificação de instrumentos como Rename, REMUME, Formulários terapêuticos e Protocolos Clínicos. Também os investimentos em qualificação de profissionais para o SUS, assim como o expressivo aumento de número de profissionais de saúde, mas em especial de farmacêuticos na atenção básica. Esses dados são resultado de uma avaliação participativa realizada pela Escola Nacional dos Farmacêuticos, sobre os 10 anos da PNAF (LEITE; MANZINI; BAIERLE, 2017). Tais fatos vão determinando a PNAF como a política pública do setor farmacêutico, mais importante no que tange aos princípios do SUS e como parte de uma política de maior expressão no projeto de uma sociedade mais justa e que possibilite condições de assegurar a vida e o trabalho de brasileiras e brasileiros.

A farmácia clínica, campo de conhecimento e trabalho do farmacêutico, teve sua origem em âmbito hospitalar, nos Estados Unidos. Muitos autores da área afirmam que o movimento foi motivado por insatisfações de farmacêuticos que reivindicavam um espaço de atuação mais ligado a atenção à saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA CLÍNICA, 2019).

Em 1990, um dos artigos mais citados na área farmacêutica, foi publicado por Hepler e Strand, apresentando o conceito de "*Pharmaceutical Care*" como uma nova oportunidade profissional aos farmacêuticos, relacionada à sua responsabilidade de garantir a segurança e a efetividade da terapia medicamentosa para o paciente (HEPLER; STRAND, 1990; SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA CLÍNICA, 2019).

Quase ao mesmo tempo, surgia na Espanha o termo "Atención Farmacéutica", com o desenvolvimento de modelo de acompanhamento farmacoterapêutico, denominado Método Dáder, criado por um grupo de investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada. Nesse país também foram realizados consensos para definir conceitos, modelos de acompanhamento e classificar Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) (PEREIRA; FREITAS, 2008).

No Brasil, vários movimentos aconteceram, por diversas instituições, especialmente as de regulamentação profissional, sobre a necessidade de compreender as práticas do farmacêutico voltadas ao campo da clínica. Entre elas está, em 2002, a publicação da Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, as resoluções do Conselho Federal de Farmácia sobre as atribuições clínicas do farmacêutico e a prescrição farmacêutica (Resoluções nº 585/2013 e nº 586/2013, respectivamente), entre outros documentos, com o objetivo de organizar os diversos conceitos e denominações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA CLÍNICA, 2019).

Considerando as discussões no mundo todo sobre a atuação do farmacêutico nos Sistemas de Saúde, com as mudanças de paradigmas ansiosamente esperadas por toda a categoria e o desenvolvimento de práticas centradas na atenção ao paciente, além de uma ressignificação de sua natureza como profissional de saúde, foi ascendendo uma discussão mais ampliada sobre os serviços farmacêuticos.

Em meados de 2006, a OMS e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) definiram serviços farmacêuticos como um conjunto de ações no sistema de saúde que visam garantir a atenção integral e contínua das necessidades de saúde da população, tanto individual como

coletiva, tendo os medicamentos como um dos elementos a serem empregados (WHO, 2006). O tema foi debatido novamente em publicação de 2011 com a FIP, no documento “Diretrizes conjuntas do FIP / OMS sobre boas práticas farmacêuticas: padrões de qualidade dos serviços de farmácia” (WHO, 2011). Em, 2013, a OPAS publicou, de forma inédita, um debate sobre os serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde (OPAS, 2013).

No Brasil, houve em 2009 a publicação da resolução nº. 44 pela Anvisa, que trata sobre serviços farmacêuticos, porém ela foi fortemente utilizada para farmácias comerciais, não tendo uma amplitude de uso para as farmácias e acesso aos medicamentos no SUS (BRASIL, 2009).

Como já referido anteriormente, o Brasil viveu em 2004 a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004). Este é um marco fundamental para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos no SUS. Em decorrência dela, o Pacto pela Saúde, em 2006, também foi importante, pois colocou a Assistência Farmacêutica como bloco de financiamento no sistema de saúde (BRASIL, 2006b).

Uma série de iniciativas governamentais surgiram com interesse de qualificar a Assistência Farmacêutica, como o QUALIFAR SUS (Portaria nº 1.214 de 13 de junho de 2012 do Ministério da Saúde) e a Pesquisa Nacional de Acesso e Uso de medicamentos (PNAUM) (BRASIL, 2012, a; b).

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil, iniciada em 2012, constituiu a primeira investigação de abrangência nacional, realizada no País, a respeito da questão do acesso a medicamentos e do uso racional do medicamento realizada mediante duas estratégias, ambas com abrangência nacional: um inquérito populacional e um componente serviços, seus resultados foram divulgados em 2016/2017 em cadernos oficiais do Ministério da Saúde e em artigos publicados na Revista de Saúde Pública (BRASIL, 2016b)

Fundamental ressaltar que a PNAF, desde 2004, engloba eixos estratégicos e propulsores de inúmeras ações na saúde pública brasileira, como: manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção; qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes; desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos; utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e

produtos seguros, eficazes e com qualidade; promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

Dessa forma, há uma perspectiva de construção de outra concepção do que se relaciona a farmácia na saúde pública, na tentativa de localizar/compreender/(re)significar os serviços farmacêuticos e o medicamento.

Para tanto, apreender a Assistência Farmacêutica em seu conceito ampliado, e não apenas restrito ao binômio aquisição/distribuição de medicamentos, é fundamental. Santos (2012) afirma que, atualmente, Assistência Farmacêutica no setor público brasileiro se refere ao fruto das políticas sociais voltadas à saúde, cuja materialidade ocorre com o acesso a medicamentos e serviços afins e se viabiliza prioritariamente na rede de serviços do SUS. Em função da relevância político-social e dos montantes financeiros envolvidos, a participação do profissional farmacêutico está sendo requisitada no SUS, dando-lhe uma oportunidade ímpar para a construção de uma prática coerente com uma proposta societária equânime (SANTOS, 2012).

Um importante conceito tem contribuído nessa construção, que é o de gestão da Assistência Farmacêutica como “*um processo técnico, político e social*” (GUIMARÃES et al., 2004). A gestão da Assistência Farmacêutica integra, de forma articulada, os produtos, os serviços e o fazer coletivo: a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos e os clínicos e sociais; e que tem no seu ‘fazer’ o processo de condução do farmacêutico substancialmente. Conduzir é optar por um processo no qual somos os condutores dos acontecimentos e não apenas conduzidos por eles (LEITE et al., 2016b).

Além disso, os conceitos sobre serviços farmacêuticos utilizados nesta tese dizem respeito a:

1. Soares (2013) refletiu sobre serviços como sendo um trabalho em processo, que cria e agrega valor, considerando o processo saúde/doença, a promoção da saúde e a resolutividade associada aos serviços.

2. Campese (2017) define serviços farmacêuticos como a aplicação de conhecimentos e competências de responsabilidade do farmacêutico em benefício do outro.

Para a farmácia no Brasil, identificam-se 72 atividades nas mais diversificadas áreas de atuação (CAMPESE, 2017; BRASIL, 2016c): Acupuntura, Administração de laboratório clínico, Administração farmacêutica, Administração hospitalar, Análises clínicas, Assistência domiciliar em equipes multidisciplinares, Atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, Auditoria

farmacêutica, Bacteriologia clínica, Banco de cordão umbilical, Banco de leite humano, Banco de sangue, Banco de Sêmen, Banco de órgãos, Biofarmácia, Biologia molecular, Bioquímica clínica, Bromatologia, Citologia clínica, Citopatologia, Citoquímica, Controle de qualidade e tratamento de água, potabilidade e controle ambiental, Controle de vetores e pragas urbanas, Cosmetologia, Exames de DNA, Farmacêutico na análise físico-química do solo, Farmácia antroposófica, Farmácia clínica, Farmácia comunitária, Farmácia de dispensação, Fracionamento de medicamentos, Farmácia dermatológica, Farmácia homeopática, Farmácia hospitalar, Farmácia industrial, Farmácia magistral, Farmácia nuclear (radiofarmácia), Farmácia oncológica, Farmácia pública, Farmácia veterinária, Farmácia-escola, Farmacocinética clínica, Farmacoepidemiologia, Fitoterapia, Gases e misturas de uso terapêutico, Genética humana, Gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde, Hematologia clínica, Hemoterapia, Histopatologia, Histoquímica, Imunocitoquímica, Imunogenética e histocompatibilidade, Imunohistoquímica, Imunologia clínica, Imunopatologia, Meio ambiente, segurança no trabalho, saúde ocupacional e responsabilidade social, Micologia clínica, Microbiologia clínica, Nutrição parenteral, Parasitologia clínica, Saúde pública, Toxicologia clínica, Toxicologia ambiental, Toxicologia de alimentos, Toxicologia desportiva, Toxicologia farmacêutica, Toxicologia forense, Toxicologia ocupacional, Toxicologia veterinária, Vigilância sanitária, Virologia clínica.

Alguns referenciais equiparam serviços farmacêuticos com atividade. Serviços farmacêuticos compreendem um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, que visa a contribuir para prevenção de doenças, promoção, a proteção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2016b). Entretanto, atividade, segundo o dicionário (MICHAELIS DICIONÁRIO, 2015), é a faculdade ou possibilidade de agir, de se mover, de fazer.

A caracterização de uma atividade de serviço e o seu conteúdo produtivo independe da forma como esse trabalho é consumido ou incorporado no processo produtivo, se direta ou indiretamente. O grau de intangibilidade do resultado do processo de trabalho ou o uso a que se destina não interfere na geração de valor. Sendo trabalho em processo, os serviços são em essência geradores de valor. Se não há realização de trabalho, não há serviço e, portanto, não há geração de valor (MEIRELLES, 2006).

Ainda para Campese (2017), a regulamentações do CFF nº 585/2013 e a RDC/ANVISA nº 44/2009 estabelecem procedimentos, práticas e atividades que o farmacêutico pode

desenvolver de modo a constituir um serviço farmacêutico (CAMPESE, 2017; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2009).

Campese (2017) ainda faz algumas reflexões sobre o farmacêutico, pois quando se trata de SF, as competências aplicadas naquele serviço devem ser comuns ao farmacêutico. Essa participação impõe que ele seja responsável ou corresponsável pelo serviço farmacêutico, podendo realizar diretamente um procedimento ou desenvolver uma prática, supervisionar e acompanhar a realização por outro trabalhador, devidamente treinado e habilitado, ou realizar uma ação em conjunto com outro profissional ou equipe de saúde.

O sentido maior de qualquer serviço farmacêutico deve alterar o processo saúde/doença das pessoas. Produzir um medicamento, um exame, manter parâmetros de controle de estoque, mesmo que indiretamente, devem ser observados como capazes de modificar o processo saúde/doença e promover o cuidado (CAMPESE, 2017).

Independente da atividade ou ocupação, serviços farmacêuticos continuam sendo trabalho em processo que criam e agregam valor e realização por meio da aplicação de conhecimentos e competências em benefício do outro.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar os serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, no município de São Paulo, e como se expressam em diferentes modelos na materialidade da APS.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, a partir da percepção de farmacêuticos;
- Identificar e refletir sobre o aporte teórico-metodológico da Observação Participante e sua abordagem etnográfica com a experiência dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde;
- Analisar os significados dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta tese é determinada como uma investigação social, pois admite que todo o indivíduo é um ser social, e por isso, o foco da análise deve ser o indivíduo em suas interações sociais. As pessoas modelam e são modeladas por redes de relações sociais (PESCOSOLIDO, 1992). Reconhecer que as interações sociais são fundamentais para a compreensão do cuidado em saúde é uma contribuição importante dos estudos sociais no campo da saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

A curiosidade e a transformação com as falas e impressões é o que alimenta nossa motivação no empírico. Ouvi que a investigação social é dar um salto no escuro e por isso há uma complexidade inerente, inclusive nas perguntas. Os questionamentos são aquilo que movem qualquer pesquisa, mas na investigação social, esperamos responder alguns e criar outros.

Na tentativa de desenvolver esta tese como pesquisa social, obtive o respeito ao fenômeno ao dotá-lo de consciência histórica e não o comprimir em uma análise plana e fotográfica de suas subjetividades. Carnut (2019) refere-se à necessidade de utilizar preceitos como a: a valorização da expressão subjetiva e sócio histórica do fenômeno (ouvir para compreender); assumir a intrínseca relação de interdependência entre sujeito e objeto; compreender a ausência de neutralidade axiológica na construção do conhecimento científico; e buscar a particularidade das expressões fenomênicas e sua capacidade de dotar sentidos e significados à vida do homem e sua relação com o mundo.

A “espinha dorsal” desta pesquisa é a metodologia qualitativa, por meio da observação participante, com abordagem etnográfica.

Diferente do modelo empírico-naturalista que tenta minimizar a observação como uma técnica de coleta materializados em fatos e que objetifica as experiências dos atores sociais. No outro modelo, esse mais interpretativo ou subjetivista tenta apreender os sentidos do objeto, é interpretar mais do que explicar e tenta mostrar as significações das pessoas que vivem o fenômeno atribuem aos seus atos (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

A etnografia tem por objetivo descrever e analisar uma cultura ou comunidade, em sua totalidade ou parcialmente, descrevendo as crenças e práticas do grupo analisado e mostrando

como as várias partes contribuem para a cultura, enquanto conjunto unificado e consistente (JACOB, 1987¹ apud LAPERRIÈRE, 2014).

4.1 A construção do objeto de pesquisa: aspectos da metodologia qualitativa

O delineamento da metodologia qualitativa pode envolver o problema de pesquisa, a problemática que o inspirou, a estratégia de pesquisa e sua pertinência, variando não apenas a partir de seu objetivo, mas também segundo as possibilidades e limites. Portanto, o delineamento aqui estabelecido foi o da experimentação em campo (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

A pesquisa qualitativa tem por objetivo aprofundar processos ou fenômenos complexos. Importante lembrar que tem como pano de fundo a estrutura social onde nascem, e que geralmente é impossível retirar uma ampla amostragem de caso. Por isso, a importância de três elementos fundamentais: o contexto, a história e a mudança social.

Neste estudo, por contexto, pode-se entender a Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde e o fenômeno em questão são os serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

O objeto de pesquisa é construído em ligação com o campo, a partir da interação dos dados coletados e não somente à luz da literatura pertinente ao tema, sendo este processo diferente de uma abordagem hipotético-dedutiva, em que se produz um modelo teórico, em seguida hipóteses, verificando seu fundamento em variáveis definidas, todas etapas anteriores ao momento da investigação (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

Na pesquisa qualitativa constroem-se postulados, mais do que relações de causa e efeito, com hipóteses pré-definidas analisadas linearmente. Os postulados vão tomando formato na medida em que os dados são analisados, a partir da sensibilidade com o campo e conhecimento íntimo do pesquisador com os dados coletados. O objeto de pesquisa vai então se modificando conforme as questões mais seletivas emergem. A partir dos postulados, a pesquisa qualitativa visa reconstituir o desenvolvimento de processos sociais e descrever a totalidade de um meio social e seus componentes (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

¹ JACOB, E. Qualitative Research Traditions: A Review. **Review of Educational Research**, vol. 57, n. 1, p. 1-50, 1987.

Os dados utilizados nessa pesquisa são experiências, representações, definições da situação, as palavras, opiniões, o sentido da ação e dos fenômenos (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

A construção do objeto de pesquisa se dará na transformação de questões gerais para um objeto mais específico, à medida que a coleta e análise avançam. Este processo obriga o pesquisador a descortinar sistematicamente o campo de investigação, aprofundando-se, o movimento de vai e vem ritma a cronologia do ato da pesquisa (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

Quando iniciei a construção do projeto da tese, anteriormente a 2016, havia experiências prévias com a gestão e a Assistência Farmacêutica, campo estabelecido no Brasil, naquele momento a mais de 10 anos. Oportunizados pelo movimento borbulhante da Farmácia Clínica, indagações surgiram sobre a intersecção dos serviços de gestão e dos clínicos, no campo da Atenção Primária à Saúde. Inicialmente, perguntas como: o que, de fato, fazia o farmacêutico na APS foram conduzindo a pesquisa para um estudo exploratório (apresentado em seguida), me levando, após a qualificação do projeto desta tese, à indagação: como acontecem os serviços farmacêuticos na APS, então, era requerido um aprofundamento analítico, que a observação em campo possibilitaria.

4.2 Cenário da Pesquisa

A coleta de dados aconteceu na cidade de São Paulo (SP), capital do Estado de São Paulo, que é a cidade mais populosa do Brasil e a maior cidade da América Latina, com população estimada para 2018 de 12.176.866 (IBGE Cidades). Segundo dados do Relatório Anual de Gestão do SUS do Município de São Paulo (2018a), a concentração de adultos na faixa etária entre 20 e 59 anos era a mais prevalente, somando 59,3%. As pessoas com mais de 60 anos representam 14,8%. A economia da cidade tem atravessado, nas últimas três décadas, uma mudança em seu perfil econômico – de uma cidade com forte caráter industrial, o município tem se transformado num polo de serviços e negócios para o país.

São Paulo tem uma população de 99,1% residente em áreas urbanas, 99,3% dos domicílios têm acesso à rede de água; 92,3% ao esgotamento sanitário adequado e 99,8% à coleta de lixo (BRASIL, 2010b).

Há 1.699 favelas (368.326 habitantes); 415 núcleos urbanizados (60.715 habitantes); 1.066 cortiços (13.351 habitantes) e mais 1.934 loteamentos irregulares. Nas favelas residem 12,0% dos habitantes da cidade, sendo 21,3% dos residentes da região Sul em 2015 (SÃO PAULO, 2018a).

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) está dividida administrativamente em seis territórios, as Coordenações Regionais de Saúde (CRS) (Centro, Norte, Sul, Leste, Sudeste e Oeste) e 27 Supervisões Técnicas de Saúde (STS).

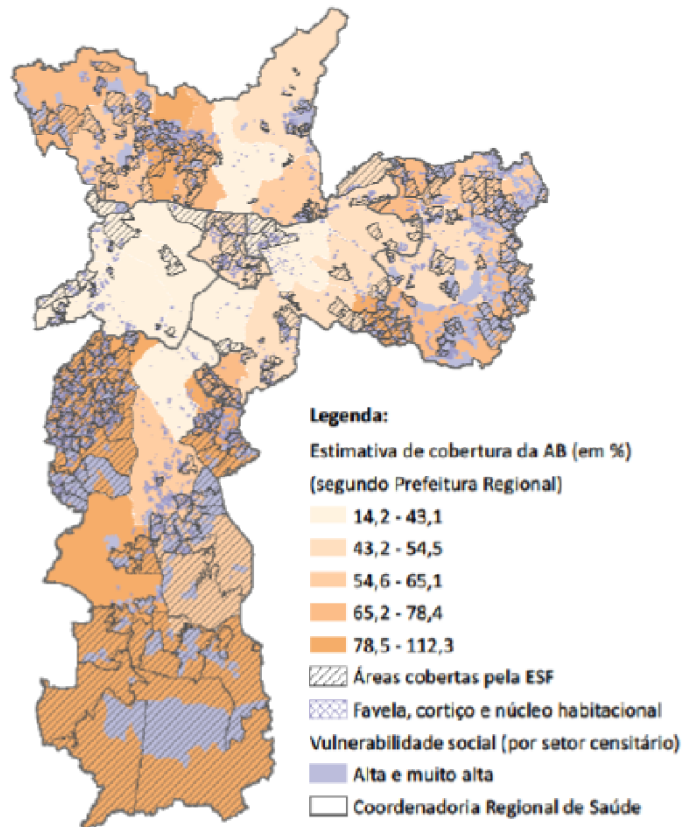
Sobre alguns dados epidemiológicos relativos ao município de São Paulo: o número de óbitos em menores de um ano vem diminuindo, porém, houve aumento do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) de 10,8 em 2015 para 11,3 em 2016. Dados de 2016 mostram valores mais elevados do CMI nas CRS Leste e Norte. As regiões de Pinheiros, Lapa (CRS Oeste) e Vila Mariana (CRS Sudeste) apresentaram taxas inferiores a 5,0/1.000 nascidos vivos. Já as regiões de Freguesia/Brasilândia, Vila Maria/Vila Guilherme (CRS Norte) e Guaianases (CRS Leste) apresentaram os maiores CMI em 2017 (SÃO PAULO, 2018b).

O referido município apresenta 62,6% da população coberta pela Atenção Básica, e 36,1% da população residente em área de atuação da Estratégia Saúde da Família (Figura 1). É importante destacar que, a taxa de cobertura de planos de saúde médico ou odontológico para pessoas com 12 anos e mais era de 42,2% (SÃO PAULO, 2018b).

Os estabelecimentos da SMS-SP são compostos por 453 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 12 AMA - Assistência Médica Ambulatorial (12h), que compõem a rede ambulatorial ligada a Atenção Primária à Saúde, mas tem serviços complementares de Atenção Especializada Ambulatorial (47 unidades) e Atenção às Urgências e Emergências (36 unidades), além de outros equipamentos de saúde para os níveis de densidade secundário e terciário gerenciados pela SMS, contabilizando um total de 947 unidades. O município de São Paulo ainda conta com 95 equipamentos de saúde gerenciados pela instância estadual de saúde (Secretaria Estadual de São de São Paulo – SES) e que são utilizados pelos munícipes paulistanos (SÃO PAULO, 2018b).

A SMS-SP conta com 78.890 profissionais de todos os níveis (superior, médio e operacional), sendo 60% contratados de forma terceirizada, por Organizações Sociais de Saúde (SÃO PAULO, 2018b).

Figura 1: Estimativa de cobertura da Atenção Primária à Saúde segundo a Prefeitura Regional. Município de São Paulo, 2017.



Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) do SUS do Município de São Paulo (MSP) – 2017 (SÃO PAULO, 2018a).

A Assistência Farmacêutica do município está alocada no organograma da SMS-SP, ligada à Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e áreas temáticas, em práticas assistenciais. Todas as 6 Coordenações Regionais de Saúde e as 27 STS tem farmacêuticos responsáveis, sendo responsáveis pelo gerenciamento dos medicamentos para as mais de 570 farmácias do SUS em São Paulo.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) reúne 692 apresentações farmacêuticas, imunoterápicos e produtos relacionados a fármacos dispensados em todos os equipamentos de saúde da SMS-SP. Nas Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica e de Especialidades encontram-se disponíveis 192 fármacos e produtos relacionados em 280 apresentações farmacêuticas (SÃO PAULO, 2016a).

Na Atenção Primária à Saúde tem 363 farmacêuticos e 1.253 técnicos de farmácia (SÃO PAULO, 2018a). Os profissionais são, na sua maioria, contratados de forma terceirizada por Organizações Sociais de Saúde (OSS).

O município de SP não tem farmacêutico na equipe do NASF e desde o início das administrações indiretas, por meio das OSS, os farmacêuticos passaram a ser contratados para ficarem fixos nas farmácias das unidades, atualmente, quase 1 farmacêutico por UBS.

Os estabelecimentos de Saúde do município, tem a configuração de qualquer UBS brasileira, em que possuem um local específico para a farmácia, onde é realizada a dispensação de medicamentos. Os medicamentos são dispensados segundo as normas da Portaria SMS nº 082/2015 e outras publicadas e divulgadas pela Área de Assistência Farmacêutica da SMS-SP. A responsabilidade deste local e dos serviços prestados é do farmacêutico e da sua equipe, geralmente composta por auxiliares ou técnicos de farmácia (GONÇALVES, 2017).

Em 2016, a SMS-SP publicou o Manual de Assistência Farmacêutica (SÃO PAULO, 2016b), que traz a lista de atribuições do profissional farmacêutico para atuação na Rede Municipal, sendo a diretriz a ser seguida para normatizar as atividades essenciais dos serviços de farmácia e, também, a portaria nº. 1.918/2016 (SÃO PAULO, 2016c) que institui o cuidado farmacêutico na SMS-SP.

A área técnica da Assistência Farmacêutica do município de São Paulo foi contatada pela equipe de pesquisa para apresentar a proposta e desenhar a configuração da coleta de dados.

4.3 Estudo exploratório

O estudo exploratório aconteceu com um grupo focal e uma pesquisa quantitativa por meio de um *survey online*. Segundo Valladares (2007), estudos com abordagem etnográfica ou de observação profunda necessitam de uma fase exploratória que contribuirá no desenrolar ulterior da pesquisa.

Os estudos exploratórios possibilitam ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental (TRIVIÑOS, 1987).

Denzin (1973) afirma que a fluidez da própria natureza da observação participante concede ao pesquisador a possibilidade de usufruir, ao mesmo tempo, de dados que os *surveys* proporcionam, já que o pesquisador de campo está mais livre de prejuízos, uma vez que não é, necessariamente, prisioneiro de um instrumento rígido de coleta de dados ou de hipóteses testadas antes, e não durante o processo de pesquisa.

O estudo aconteceu entre novembro de 2016 e junho de 2017, conduzido com farmacêuticos que atuam na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP (SMS-SP).

Os farmacêuticos desse estudo participaram voluntariamente de projetos de pesquisa extensão da Universidade de São Paulo (USP), entre eles, um Curso de Atualização em Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes Crônicos, realizado em 2016, e ministrado pela equipe da Farmácia Universitária da USP (FARMUSP), sendo esse um momento de aproximação com atores chave para a pesquisa.

4.3.1 Grupo focal

O grupo focal é indicado como um instrumento de pesquisa qualitativa que possibilita levantar e compreender, o grupo participante, considerando suas opiniões, relevâncias e valores, a partir de uma discussão que ocorre em reuniões com pequeno número de participantes e, geralmente, com um moderador, o qual busca focalizar e aprofundar as discussões por meio de suas intervenções (MINAYO, 2014; CARLINI-COTRIM, 1996). É um método auxiliar na definição de critérios de análise em pesquisas quantitativas e no desenvolvimento de hipóteses para estudos adicionais.

Ele foi constituído por 20 participantes, selecionados por sorteio. O grupo teve como objetivo analisar a percepção dos farmacêuticos sobre as características das atividades por eles desenvolvidas.

O grupo focal aconteceu nas dependências da FARMUSP. Ao chegarem, os participantes escreveram em cartões, de forma livre, suas atividades profissionais na unidade de saúde, sem o estabelecimento de limite quanto ao número de atividades.

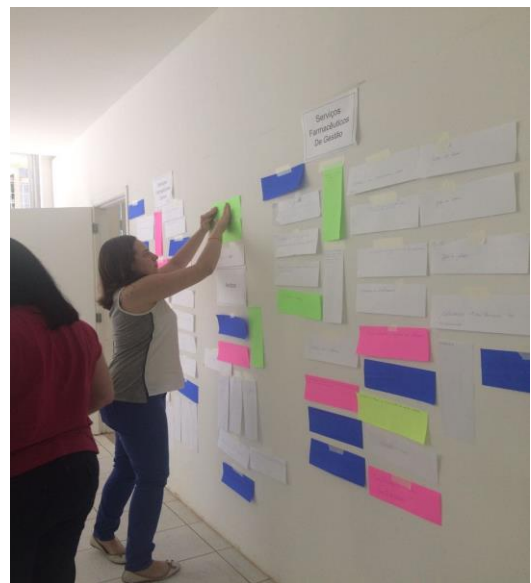
Após, iniciou-se a discussão com uma breve apresentação individual para responder à pergunta “Porque escolheu ser farmacêutico?”, sendo esta a pergunta para início da discussão. Coordenado por uma das pesquisadoras, seguiu-se um roteiro de discussão com os seguintes

tópicos: 1) o entendimento do grupo sobre serviços farmacêuticos; 2) serviços farmacêuticos com foco nos medicamentos e nas pessoas e 3) a importância social dos serviços que os participantes desenvolvem. A discussão foi gravada e posteriormente transcrita.

Posteriormente à discussão, os farmacêuticos poderiam voltar aos cartões utilizados anteriormente e escrever mais atividades, se considerassem importante. Todas, somadas a serviços farmacêuticos descritos na literatura sobre serviços clínicos prestados por farmacêuticos e de gestão da assistência farmacêutica (BRASIL, 2013a; MANZINI; MENDES, 2015), foram compilados no instrumento de coleta de dados para o *survey online*. A análise do grupo focal foi realizada por meio de análise de conteúdo (POPE, 2000).

A seguir, fotos documentam alguns dos momentos do grupo focal.

Figura 2: Momentos grupo focal



Fonte: MENDES, Samara J. **Arquivo pessoal**. 2016.

4.3.2 Formulário (*survey online*)

Os serviços farmacêuticos incluídos no *survey* foram abordados sob quatro aspectos: se o farmacêutico realiza o serviço; a frequência com que realiza (diária, semanal, quinzenal, mensal, anual); o grau de importância do serviço no contexto atual do seu processo de trabalho; o grau de importância do serviço segundo a expectativa do farmacêutico para um cenário ideal do seu processo de trabalho. Para os últimos dois aspectos utilizou-se a escala de Likert de 1 a 5 (1- sem importância e 5- muito importante) (SILVA; TANAKA, 1999).

O *survey* foi criado utilizando a ferramenta Google Forms® e enviado por e-mail para 167 farmacêuticos. Ficou disponível *online* entre 31/01/2017 e 30/06/2017, com envio de lembretes aos participantes. Os resultados foram analisados de forma descritiva utilizando Microsoft Excel 2010®.

4.4 Observação Participante

O antropólogo inglês Bronislaw Malinowski trata de uma nova forma etnográfica especificamente com sua clássica obra de 1922 “Os Argonautas do Pacífico Ocidental”, que se tornou referência para o método com trabalho de campo e para a Observação Participante. Ele fundamenta sua descrição na necessidade de bagagem científica do estudioso, dos valores da observação participante, das técnicas de coleta, ordenação e apresentação do que denomina de evidências. Segundo ele, “toda a estrutura de uma sociedade encontra-se incorporada no mais evasivo de todos os materiais: o ser humano” (MINAYO, 2014, p. 274-275; QUEIROZ et al., 2007).

Para Lage (2009), Malinowski trata sobre os imponderáveis da vida real, quando se refere aos fenômenos cotidianos que devem ser observados por meio do acompanhamento contínuo da população observada (em seu estudo, a tribo da Nova Guiné). Os diversos tipos de comportamentos podem ser coletados por meio de observações detalhadas e minuciosas, possibilitadas apenas pelo contato íntimo com a vida nativa.

A partir da aplicação prática desses princípios, Malinowski rompe com uma “antropologia de gabinete”, pautada em rápidas observações, questionários na sua grande maioria com ajuda de tradutores, e inaugura um novo estilo de pesquisa pautada em um constante diálogo entre a

observação participante e as descrições etnográficas. O método proposto por Malinowski compreende uma investigação aprofundada da vida nativa, de modo que o etnógrafo possa compreender a organização social da vida tribal, praticamente sem o uso de informantes, substituindo-os por observação direta, por meio da convivência diária, da capacidade de entender o que está sendo dito e de participar dos acontecimentos nas aldeias (MALINOWSKI, 2018).

O fundamento da observação participante, para Malinowski (2018), é o processo de “aculturação” do observador que consiste na assimilação das categorias inconscientes que ordenam o universo cultural investigado.

A obra de Malinowski refaz a visão de que os costumes e as crenças de um povo exótico têm plenitude de significado e o comportamento nativo aparece como ação coerente e integrada. A etnografia adquire a capacidade de reconstruir e transmitir uma experiência de vida diversa, mas nem por isso menos rica ou menos humana (MALINOWSKI, 2018).

Os antropólogos da nova geração, como Malinowski e Radcliffe-Brown estabeleceram, por meio da Escola Funcionalista, uma nova modalidade etnográfica de investigação e interpretação, estreitamente ligada ao trabalho de campo (MALINOWSKI, 2018).

A crítica dos funcionalistas à antropologia clássica é que a comparação entre sociedades acontece através do desmembramento inicial da realidade em itens culturais tomados como elementos autônomos, com fragmentos procedem com um rearranjo arbitrário, agrupando de acordo com categorias tomadas de sua própria cultura e fabricando instituições, complexos culturais e estágios evolutivos que não encontram correspondência em qualquer sociedade real (MALINOWSKI, 2018).

Para os funcionalistas, os elementos culturais não podem ser manipulados e compostos arbitrariamente porque fazem parte de sistemas definidos, próprios de cada cultura, cabendo ao investigador descobrir. Essa noção no postulado de integração funcional é muito importante nessa perspectiva. O conceito de função aparece como o instrumento que permite reconstruir, a partir dos dados aparentemente caóticos que se oferecem à observação de um pesquisador de outra cultura, os sistemas que ordenam e dão sentido aos costumes nos quais se cristaliza o comportamento dos homens (MALINOWSKI, 2018).

Segundo Jaccoud e Mayer (2014), a observação, enquanto prática de investigação social, pode ter diferentes denominações: observação participante, observação direta ou observação *in situ*.

A Observação Participante como método de coleta, origina-se das tradições antropológicas pela observação do homem, principalmente o “estrangeiro”, o “outro”. Somente a partir de 1950, a observação do outro ou semelhante insere-se menos em um projeto de dominação de grupos sociais, conhecendo assim outras abordagens qualitativas. Na década de 1970 se expande como campo para a pesquisa social, principalmente devido à não adequação entre os discursos e as condutas reais dos indivíduos, podendo a observação do comportamento concreto contribuir para esta questão (JACCOUD; MAYER, 2014).

O papel do pesquisador em campo é uma questão fundamental a ser compreendida, pois interfere diretamente na subjetividade construída na observação participante. Gold (1958), apresenta 4 tipologias do pesquisador em campo: participante total (observação clandestina); participante como observador (pesquisador revela a sua identidade, mas é percebido como um par. A participação, no entanto, tende a ser profunda e se dar na adoção de hábitos, formas de atuação solidária e vivência conjunta); observador como participante (pesquisador se integra ao meio, mas limita suas interações); observador total (pesquisador não se posiciona e não se envolve com a vida dos participantes) (JACCOUD; MAYER, 2014; MINAYO, 2014).

Os quatro papéis do observador servem para fins analíticos, pois dificilmente eles são realizados de forma isolada. Em diferentes fases do trabalho de campo, um procedimento pode ser privilegiado em relação aos outros (MINAYO, 2014). Nesta observação, pode-se dizer que a observação é do tipo participante, entretanto, o momento da saída de campo nas três Unidades Básicas de Saúde se deu quando a interação estava acontecendo com mais intensidade (no limítrofe de eu ser confundida com um dos profissionais da equipe de saúde), sendo o perigo da sujeição, para Jaccoud e Mayer (2014), como a possibilidade do pesquisador torna-se o sujeito pesquisado.

Ponto importante é como o observador se relaciona com o objeto de pesquisa. Neste estudo segue-se o modelo da impregnação, ou seja, a observação acontece pela inserção do observador no meio, sendo que o observador passa por uma socialização no meio em que ele pesquisa (JACCOUD; MAYER, 2014).

É fundamental destacar que nesta tese a escolha metodológica se deu pelos caminhos da pesquisa qualitativa e que tem uma abordagem etnográfica, tendo como estratégia norteadora a Observação Participante, pois havia a necessidade de acessar as Unidades Básicas de Saúde e viver profundamente a imersão nos serviços farmacêuticos da APS, entendendo a observação

como uma tentativa com fortes possibilidades de reduzir a distância entre os discursos e as práticas concretas dos atores sociais (JACCOUD; MAYER, 2014). Uma das limitações do método é que em estudos etnográficos, o pesquisador fica no campo por tempo indeterminado, as vezes por anos. Neste estudo tem-se um total de 166 horas de observação, diluídas em três UBS diferentes em um espaço de tempo de 1 ano, período compreendido entre outubro de 2017 a novembro de 2018.

Vale ressaltar que, em um estudo como este, que tenta “beber” das fontes antropológicas e sociológicas, o meu local de fala é das ciências naturais, mais especificamente nas ciências farmacêuticas, com interfaces na saúde coletiva, mas com a compreensão de que a descrição interpretativa de um fenômeno precisa estar apoiada nas ciências humanas.

A tradição naturalista acabou por reduzir a Observação Participante a uma técnica que possibilita a coleta de dados materializados em fatos e contribui para a explicação das atividades dos atores sociais e das experiências que eles vivem. A tentativa desta tese é “beber” de um modelo mais interpretativo ou subjetivista, buscando apreender as significações que os atores sociais atribuem aos seus atos, portanto, é o sentido que constitui o objeto da descrição (JACCOUD; MAYER, 2014).

4.4.1 Amostra na observação e entrada no campo

A amostra da observação é do tipo não probabilística ou teórica, constituída como amostra intencional, segundo Deslauriers e Kérisit (2014), sendo uma estratégia que possibilita conhecer aspectos gerais do fenômeno estudado, tendo um caráter exemplar e único, dando acesso ao conhecimento circunstancial da vida social.

A amostra teórica inicial é determinada pelo problema de pesquisa: escolhe-se um local ou grupo, em função da sua pertinência. A amostra é continuamente modificada em respostas às análises, ela se constrói, em etapas sucessivas. É uma abordagem flexível e disciplinada, devendo a amostragem garantir coerência, variação, precisão e exaustividade teórica (LAPERIÈRE, 2014).

O que importa na escolha da população de estudo é a sua capacidade de esclarecer o melhor possível o fenômeno pesquisado e poderá ser modificada segundo as necessidades da teoria emergente (DESLAURIERS, 2014), ou, nesse caso, da construção do campo da tese.

Desde o início do doutorado, em 2016, as tratativas foram acontecendo com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio da Área Técnica de Assistência Farmacêutica. Após o estudo exploratório, em julho de 2017, iniciou-se a conversação com as Coordenações Regionais de Saúde para a coleta de dados nas UBS.

Consideraram-se as seis Regionais de Saúde de São Paulo (Centro; Leste; Norte; Oeste; Sudeste; Sul). Iniciamos com a Coordenação Oeste (UBS 1; Tabela 1), sendo uma indicação da Área Técnica de Assistência Farmacêutica. Este aspecto foi fundamental na coleta, considerando algumas resistências como: as inúmeras estâncias de gestão em que a pesquisa precisa passar para ser autorizada; tempo para aprovação; estranheza dos profissionais em participarem de uma pesquisa científica. A autorização final para iniciar a pesquisa na UBS 1 foi apresentada em outubro de 2017.

Paralelamente a esse processo, as demais Coordenações Regionais de Saúde foram contactadas para verificar a disponibilidade de participação na pesquisa. As CRS Sul e Leste responderam prontamente sobre a disponibilidade.

Na Coordenação Sul, a abertura foi mais intensa, com a seleção da unidade e encaminhamentos rápidos, com apresentação de proposta, em outubro de 2017 para a gerência da UBS, a CRS e STS M'Boi Mirim e gerência da Assistência Farmacêutica da OSS responsável pelos recursos humanos. A coleta foi iniciada em março de 2018.

Na Coordenação Leste, as tratativas levaram mais tempo e após a qualificação do doutorado (março de 2018), a possibilidade de realizar a coleta na terceira região foi repensada, principalmente pelas incertezas e inseguranças na análise de tantos dados. Mas nesse tempo foi possível a primeira aproximação com os diários de campo das duas UBS já observadas e ainda havia necessidade de maturação dos dados e de realizar conexões importantes para descrever os sentidos do objeto em estudo. Em função da necessidade de emenda (cronograma e especificações da amostra) do projeto no Comitê de Ética, a coleta de dados foi autorizada somente em setembro de 2018, com a coleta programada para iniciar em novembro, conforme acordo com a UBS. Nessa unidade, encerrou-se a pesquisa decampo, fundamental para o entendimento da abrangência da APS no município de São Paulo, considerando que é uma unidade diferente das tradicionais.

Para as três UBS, foram realizadas tratativas com as Coordenações das Regionais por meio da Assistência Farmacêutica e com os Centros de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa

(CEDESP), que analisam a viabilidade da coleta no serviço, disponibilidade dos sujeitos e aspectos éticos. A coleta só foi iniciada a partir das autorizações dessas instâncias.

As três UBS incluídas na pesquisa são gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde e todos os profissionais são terceirizados, nenhum com contrato pela administração direta.

Sendo assim, a tabela 1 diz respeito aos códigos utilizados neste estudo.

Tabela 1 - Lista de códigos

Local	Código
Unidade de Saúde Jardim Boa Vista	UBS 1
Unidade de Saúde Jardim Celeste	UBS 2
AMA UBS Integrada Prof. Dr. Humberto Cerrutti	UBS 3
Farmacêutico	
Eli	F1
Ronise	F2
Rafael	F3

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

A observação se deu pela soma dos dados coletados nas três UBS, que tem características diferentes, importantes na representação do significado de serviços farmacêuticos na APS. Os dados não serão analisados de forma separada, ou realizando comparações entre as UBS, mas sim farão a composição do fenômeno observado.

4.4.2 Cenário para observação

A observação aconteceu em 3 Unidades Básicas de Saúde, em regiões distintas do município de São Paulo. A Tabela 2 apresenta algumas características e, posteriormente, há a descrição de cada cenário.

Tabela 2 - Coordenações Regionais, Supervisões e Número de habitantes

Coordenação Região Saúde	Número de hab.	Subprefeituras
Oeste	1.454.592	Lapa, Pinheiros, Butantã e Sé
Sul	2.553.802	Capela do Socorro, Cidade Ademar, Campo Limpo, Parelheiros, M'Boi Mirim e Santo Amaro
Leste	2.380.783	Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus, São Miguel.

Fonte: São Paulo, 2011.

Cenário UBS 1

A Unidade de Saúde fica próxima a um Shopping de porte médio de São Paulo e a 10 min de carro de uma das principais rodovias estaduais, importante para a cidade de São Paulo. Os acessos são de carro ou ônibus.

O bairro tem pouco comércio, muitas moradias em casas e algumas escolas. É um bairro que faz divisa entre São Paulo e Osasco, município da região metropolitana. Localiza-se na avenida principal e tem acesso fácil às possibilidades de transporte público. A estação de metrô mais próxima fica a 11 km. A UBS é o único serviço de saúde do bairro, mas em localidades próximas há 2 AMA UBS Integrada, 4 UBS e 2 hospitais, sendo 1 deles universitário.

A UBS tem 6 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma outra equipe, de Agente Comunitário de Saúde, que atende as áreas do bairro não cobertas pela ESF. A unidade não tem Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), os demais profissionais da equipe multiprofissional são da própria UBS. A unidade funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 19h. O prédio em que se encontra a UBS é próprio da prefeitura e tem bastante espaço, é bem dividido e organizado, seguindo o modelo tradicional de unidades básicas de saúde no Brasil.

A farmácia abre no mesmo horário da UBS, conta com 1 farmacêutico por 8h diárias (não está coberta em todas as 12h de funcionamento), 4 vagas de auxiliares de 8h diárias e 2 técnicos de farmácia por 6h diárias, mas no momento da coleta, havia somente 3 auxiliares e os 2 técnicos. Os auxiliares são exclusivos da Organização Social que gerencia a UBS 1. A população adstrita da UBS 1 pode obter medicamentos nas outras UBS ou AMA citadas anteriormente.

Atende uma média de 200 prescrições por dia, sendo 70% da própria unidade, as demais são de outras unidades e externas à SMS-SP. Uma média de 175 pessoas são atendidas na dispensação diariamente.

Figura 3: Fachada da UBS 1



Figura 4: Farmácia pelo lado de fora



Fonte: MENDES, Samara J. **Arquivo pessoal**. 2017.

Figura 5: Corredor que dá acesso a farmácia



Fonte: MENDES, Samara J. **Arquivo pessoal**. 2017

Cenário UBS 2

A segunda UBS da Observação Participante localiza-se na região Sul do município de São Paulo, mais próxima do centro da cidade. O bairro está próximo de uma avenida que corta as regiões Oeste e Sul, ligada a uma das principais linhas de trem de São Paulo, obtendo acesso à Marginal do Rio Pinheiros.

O bairro é formado por muitos estabelecimentos comerciais, como mercados, restaurantes, farmácias e lojas, ficando próximos a um centro comercial de porte médio.

A UBS tem 5 Equipes de Estratégia de Saúde da Família, e no momento da coleta estava implantando a sexta equipe. Também funciona de segunda a sexta das 7h às 19h. Conta com o NASF, que inclui profissionais como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico.

A População conta com 3 ou 4 UBS próximas, 1 AMA/UBS Integrada, que muitas vezes é a indicação em casos de demanda espontânea que a UBS não poderia acolher, uma AMA especialidades, onde a população tem seus encaminhamentos para outros níveis de atenção, 2

Centro de Especialidades Odontológicas, 2 CAPS adulto, 1 CAPS Álcool e Drogas e 1 CAPS infante juvenil, além 2 hospitais, um municipal e outro estadual.

A farmácia também fica aberta no horário da Unidade e conta com 1 farmacêutico por 8h. Tem 2 técnicos de farmácia, sendo 8h diárias para cada um. Um técnico fica das 7h às 16h e a outra das 10h às 19h. Assim como em todas as Unidades de Saúde, a população local pode obter seus medicamentos em outras UBS próximas da UBS 2. A farmácia atende uma média de 215 prescrições por dia e 180 pacientes/dia.

Figura 6: Fachada da UBS 2



Fonte: MENDES, Samara J. **Arquivo pessoal**. 2018.

Figura 7: Lado de fora da Farmácia



Fonte: MENDES, Samara J. **Arquivo pessoal**. 2018.

Cenário UBS 3

O bairro fica em uma região periférica da Zona Leste de São Paulo. As ruas são largas e bem estruturadas, próximos à UBS há alguns estabelecimentos comerciais, mas é uma região mais afastada de grandes centros comerciais. Tem uma certa proximidade com o aeroporto de Guarulhos e com um dos Campus da Universidade de São Paulo. O transporte público ao bairro acontece com referência a uma estação de metrô da linha vermelha, uma das linhas da região Leste de São Paulo. A ida até a UBS acontece de ônibus, pois a estação fica a 5 km.

A UBS 3 foi inaugurada na década de 1980 e é bastante tradicional na região. Atualmente é uma AMA UBS Integrada, que é uma modalidade de equipamento de saúde do município de São Paulo, na tentativa de abolir os “muros” entre as AMA e UBS que, anteriormente, em geral ocupavam o mesmo espaço predial, porém, não havia integração entre os serviços, uma vez que a AMA estava focada em atendimentos de demanda espontânea, constituindo um suporte às demandas não atendidas pelas UBS, fato que ocorre, principalmente, pela baixa cobertura da ESF em São Paulo. Segundo a SMS-SP, em sua página web oficial, o modelo integrado unifica vários níveis de atenção e tem uma boa aceitação pela população.

Na UBS 3, há 2 equipes de ESF, porém, sem o profissional médico. Este está ligado à equipe tradicional da UBS e na AMA. O serviço funciona de segunda a sábado (característica das AMA), das 7h às 19h. É o principal serviço de saúde da região, contando apenas com 3 outras UBS e uma AMA hospitalar.

Na farmácia há 1 farmacêutico, com 8h diárias de trabalho (sem o sábado) e 4 técnicos de farmácia, com 6h/dia de trabalho. Por ser a farmácia de uma AMA UBS integrada, o fluxo de atendimento é maior, mas os medicamentos são os mesmos daqueles disponibilizados na Rede Básica.

Figura 8:Entrada da AMA UBS com fila de paciente na “janela” da farmácia



Fonte: MENDES, Samara J. **Arquivo pessoal**. 2018.

Figura 9: Recepção da UBS 3



Fonte: MENDES, Samara J. **Arquivo pessoal**. 2018

4.4.3 Informantes-chave

Inicialmente, havia uma expectativa na centralidade dos farmacêuticos como informantes-chave da pesquisa, pois, tinha-se a certeza de que eles seriam as pessoas mais importantes e que seriam o eixo norteador para a coleta de dados. Entretanto, dada a complexidade da Atenção Primária à Saúde, outros informantes foram se tornando elementares.

Os técnicos de farmácia foram informantes não esperados ou que não estavam no planejamento do campo, e revelaram-se fundamentais para a construção do processo de observação.

Além de outros trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, como médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, gerência e auxiliares administrativos, pessoas que trabalham com a limpeza e organização da Unidade, segurança e o Agente Comunitário de Saúde sujeito central para a APS.

Um bom informante se caracteriza por sua espontaneidade, sua disponibilidade, sua produtividade, ou seja, quando suas informações são múltiplas e se referem aos aspectos variados do problema pesquisado. Também pela sua objetividade, quando consegue distinguir os fatos e as suas interpretações e o refinamento das suas análises (JACCOUD; MAYER, 2014).

A experiência acumulada mostra que o perfil dos informantes e a qualidade dos dados têm impacto na entrada do campo e na apresentação do pesquisador. É possível, por exemplo, na medida em que o trabalho avance, utilizar técnicas como a “bola de neve”, por meio do qual o pesquisador vai se informando sobre outros possíveis interlocutores, sucessivamente, e assim, prescindindo das pessoas que o introduzem no grupo, criando um lastro de confiabilidade para seu trabalho (MINAYO, 2014).

Nesta pesquisa, entendo que a comunicação com os farmacêuticos das CRS, com a área Técnica da Assistência Farmacêutica e, ainda em 2016, com os projetos de extensão da FARMUSP durante a etapa exploratória, foram fundamentais para criar um vínculo e obter a confiança que eles requeriam para adentrar ao estudo.

4.4.4 Relatando a construção e saída do campo

Gray (2012), acredita que o campo deve ser construindo da seguinte forma: entrar no campo, obter consentimento informado, tornar-se invisível, construir sintonia, decidir o que observar (fases de permanência) e sair do campo.

Ao buscar descrever o “jogo da vida”, a pesquisa qualitativa demonstra o real em função de uma problemática relacional que se insere em um contexto determinado (ERICKSON, 1986² apud DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014), por isso, as relações interpessoais para a estruturação da permanência no campo são essenciais.

Durante a observação, a entrada em cada unidade ocorreu com características semelhantes. Uma delas foi a estranheza de um pesquisador no ambiente das pessoas observadas. Para Jaccoud e Mayer (2014), é difícil fazer a dissociação entre a questão da seleção da situação a observar e aquela do acesso aos dados. Portanto, escolher uma cena pública de observação, ou obter a autorização para realizar uma pesquisa de campo, não garante acesso aos dados. A acessibilidade depende, afinal, do problema de pesquisa. Nos modelos de impregnação (este caso) a inserção do observador acontece em função da implicação estreita com o grupo pesquisado.

Na passagem pelas três UBS foi possível identificar os momentos de construção do campo conforme Gray (2012) explicita. É importante que o objeto de pesquisa reflita um processo e que seja abordado sob o ângulo da evolução de um fenômeno (DESLAURIERS, 2014). Na UBS 1, estava-se na fase de entrada do campo possibilitando uma espécie de calibragem do olhar sobre a pesquisa, sob o que observar, quais os detalhes e impressões deveriam ser anotadas no caderno de campo e quais as formas de aproximação poderiam ser desenvolvidas com os atores observados.

A estranheza de se ter um pesquisador no cotidiano da farmácia foi sendo “quebrada”, mas nas 3 UBS isso levou alguns dias, para que eles fossem conhecendo a pesquisa, se sentindo parte de um processo que, de alguma forma, poderia contribuir com a melhora ou avanço do ensino e pesquisa no SUS.

Já na UBS 2, a observação estava mais sensível e descortinando a aparência da essência. Por isso, me envolvi mais e tive mais horas de coleta. Finalizou quando eu já participava das atividades, inclusive interferindo em algumas delas, como na fala de uma técnica de farmácia “mais um dia e você já deveria sentar aqui e dispensar [medicamentos] com a gente”. Nas 3 UBS, a saída do campo se deu no momento da saturação do dado ou sujeição (JACCOUD; MAYER, 2014),

² ERICKSON, F. Qualitative Methods in Research on Teaching. In: WITTRONCK, M.C. (Org.). **Handbook of Research and Teaching**. New York: Macmillan, p. 119-161, 1986.

Ao final do período de observação na UBS 2, as primeiras impressões da observação e os dados do estudo exploratório foram apresentados para o Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa local, possibilitando uma discussão e questionamentos que contribuíram para novas reflexões e interpretações. Segundo Jaccoud e Mayer (2014, p. 278), na devolutiva aos atores pesquisados, é possível controlar a confiabilidade e credibilidade da coleta.

Por ser uma escolha metodológica que leva em consideração não somente princípios hipotético-dedutivos, por vezes, a Observação Participante pode ser desacreditada no meio científico. Jaccoud e Mayer (2014) imprimem alguns critérios fundamentais para a maior validade da pesquisa: proximidade das fontes (observação “de perto”); saturação do dado (quando todos os novos dados são redundantes, ou seja, quando as pessoas observadas agem da mesma maneira ou as falas e atitudes se repetem, significa acúmulo de observações e repetições, possibilitando o momento de saída do campo).

As duas principais regras para o trabalho de campo são a imersão total e a anotação sistemática completa. Um bom registro pode ser dividido em 3 partes (JACCOUD; MAYER, 2014; SPRADLEY, 1980), a saber:

O princípio do concreto: toda a descrição da situação observada deve ser feita em termos concretos e remetendo a ações ou parcelas de ações precisas.

O princípio do relatório ampliado: o observador deve buscar enriquecer seu relatório condensado, acrescentando nele os detalhes, comentários, elementos de contexto particulares.

O princípio do jornal diário: fazer um jornal diariamente com as experiências e impressões, evolução das relações com os observados e seu meio.

Caso a participação for intensa, não será possível registrar, na totalidade, as observações. Para resolver essa situação, o pesquisador deverá tender a um equilíbrio entre as anotações e a observação (JACCOUD; MAYER, 2014).

Gray (2012) recomenda que as anotações nos cadernos de campo sejam organizadas da seguinte forma: dados brutos (datas, horários); dados das experiências ou notas da observação; impressões e sentimentos pessoais; dados pré-análise ou analíticos.

Os dados da observação foram registrados em 3 cadernos de campo (Anexo F) e, após a leitura extensiva de cada um, foram organizados em algumas categorias: 1- atividades do(a) farmacêutico(a); 2- questões relacionadas aos técnicos de farmácia; 3- estrutura da farmácia e da

UBS; 4- impressões do método; 5-notas analíticas (ou de análises instantâneas). Nessa fase também se utilizou o software Atlas.ti 8 ® para realizar o registro.

4.4.5 Construção de inferências na análise

Na pesquisa qualitativa, segundo Deslauriers e Kérisit (2014) há um caráter repetitivo e retroativo, pois, simultaneamente, acontecem a coleta de dados, a análise e a elaboração do problema de pesquisa, sendo um modelo de adaptação contínua. Não há um ponto do método em que a análise é iniciada, ela acontece durante toda a observação, no “vai e vem” da construção do campo.

Não existe tempo de coleta de dados, fase puramente técnica que se intercalaria entre a problemática e a análise. No momento da coleta dos relatos de vida, o pesquisador já se encontra em fase de análise (DESLAURIERS, 2014).

Para este estudo a análise foi sendo aperfeiçoada à medida que cada observação em uma unidade iniciava e finalizava. Os casos ou fatos iam se modificando, durante toda a observação. Em uma descrição, as observações são reunidas tal como elas se apresentam em sua ordem de ocorrências. Em contrapartida, na análise é preciso romper a sequência empírica das atividades e reagrupar nas categorias analíticas (JACCOUD; MAYER, 2014).

Nesta tese usamos os preceitos da indução analítica e teoria enraizada, ambas para análise de Observação Participante. Elas têm em comum a ambição de adaptar o método ao seu objeto e flexibilizar o processo de pesquisa, para melhor dar conta, ao mesmo tempo, do mundo social e da realização concreta da pesquisa (DESLAURIERS, 2014).

Indução analítica

Indução analítica começa com uma descrição detalhada da situação pesquisada, e esta análise cuidadosa é que permite compreender e extrair as propriedades significativas de uma classe de objetos (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014). É um método de análise qualitativa, contrário aos métodos estatísticos, chamados de indução enumerativa e tem por objetivo evidenciar os elementos fundamentais de um fenômeno para, então, deduzir uma explicação universal (DESLAURIERS, 2014).

A hipótese é verificada por uma utilização sequencial de cada caso como potencialmente negativo. Se a hipótese é confirmada pelo primeiro caso, mas não pelo segundo, ela é reformulada (ou fenômeno redefinido), até que todos os casos sejam explicados pela teoria (DESLAURIERS, 2014).

O processo de pesquisa consiste em analisar uma série de casos que podem exigir uma revisão gradual da teoria original. O tratamento dos casos negativos tem, portanto, o efeito de aperfeiçoar a teoria e torná-la progressivamente capaz de explicar os dados empíricos oriundos da pesquisa (práxis) (DESLAURIERS, 2014).

A construção da teoria se efetua segundo um processo evolutivo. A teoria e a hipótese são o ponto de chegada do método, e não o ponto de partida: elas são elaboradas durante a pesquisa, pela interação da explicação e das informações. Teoria e hipótese são, simultaneamente, fim e meio. É um processo de “indução por eliminação”, testando a solidez do esquema explicativo, comparando-o com outros dados (DESLAURIERS, 2014, p. 341) e possibilitando, ao final, a construção de um modelo novo.

Uma limitação da indução analítica, apresentada por Deslauriers (2014), é que tem por objetivo apresentar explicações universais sobre um fenômeno, mais do que probabilidades, significando que todos os casos ou fatos encontrados na pesquisa deverão ser explicados. Katz³ (1983 apud DESLAURIERS, 2014) acredita que é um método importante para construir o conhecimento, mas sua busca da explicação universal deveria ser entendida como uma estratégia de pesquisa e não como a finalidade última do método, ou como a medida de suas capacidades.

O processo de análise não toma a forma clássica do funil, ao contrário, a análise se torna habitualmente precisa, com o tempo. Entre a regra e a prática, adaptações são não somente possíveis, como necessárias. Em sua prática mais purista, a indução analítica visa fornecer explicações universais, mais do que probabilidades e, por isso, ressalta três questões fundamentais, a saber:

Da causalidade: as experiências têm demonstrado que não é tarefa fácil, pois as situações sociais constituem um emaranhado, que não é fácil desenredar, consegue-se algo, isolando um aspecto, mas, ao fazê-lo, perde-se de vista a totalidade.

³ KATZ, J. A. Theory of Qualitative Methodology: The Social System of Analytic Fieldwork. In: EMERSON, R. M. (Org.). **Contemporary Field Research**. Boston: Little/Brown. 1983.

Da universalidade: a busca de causas tem por finalidade a descoberta de conhecimentos universais, se conseguirmos descobrir as verdadeiras causas dos fenômenos sociais.

Do caso negativo: a explicação de casos negativos que deviam modificar a teoria também pode ter problemas. Em primeiro lugar, é possível delimitar todos os casos negativos? (DESLAURIERS, 2014).

Lincoln e Guba (1985) observam que é difícil acreditar que não se possa encontrar uma única exceção entre centenas de casos. Portanto, o objetivo não é atingir a explicação perfeita, mas sim, medir o progresso realizado graças aos casos negativos e por meio das transformações da explicação em relação ao conhecimento inicial.

A indução analítica serve para examinar de perto os processos, compreender o contexto social próximo e os aspectos subjetivos do processo, capturar aspectos subjetivos dos integrantes de um grupo e ver o mundo com os seus olhos (DESLAURIERS, 2014).

A teorização enraizada

A teoria enraizada visa à elaboração de uma teoria, enraizada na realidade empírica, porém não constituindo dela uma descrição, os casos empiricamente observados não são aí considerados em si mesmos, mas sim, como instâncias do fenômeno social observado e tem por continuidade e semelhanças evidentes algumas técnicas anteriores, como a indução analítica. Busca as similitudes e contrastes entre os dados. Para essa tese, utilizou-se como base o que Laperrière (2014) apresenta sobre o método.

Os princípios metodológicos da teorização enraizada “bebem” em duas fontes: o pragmatismo americano e a filosofia fenomenológica. Do primeiro foi retirado a necessidade de enraizar a teoria na realidade, destacando a importância da observação *in situ* para a compreensão de fenômenos. Sobre a filosofia fenomenológica, a teoria enraizada utiliza da exclusão das noções preexistentes relativas a um fenômeno, para deixá-lo falar por si mesmo. Portanto, recusa-se toda a construção *a priori* de conceitos sobre o fenômeno social pesquisado, sendo estes construídos e verificados à medida da progressão da pesquisa de campo (LAPERRIÈRE, 2014).

As anotações nos cadernos de campo podem ser entendidas como um incidente, ou seja, uma atitude ou atos totais, individuais ou coletivos. Sendo cada incidente codificado, e depois reportado às diversas áreas ou categorias em que ele pode ser classificado. Tais categorias formam perspectivas interpretativas, que se tornam precisas à medida que os dados se acumulam.

Quando as categorias são pertinentemente caracterizadas e consolidadas pela pesquisa sistemática de casos negativos, resulta-se um modelo descritivo, especificando as condições necessárias e suficientes da existência de um fenômeno, ou o papel do fenômeno de um processo social mais amplo (LAPERRIÈRE, 2014).

O objetivo da teoria enraizada é a construção teórica, o conceito constitui a unidade de base da análise. O conceito não designa o próprio incidente, mas o que ele representa, aquilo a que se refere. Um incidente observado pode referir-se a vários conceitos. Os conceitos pertencentes a um mesmo universo são, em seguida, reunidos em uma categoria conceitual (LAPERRIÈRE, 2014).

Na determinação das categorias conceituais é momento para minimizar as diferenças observadas, de modo a detalhar e consolidar o conteúdo das categorias, e depois maximizam-se as diferenças, com a finalidade de apreender as condições de surgimento e de variação do fenômeno pesquisado (LAPERRIÈRE, 2014).

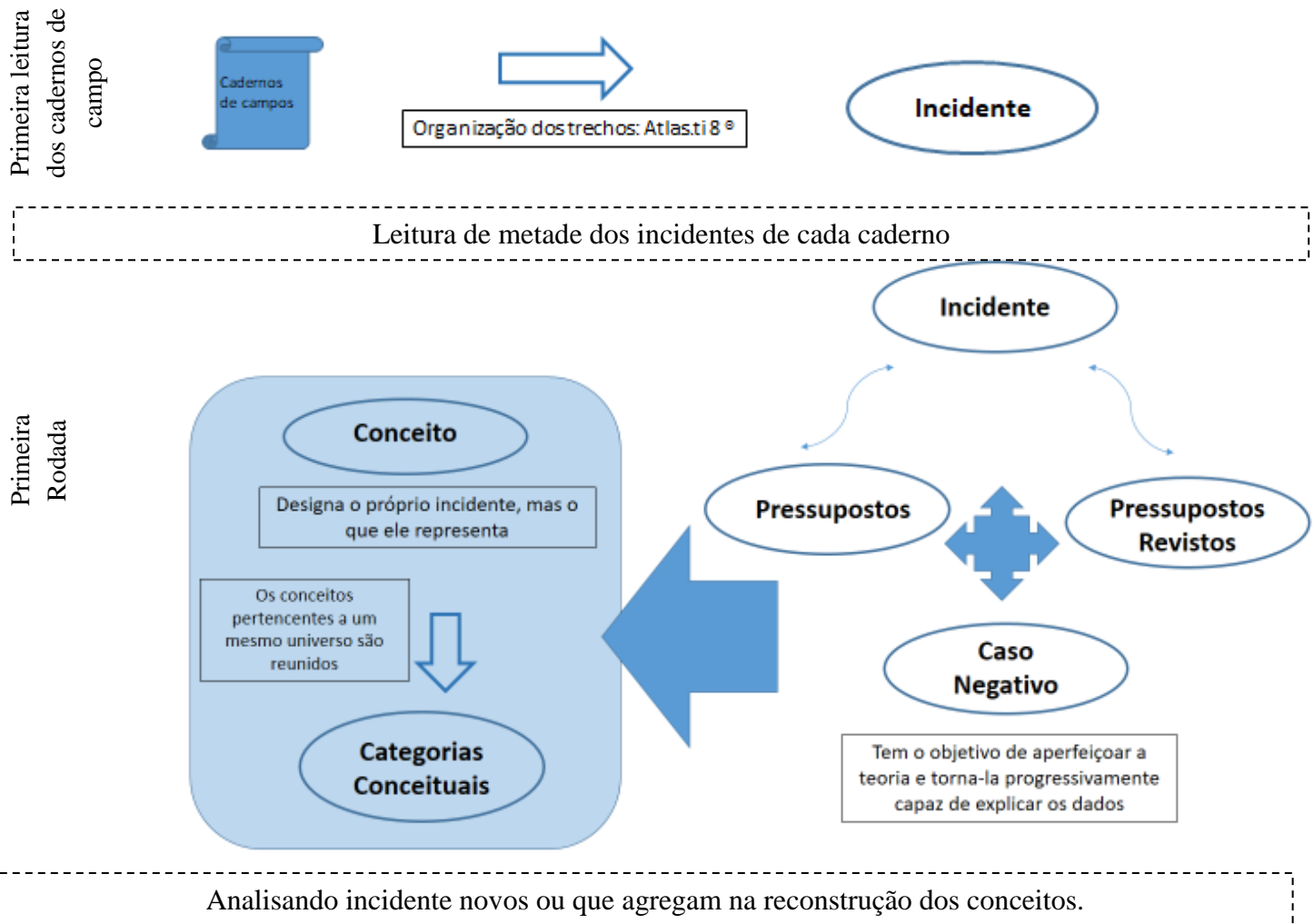
Cada novo incidente é comparado ao conteúdo das categorias conceituais já formadas, o que leva ao aprimoramento de suas propriedades ou à criação de outras categorias. Quando qualquer novo incidente não acarretar a reformulação dos conceitos e das categorias, a saturação será atingida (LAPERRIÈRE, 2014).

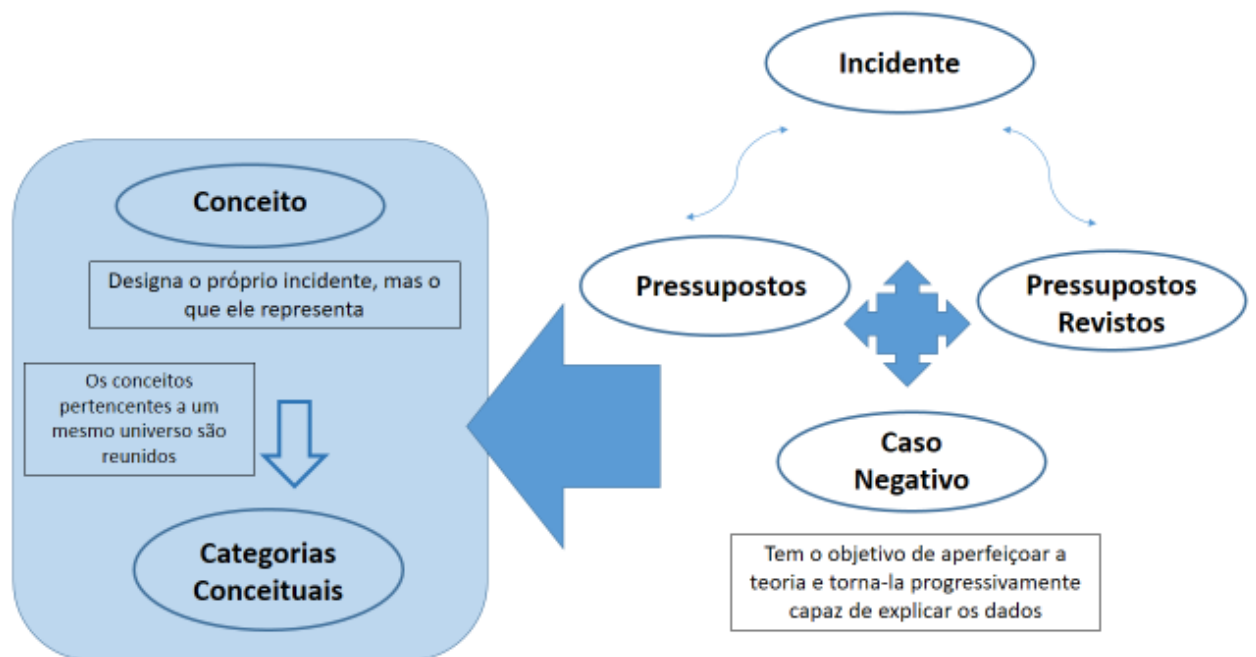
A palavra pressuposto substituirá a hipótese neste estudo, pois entendemos que hipótese no campo da saúde/saúde coletiva pode ser compreendido em uma perspectiva hipotético dedutiva, também entendida como cartesiana em detrimento de um raciocínio mais indutivo. Neste caso, a investigação não é gerada *a priori* pelos quadros de análise do investigador, que espera conseguir encontrar essa lógica por meio da análise do material empírico que vai recolhendo. A intenção dos investigadores não é comprovar hipóteses definidas anteriormente e que tem um formato estanque, mas principalmente identificar as lógicas e racionalidades das pessoas que vivem o fenômeno confrontando-as com o seu modelo de referência, por isso a construção do objeto, da análise e dos pressupostos é contínuo (GUERRA, 2006).

Como forma de organização, neste estudo, os incidentes (322) foram lidos individualmente em duas rodadas, contemplando, na primeira, metade dos trechos de cada caderno de campo. Na segunda rodada de leitura analisaram-se aqueles incidentes que são novos ou que agregam na reconstrução dos conceitos. À medida que a pesquisa avança, a codificação se

torna cada vez mais seletiva e teoricamente integrada. A figura 10 demonstra o processo de inferências na análise.

Figura 10: Processo de Análise





Fonte: Elaborado por MENDES, Samara J. **Arquivo pessoal**. 2019.

4.4.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP (CAAE: 54854416.4.0000.0067) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 54854416.4.3001.0086). Ambos os pareceres encontram-se nos anexos A e B.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

ARTIGO I

Uma visão ampliada sobre saúde e serviços farmacêuticos: atendendo às necessidades na Atenção Primária à Saúde

Resumo

Introdução: Há uma ampla discussão internacional sobre a atuação do farmacêutico nas equipes de saúde, especialmente na Atenção Primária a Saúde (APS). Sabe-se, que o farmacêutico tem aumentado sua atuação na força de trabalho da APS. Porém, no Brasil, ainda não há consenso sobre qual o papel do farmacêutico em uma Unidade de Saúde do Sistema Único de Saúde e o que ele pode desempenhar na APS.

Objetivo: Este estudo analisa, por meio da percepção de farmacêuticos, o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos na prática concreta da Atenção Primária em um sistema de saúde público.

Método: Estudo exploratório, realizado com 200 farmacêuticos que atuam em Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP (SMS-SP). O estudo foi conduzido por um grupo focal e um *survey online* e apresenta dados quali-quantitativos.

Resultados: O grupo focal abordou a concepção da totalidade dos serviços farmacêuticos. Os participantes afirmaram realizá-los com foco nas pessoas e não nos medicamentos. O *survey* explorou 29 serviços prestados pelo farmacêutico, sendo 7 deles majoritariamente com frequência diária. Os farmacêuticos não diferenciam a relevância dada aos serviços considerados clínicos e aqueles que são gerenciais ou mais relacionados ao acesso a medicamentos. Eles consideram as necessidades de cuidados primários de saúde muito importantes.

Conclusões: A APS possibilita uma construção e visão ampliadas do escopo dos serviços farmacêuticos. Oportuniza o desenvolvimento de muitos serviços importantes executados pelo farmacêutico em um campo complexo, ampliado e dinâmico como a Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Serviços Farmacêuticos; Serviços Comunitários de Farmácia; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde

Introdução

Há uma ampla discussão internacional sobre a atuação do farmacêutico nas equipes de saúde, especialmente na Atenção Primária a Saúde (APS). Alguns estudos destacam o farmacêutico como o clínico, o gerente e o cuidador social, figura chave na comunidade em que trabalha (ELVEY et al. 2013; POTTIE et al. 2009; HESSO et al. 2019). Outros destacam a transição dos serviços farmacêuticos para um foco relacionado ao paciente em que o farmacêutico atua em equipe multiprofissional, investindo na formação para a colaboração interprofissional, formas de comunicação e a sua atuação na atenção à saúde (SCHINDEL et al. 2016; NABHANI-GEBARA et al. 2020).

Já na Carta de Alma-Ata, a APS foi considerada como cuidado de saúde essencial a todos (WHO, 1978). Estudos apontam para a APS como estratégia fundamental para o desenvolvimento de atenção em saúde até os dias atuais (WALLEY et al. 2008). No Brasil, há mais de 20 anos, é a principal estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada eixo norteador do SUS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

O farmacêutico no Brasil tem desenvolvido seu trabalho na APS como apoio às equipes de saúde (NAKAMURA; LEITE, 2016). Contudo, na composição da força de trabalho na APS, o quadro de farmacêuticos aumentou em 75% entre 2008 e 2013 (CARVALHO et al. 2016).

No Município de São Paulo, Brasil, há 363 farmacêuticos (SÃO PAULO, 2018) alocados em 503 Unidades de Saúde da APS (BRASIL, 2018) do SUS. Em estudo de 2017, em uma unidade de saúde de São Paulo, constatou-se que o trabalho do farmacêutico resultou na redução da falta de medicamentos, melhora da qualidade das prescrições médicas e algumas iniciativas de serviços clínicos, contribuindo significativamente para a melhoria do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos (MELO; CASTRO, 2017).

No entanto, não há consenso no Brasil sobre o significado de serviços farmacêuticos (COSTA et al. 2017) e quais práticas devem constituir esses serviços na Atenção Primária à Saúde. Há uma série de publicações e documentos institucionais que não definem exatamente qual o papel do farmacêutico em uma Unidade de Saúde do SUS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013), dificultando o entendimento dos demais profissionais da equipe e pacientes sobre o que o farmacêutico pode desempenhar e como contribuir para a APS (NAKAMURA, LEITE, 2016; SILVA et al. 2018). O objetivo deste artigo é analisar, por meio da percepção de farmacêuticos, o

desenvolvimento dos serviços farmacêuticos na prática concreta da Atenção Primária em um sistema de saúde público.

Método

Caracteriza-se por um estudo exploratório realizado entre novembro de 2016 e junho de 2017, a partir dos dados coletados por grupo focal e *survey online*. Todos os farmacêuticos participantes deste estudo atuam em Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP (SMS-SP).

O grupo focal é indicado como um instrumento de coleta de dados em pesquisa qualitativa que se fundamenta na capacidade dos participantes de formar opiniões e atitudes, na interação com outros indivíduos (POPE et al. 2000). O grupo focal foi constituído por 20 participantes e coordenado por uma das pesquisadoras, guiado por um roteiro com os seguintes tópicos: 1) o entendimento do grupo sobre serviços farmacêuticos; 2) serviços farmacêuticos com foco nos medicamentos e nas pessoas e 3) a importância social dos serviços que os participantes desenvolvem. A discussão foi gravada e posteriormente transcrita pela equipe de pesquisa.

Outro momento do grupo focal foi o convite aos participantes para descreverem em cartões suas atividades profissionais na unidade de saúde. Estes, somados a serviços farmacêuticos descritos na literatura sobre serviços clínicos providos por farmacêuticos e de gestão da Assistência Farmacêutica (MELO, CASTRO, 2017; MANZINI, MENDES, 2015), foram compilados no instrumento de coleta de dados para o *survey online* (*Formulário Google*[®]).

Os serviços farmacêuticos incluídos no *survey* foram abordados sob quatro aspectos: se o farmacêutico realiza o serviço; a frequência com que realiza (diária, semanal, quinzenal, mensal, anual); o grau de importância do serviço no contexto atual do seu processo de trabalho; o grau de importância do serviço segundo a expectativa do farmacêutico para um cenário ideal do seu processo de trabalho. Para os últimos dois aspectos utilizou-se a escala de Likert de 1 a 5 (1- sem importância e 5- muito importante) (SILVA; TANAKA, 1999). O formulário foi enviado por *e-mail* para 162 farmacêuticos que se cadastraram voluntariamente para participar de projetos de pesquisa e extensão da Universidade de São Paulo.

Os resultados do *survey* foram analisados de forma descritiva utilizando Microsoft Excel 2010[®].

A análise do grupo focal foi realizada por meio de análise de conteúdo (POPE et al. 2000). Após a leitura extensa do conteúdo das falas dos participantes, foi possível realizar algumas inferências a partir do sentido das falas. Este grupo focal foi a primeira aproximação da pesquisa com o campo e por isso aqui são apresentadas as percepções iniciais sobre serviços farmacêuticos. A fim de ilustrar e clarificar os resultados apontados são apresentados trechos da transcrição das falas dos farmacêuticos.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Resultados

Entre pacientes e medicamentos: resultados do Grupo Focal

Vinte (20) farmacêuticos participaram desta etapa. A média de idade foi de 35 anos, sendo que 45% da amostra está formada na graduação entre 5 e 10 anos e 35% atua no SUS entre 05 e 10 anos.

A discussão iniciou com o que os participantes compreendem por serviços farmacêuticos e várias percepções acerca da temática apareceram, como: orientação para ajudar a pessoa, orientações desde como acessar os medicamentos até o acompanhamento terapêutico ou apenas, gestão do estoque, como ilustrado na seguinte fala:

- *“Desde você promover o acesso, essa orientação até o acompanhamento efetivo e também a parte de gestão de estoque, porque uma coisa se une a outra”.*

Na continuidade da discussão, os farmacêuticos foram conduzindo para a totalidade dos seus serviços, colocando na perspectiva de um conjunto de atividades:

- *“A gente dá atenção a promoção de saúde? Deixar essa pessoa com o medicamento que vai curar ou tratá-lo, mas se ele não tiver orientação, não serve de nada, a gente fica ali entre o medicamento e o paciente para poder dar essa informação”.*

- *“Tanto na gestão de estoque quanto na orientação de como utilizar o medicamento, ou como conseguir o medicamento através do SUS a gente está promovendo o acesso, independentemente de qualquer etapa desse procedimento”.*

- *“Acesso à saúde, à medicação, ao tratamento, enfim, você está promovendo a saúde, a promoção à saúde que ela [outra participante] mencionou aqui agora, então desde a orientação,*

você controla o seu estoque para que você tenha como fornecer a medicação para esse paciente, você está promovendo a saúde”.

Ao serem instigados sobre o objetivo de seus serviços, os farmacêuticos puderam afirmar que seus serviços são realizados com foco nas pessoas e não nos medicamentos, conforme as seguintes falas:

- *“Para as pessoas, mas os pacientes são muito ligados ao medicamento”. “Para os dois”.*

Os participantes do grupo focal entendem que o farmacêutico pode contribuir para a desconstrução da caracterização da atividade farmacêutica como restrita ao uso de medicamentos, aproximando-a das diretrizes da atenção primária à saúde:

- *“O interessante para ele é chegar e pegar o medicamento, o paciente vai muito voltado ao medicamento e a gente como farmacêutico tem que tirar isso”.*

- *“Quando você questionou os serviços, os serviços seriam muito além do medicamento, na minha visão sabe? No momento que o paciente tem qualquer queixa, qualquer situação que vai além do medicamento, eu acho que nós como profissionais de saúde podemos contribuir”.*

Discutindo o papel e o espaço do farmacêutico nas unidades de saúde, apontaram como as atitudes podem gerar baixa valorização profissional:

- *“E a gente também está um pouco escondido”.*

- *“A gente também não se mostrou para a população”.*

Alguns participantes ressaltaram, que apesar das novas possibilidades, ainda há uma insistência para que os serviços sejam realizados com foco nos medicamentos, mas que o modelo da APS oportuniza outras formas, como o incentivo aos grupos terapêuticos, as visitas domiciliares e a atuação com a equipe:

- *“Então eu procuro mostrar para ele [paciente], o que ele tem de alternativa que talvez possa diminuir a quantidade de medicamentos que ele toma naquele momento né? Porque muitas vezes eles não sabem mesmo”.*

- *“Inserido com o médico ou com o enfermeiro na discussão de casos clínicos, a gente está ali fazendo um trabalho de atenção junto com a equipe toda, uma discussão de caso, de farmacoterapia, de tudo”.*

Por fim, ao debaterem sobre a importância que seus serviços, eles afirmam que encontram barreiras, mas sabem que é importante o que realizam, pois na atenção primária à saúde, as

características de vínculo e confiança são legitimadas ao realizarem as visitas domiciliares, por exemplo:

- *“Na visita domiciliar você consegue ver a casa dos pacientes, onde eles armazenam [medicamentos]. É justamente também, por conta dessa dificuldade que a gente tem do retorno do paciente para a farmácia [após a visita domiciliar], eu [farmacêutico] vou até ele”.*

- *“Esse vínculo é muito importante tanto para o paciente como para o profissional. Quando você vê aquele paciente que está na fila todos os dias, ele é só mais um, quando você vê ele dentro do domicílio seu olhar muda”.*

- *“A gente consegue cuidar desde o medicamento até um outro problema que você consegue detectar sem ficar só ali. Eu acho que [a farmácia] tem um olhar estratégico, mais, bem mais amplo que a grande maioria dos serviços na saúde”.*

Os farmacêuticos destacaram ainda, que seus serviços têm um propósito de assistir o paciente como um todo, conforme as falas:

- *“Então de repente você está de olho na medicação, ele toma metformina mas você já viu que está saindo o bolo do forno”* (relato sobre as visitas domiciliares).

- *“O farmacêutico tem que fazer tudo, tem que dar conta da [análise] da prescrição médica, do estoque, das planilhas, então a gente acaba tendo essa visão mais ampla mesmo”.*

Muito trabalho a fazer: Resultados do *survey online*

Obtiveram-se 134 respostas (83% da amostra), sendo que 18 foram excluídas (3 duplicadas, 7 farmacêuticos que haviam participado do grupo focal e 8 não identificados). Ao final, 116 respostas ao formulário foram analisadas.

Dos farmacêuticos incluídos, 83,5% são do sexo feminino, todos com idade maior que 25 anos, sendo 40% graduados há mais de 10 anos. Destaca-se que 46,5% dos farmacêuticos tem tempo de contratação entre 01 e 05 anos, sendo que a maioria (92,2%) trabalha entre 31 e 40h semanais. Em relação ao tempo de atuação no SUS, 47 % estão entre 05 e 10 anos.

Os serviços farmacêuticos e a percepção sobre sua realização estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Realização dos serviços farmacêuticos na APS do município de São Paulo, Brasil, segundo a percepção dos participantes do estudo.

Serviços farmacêuticos	Realização (%)
Controle do estoque de medicamentos	99%
Orientação aos pacientes sobre o acesso e uso dos medicamentos	97%
Controle dos medicamentos psicotrópicos	97%
Dispensação de medicamentos e outros materiais	97%
Supervisão da equipe da farmácia	97%
Treinamento da equipe da farmácia	97%
Informa outros profissionais da equipe de saúde sobre os medicamentos	96%
Gerenciar as condições de armazenamento de medicamentos	96%
Controle do estoque de outros materiais e insumos de saúde	78%
Registro documental dos serviços prestados	78%
Grupos de apoio terapêutico	75%
Ações de prevenção de doenças e promoção da saúde	72%
Solicitação extra REMUME de medicamentos	67%
Revisão das prescrições	63%
Discussão dos casos clínicos com a equipe de saúde	63%
Acompanhamento Farmacoterapêutico	60%
Visita domiciliar	59%
Participação do farmacêutico nas ações de planejamento da unidade de saúde	57%
Participação nas reuniões da equipe de saúde da família	51%
Orientação dos agentes comunitários de saúde	47%
Conciliação de medicamentos	35%
Participar da escolha terapêutica dos pacientes	28%
Avaliar sinais e sintomas	28%
Aquisição de medicamentos	9%
Seleção de medicamentos	7%
Participação no Conselho Municipal de Saúde	5%
Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica	2%
Participação da Comissão de Farmácia e Terapêutica	2%

Serviços de vacinação 0%

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

Outro aspecto considerado para cada serviço farmacêutico foi a frequência de realização. Na Tabela 2 são apresentadas as frequências dos serviços que 90% dos farmacêuticos afirmaram executar.

Tabela 2 - Serviços farmacêuticos na APS do município de São Paulo, Brasil, relatados como os mais frequentemente.

Serviços farmacêuticos	Frequência (%)
Supervisão da equipe da farmácia	Diária (91%)
Dispensação de medicamentos e outros materiais	Diária (87%)
Orientação aos pacientes sobre o acesso e uso dos medicamentos	Diária (87%)
Controle dos medicamentos psicotrópicos	Diária (86%)
Gerenciar as condições de armazenamento de medicamentos	Diária (62%)
Controle do estoque de medicamentos	Diária (61%)
Informa outros profissionais da equipe sobre os medicamentos	Diária (44%)
Treinamento da equipe da farmácia	Mensal (39%)

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

Para cada serviço, os farmacêuticos apontaram o grau de importância e as médias das respostas (1-sem importância e 5 muito importante) estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Médias e desvio padrão das respostas dos graus de importância dos serviços farmacêuticos no contexto atual e expectativa para um cenário ideal do seu processo de trabalho na APS, de acordo com a percepção dos farmacêuticos.

Serviços Farmacêuticos	Grau de importância: contexto atual do seu processo de trabalho	Grau de importância: expectativa para um cenário ideal do seu processo de trabalho
	Média (DV)	Média (DV)

Serviços que os farmacêuticos têm uma expectativa que sejam mais importantes

Orientação aos pacientes sobre o acesso e uso dos medicamentos	4,76 (±0,96)	4,89 (±0,45)
Controle dos medicamentos psicotrópicos	4,75 (±0,71)	4,85 (±0,53)
Dispensação de medicamentos e outros materiais	4,55 (±0,87)	4,68 (±0,67)
Supervisão da equipe da farmácia	4,55 (±0,86)	4,89 (±0,43)
Treinamento da equipe da farmácia	4,48 (±0,94)	4,90 (±0,45)
Controle do estoque de medicamentos	4,48 (±0,89)	4,73 (±0,57)
Gerenciar as condições de armazenamento de medicamentos	4,34 (±0,96)	4,46 (±0,89)
Grupos terapêuticos com os usuários	4,33 (±0,93)	4,77 (±0,58)
Registro documental dos serviços prestados	4,32 (±1,07)	4,77 (±0,62)
Informa outros profissionais da equipe sobre os medicamentos	4,29 (±1,08)	4,86 (±0,48)
Ações de prevenção de doenças e promoção da saúde	4,25 (±0,97)	4,85 (±0,50)
Revisão das prescrições	4,03 (±1,33)	4,90 (±0,44)
Discussão dos casos clínicos com a equipe de saúde	4,01 (±1,29)	4,81 (±0,49)
Visita domiciliar	4,00 (±1,22)	4,69 (±0,66)
Participação do farmacêutico nas ações de planejamento da unidade de saúde	3,88 (±1,33)	4,70 (±0,64)
Orientação dos agentes comunitários de saúde	3,85 (±1,42)	4,61 (±0,95)
Seleção de medicamentos	3,81 (±1,42)	4,59 (±0,80)
Participação nas reuniões da equipe de saúde da família	3,80 (±1,42)	4,58 (±0,94)
Acompanhamento Farmacoterapêutico	3,80 (±1,40)	4,81 (±0,54)
Participação da Comissão de Farmácia e Terapêutica	3,79 (±1,46)	4,52 (±0,91)
Avaliar sinais e sintomas	3,77 (±1,26)	4,42 (±0,85)
Participar da escolha terapêutica dos pacientes	3,75 (±1,43)	4,76 (±0,54)
Aquisição de medicamentos	3,72 (±1,34)	4,11 (±1,16)
Conciliação de medicamentos	3,69 (±1,40)	4,57 (±0,85)
Participação no Conselho Municipal de Saúde	3,69 (±1,26)	4,21 (±0,93)
Serviços de vacinação	3,43 (±1,49)	3,76 (±1,33)
Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica	2,95 (±1,44)	3,67 (±1,34)

Serviços que os farmacêuticos têm uma expectativa que sejam menos importantes

Solicitação extra REMUME de medicamentos	4,89 ($\pm 1,19$)	4,23 ($\pm 0,99$)
Controle do estoque de outros materiais e insumos de saúde	4,04 ($\pm 1,25$)	3,94 ($\pm 1,30$)

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

Discussão

A amplitude da visão de seus serviços é o que faz os farmacêuticos valorizarem todo o conjunto, entendendo que não são partes dissociadas. É a APS que oportuniza a experiência de vivenciar estes serviços, pois é um espaço em que o farmacêutico move suas práticas para a centralidade nas necessidades em saúde.

O contexto em que este estudo foi realizado é a Atenção Primária à Saúde, que tem como princípios básicos a coordenação da integralidade, articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, na tentativa de ampliar a autonomia dos usuários e coletividades, utilizando diretrizes como: atenção de primeiro contato; coordenação do cuidado e território adstrito; longitudinalidade da atenção e vínculo; mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento (PORTELA, 2017).

O farmacêutico está construindo seu espaço de trabalho na APS. No grupo focal debateram-se a importância dos serviços e as novas práticas que eles estavam dispostos a realizar, entendendo que os farmacêuticos estão ressignificando seu objeto de trabalho e elaborando outras concepções sobre seus serviços.

Os modelos de serviços farmacêuticos no Brasil, não contextualizados nos princípios da APS, demonstram ser fragmentados, com divisões de grupos de serviços considerados técnico-gerenciais, denominados de atividades meio para serviços assistenciais e clínicos (CORRER et al. 2011; PEREIRA et al. 2015; BRASIL, 2016).

Já nos anos 2000, Storpirtis e colaboradores afirmaram que a atuação do farmacêutico deveria acontecer de forma integrada, o que certamente beneficiaria a população e poderia reduzir os gastos em saúde (STORPITIS et al. 2000). Diferentemente de outros espaços de atuação do farmacêutico, a APS tem características próprias, como equipe de profissionais

focados nos processos saúde-doença-cuidado, sendo o acesso aos medicamentos específicos selecionados a partir do conceito de essencialidade (WANNMACHER, 2006).

A ressignificação dos serviços farmacêuticos nesse âmbito pode ser ancorada pelo conceito do construcionismo social, que investiga o modo como os fenômenos sociais são produzidos e desafia as ideias convencionais, desmistificando o *status quo* (estado atual das coisas) dos fenômenos, na medida em que se compreende que os mesmos são criados por meio de processos históricos e interações sociais (GIDDENS; SUTTON, 2016). Assim sendo, os serviços farmacêuticos construídos em conjunto aos outros serviços prestados na APS, desafiam a normatividade de que o farmacêutico não é um profissional da saúde apto a cuidar das pessoas.

No mundo, discute-se os avanços da inserção do farmacêutico nas equipes de APS (DOLOVICH et al. 2008) e os resultados em saúde para doenças crônicas, além do uso de medicamentos com mais qualidade, possibilitados pelas intervenções do farmacêutico (TAN et al. 2014).

O farmacêutico já está em grande número nas farmácias comunitárias e aumentou sua força de trabalho nos últimos anos, mas os serviços que desenvolvem nesse local ainda precisam ser melhor utilizados (CAMPBELL et al. 2017). No Canadá, por exemplo, farmacêuticos realizam mais de 20 serviços na APS e todos relatam, em estudo exploratório, que estão engajados com o atendimento direto ao paciente, incluindo questões terapêuticas, revisões gerais de medicamentos e reconciliação de medicamentos após hospitalização (GILLESPIE et al. 2017).

A APS possibilita uma construção e visão ampliadas do escopo dos serviços farmacêuticos. Oportuniza o desenvolvimento de muitos serviços importantes para o paciente e a equipe, pois o farmacêutico está mais próximo da comunidade, tem vínculo e inserção social. Seus serviços vão além das necessidades relacionadas aos medicamentos ou tratamentos.

O farmacêutico brasileiro desenvolveu expertise na disponibilidade dos medicamentos no SUS, as vias de acesso, maneja o estoque para atender as necessidades locais, relaciona-se com a equipe de saúde para discutir a disponibilidade de medicamentos e àquilo que é prescrito. A farmácia na APS no Brasil vem sendo construída para a busca do uso racional de medicamentos, mas a partir das necessidades em saúde (STOTZ, 1991) no SUS.

Conclusão

Com o presente estudo foi possível observar que a relação de serviços apresentada não está dividida em grupos de serviços, além de dimensionar sua amplitude, uma vez que, se observou que há o entendimento de que os serviços não são fragmentados e que o farmacêutico os executa em um campo complexo, ampliado e dinâmico como a APS.

Os serviços do farmacêutico estão mudando seu foco dos medicamentos para o paciente, acompanhando, assim, o movimento mundial da farmácia, entretanto, há uma correlação entre as necessidades em saúde, os medicamentos, as pessoas que os usam e a equipe de saúde, no contexto da Atenção Primária e do sistema de saúde vigente no País.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília: 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 22 set. 2018.

_____. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. In: JOÃO, W. da S. J. **Conselho Federal de Farmácia**. Brasília: 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018.

_____. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. In: **Conselho Federal de Farmácia**. Brasília: 2016. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. In: **Segurança do Paciente – Anvisa**. Brasília: 2009. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-44-2009>>. Acesso em: 22 set. 2018.

CAMPBELL, C.; BRAUND, R.; MORRIS, C. Beyond the four walls: an exploratory survey of location, employment and roles of pharmacists in primary health care. **Journal of Primary Health Care**, New Zealand, v. 9, n. 4, p. 297–310, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322400394_Beyond_the_four_walls_An_exploratory_survey_of_location_employment_and_roles_of_pharmacists_in_primary_health_care>. Acesso em: 20 set. 2018.

CARVALHO, M. N.; COSTA, E. M. O. D.; SAKAI, M. H.; GIL, C. R. R.; LEITE, S. N. Expansion and diversification of university level workforce in Primary Health Care Units Brazil: 2008 - 2013. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00154.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Pará, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&id=S2176-62232011000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2018.

COSTA, E. A.; ARAÚJO, O. S.; PENAFORTE, T. R.; BARRETO, J. L.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J., COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 2-6, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007107.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

DOLOVICH, L.; POTTIE, K., KACZOROWSKI, J.; FARRELL, B.; AUSTIN, Z.; RODRIGUEZ, C.; GAEBEL, K.; SELLORS, C. Integrating family medicine and pharmacy to advance primary care therapeutics. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, New Jersey, v. 83, n. 6, p. 913–917, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18388882>>. Acesso em: 22 set. 2018.

ELVEY, R.; HASSELL, K.; HALL, J. Who do you think you are? Pharmacists' perceptions of their professional identity. **International Journal of Pharmacy Practice**, Aberdeen, Scotland, v. 21, n. 5, p. 322–332, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23419140>>. Acesso em: 20 set. 2018.

GIDDENS, A.; SUTTON, P. W. **Conceitos Essenciais da Sociologia**. São Paulo: Editora Unesp, 2016.

GILLESPIE, U.; DOLOVICH, L.; DAHROUGE, S. Activities performed by pharmacists integrated in family health teams: Results from a web-based survey. **Canadian Pharmacists Journal**, Canada, v. 150, n. 6, p. 407-416, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29123600>>. Acesso em: 19 set. 2018.

HESSO, I.; KAYYALI, R.; NABHANI-GEBARA, S. Supporting respiratory patients in primary care: a qualitative insight from independent community pharmacists in London. **BioMed Central Health Services Research**, United Kingdom, v. 19, n. 1, p. 5, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/330179215_Supporting_respiratory_patients_in_primary_care_a_qualitative_insight_from_independent_community_pharmacists_in_London>. Acesso em: 19 fev. 2019.

MANZINI, F.; MENDES, S. J. Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal. In: LEITE, S. N.; FARIAS, M. R.; MENDES, S. J.; MANZINI, F.; ROVER, M. R. M. (Orgs.). **Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal. A experiência em Santa Catarina**. Ied. Florianópolis, SC: Editora da UFSC, 2015. p. 95-146.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017000100235&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 set. 2018.

NABHANI-GEBARA, S.; FLETCHER, S.; SHAMIM, A.; MAY, L.; BUTT, N.; CHAGGER, S.; MASON, T.; PATEL, K.; ROYLE, F.; REEVES, S. General practice pharmacists in England: Integration, mediation and professional dynamics. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, United Kingdom, v. 16, n. 1, p. 17-24, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30755373>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1565-1572, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501565&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2018.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00451.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2018.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Qualitative research in health care: analyzing qualitative data. **British Medical Journal**, BMJ, United Kingdom, v. 320, n. 7227, p. 114-116, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117368/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000200255&script=sci_abstract&tlng=pt>> Acesso em: 20 set. 2018.

POTTIE, K.; HAYDT, S.; FARRELL, B.; KENNIE, N.; SELLORS C.; MARTIN C.; DOLOVICH, L. Pharmacist's identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontario; qualitative results from the IMPACT project. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, Canada, v. 5, n. 4, p. 319-26, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19962675>>. Acesso em: 20 set. 2018.

SCHINDEL, T. J.; YUKSEL, N.; BREAUULT, R.; DANIELS, J.; VARNHAGEN, S.; HUGHES, C. A. Perceptions of pharmacists' roles in the era of expanding scopes of practice. **Research in**

Social and Administrative Pharmacy. Canada, v. 13, n.1, p. 148-161, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27061142>>. Acesso em: 20 set. 2018.

SÃO PAULO. SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Sistema de Gestão de Pessoas. **Tabnet – Tecnologia DATASUS**: Profissionais Ativos na Secretária de Saúde do Município de São Paulo. 2018. Disponível em: <<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/defthtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/sisrh/sisrh2.def>>. Acesso em: 22 set. 2018.

SILVA, D. A. M.; MENDONÇA, S. A. M.; OLIVEIRA, D. R.; CHEMELLO, C. A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 659-682, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00108.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em Atenção Primária de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 207-216, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62341999000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 set. 2018.

STORPIRTIS, S.; RIBEIRO, E.; MARCOLONGO, R. Novas Diretrizes para Assistência Farmacêutica Hospitalar: Atenção Farmacêutica/Farmácia Clínica. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. (Orgs.) **Ciências Farmacêuticas**. Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo, SP: Editora Atheneu; 2000.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese de Doutorado - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

TAN, E. C.; STEWART, K.; ELLIOTT, R. A.; GEORGE, J. Pharmacist services provided in general practice clinics: a systematic review and meta-analysis. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, Netherland, v. 10, n. 4, p. 608–622, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741113001794?via%3Dihub>>. Acesso em: 19 set. 2018.

WALLEY, J.; LAWN, J. E.; TINKER, A.; FRANCISCO, A.; CHOPRA, M.; RUDAN, I.; BHUTTA, Z. A.; BLACK, R. E.; and the Lancet Alma-Ata Working Group*. Primary health care: making Alma-Ata a reality. **The Lancet**, London/New York, v. 372, n. 9642, p. 1001-1007, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18790322>>. Acesso em: 22 set. 2018.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Boletim OPAS: Uso racional de medicamentos**- temas selecionados. Brasília, DF, v. 3, n. 2, p. 1-6, 2006. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=482-medicamentos-essenciais-vantagens-trabalhar-com-este-contexto-v-3-n-2-2005-2&category_slug=uso-racional-medicamentos-685&Itemid=965>. Acesso em: 21 set. 2018.

WHO. UNICEF. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Disponível em: <https://www.who.int/publications/almata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

ARTIGO II

Observação Participante no estudo da Atenção Primária à Saúde: reflexões acerca do desenvolvimento teórico-metodológico utilizando o caso dos serviços farmacêuticos

Resumo

Nas pesquisas em saúde, há uma necessidade de compreensão das subjetividades que circundam a expressão de saúde e doença na realidade atual. Na farmácia, a busca pelo entendimento, com mais profundidade, de fenômenos que envolvem toda a complexidade da saúde, nas suas relações com os medicamentos e as experiências sociais a partir dele, e de que forma o farmacêutico estaria desenvolvendo seu trabalho nos meios sociais. A Observação Participante, registrada por Malinowski em 1922, contribui com sua sistematização da concretude das pesquisas de campo, essenciais para a dar base a construção teórico-metodológica capaz de alcançar uma visão mais ampliada. Por isso, neste artigo apresenta-se a trajetória do construto teórico-metodológico realizado com uma abordagem etnográfica na Atenção Primária à Saúde, com olhar sobre os serviços farmacêuticos, utilizando como elemento fundamentador a Observação Participante. Um dos elementos fundamentais da Observação, é a forma de apresentação dos dados concretos em quadros específicos ou 'sinóticos'. Para a preparação desses quadros, alguns elementos são fundamentais como a entrada no campo, a escolha da população de estudo. Para a construção do quadro utilizou-se de preceitos da indução analítica e teoria enraizada. As reflexões sobre o método possibilitaram a análise dos serviços farmacêuticos na APS com perspectivas interpretativas e densa, partindo de pressupostos, que foram confrontados com as tendências da literatura da área da farmácia, nacional e internacional, possibilitando a revisão dos pressupostos enquanto as idas ao campo. A construção do método possibilitou fazer afirmativas sobre o fenômeno, que não são isoladas, nem mesmo descontextualizadas da realidade em saúde. A composição do método é primordial para compreender, por exemplo, que o farmacêutico tem um processo ativo de condução de suas atividades na APS, partindo das necessidades em saúde. Compreender o campo em continuidade é fundamental, pois os dados não foram analisados de forma separada ou para realizar análises comparativas. Há necessidade de aprofundamento nos estudos qualitativos para a descrição interpretativa de um fenômeno apoiada nas ciências humanas, fazendo com que as ciências da saúde (re)façam movimentos de síntese críticos e reflexivos

Palavras-chave: Serviços Farmacêuticos; Pesquisa Qualitativa; Observação; Etnografia; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde

Introdução

Estudar as instituições, os costumes e códigos, ou estudar o comportamento e mentalidade do homem, sem atingir os desejos e sentimentos subjetivos pelos quais ele vive, e sem o intuito de compreender o que é, para ele, a essência de sua felicidade, é, em minha opinião, perder a maior recompensa que se possa esperar do estudo do homem (MALINOWSKI, 2018, p.83).

Ao refletir sobre esse trecho de Malinowski, é possível entender a necessidade de estudos na área da saúde para a compreensão das subjetividades que circundam a expressão de saúde e doença na realidade atual. Na farmácia, a busca da antropologia e ciências sociais se dá pela necessidade de entender, com mais profundidade, fenômenos que envolvem toda a complexidade da saúde, nas suas relações com os medicamentos e as experiências sociais a partir dele, e de que forma o farmacêutico estaria desenvolvendo seu trabalho nos meios sociais.

Nos estudos sobre serviços farmacêuticos há uma cisão de diversos conceitos, com divisões sobre os fazeres do farmacêutico, que representam ciclos distintos de práticas, algumas mais voltadas à logística e outras para a clínica, por vezes, valorizando um serviço em detrimento do outro (CORRER et al., 2011; PEREIRA et al., 2015). No Sistema Único de Saúde, nas ainda em construção Redes de Apoio a Saúde (RAS), os serviços farmacêuticos foram também divididos em atividades técnico-gerenciais que apoiam as RAS e atividades clínicas ligadas aos pontos de atenção à Saúde, como Unidades Básicas de Saúde (MENDES, 2011).

Os descompassos da área reverberam-se sobre os serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, que vem sendo o foco de sistemas de saúde no mundo, assim como no Brasil, e deveria ser uma estratégia prioritária (CASTRO et al., 2019; PAIM, 2012). Por isso, na APS, deve-se entender os processos no contexto complexo e dinâmico em que estão, envolvendo os processos saúde-doença-atenção para além da disposição de serviços isolados.

A atuação do farmacêutico como profissional para o cuidado em saúde é estratégica para os sistemas de saúde e é fundamental apoiar seu desenvolvimento na APS, e no caso do Brasil, com políticas públicas fortes de acesso a medicamentos, e uma construção sobre os medicamentos essenciais na APS (BERMUDEZ et al., 2018), se faz ainda mais necessária a convergência dos esforços.

Tendo em vista que a produção da pesquisa social em saúde tem o ‘elo perdido’ entre teoria-e-método, e que na APS é fundamental abstrair a realidade concreta da experiência social de um indivíduo e não deslocar das expressões da sua vida social (CARNUT, 2019), faz – se necessário uma construção teórico-metodológica capaz de alcançar uma visão mais ampliada e com profundidade para contribuir no fortalecimento dos serviços farmacêuticos no campo da APS.

Nesse sentido, o antropólogo inglês Malinowski, em sua obra clássica de 1922 “Os Argonautas do Pacífico Ocidental”, apresenta de forma sistematizada um método para o trabalho de campo, chamando de Observação Participante.

Para Malinowski, um etnógrafo deve, de maneira clara e concisa, usar de um quadro sinótico⁴ para distinguir os resultados de suas observações diretas e de informações que recebeu indiretamente. Cada fenômeno deve ser estudado a partir do maior número possível de suas manifestações concretas e de um levantamento exaustivo de exemplos detalhados (MALINOWSKI, 1922).

Também é fundamental compreender o papel do pesquisador em campo, pois interfere diretamente na subjetividade construída na Observação Participante, sendo uma forma mais comum a do observador como participante, que se integra ao meio, mas limita suas interações (GOLD, 1958).

Com a necessidade de estudos em que se demonstra a complexidade dos serviços farmacêuticos na APS, este estudo expressa a experiência referente a Observação Participante realizada entre 2017 e 2018, para tese de doutoramento no âmbito das Ciências Farmacêuticas com o objetivo de compreender os serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, no município de São Paulo.

Neste artigo apresenta-se a trajetória do construto teórico-metodológico realizado com uma abordagem etnográfica na Atenção Primária à Saúde, com olhar sobre os serviços farmacêuticos, utilizando como elemento fundamentador a Observação Participante.

⁴Quadro Sinótico: “...quero chamar a atenção do leitor para o fato de que o método de apresentação de dados concretos em quadros sinóticos deve, antes de mais nada, ser aplicado as credenciais do etnógrafo.” “Seu valor como documento etnográfico está na abrangência de uma série de dados autenticados, dispostos em seu arranjo natural.” (MALINOWSKI, 2018, p. 72).

Processo para a construção de um quadro sinótico: como essa passagem aconteceu em uma pesquisa na área da farmácia?

Na pesquisa qualitativa, segundo Deslauriers & Kérisit (2014) há um caráter repetitivo e retroativo, pois, simultaneamente, acontecem a coleta de dados, a análise e a elaboração do problema de pesquisa, o que caracteriza um modelo de adaptação contínua. Não há um ponto do método em que se inicia a análise, ela acontece durante toda a observação, no vai e vem da construção do campo.

A trajetória desta Observação Participante iniciou com a necessidade de uma reflexão sobre os anseios do desenvolvimento da farmácia no âmbito da APS, principalmente aqueles voltados para a Assistência Farmacêutica e para o seu desenvolvimento no SUS.

O campo teve uma construção, especialmente junto às instâncias de gestão, como as Coordenações e Supervisões da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, as gerências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa (CEDESP), que analisam a viabilidade da coleta no serviço, disponibilidade dos sujeitos e aspectos éticos. Dessa forma, as preparações para a coleta na Observação Participante são realizadas com a entrada no campo, a obtenção do consentimento informado, seguidos de tornar-se invisível, construir sintonia, decidir o que observar (fases de permanência) e, finalmente a saída do campo (GRAY, 2012).

A escolha assertiva da população de estudo também é fundamental, deve-se levar em consideração a capacidade que os cenários têm de esclarecer o fenômeno pesquisado. A população poderá ser modificada, segundo as necessidades da teoria emergente (DESLAURIERS, 2014). Neste estudo, a Observação aconteceu em 3 UBS em diferentes regiões do município de São Paulo.

A coleta aconteceu em três UBS de regiões diferentes do município de São Paulo. A região 1 tem uma população média de 1.454.592 pessoas; a região 2 tem, em média, 2.553.802 habitantes e a região 3 conta com 2.380.783 habitantes. A coleta iniciou-se em novembro de 2017 e foi finalizada em novembro de 2018, tendo um total de 166 horas de observação, divididos em 3 ciclos, um por UBS. Neste artigo os ciclos são chamados de caso 1, 2 e 3.

A Rede de Atenção Básica e de Especialidades de São Paulo é gerida por seis Coordenadorias Regionais de Saúde (Norte, Sul, Leste, Centro, Oeste e Sudeste) e distribuídas

em 27 Supervisões Técnicas. Esta Rede presta serviços em todos os níveis de densidade e dispõe de 900 Unidades de Saúde (SÃO PAULO, 2018).

O caso 1 se deu no cenário de uma Unidade Básica de Saúde de um bairro com pouco comércio, muitas moradias em casas e algumas escolas. Localiza-se na avenida principal e tem acesso fácil às possibilidades de transporte público. A estação de metrô mais próxima fica a 11 km. A UBS é o único serviço de saúde do bairro, e tem 6 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma outra equipe tradicional. A farmácia conta com 1 farmacêutico (8h/dia), 3 auxiliares (8h/dia) e 2 técnicos de farmácia (6h/dia).

O caso 2 se dá também no cenário de uma Unidade Básica de Saúde, localizada em um bairro formado por muitos estabelecimentos comerciais. A UBS tem 5 Equipes de ESF. A farmácia tem 1 farmacêutico (8h/dia) e 2 técnicos de farmácia (6h/dia).

O caso 3 aconteceu no cenário de uma unidade de saúde diferente das demais e com uma especificidade do município de São Paulo, por ser uma AMA UBS Integrada, formada pela soma de uma UBS com uma unidade de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), unidade que se concentra nas demandas não atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde. Essa unidade tem 2 equipes de ESF, porém, sem o profissional médico, pois este profissional está na equipe tradicional da UBS e na AMA. Na farmácia há 1 farmacêutico (8h/dia) e 4 técnicos de farmácia (6h/dia).

O diário de campo ou etnográfico (MALINOWSKI, 1922, p. 78), feito sistematicamente no decorrer do percurso, é o instrumento ideal para esse tipo de estudo. Gray (2012), recomenda que as anotações nos cadernos de campo sejam organizadas da seguinte forma: dados brutos (datas, horários); dados das experiências ou notas da observação; impressões e sentimentos pessoais; dados pré análise ou analíticos.

Os dados da observação foram registrados em 3 cadernos de campo e, após a leitura extensiva de cada um, foram organizados da seguinte forma: 1- atividades do(a) farmacêutico(a); 2- questões relacionadas aos técnicos de farmácia; 3- estrutura da farmácia e da UBS; 4- impressões do método; 5-notas analíticas (ou de análises instantâneas). A organização e primeira leitura foi realizada com o *software* Atlas.ti 8 ®. Esta etapa resultou em 322 trechos dos cadernos. Cada trecho é a materialização do fenômeno, e neles buscam-se as similitudes e os contrastes entre os dados para realizar as inferências (LAPERRIÈRE, 2014).

Utilizamos os preceitos da indução analítica e teoria enraizada, pois ambos têm o objetivo de adaptar o método ao seu objeto, facilitando a operacionalização de pesquisas com Observação Participante (DESLAURIERS, 2014, p.349).

A indução analítica predispõe à uma descrição detalhada da situação pesquisada, o que possibilita compreender e extrair as propriedades significativas de uma classe de objetos (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014). O princípio chave da teoria enraizada é o de que as hipóteses são constantemente revisadas ao longo do processo de pesquisa, até que o fenômeno observado seja consistente (LAPERRIÈRE, 2014).

O processo de pesquisa consiste em analisar uma série de casos, chamados de incidentes, que podem exigir uma revisão gradual da teoria original. As hipóteses são verificadas pela sequência de incidentes como potencialmente negativos. Se a hipótese é confirmada pelo primeiro caso, mas não pelo segundo, ela é reformulada, até que todos os incidentes contemplem a análise final e as induções possam concretizar a pesquisa (DESLAURIERS, 2014; LAPERRIÈRE, 2014).

A palavra pressuposto substituirá a hipótese neste estudo, pois entendemos que hipótese no campo da saúde/saúde coletiva pode ser compreendido em uma perspectiva hipotético dedutiva, também entendida como cartesiana em detrimento de um raciocínio mais indutivo. Neste caso, a investigação não é gerada *a priori* pelos quadros de análise do investigador, que espera conseguir encontrar essa lógica por meio da análise do material empírico que vai recolhendo. A intenção dos investigadores não é comprovar hipóteses definidas anteriormente e que tem um formato estanque, mas principalmente identificar as lógicas e racionalidades das pessoas que vivem o fenômeno, confrontando-as com o seu modelo de referência, por isso a construção do objeto, da análise e dos pressupostos é contínuo (GUERRA, 2006).

A hipótese inicial era de que havia integração dos serviços farmacêuticos clínicos e de gestão na APS, o que significa que os serviços da farmácia desempenhados neste contexto, não deveriam ser fragmentados, individualizados e com uma divisão sobre aqueles voltados ao paciente e aqueles voltados aos medicamentos. Havia, também, pressupostos estabelecidos, apresentados no Quadro 1.

Essa hipótese foi se modificando a partir de um estudo exploratório que revelou dados sobre o que os farmacêuticos realizam na APS no município de São Paulo, além de análises da percepção dos farmacêuticos sobre sua atuação. Foi possível compreender que a integração

acontecia entre todos os serviços farmacêuticos, mas era preciso verificar/compreender de que forma isso acontece, com quais interferentes, quais interesses envolvidos. A todo momento, a Observação Participante foi permitindo entender quais eram as concepções sobre os serviços farmacêuticos na APS.

Quadro 1 - Pressupostos construídos anteriormente ao início da coleta em campo.

Pressupostos
A partir do momento em que a Assistência Farmacêutica é firmada como uma política social de grande impacto, que gera custos ao sistema de saúde e em que a estruturação, os recursos humanos capacitados e o acesso aos medicamentos derivam dessa política (MENDES, 2013), foi preciso repensar a necessidade de integrar a Assistência Farmacêutica à atenção à saúde, principalmente na lógica da APS.
A visão do Ciclo da Assistência Farmacêutica, fechado hermeticamente, impossibilita fazer uma gestão partilhada, com autonomia decisória e com questões sociais e políticas envolvidas no fazer gestão. É preciso evoluir na discussão de gestão como prática social (MENDES, 2013; JUNQUILHO, 2011).
No Brasil, um dos fatores limitantes da gestão da Assistência Farmacêutica é o predomínio de uma visão restrita aos aspectos procedimentais, o que privilegia sua condição de fornecedora de medicamentos, constringendo sua natureza estratégica para a promoção do uso racional de medicamentos (GUIMARÃES et al., 2004).
A gestão como um processo técnico, político e social, capaz de produzir resultados (GUIMARÃES et al., 2004).
O serviço de dispensação de medicamentos deveria ser integrado ao processo de cuidado no SUS (SOARES et.al., 2013).
As atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico devem ser parte integrante dos serviços farmacêuticos.
A gestão articula o acesso e promove a acessibilidade a medicamentos e serviços.
Os serviços farmacêuticos devem ser centrados na pessoa, família e comunidade.
Os serviços farmacêuticos são meios que contribuem para alcançar resolubilidade em saúde.
Serviços farmacêuticos como a aplicação de conhecimentos e competências de responsabilidade do farmacêutico em benefício do outro (CAMPESE, 2017).

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

Os pressupostos já contradiziam algumas linhas conceituais da literatura na área da farmácia nos planos nacional e internacional, no sentido de avançar na construção de novas sínteses, a partir de outras teses. Neste estudo, chamamos de “Tendências do Movimento da Farmácia”, apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Tendências observadas na literatura na área da farmácia nos planos nacional e internacional.

Tendências do Movimento da Farmácia
--

<p>As Redes de Atenção à Saúde estão organizadas em atenção primária à saúde, pontos de atenção secundária e terciária, sistemas logísticos, sistema de governança e sistemas de apoio, que são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010). Dessa forma, de acordo com este modelo, a Assistência Farmacêutica é entendida como um ponto de apoio.</p>
<p>No Brasil, o profissional ficou delimitado ao ciclo da Assistência Farmacêutica, onde a gestão é reconhecida como um processo administrativo e são desempenhadas atividades de previsão, organização, liderança, coordenação e controle, como ‘atividades administrativas essenciais’ (MARIN, 2003).</p>
<p>As expectativas para a Farmácia Clínica no Brasil é que se tenha o reconhecimento da necessidade de alteração do perfil profissional do farmacêutico, regatando seu papel social na comunidade. Uma visão gerencial mais ampla e um sistema de distribuição de medicamentos (específico para a farmácia hospitalar) já eram entendidos como pré requisitos para o farmacêutico realizar serviços clínicos (PORTA; STORPIRTIS, 2008).</p>
<p>Um dos objetivos de qualificar as operações gerenciais dos medicamentos é minimizar o tempo do farmacêutico despendido nessas atividades, possibilitando a maximização do tempo para a prática clínica farmacêutica (PORTA; STORPIRTIS, 2008).</p>
<p>O processo de trabalho do farmacêutico ainda consiste, essencialmente, nas atividades de gerenciamento e de entrega dos medicamentos nas Unidades de Saúde, com pouca inserção ou participação do farmacêutico no cuidado efetivo dos usuários. Como consequência, há uma escassez de ações dedicadas ao uso racional de medicamentos⁵ (BRASIL, 2014).</p>
<p>Serviços farmacêuticos estão divididos duas categorias: técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, sendo que os primeiros constituem suporte à prescrição e à dispensação de medicamentos, sem envolvimento direto com a continuidade do cuidado, enquanto os técnico-assistenciais possibilitam a obtenção de resultados terapêuticos positivos (CORRER et al., 2011).</p>
<p>Serviços farmacêuticos também são entendidos como a seguinte divisão: gestão técnica do medicamento e gestão do cuidado. Entretanto, este modelo considera que os serviços estão interligados e formam um conjunto de componentes técnicos que produzem os resultados intermediários esperados da intervenção: acesso aos medicamentos e seu uso racional (PEREIRA et al., 2015).</p>
<p>Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Básica é um “Ponto de Atenção” e neste está ligada a “Clínica Farmacêutica”, enquanto que a “Entrega de Medicamentos” e o “Sistema de Abastecimento de Medicamentos e Insumos” relacionam-se ao “Ponto de Apoio”. Considerando a fase de implementação das RAS no Brasil, o Ministério da Saúde, compreende a inserção dos serviços farmacêuticos nas RAS como “ponto de atenção”, considerando a entrega de medicamentos e o abastecimento de medicamentos e insumos como “pontos de apoio”, sem mencionar a “Dispensação de Medicamentos” (BRASIL, 2014).</p>

⁵ Segundo esta referência (BRASIL, 2014), uma série de eventos bem-sucedidos deve ocorrer para o Uso Racional de Medicamentos. É preciso definir o objetivo terapêutico do uso do medicamento; a seguir, que se prescreva o medicamento apropriado, de acordo com dados de eficácia, de segurança e de adequação ao indivíduo. É necessário, ainda, que a prescrição seja adequada quanto à forma farmacêutica e ao regime terapêutico; que o medicamento esteja disponível de modo oportuno e acessível, e que responda a critérios de qualidade exigidos; deve haver dispensação em condições adequadas, com orientação ao usuário, e este deve cumprir o regime terapêutico da melhor maneira possível (AQUINO, 2008). Também consiste, assim, em maximizar os benefícios obtidos pelo uso dos fármacos, em minimizar os riscos decorrentes de sua utilização e em reduzir os custos totais da terapia para o indivíduo e a sociedade (MOTA et al. 2008). Estes conceitos são construídos com base prioritária do conceito da OMS de 1986 (WHO, 1986).

A clínica farmacêutica conta com serviços orientados ao uso racional de medicamentos, com a finalidade de obter resultados concretos de segurança e de efetividade do tratamento. Para isso, busca a otimização dos processos da farmacoterapia, entre os quais a seleção da terapêutica, a administração e a adesão aos medicamentos pelo usuário (BRASIL, 2014).

O cuidado farmacêutico é apresentado como um modelo de prática orientador para os serviços farmacêuticos, sendo os seguintes: rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, dispensação, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico, e somente estes são destinados ao paciente, à família e à comunidade (BRASIL, 2016).

A dispensação de medicamentos é considerada um dos serviços farmacêuticos diretamente relacionados ao paciente, porém sem consonância com os demais serviços considerados logísticos e voltados aos medicamentos (BRASIL, 2016).

O termo “Atenção Farmacêutica” foi introduzido no Brasil com diferentes significados: utilizado para designar vários serviços clínicos, como para referir-se a um único serviço – o acompanhamento farmacoterapêutico. Há, também, quem o utilize para expressar um novo modelo de prática profissional ou uma nova filosofia de prática (AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY, 2008; BRASIL, 2016).

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

Após a finalização da observação, um afastamento dos cadernos de campo colocou em cena a necessidade da pesquisadora retornar à literatura específica da área da farmácia, pois para a construção de novas sínteses é preciso verificar o fenômeno sob diferentes óticas e, especialmente, identificar em que local o observador se encontra. Malinowski (2018) lembrou que a sistematização e interpretação dos fatos e evidências empíricas devem ser os esforços do etnógrafo para recriar a totalidade vivida pelo nativo. O estudo do todo, não se confunde com o estudo de tudo, e a totalidade só pode ser apreendida de forma concreta por meio de realizações parciais, projetada no comportamento do homem.

Nesse momento foi possível compreender que a observadora deste estudo, ao iniciá-lo, já tinha uma trajetória relacionada ao fenômeno, além de pressupostos que, intrinsecamente, foram constitutivos para a construção do trabalho de campo. Para Malinowski (2018), a subjetividade do observador interfere de modo mais marcante do que na coleta dos dados etnográficos cristalizados, porém, deve-se empenhar-se no sentido de deixar que os fatos falem por si mesmos. Por isso, outros pressupostos foram sendo desenhados e emergiram neste quase 1 ano de ida ao campo e nos períodos mais dedicados às leituras e à organização dos cadernos de campo, apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Pressupostos revistos durante o vai e vem do campo.

Pressupostos revisto durante o vai e vem do campo
Não é possível conceber os serviços farmacêuticos da mesma forma para todos os contextos,

pois há diferentes necessidades e formas de organização que levam a construções próprias de serviços farmacêuticos.
A Política Nacional de Assistência Farmacêutica estabelece um conceito para Assistência Farmacêutica de forma bastante ampliada, priorizando um conjunto de ações visando ao acesso e uso racional de medicamentos ... “ <i>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...</i> ”. Por isso não afirmar que as atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação são logísticas e não priorizam um modelo de saúde ampliado, é uma análise descolada da construção de políticas públicas para o Brasil (BRASIL, 2004).
Para harmonização dos termos “Serviços Farmacêuticos Clínicos” ou “Serviços Clínicos Farmacêuticos” utiliza-se a expressão “Serviços clínicos providos por farmacêuticos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA CLÍNICA, 2019).
O Brasil tem uma particularidade em relação ao acesso aos medicamentos pelo SUS, e que por essa razão, as pessoas necessitam de serviços farmacêuticos, ligados à gestão. Os farmacêuticos compreendem que essa responsabilidade é deles na APS e fundamental para o cuidado centrado na pessoa e na comunidade.
O papel do farmacêutico mudou nos últimos anos, o foco de seus serviços não é somente os medicamentos, mas também as pessoas atendidas. No caso da APS, no Brasil, a farmácia vive um momento transitório, para a integração dos serviços clínicos e de gestão, pois espera-se que o paciente tenha acesso adequado aos medicamentos e que tenha o uso adequado e racional ⁶ deste recurso.
Entende-se a importância das necessidades em saúde como eixo norteador para o trabalho do farmacêutico na APS.
Não há um modelo pronto de serviços farmacêuticos e o campo na APS permitiu entender isso.
Serviços farmacêuticos tem uma amplitude diversificada em seu conceito e envolvem outros profissionais na sua execução direta e indireta.
Estranhamentos das pessoas que vivem o fenômeno com a pesquisa são normais, especialmente porque a Universidade, tradicionalmente, não costuma se aproximar do cotidiano dos serviços, da realidade concreta.

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

Cada incidente analisado representa um caso, que vai fazer a teoria geral sofrer uma revisão gradual. Dessa forma, constroem-se os casos negativos, com o objetivo de aperfeiçoar a teoria e torná-la progressivamente capaz de explicar os dados empíricos oriundos da pesquisa (LAPERRIÈRE, 2014).

⁶ Neste artigo emprega-se o conceito de Uso Racional de Medicamentos (URM) debatido por Manzini e Leite (2015), que leva em consideração o que Diehl e Langdon (2011) afirmam sobre a corrente de promoção de URM que é, normalmente, tratado pelos serviços de saúde como forma de culpabilizar o usuário, taxando-o de “irracional” e reforça a ideia de que somente o conhecimento científico-biomédico é válido, é “racional”. Além disso, acrescenta-se o que um conceito de URM deve levar em consideração, ou seja, que as pessoas vivem seus processos saúde-doença, utilizando as determinações sociais sobre suas condições de vida e trabalho (BREILH, 2006).

A base de análise são os conceitos formados para a construção de categoriais conceituais. O conceito não designa o próprio incidente, mas o que ele representa, aquilo a que se refere. Um incidente observado pode referir-se a vários conceitos. Os conceitos pertencentes a um mesmo universo são, em seguida, reunidos em uma categoria conceitual (LAPERRIÈRE, 2014).

É importante destacar que durante o processo de análise,

- 1) Os conceitos vão se aperfeiçoando, pois eles modificam-se com o vai e vem do campo.
- 2) As anotações nos cadernos de campo são os incidentes, ou seja, uma atitude ou atos totais, individuais ou coletivos.
- 3) O conceito é o que o incidente representa, nele é preciso de mais interpretação do que explicação do fenômeno em si.

Senso assim, o conceito só produz sentido quando analisado junto aos pressupostos e aos casos negativos. Por isso, utilizou-se uma Grelha Analítica (GUERRA, 2006), como quadro analítico e documento etnológico. Os incidentes e construção dos conceitos não ficam isolados, por isso a linha de análise está junto aos pressupostos iniciais e revisto, assim como o caso negativo, conforme o quadro 4.

Quadro 4 - Exemplo da Grelha analítica para o fenômeno ‘Serviços Farmacêuticos na APS’ e os elementos que constituem a análise.

Identificação (caderno-incidente)	Incidente	Pressuposto	Caso negativo	Conceito
1 – 47	Dispensação de MMH (Material Médico Hospitalar) Materiais do PAMG (Programa de Auto monitoramento Glicêmico),	A gestão articula o acesso e promove a acessibilidade a medicamentos e serviços.	Atividade que também entra dentro das necessidades de serviços farmacêuticos. Algum profissional precisa ficar responsável, como a farmácia tem um caráter antigo de almoxarifado, então a farmácia acabou também tendo que assumir isso.	Serviço diferente e que por vezes ocupa tempo do farmacêutico.
1 – 48	Além disso para todos os outros materiais da UBS, da odonto, da enfermagem, dos consultórios, são dispensados por semana.	A gestão articula o acesso e promove a acessibilidade a medicamentos e serviços.		Serviço diferente e que por vezes ocupa tempo do farmacêutico.

2 – 14	Ela também fica na sala do PAMG controle da glicemia, ela ajuda na gestão do estoque dos insumos, mas o principal foco são os pacientes, pois ela consegue ver como estão, eles medem a glicemia na hora e ela já consegue ver.	A gestão articula o acesso e promove a acessibilidade a medicamentos e serviços.	o Atividade que também entra nas necessidades de serviços farmacêuticos. Algum profissional precisa ficar responsável, apesar de a farmácia ter um caráter antigo de almoxarifado, mas nesse caso F2 fazia mais do que só o controle dos insumos, ela acompanhava os pacientes.	Serviço diferente, que ocupa tempo do farmacêutico, mas que pode ser utilizado como potencial para cuidar das pessoas.
--------	---	--	---	--

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

À medida que a pesquisa avança, a codificação se torna cada vez mais seletiva e teoricamente integrada. Há incidentes que correspondem ao pressuposto e outros aos pressupostos já revistos. Também é importante destacar que, quando o incidente era completamente novo em relação à teoria, não houve necessidade de fazer o caso negativo, pois o próprio incidente já aperfeiçoa a teoria. Um exemplo é apresentado no quadro 5.

Quadro 5 - Grelha analítica com o avanço da análise e apresentação de pressupostos e pressupostos revistos durante o processo, sobre a ‘dispensação de medicamentos’.

Identificação (caderno-incidente)	Incidente	Pressuposto	Pressuposto revisto	Caso negativo	Conceito
2 – 16	Os 2 técnicos ficaram, um cobre o outro no horário do almoço. Eles ficam na dispensação o tempo todo.		Serviços farmacêuticos tem uma amplitude diversificada em seu conceito e envolvem outros profissionais na sua execução direta e indireta.	A dispensação é um serviço privativo do farmacêutico, mas neste campo os técnicos o executam, e são supervisionados pelo farmacêutico. Apesar de ser um ponto a ser estudado com profundidade, mas a dispensação tem sido uma ponte entre o que se entende por serviços de gestão e de serviços clínicos.	O farmacêutico não está na dispensação e os técnicos executam esse serviço.
2 – 29	No geral F2 fica na mesa dela e os técnicos na dispensação, mas não tem muita fila na dispensação, então é mais tranquilo.		O papel do farmacêutico mudou nos últimos anos, o foco de seus serviços não é somente os medicamentos, mas também as pessoas atendidas. No caso da APS, no Brasil, a farmácia vive um	O farmacêutico está pautando seu lugar e seus serviços, de que forma tem suas ações desenvolvidas na APS, principalmente com relação a equipe da farmácia.	O farmacêutico não está na dispensação, mas está determinando o lugar de profissional dedicado a atenção à saúde.

			momento transitório, para a integração dos serviços clínicos e de gestão, pois espera-se que o paciente tenha acesso adequado aos medicamentos e que tenha o uso adequado deste recurso.		
2 – 50	Ouvi um relato sobre a questão de ficar na dispensação com os técnicos e continuar suas demais atividades, do quanto isso é difícil, até porque ela não faz uma entrega de medicamento.	Serviços farmacêuticos como a aplicação de conhecimentos e competências de responsabilidade do farmacêutico em benefício do outro (CAMPESE, 2017).		Os serviços farmacêuticos requerem a aplicação dos conhecimentos e competências desenvolvidas pelo farmacêutico, mas não só dele, de outras habilidades de outros profissionais e isso na APS é muito possível.	O farmacêutico não fica na dispensação e como isso será construído?
2 – 124	Mas sem F2 fica super parado, é focado nas dispensações e bem burocráticas, aquele serviço prestado com um leve toque de entrega.		Serviços farmacêuticos tem uma amplitude diversificada em seu conceito e envolvem outros profissionais na sua execução direta e indireta.	Corre-se o risco de não ter um responsável por aquele serviço. Se for uma necessidade real do local, o própria população e equipe legitimara a necessidade de ter um farmacêutico.	Serviços farmacêuticos mínimos acontecem na farmácia na ausência do farmacêutico.
2 – 125	Ou seja, o farmacêutica faz aquela quantidade de serviços do exploratório, já sabemos, mas ele é o a mais na farmácia, o que vou acrescentar na discussão pra dizer que não é somente pela obrigatoriedade, até porque em farmácias do SUS não está escrito que é obrigatório tê-lo.	Serviços farmacêuticos como a aplicação de conhecimentos e competências de responsabilidade do farmacêutico em benefício do outro (CAMPESE, 2017).		Corre-se o risco de não ter um responsável por aquele serviço. Se for uma necessidade real do local, o própria população e equipe legitimara a necessidade de ter um farmacêutico.	Serviços farmacêuticos mínimos acontecem na farmácia na ausência do farmacêutico, mas quando o farmacêutico é essencial e legitimado, tem sustentabilidade em seu trabalho.

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

Por assim dizer, é possível fazer afirmativas, que não são isoladas, nem mesmo descontextualizadas da realidade em saúde. A composição do método é primordial para compreender, por exemplo, que *o farmacêutico tem um processo ativo de condução de suas atividades na APS, partindo das necessidades em saúde* (Quadro 6).

Quadro 6 - Análise na Grelha analítica sobre o ‘processo ativo de trabalho do farmacêutico na APS’.

Identificação (caderno-incidente)	Incidente	Pressuposto	Pressuposto revisto	Caso negativo	Conceito
2 – 35	F2 tem uma mesa e um computador, que foi doação, não foi adquirido pela prefeitura ou Organizações Sociais de Saúde. Nessa mesa ela não consegue atender nenhum paciente, pois não há espaço, nem privacidade. Ela faz os atendimentos ou “consultas”, no consultório comum, que todos os demais profissionais usam.	As atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico devem ser parte integrante dos serviços farmacêuticos.		Os serviços farmacêuticos não precisam de um modelo que garanta tecnicamente o que o profissional deseja e sim aquilo que for necessário às pessoas assistidas e que a equipe validar.	O farmacêutico tem um processo ativo de condução de suas atividades na APS, partindo das necessidades em saúde.
2 – 48	Ela pega também os ACS e procura possíveis pessoas que ela possa acompanhar e agendar VD ou consulta. A busca a princípio é ativa e dela, ela tem usado a mais de 1 ano a agenda.				O farmacêutico tem um processo ativo de condução de suas atividades na APS, partindo das necessidades em saúde
2 – 49	Fico pensando nisso, nessa busca deles por pacientes, é sempre a busca deles. Até um dia mudar, e eles se fazerem essenciais ao serviço e a equipe.				O farmacêutico tem um processo ativo de condução de suas atividades na APS, partindo das necessidades em saúde. O fazer-se essencial não virá porque a farmácia quer construir esse campo, mas porque há um histórico que necessitou deste farmacêutico na APS.
2 – 112	É um grupo de hábitos saudáveis, que F2 vai as vezes, por vezes ela vai por demanda da nutri ou porque ela pode, ela foi para falar da água, principalmente porque o hipoclorito voltou ao estoque ou seja, o medicamento é o círculo da ação, mas o paciente é o foco.				O farmacêutico tem um processo ativo de condução de suas atividades na APS, partindo das necessidades em saúde.

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

Construindo o campo em continuidade: o propósito do etnógrafo de olhar a totalidade

A observação se deu pela soma dos dados coletados nas três UBS, que têm características diferentes, importantes na representação do significado de serviços farmacêuticos na APS. Porém, os dados não foram analisados de forma separada e nem mesmo objetivou-se realizar

análises comparativas. Sendo assim, o fundamental foi compor uma trajetória para o fenômeno estudado (MALINOWSKI, 1922, p. 47).

A coleta de dados na observação foi um *continuum*, ou seja, as experiências em cada cenário estão em consonância com as transformações que os serviços farmacêuticos têm obtido nos últimos anos (MENDES; LEITE; STORPIRTIS, 2019).

Os casos se constroem em 3 perspectivas: 1) Farmacêutico só permanece na farmácia; 3) Farmacêutico provê serviços clínicos, naquele espaço permitido pela APS e não permanece na farmácia; 2) Farmacêutico realiza todos os serviços, incluindo os clínicos, mas de forma natural para respeitar as necessidades em saúde. Observando cada caso, pode-se compreender que há um gradiente de assunção ou incorporação ao significado da APS pelos casos, sendo 1, 3 e 2.

As notas analíticas do campo possibilitam essa reflexão. “Na primeira UBS o farmacêutico não saía da farmácia, não tinha interações com as equipes de saúde da família com frequência”. Na segunda era onde o trabalho da farmácia acontecia de forma mais próxima à equipe de saúde, e, portanto, mesmo com a farmacêutica saindo para diversos outros serviços da farmácia, a dispensação dos medicamentos acontecia da forma mais eficaz. Não eram trabalhos isolados (técnicos de farmácia e farmacêutico). Na terceira UBS, o farmacêutico fica menos na farmácia, o trabalho em equipe acontece, mas pouco integrado.” (Caderno de campo 03 28.11.2018).

Importante ressaltar que o farmacêutico é o responsável pela condução dos serviços farmacêuticos, porém há outros interferentes, como a concepção de gestão da Assistência Farmacêutica assumida na UBS; a condição de integração com a equipe de saúde; a forma como os processos de trabalho são estabelecidos, assim como a dispensação; a noção do farmacêutico como profissional de saúde; o acesso a medicamentos; a constituição da equipe da farmácia; o modelo de terceirização da saúde, por meio das Organizações Sociais; a ambiência e a estrutura da farmácia; as atitudes do profissional em si e sua formação para a APS. No caso 2 foi possível observar, de forma mais expressiva, os serviços farmacêuticos assumindo os processos de trabalho da APS.

Quadro 7 - Grelha analítica com análise de casos diferentes de processos de trabalho na APS.

Identificação (caderno-incidente)	Incidente	Pressuposto	Caso negativo	Conceito
1 -67	O F1 tem os relatórios para a Organização Social de Saúde para processo, RH e estrutura, em uma medida para organizar o máximo possível. Ele entende que quando os processos administrativos estiverem organizados será possível realizar a atenção farmacêutica.	Não é possível conceber os serviços farmacêuticos da mesma forma para todos os contextos, pois há diferentes necessidades e formas de organização que levam a construções próprias de serviços farmacêuticos.	Não é possível conceber os serviços farmacêuticos da mesma forma para todos os contextos, pois há diferentes necessidades e formas de organização que levam a construções próprias de serviços farmacêuticos.	Forma de se ver a divisão clara entre o que são serviços gerenciais e clínicos. Entendimento de que os serviços são logísticos apenas.
3 -45	Interessante, porque com F2 era diferente, ela agendava conforme conhecia os pacientes e suas necessidades, por meio das dispensações e os encaminhamentos pelos ACS e equipe (médico, enfermeiro). Com ele aqui, é demanda, a consulta pela consulta, um desafogador de fila, pois nem todos por exemplo tem algum problema com medicamentos. Minha dúvida é, esse é o caminho para a UBS???	As atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico devem ser parte integrante dos serviços farmacêuticos.	A consulta farmacêutica é um espaço onde se desenvolvem serviços farmacêuticos clínicos, mas só produz sentido ou é integrada quando é feito a partir das necessidades dos pacientes, da equipe, as necessidades em saúde.	A consulta farmacêutica é necessária ou é uma necessidade do profissional.
2 -114	Paciente chegou na dispensação falando que não precisava da insulina e F2 identificou que poderia ser um alerta, mas foi rapidamente ouvir, e já verificar o que houve. Na dispensação é possível verificar.	O serviço de dispensação de medicamentos deveria ser integrado ao processo de cuidado no SUS (SOARES et.al., 2013).	Farmacêutico na dispensação não fica na farmácia todo o tempo, mas quando está faz a supervisão e exerce sua liderança.	Dispensação como serviço importante.

Fonte: MENDES, Samara J. 2019.

É fundamental a totalidade da análise e não isolar os casos. Lage (2009) afirma que Malinowski trata sobre os imponderáveis da vida real em sua obra, ao referir-se aos fenômenos cotidianos que devem ser observados por meio do acompanhamento contínuo da população observada (em seu estudo, a tribo da Nova Guiné), são fatos que devem ser registrados, porém, sem superficialidade e que o observador faça um esforço para atingir a atitude mental que neles se expressa (p. 76). Essa tarefa cabe ao observador, já que “do ‘nativo’ não podemos nem mesmo obter um relato parcialmente coerente. O nativo não tem visão do todo. Ele faz parte do todo e não consegue vê-lo de fora, como um observador” (MALINOWSKI, 2018, p. 72).

Finalizando

O fundamento da Observação Participante, não só como técnica de coleta, mas como estratégia norteadora em estudos qualitativos, especialmente aqueles que pretendem reduzir a distância entre os discursos e as práticas concretas dos atores sociais (JACCOUD; MAYER, 2014), reside em um processo de aculturação do observador que, segundo Malinowski (2018), consiste na assimilação das categorias inconscientes que ordenam o universo cultural investigado.

Ao construir essa perspectiva, o pesquisador (nesse caso em saúde), poderá iniciar de fato um processo mais interpretativo ou subjetivista, buscando apreender as significações que os atores sociais atribuem aos seus atos, portanto, o sentido que constitui o objeto da descrição (JACCOUD; MAYER, 2014).

Fundamental são os artigos que trazem à tona o processo de pesquisa, a construção do campo e o operacional/execução de um trabalho que utiliza como substrato o ser humano, que olha o ser humano e é realizado por seres humanos, logo, tem em sua base as limitações, mas também as enormes possibilidades da revisão de certezas e a potência das (des)construções das pessoas. Por isso, Leite e Vasconcellos (2007) chamam a atenção para a reflexão de que a escolha metodológica de uma pesquisa com campo é para o próprio pesquisador uma experiência de aprendizagem, mas também é importante como conhecimento e vivência a ser socializada, com suas dificuldades, descobertas, barreiras e vitórias nesse exercício de sensibilidade, aproximação e distanciamento na construção do campo.

É importante também ressaltar a necessidade de utilizar metodologias de Observação Participante em estudos na área da saúde, especialmente na farmácia, pois elas possibilitam reflexões a partir do “Outro”, sujeito que vive a problemática da pesquisa.

Há necessidade de aprofundamento nos estudos qualitativos para a descrição interpretativa de um fenômeno apoiada nas ciências humanas, fazendo com que as ciências da saúde (re)façam movimentos de síntese críticos e reflexivos. A construção de serviços farmacêuticos na Atenção Primária poderá ser a partir das codificações de categorias conceituais advindas da descrição densa e do apreender cultural estabelecido na realidade (MENDES; LEITE; STORPIRTIS, 2019).

O ‘deixar-se levar’ pela sensibilidade do pesquisador, com clareza na intencionalidade e garantir mais do que a preocupação de padronização das técnicas e dos instrumentos de pesquisa (LEITE; VASCONCELLOS, 2007) é uma das motivações de se realizar pesquisa de campo,

especialmente as de natureza etnográfica. Malinowski (2018) ao considerar que “*toda a estrutura de uma sociedade se encontra incorporada no mais evasivo de todos os materiais: o ser humano*”, permite-se dizer que todos os lados de uma pesquisa são constituídos por humanos e isso é o que faz o processo etnográfico ser o mais rico. Ser honesto e fiel ao que é observado, escutar qualificadamente o que o campo ‘grita’, compreender que o conhecimento não está acabado podem ser caminhos importantes a serem percorridos.

As reflexões sobre o método base deste estudo possibilitaram a análise dos serviços farmacêuticos na APS com perspectivas interpretativas e densa, partindo de pressupostos, que foram confrontados com as tendências da literatura da área da farmácia, nacional e internacional, possibilitando a revisão dos pressupostos enquanto as idas ao campo. Assim, demonstra-se que há serviços farmacêuticos sendo construídos em continuidade na APS, o que possibilitou a análise de diferentes processos de trabalho do farmacêutico na APS, como as variações de um serviço central como a dispensação de medicamentos, e que há nesse campo serviços com trabalho em processo de forma ativa do farmacêutico, que criam e agregam valor às necessidades em saúde.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. The Definition of Clinical Pharmacy. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 28, n. 6, p. 816-817, 2008. Disponível em: <<https://www.accp.com/docs/positions/commentaries/Clinpharmdefnfinal.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, [S.l.], v. 13, p. 733-736, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000700023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2018.

BERMUDEZ, J. A. Z.; ESHER, A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VASCONCELOS, D. M. M.; CHAVES, G. C.; OLIVEIRA, M. A.; SILVA, R. M.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1937-1951, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1937.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual/ Conselho Federal de Farmácia**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**.

Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004. Seção 1:52. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmacuticos_atencao_basica_saude.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CAMPESE, M. **Desafios para os Serviços Farmacêuticos na perspectiva das necessidades e cuidados em saúde**. 2017. 218 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188470>>. Acesso em: 10 set. 2019.

CARNUT, L. Pesquisa social ou pesquisa qualitativa? Uma dis(des)cu(constru)ss(ç)ão em pauta na saúde coletiva. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 170-180, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/332888418_Pesquisa_social_ou_pesquisa_qualitativa_Uma_disdescuconstrusscao_em_pauta_na_saude_coletiva>. Acesso em: 18 abr. 2019.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A. M.; WERNECK, H.; FACHINI, L. A.; ATUN, R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, London/New York, Health policy, vol. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31303318>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Pará, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232011000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2018.

DESLAURIERS, J-P. A indução analítica. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 127-153.

DESLAURIERS, J-P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.).

A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 337-352.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Abordagem cultural da doença e da atenção à saúde e contexto sociocultural do uso de medicamentos. In: _____. **Medicamento como insumo para saúde** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011. p. 140-206. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/en/document/read/53835956/gestao-da-assistencia-farmaceutica>>. Acesso em: 29 set. 2018.

GIDDENS, A.; SUTTON, P. W. **Conceitos Essenciais da Sociologia.** São Paulo: Editora Unesp, 2016.

GOLD, R. L. Roles in Sociological Field Observation. **Social Forces**, Oxford, vol. 36, n. 3, p. 217-223, 1958. Disponível em: <<https://academic.oup.com/sf/article-abstract/36/3/217/2226541>> Acesso em: 20 set. 2018.

GRAY, D. E. Coletando dados primários: observação. In: _____. **Pesquisa no Mundo Real.** 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2012. p. 320-339.

GUERRA, I. C. A diversidade de paradigmas de referência e os pressupostos das metodologias compreensivas. In: _____. **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo.** Sentidos e formas de uso. São João do Estoril (Portugal): Príncipia Editora, 2006.

GUIMARÃES, M. C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3591/1/111111.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. **Gestão & Produção**, São Carlos, SP, v. 8, n. 3, p. 304-318, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v8n3/v8n3a07.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa.** Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 254-294.

LAGE, G. C. Revisitando o método etnográfico: contribuições para a narrativa antropológica. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, PR, v. 9, n. 97, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/7104/4134>>. Acesso em: 20 set. 2018.

LAPERRIÈRE, A. A teorização enraizada (grounded theory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens similares. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa.** Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 353-385.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Construindo o Campo da Pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 169-177, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000300016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2018.

MALINOWSKI, B. Prólogo. In: _____. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. 1922. São Paulo: Ubu Editora, 2018. p. 47-51.

MALINOWSKI, B. Tema, Método e Objetivo de Pesquisa. In: _____. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. 1922. São Paulo: Ubu Editora, 2018. p. 55-85.

MANZINI, F.; LEITE, S. N. Uso Racional de Medicamentos. In: Grupo de Trabalho sobre Saúde Pública. (Org.). **O farmacêutico na Assistência Farmacêutica do SUS**: Diretrizes para ação. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015, v. 1, p. 133-160. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2019.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (Orgs.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, S. J. **Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica**: avaliação no contexto catarinense. 2013. 239 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107490>>. Acesso em: 19 set. 2018.

MENDES, S. J.; LEITE, S. N.; STORPIRTIS, S. Observação participante de serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, Brasil: primeiras impressões. In: 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 2019, Lisboa. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud**. Lisboa - Portugal, 2019. v. 2. p. 297-302. Disponível em: <<https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2031>>. Acesso em: 21 set. 2019.

MOTA, D. M.; SILVA, M. G. C.; SUDO, E. C.; ORTUN, V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 589-601, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000700008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 set. 2019.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00451.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

PORTA, V.; STORPIRTIS, S. Farmácia Clínica. In: STORPIRTIS, S.; MORI, A. L. P. M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 30, p. 291–297.

SÃO PAULO. Relatório Anual de Gestão (RAG) do SUS do Município de São Paulo (MSP) para o ano de 2017. 2018a. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/RAG2017.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

SILVA, D. Á. M.; MENDONÇA, S. A. M.; O'DOUGHERTY, M.; OLIVEIRA, D. R.; CHEMELLO, C. Autoethnography as an Instrument for Professional (Trans) Formation in Pharmaceutical Care Practice. **The Qualitative Report**, Minas Gerais, v. 22, n. 11, p. 2926-2942, 2017. Disponível em: <<https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol22/iss11/6/>>. Acesso em: 19 set. 2018.

SOARES, L.; DIEHL, E. E.; LEITE, S. N.; FARIAS, M. R. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 107-116, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502013000100012>. Acesso em: 07 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA CLÍNICA. **Origem da Farmácia Clínica no Brasil, seu desenvolvimento, conceitos relacionados e perspectivas**. Brasília: SBFC, 2019. 14p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Uso racional de los medicamentos**: informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Ginebra: OMS, 1986. 304 p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37403>>. Acesso em: 21 set. 2018.

ARTIGO III

Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: modelos em disputa

Resumo

Os serviços farmacêuticos têm alguns modelos que se diferenciam, sendo que alguns compreendem o acesso aos medicamentos enquanto estratégia das políticas públicas de saúde e a necessidade social de farmacêuticos, como profissional na atenção à saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). Há outros modelos que priorizam os serviços clínicos providos pelo farmacêutico, de forma isolada da gestão da assistência farmacêutica, herdados de países com realidades e sistemas de saúde diferentes do Brasil. A APS, um campo de debate e construção promissora para a melhora das condições de vida das pessoas, também tem disputas de concepções e modelos, com propostas para sistemas universais, e outros corroborando com a cobertura universal em saúde. Este estudo tem por objetivo discutir significado dos serviços farmacêuticos na APS, refletindo sobre as disputas de modelos que os permeiam. Para tanto, utilizou-se uma abordagem etnográfica, com observação participante. A observação ocorreu em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), apresentando três modelos de atuação do farmacêutico, sendo que todos os farmacêuticos tem processos de trabalho muito ligados aos preceitos da APS com características como: vínculo, territorialização, trabalho em equipe, supervisão e liderança, além de escuta qualificada. Porém são modelos diferentes de trabalho, que geram concepções de serviços farmacêuticos distintas e que se relacionam aos modelos de APS, sendo alguns mais universais e integrais *versus* modelos de cobertura universal, focalizados e seletivos. As evidências obtidas foram demonstradas em categorias conceituais relacionadas às diferentes perspectivas dos serviços farmacêuticos na APS, possibilitando entender que o farmacêutico é a referência em medicamentos nas UBS e tem-se feito essencial para a população, especialmente no campo rico de construção da APS. Os serviços farmacêuticos que se estabelecem na APS devem contribuir com as condições de vida, permeados pelo debate das determinações sociais de saúde, sendo necessário refletir sobre quais necessidades, àquelas vigentes e de acordo com o que o mercado deseja ou àquelas que correspondem as necessidades reais.

Palavras-chave: Serviços Farmacêuticos; Sistemas Universais de Saúde; Cobertura Universal em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Os serviços farmacêuticos têm alguns modelos que se diferenciam. Há modelos que levam em consideração a gestão de forma ampliada (GUIMARÃES et al. 2004; LEITE et al., 2016), o acesso aos medicamentos enquanto estratégia das políticas públicas de saúde e a necessidade social de farmacêuticos, como profissional na atenção à saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). Há outros modelos que priorizam os serviços clínicos providos pelo farmacêutico, de forma isolada da gestão da assistência farmacêutica, herdados de países com realidades e sistemas de saúde diferentes do Brasil. Tal cenário sugere disputa de modelos, entre a clínica e gestão; entre o trabalho individual e em equipe multiprofissional; entre os serviços do farmacêutico voltados ao medicamento ou às pessoas.

A APS, um campo de debate e construção promissores para a melhoria das condições de vida das pessoas, também tem disputas de concepções e modelos, com propostas para sistemas universais, outros corroborando com a cobertura universal em saúde, sem o devido debate político, social e econômico fundamentais ao se concretizar sistemas de saúde (GIOVANELLA et al., 2019; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Ao se afastar da concepção original da Carta de Alma-Ata, os sistemas de saúde apostam em um modelo de APS baseado na cobertura universal de saúde, o que debilita a abordagem integral e reforça a focalização e seletividade para grupos chamados de mais vulneráveis (GIOVANELLA et al., 2019; SANDERS et al., 2019). Para este modelo, as ações são direcionadas às doenças e sua resolutividade são médico-centradas e medicalizadoras (BREILH, 2006; OLIVEIRA; ENGRY, 2008).

Refletir sobre os elementos que contextualizam o processo saúde/doença é imprescindível na construção de serviços para a saúde, que devem ser realizados a partir de necessidades que não se limitam à capacidade de pagamento ou focados apenas nos recursos alocados a partir da demanda existente (BRADSHAW, 1972), e não seria diferente no que tange a relação entre medicamentos e necessidade de saúde (VARGAS-PELAEZ et al., 2017).

Nos sistemas de saúde, a concepção de necessidade é sobre a demanda, ou como Bradshaw (1972) coloca ‘necessidade expressa’. Essa tipologia é definida como a necessidade daquelas pessoas que exigem um serviço, porém não se exige um serviço, a menos que se sinta uma necessidade. Por outro lado, é comum uma necessidade sentida também não ser expressa por uma demanda. Ademais, é preciso situar “necessidades sociais”, em seu movimento sócio-

histórico para que possam orientar as atividades essenciais (em saúde), compreendendo-as como ‘necessidades necessárias’ (HELLER, 1986), sem ignorar o fato de que estas também se dão fundamentalmente para a sociabilidade capitalista (MENDES GONÇALVES, 1992; CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Os serviços farmacêuticos são intrínsecos a esse contexto da APS pois, no Brasil, as políticas públicas como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Medicamentos acompanharam expressivos avanços para o acesso a medicamentos por via estatal (OLIVEIRA et al, 2016) e as diversas atividades desenvolvidas pelo farmacêutico em equipe multiprofissional.

Refletir, por meio da materialidade, sobre o real e concreto do cotidiano dos serviços de saúde pode ajudar a compreender os contextos em que se realizam, e possibilitar análises que irão compor uma perspectiva de transformação social. Como pesquisa social, é preciso fazê-lo com a sensibilidade de estar na cena do ‘outro’ na tentativa imanente de compreender a significação do fenômeno a partir de quem o vive (JACCOUD; MAYER, 2014).

Assim sendo, destacam-se trabalhos que buscam, por meio de pesquisas qualitativas com abordagem etnográfica, investigar processos de trabalho de farmacêuticos na APS. Os serviços farmacêuticos são um trabalho em processo, que cria e agrega valor, considerando o processo saúde/doença, a promoção da saúde e a resolutividade associada aos serviços (NAKAMURA; LEITE, 2016; SOARES, 2013). Nesse contexto, este estudo tem por objetivo discutir o significado dos serviços farmacêuticos na APS, em reflexão sobre as disputas de modelos que os permeiam.

Método

Trata-se de um estudo com abordagem etnográfica utilizando a observação participante (MALINOWSKI, 1984) como forma de interagir com o campo. Para apreender os sentidos do objeto é preciso interpretar mais do que explicar e mostrar as significações que as pessoas que vivem o fenômeno atribuem aos seus atos (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

A pesquisa qualitativa tem por objetivo aprofundar processos ou fenômenos complexos. Importante lembrar que tem como pano de fundo a estrutura social onde nascem. Por isso, a importância de três elementos fundamentais: o contexto, a história e a mudança social. Neste

estudo, por contexto, pode-se entender a Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde e o fenômeno em questão são os serviços farmacêuticos na APS no Brasil.

A coleta ocorreu na cidade de São Paulo, que está dividida administrativamente em seis territórios de saúde e tem por volta de 570 farmácias do SUS (SÃO PAULO, 2018a). Na Atenção Primária à Saúde tem 363 farmacêuticos e 1253 técnicos de farmácia (SÃO PAULO, 2018b).

A observação aconteceu em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), de três regiões distintas, sendo Coordenação Oeste, Leste e Sul. As três UBS são gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e todos os profissionais são terceirizados, nenhum com contrato pela administração direta. No total, tem-se 166 horas de observação, em um espaço de tempo de 1 ano, período compreendido entre outubro de 2017 a novembro de 2018. A coleta foi dividida em 3 ciclos, um por UBS. Neste artigo os ciclos são chamados de caso 1, 2 e 3 e os farmacêuticos de F1, F2 e F3.

O caso 1 se deu no cenário de uma Unidade Básica de Saúde de um bairro com pouco comércio, muitas moradias em casas e algumas escolas. Localiza-se na avenida principal e tem acesso fácil às possibilidades de transporte público. A estação de metrô mais próxima fica a 11 km. A UBS é o único serviço de saúde do bairro, mas em localidades próximas há 2 AMA/UBS Integrada (serviço que atende demandas de urgência e emergência junto da APS), 4 UBS e 2 hospitais, sendo 1 deles universitário.

A UBS tem 6 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma outra equipe, de Agentes Comunitários de Saúde, que atende as áreas do bairro não cobertas pela ESF. A unidade funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 19h. O prédio em que se encontra a UBS é próprio da prefeitura e tem bastante espaço, é bem dividido e organizado, seguindo o modelo tradicional de unidades básicas de saúde no Brasil.

A farmácia conta com 1 farmacêutico (8h/dia), 3 auxiliares (8h/dia) e 2 técnicos de farmácia (6h/dia). Atende a uma média de 200 prescrições por dia, sendo 70% da própria unidade, as demais são de outras unidades e externas à SMS-SP. Uma média de 175 pessoas são atendidas na dispensação diariamente. F1 permanece mais tempo na farmácia, realizando serviços necessários ao gerenciamento, supervisiona a equipe da farmácia e sempre que os demais profissionais da equipe o demandam, faz visitas domiciliares, acompanha o grupo terapêutico de tabagismo e orienta profissionais e pacientes sobre o uso dos medicamentos disponibilizados na UBS.

O caso 2 se dá também no cenário de uma Unidade Básica de Saúde, localizada em um bairro está próximo de uma avenida que corta as regiões Oeste e Sul, ligada a uma das principais linhas de trem de São Paulo, obtendo acesso à Marginal do Rio Pinheiros.

A UBS tem 5 Equipes de Estratégia de Saúde da Família, e no momento da coleta estava implantando a sexta equipe. Também funciona de segunda a sexta das 7h às 19h. Conta com o Núcleo de Apoio de Saúde da Família, que inclui profissionais como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico. Por ser uma região muito populosa, há nas proximidades outras 4 UBS, 1 AMA/UBS Integrada, um serviço de especialidade médicas, Centro de Especialidades Odontológicas, Centros de Atenção Psicossocial, além 2 hospitais, um municipal e outro estadual.

A farmácia tem 1 farmacêutico (8h/dia) e 2 técnicos de farmácia (6h/dia). Assim como em todas as Unidades de Saúde, a população local pode obter seus medicamentos em outras UBS próximas da UBS 2. A farmácia atende uma média de 215 prescrições por dia e 180 pacientes/dia. F2 faz vários serviços, permanece dentro da farmácia em tempo necessário para garantir que os técnicos de farmácia sintam-se respaldados, mas faz visitas domiciliares sempre que as equipes solicitam em casos com polifarmácia ou em situações com algum problema relacionado a medicamentos, sempre com solicitações das equipes de saúde da família, realiza grupos terapêuticos próprios como o de AMG (Auto monitoramento Glicêmico), mas também auxilia em grupos como o de tabagismo ou com profissionais do NASF.

O caso 3 aconteceu no em um bairro com ruas largas e bem estruturadas, próximos à UBS há alguns estabelecimentos comerciais, mas é uma região mais afastada de grandes centros comerciais. Tem uma certa proximidade com um aeroporto de grande porte e com um Campus de uma importante universidade.

A UBS 3 foi inaugurada na década de 1980 e é bastante tradicional na região. Atualmente é uma AMA UBS Integrada, que é uma modalidade de equipamento de saúde do município de São Paulo, na tentativa de abolir os “muros” entre as AMA e UBS que, anteriormente, em geral ocupavam o mesmo espaço predial, porém, não havia integração entre os serviços, uma vez que a AMA estava focada em atendimentos de demanda espontânea, constituindo um suporte às demandas não atendidas pelas UBS, fato que ocorre, principalmente, pela baixa cobertura da ESF em São Paulo.

Essa unidade tem 2 equipes de ESF, porém, sem o profissional médico, pois este profissional está na equipe tradicional da UBS e na AMA. Na farmácia há 1 farmacêutico (8h/dia) e 4 técnicos de farmácia (6h/dia). Por ser a farmácia de uma AMA/UBS integrada, o fluxo de atendimento é maior, mas os medicamentos são os mesmos daqueles disponibilizados na Rede Básica.

Nesse caso F3 realiza vários serviços clínicos, tem agenda própria na recepção da unidade e rotina semanal com atividades divididas entre o grupo terapêutico de tabagismo, consultas farmacêuticas, dispensação de insumos para o Auto monitoramento Glicêmico (AMG), grupos terapêuticos de alimentação, auriculoterapia e outros que forem necessários. Ele permanece na farmácia somente em 1 período de trabalho.

Os registros foram realizados em cadernos de campo, correspondendo a: dados brutos (datas, horários); dados das experiências ou notas da observação; impressões e sentimentos pessoais; dados pré-análise ou analíticos (GRAY, 2012). Não há um momento específico de análise na observação participante; no momento da coleta, o pesquisador já se encontra em fase de análise, que foi sendo aperfeiçoada à medida que cada observação em uma unidade iniciava e finalizava (DESLAURIERS, 2014). Utilizando os preceitos da indução analítica (DESLAURIERS, 2014) e da teoria enraizada (LAPERRIÈRE, 2014), as categorias conceituais emergiram a partir dos incidentes observados em campo, e precisam ser interpretadas ao ponto de compreender o que representam, possibilitando o aperfeiçoamento da teoria conceitual. Utilizou-se o software Atlas.ti 8 ® como apoio à análise. Os cadernos de campo foram organizados em 322 trechos/incidentes.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Diferenças, similaridades e particularidades dos serviços farmacêuticos

Os farmacêuticos que estiveram nas UBS observadas neste estudo têm uma percepção da sua função e prática a partir do modelo de APS, com seu trabalho formado com as seguintes características: territorialização; interprofissionalidade; vínculo. Diferem de uma produção de trabalho com uma lista de serviços formados previamente ou funções determinadas em blocos. Nos trechos a seguir são apresentadas algumas situações vivenciadas pelos farmacêuticos que demonstram o vínculo dos pacientes e a abrangência das ações da APS:

F3 só trabalha de segunda a sexta das 7h às 16h, então, há uma falta de vínculo, porque a disparidade de processos de trabalho e atividades é grande, os técnicos me parecem muito mais para dar conta da fila, da enorme fila e demanda da dispensação (Caderno de campo 03 26.11.2018).

A consulta é de retorno. F2 já olha os registros de cada paciente, começa perguntando sobre os medicamentos para dormir, já pega um erro de uso, perguntou sobre o sono, como a paciente está reagindo ao uso do medicamento para dormir, falou da fibromialgia da d. X, ela não usa medicamento para isso. F2 oferece o grupo da nutricionista, pois a paciente fala que está com colesterol alto e precisa emagrecer. A paciente trouxe uma lista do que está usando com as doses, revisando os medicamentos. Ela usa o controlado conforme sente necessidade, de quando está se sentindo triste, como no momento da consulta, pois havia perdido a mãe. F2 mediu a PA (Caderno de campo 02 01.03.2018).

Paciente não faz acompanhamento na UBS, ela só vem na consulta de F2, esse é o vínculo dela, com os medicamentos (Caderno de campo 02 01.03.2018).

Nas três UBS as realidades são diferentes, pois estão localizadas em regiões distintas da cidade de São Paulo. A região 1 tem uma população média de 1.454.592 pessoas; a região 2 tem, em média, 2.553.802 habitantes, enquanto que a região 3 conta com 2.380.783 habitantes. As perspectivas de trabalho dos farmacêuticos nos três casos são diferentes. 1) Farmacêutico só permanece na farmácia; 3) Farmacêutico provê serviços clínicos, naquele espaço permitido pela APS e não permanece na farmácia; 2) Farmacêutico realiza todos os serviços, incluindo os clínicos, mas de forma natural para respeitar as necessidades em saúde. As notas analíticas do campo a seguir possibilitam essa reflexão.

Na primeira UBS, o farmacêutico não saía da farmácia, não tinha interações com as equipes de saúde da família com frequência. Na segunda o trabalho da farmácia acontecia de forma mais próxima à equipe de saúde, e, portanto, mesmo com a farmacêutica saindo para diversos outros serviços da farmácia, a dispensação dos medicamentos acontecia da forma mais eficaz. Não eram trabalhos isolados (técnicos de farmácia e farmacêutico). Na terceira UBS, o farmacêutico permanece menos tempo na farmácia, o trabalho em equipe acontece, mas pouco integrado (Caderno de campo 03 28.11.2018).

Categorias conceituais: evidências das diferentes perspectivas dos serviços farmacêuticos na APS

Após o percurso de análise e a construção das inferências analíticas, algumas categorias conceituais emergiram da observação participante. As categorias conceituais não designam os incidentes ou fatos observados, mas o que eles representam, aquilo a que se referem (LAPERRIÈRE, 2014). As categorias conceituais ajudam a compreender as especificidades e significações dos serviços farmacêuticos na APS.

Os serviços farmacêuticos têm aspectos que se relacionam, e conformações que se distinguem correspondendo ao que cada realidade necessita. Neste estudo são apresentados três modelos de atuação do farmacêutico, além da forma pela qual o trabalho do farmacêutico vai se desdobrando nos serviços prestados na APS.

Serviço é entendido como trabalho em processo, ou seja, serviço é trabalho na concepção dinâmica do termo, trabalho em ação. Diferente de produto, que é resultado deste processo, é trabalho acumulado, objetivado. Neste sentido, o produto ao qual os serviços estão relacionados pode ser tangível ou intangível, ou seja, tanto pode ser um bem físico ou uma informação, pois o que caracteriza efetivamente uma atividade como serviço é, única e exclusivamente, a realização de trabalho (MEIRELLES, 2006).

Por isso, dentre os fatos observados, pode-se afirmar que, na APS, **o farmacêutico constrói sua atuação a partir das necessidades em saúde, locais, da equipe e isso pode ser dinâmico, pois ele não precisa estar na farmácia todo o tempo do seu trabalho, mas não deixa de supervisionar sua equipe.** Fundamentalmente, podemos afirmar que **o farmacêutico é a referência em medicamentos na UBS e tem-se se tornado essencial para a população.** Alguns trechos dos cadernos de campo evidenciam situações cotidianas nos 3 casos:

Paciente atendida por telefone na recepção, trazem a dúvida para a farmácia, acho interessante a visão de que a farmácia entende do que se relaciona a medicamentos, e também as tomadas de decisão, e a responsabilidade, o F1 é que tentou no fim resolver a insistência da usuária. (Caderno de campo 01 08.11.2017).

F2 também fica na sala do PAMG (Programa de Auto Monitoramento Glicêmico), controle da glicemia, ela ajuda na gestão do estoque dos insumos, mas o principal foco são os pacientes, pois ela consegue ver como estão, eles medem a glicemia na hora e ela já consegue ver (Caderno de campo 02 01.03.2018).

F2 acompanha também os ACS e procura possíveis pessoas que ela possa acompanhar e agendar VD ou consulta. A busca a princípio é ativa e dela, ela tem usado a mais de 1 ano a agenda (Caderno de campo 02 02.03.2018).

Na terça F3 só faz consulta com agenda no SIGA, marcando a cada 30 min. É agendado na recepção, e F3 não conhece a maioria das pessoas. Foram encaminhadas pelos médicos, e F3 foi fazendo isso, médico por médico, mas também não entendo que tenha uma vinculação maior com a saúde da família, mas F3 vai tentando fazer um serviço mais clínico (Caderno de campo 03 26.11.2018).

No final da década de 1980, o farmacêutico já é reconhecido como o profissional melhor capacitado para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e à promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços necessários para o desenvolvimento pleno da Assistência Farmacêutica. Se esperava o deslocando da centralidade das ações no medicamento e voltando-as ao usuário (CARVALHO et al., 2016). Na APS, **o significado do profissional que cuida dos medicamentos muda fervorosamente, pois neste espaço o farmacêutico deve ser sensível àquilo que se necessita**, como em alguns exemplos registrados nos cadernos de campo:

A agenda de F2 é no papel, não está no SIGA [sistema de agendamento de atendimentos para todos os profissionais da UBS]. O farmacêutico não pode ficar somente preso ao consultório como os médicos, mas precisa estar inserido na equipe e para isso também precisa sair da proteção da sala chamada “farmácia”. Isso não significa que ele não é a autoridade sanitária e técnica sobre os medicamentos (Caderno de campo 02 01.03.2018).

Ela desenvolveu um cronograma do PAMG [Programa de Auto Monitoramento Glicêmico], de grupos para diabetes, então o primeiro ela faz com a enfermagem, o segundo com o educador físico, o 3 com a fisioterapia e quarto com nutricionista, também tem programação com a psicologia e dentista. Acredito que nos próximos dias eu verei o grupo com a psicologia, esse é um grupo que foi ideia dela, partiu das análises dos acompanhamentos no PAMG, ela convida os pacientes também por meio dos ACS e faz um trabalho com enfermeiros chefe das equipes (Caderno de campo 02 07.03.2018).

O papel do farmacêutico mudou, nos últimos anos, sendo que os medicamentos não são o foco de seus serviços, mas também as pessoas atendidas. No caso da APS, no Brasil, a farmácia

vive um momento transitório, para a integração dos serviços clínicos e de gestão, pois espera-se que o paciente tenha acesso adequado aos medicamentos e que tenha o uso adequado e racional deste recurso. Entretanto, **o farmacêutico ainda vive alguns dilemas, seu fazer divide-se entre ações que possibilitem boas práticas sanitárias sobre os medicamentos, como no caso de aviaamentos de prescrições e decisões para garantir o acesso de forma íntegra, sob a égide do direito à saúde** (SOARES et al., 2013; DALLARI; AITH, 2019). Como no incidente relatado a seguir:

Fluoxetina tratamento em 2 meses, cartela com 14, 4 cartelas 56 comprimidos, não fraciona. O que acontece com 4 dias de tratamento, se não for bem orientado, que precisa renovar, há alguns itens que não são padronizados como o médico prescreve, ainda? A farmácia não faz substituição, não vai até a equipe (Caderno de campo 02 08.03.2018).

Em muitos casos, os farmacêuticos provêm serviços clínicos, porém ainda não tem autonomia na equipe de saúde para fazer algumas ações na dispensação de medicamentos, como as substituições de posologias, que possibilitariam a garantia do uso contínuo do medicamento, situação possível na APS, com a atuação de todos os profissionais de forma integrada.

No campo foi expressivo que, mesmo o farmacêutico vivendo dilemas com relação ao acesso aos medicamentos, a farmácia da UBS mantém-se como referência para a comunidade. **Na APS ele vem utilizando das mesmas estratégias que os demais profissionais, sendo que não foi observado um padrão estabelecido em seu fazer nos três casos observados, mas um trabalho realizado a partir da organização de cada farmacêutico e das necessidades de cada serviço de saúde.**

Serviços farmacêuticos do tipo clínico acontecem na APS, assim como há farmacêuticos que tem um perfil de atuação clínico, como muitos estudos apontam (SILVA et al., 2018; SILVA et al., 2019). **As atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico devem ser parte integrante dos serviços farmacêuticos, pois o que se destaca não é a clínica em si, é o trabalho na APS no modelo de universalização, considerando as necessidades reais em saúde.**

F2 agendava conforme conhecia os pacientes e suas necessidades, por meio das dispensações e os encaminhamentos pelos ACS e equipe (médico, enfermeiro). Com F3 aqui, é demanda, a consulta pela consulta, para desafogar a fila, pois nem todos tem algum problema com medicamentos (Caderno de campo 03 26.11.2018).

A ESF não tem médico, é só enfermeiro e ACS. Então, todas as marcações de médicos e para a UBS, que tem uma lógica de integração com a AMA. A AMA é para suprir demanda de urgência, e F3 sabe que a maioria é de acompanhamento de [doenças] crônicas (Caderno de campo 03 26.11.2018).

F3 é um excelente clínico, ele faz o que se espera, sai da farmácia, faz outras atividades bem além disso e da tutela do “espaço farmácia”, mas é a partir de quais necessidades? (Caderno de campo 03 26.11.2018).

F3 começou a segunda consulta as 9h10, não tinha ideia porque ia atender esse paciente. Começou anotando tudo do perfil do homem adulto, perguntas sobre o uso de medicamento, exercício físico, tabaco, família, trabalho, sintomas que sentia, aí foi quando o paciente se abriu, falou que perde o controle as vezes. Ele já faz acompanhamento com o psicólogo, que encaminhou para F3 fazer a auriculoterapia, mas F3 e paciente não sabiam...Também já vai fazer os testes rápidos, bem esquisito, porque eles não explicam para o paciente o que está acontecendo (Caderno de campo 03 27.11.2018).

F3 provém inúmeros serviços clínicos e tem uma agenda de consulta na recepção da UBS, ele tem atividades bastante semelhantes dos demais profissionais, porém perde algumas características próprias do farmacêutico.

A consulta farmacêutica é um espaço onde se desenvolve serviços farmacêuticos clínicos, porém, tem maior potencial de produzir sentido e integrar-se aos demais serviços quando é realizada a partir das necessidades dos pacientes e da equipe de saúde.

O sentido maior de qualquer serviço farmacêutico deve ser as contribuições para o processo saúde/doença (CAMPESE, 2016). Independente da atividade ou ocupação, serviços farmacêuticos continuam sendo trabalho em processo, que criam e agregam valor, e se realizam por meio da aplicação de conhecimentos e competências em benefício do outro. **O farmacêutico tem um processo ativo de condução de suas atividades na APS e que deve ser conduzido por meio das necessidades em saúde.** O fazer-se essencial não virá porque a farmácia quer construir esse campo, mas porque há um histórico que necessitou deste farmacêutico na APS.

A ambiência é fundamental para a construção do modelo de APS (LEITE et al., 2017, negrito nosso) e pode interferir em diferentes formas de execução dos serviços farmacêuticos. A ambiência pode ser traduzida como meio ambiente, porém, em termos de

serviços de saúde não é composto somente pelo meio material, mas pelo efeito moral que esse meio físico induz no comportamento dos indivíduos, e em serviços na APS, é preciso a adequação das condições físicas do lugar para um exercício de condições mínimas para a humanização (BESTETTI, 2014). Alguns incidentes registrados nos cadernos de campo demonstram o forte potencial que é ter um espaço denominado como farmácia constituído dentro da UBS, sendo que para proporcionar um modelo de APS construído para as necessidades em saúde não deve ser apenas um almoxarifado:

A janela da farmácia fica logo na entrada da UBS, mas a porta interna fica no corredor dos consultórios, o que também facilita a interação com as equipes (Caderno de campo 02 02.03.2018).

Ainda sobre os materiais de uso da UBS, também tem 2 prateleiras que estão organizadas em caixas e identificadas com etiquetas bastante detalhadas, do lado tem uma salinha, tipo um almoxarifado extra, onde estão guardados alguns volumes maiores e as fraldas (Caderno de campo 02 02.03.2018).

Um aspecto importante para os processos de trabalho na APS é a atuação do técnico de farmácia, percebido na observação. **O que foi possível observar é que este profissional está em processo de formação e qualificação para atuação na APS, o que possibilita um dinamismo aos serviços farmacêuticos.** Quando formado para as necessidades em saúde da APS, o técnico de farmácia contribui para o conjunto de serviços realizados em equipe.

Historicamente, e em muitos municípios ainda é o técnico de enfermagem o responsável por diversas atividades na APS, especialmente na ausência de outros profissionais. Entretanto, na presença do farmacêutico, torna-se viável e lógico trabalhar em outra atividade que necessite de apoio, deixando a farmácia para o farmacêutico, sem apoio técnico adequado. Em estudo de Nakamura e Leite (2016), foi citado pelas equipes que é interessante ter um farmacêutico na unidade de saúde, mais precisamente dentro da farmácia, todos os dias, demonstrando que esta é a atividade esperada para este profissional, essa é a expectativa social sobre os serviços farmacêuticos. Contudo, na observação foi possível verificar em diversos casos que **serviços farmacêuticos podem ter uma amplitude diversificada em seu conceito e envolvem outros profissionais na sua execução direta e indireta**, conforme os registros a seguir:

Ela falou da questão do técnico, que ela acha essencial e que gostaria que eles se esforçassem mais na dispensação (Caderno de campo 02 02.03.2018).

As atividades de descarte, inventário, limpeza e organização, conferência dos medicamentos vencidos, controle de psicotrópicos e abastecimento são atividades de rotina diária semanal, mensal (Caderno de campo 03 23.11.2018).

O técnico me parece bem empoderado, ele resolve rapidamente as questões, resolve os problemas da enfermagem, consegue identificar os medicamentos e seus usos, atende ao público sem maiores problemas, mas óbvio, os técnicos nas dispensações não vão além das orientações básicas. (Caderno de campo 02 07.03.2018).

A realidade concreta da APS predispõe integração em equipe profissionais, e os serviços farmacêuticos têm acontecido nessa lógica. A oportunidade de se inserir em uma equipe multiprofissional tem sido citada por muitos farmacêuticos, pois permite a troca de conhecimentos com outros profissionais, qualificando e potencializando o seu trabalho, além de possibilitar a participação em diversas áreas fora do campo de atuação individual da farmácia. O NASF também foi um marco para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos na APS (NAKAMURA; LEITE, 2016). O desafio da APS está em transcender as trocas de saberes em práticas profissionais (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013), como pode ser verificado nos trechos a seguir:

A tarde estive com F3 também em uma reunião sobre a tuberculose. Na reunião estavam presentes a gerente da UBS, enfermeira, F3e o psicólogo. Reunião de equipe alinhando as ações e questões, principalmente sobre subnotificações (Caderno de campo 03 23.11.2018).

Não há como compreender um serviço de saúde no Brasil, sem colocá-lo no contexto em que se constrói. Em São Paulo, as motivações de parcerias público-privadas são concretas no gerenciamento das unidades de saúde, por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS). Uma das formas de privatização na administração pública, é a terceirização, sendo uma expressão de flexibilização do trabalho, que utiliza da contratação de terceiros (ALVES et al., 2015).

Há diferenças concretas entre os serviços observados, por influências das diferentes OSS. Considerando que os serviços farmacêuticos são meios que contribuem para alcançar resolubilidade em saúde (MELO; CASTRO, 2017, negrito nosso), para as empresas que

administram as unidades, é importante ter profissionais qualificados para os serviços farmacêuticos. Entretanto, o que se pode ver é que o farmacêutico não tem muita autonomia, e a depender da OSS, seus serviços podem ser mais clínicos ou mais de gestão, conforme os registros dos cadernos de campo:

O F1 fica muito tempo fazendo os serviços para enviar a OSS, assim como preenchendo os relatórios de RH (Caderno de campo 02 22.11.2017).

Gestão que dita regras para a dispensação, para como deve ser os serviços de F1, como isso se dá em SP, considerando as diferenças das regiões? o F1 fica nessa relação gestão x paciente (Caderno de campo 01 16.10.2017).

As vantagens ou desvantagens da flexibilização dependem do ponto de vista, pois é importante destacar duas tendências desse processo: a desregulamentação da proteção do emprego e a precariedade das relações de trabalho, com conseqüente diferenciação do emprego e do salário e tendência à fragmentação das relações profissionais (CARVALHO et al., 2017; ALVES et al., 2015).

Em pesquisa sobre o trabalho do farmacêutico na APS, Carvalho e colaboradores (2017), afirmam que na região Sudeste do Brasil, 23,5% dos vínculos de trabalho se dão por meio da terceirização ou de contratações. Ademais, aproximadamente 35% dos trabalhadores em todo Brasil que atuam na dispensação de medicamentos são contratados ou terceirizados (CARVALHO et al., 2017), o que pode representar um risco à conformação dos serviços farmacêuticos na APS, pois há instabilidade dos trabalhadores e baixa construção de vínculo com a comunidade.

A dispensação é serviço central na APS. Observou-se que pode seguir modelos distintos: modelo estrutural desumanizado e o ato ser apenas a entrega dos medicamentos, ou aquele que garanta uma ambiência adequada, técnicos com sensibilidade sobre as necessidades de quem vem buscar o serviço e o farmacêutico conduzindo esse processo de forma ativa.

Muitos são os estudos que trazem à tona os serviços de dispensação, como o de Nakamura e Leite (2016), que no acompanhamento de farmacêuticos na APS, a dispensação de medicamentos foi realizada com frequência e por todos eles.

Estudo nacional mostra que pouco mais de 40% das farmácias/unidades dispensadoras de medicamentos contam com responsável técnico farmacêutico (SOUZA et al., 2017). Sabe-se que a profissionalização das funções de gestão municipal na organização da força de trabalho da Assistência Farmacêutica na atenção básica no SUS é uma conquista. Porém, há importantes deficiências na composição da força de trabalho para a dispensação de medicamentos, o que deve comprometer a qualidade do uso e seus resultados em saúde (CARVALHO et al., 2017). Nas UBS observadas, as dispensações são executadas pelos técnicos de farmácia, e em muitos casos as necessidades da dispensação não estavam claras para eles. Por isso é fundamental que o farmacêutico desenvolva em seu processo de trabalho ferramentas para a garantia da supervisão deste serviço.

Uma das questões para esse caminho é compreender o serviço de dispensação como central para a APS. Luz e colaboradores (2017) concluíram que apesar dos usuários relatarem terem acesso a poucas informações sobre a utilização de seus medicamentos, nenhum farmacêutico declarou participar de atividades de dispensação em seu estudo sobre o desenvolvimento de serviços farmacêuticos na APS. O estudo também revelou que não foi possível observar na prática a vantagem de concentrar a dispensação em unidades dispensadoras exclusivas, fora das UBS.

A dispensação precisa entrar no âmbito da atenção à saúde, e ser compreendida entre necessidades no que tange ao uso de medicamentos. É um serviço de conexão entre os vários saberes tão recorrentes na APS. Um caso importante na observação, ilustra essa ‘conexão’ e a ‘centralidade’ da dispensação:

F1 pegou uma prescrição de norfloxacino 6 em 6h, os auxiliares estranharam a posologia, porque geralmente é 12 em 12h. O F1 voltou ao médico para rever, a paciente não entendeu e começou a ficar brava. A prescritora viu o erro e trocou inclusive o tratamento. Quando o F1 voltou para a farmácia, a paciente não entendeu e ficou muito irritada, ameaçou o F1 e a equipe, chamou a polícia. Quando a polícia chegou, a gerente da UBS, o F1, a médica e o gerente clínico da UBS se reuniram.

No início da conversa o policial questionou inclusive o fato do F1 não estar obedecendo a ordem médica, ou seja, a polícia civil tem o mesmo imaginário social, de que o médico é o dono dos estabelecimentos de saúde. A mulher levou os medicamentos, mas desestabilizou toda a equipe. A polícia entendeu a situação, de que o F1 estava protegendo a paciente de um possível

erro de uso, assim como ele está respaldado a não dispensar em caso de erro de prescrição (Caderno de campo 01 13.11.2017).

A superação do entendimento e da abordagem limitada da disponibilização de medicamentos nos serviços de saúde para uma prática responsável técnico-sanitária, mas que também garanta o acesso aos recursos terapêuticos como uma necessidade, requer a compreensão da dispensação como um serviço de saúde com premissas, estrutura, trabalhadores e gestão orientados para a atenção à saúde das pessoas (LEITE et al., 2017).

Soares e colaboradores (2013. p. 109) propõem que a dispensação deve “considerar o acesso como um atributo; o acolhimento, vínculo e responsabilização, a gestão e a clínica farmacêutica como seus componentes; e o uso racional de medicamentos como um propósito”. A abordagem pressupõe a integração das ações de gestão e clínica, a integração multiprofissional do serviço com o sistema de saúde, e a responsabilização pelo acesso do usuário como atributo inerente à dispensação do medicamento. É preciso superar a dispensação focada na acessibilidade do produto e incorporar sua centralidade com uma abordagem mais integrada aos preceitos da APS.

Os serviços farmacêuticos vão se fazendo essenciais e têm um campo rico de construção na APS. Alguns registros nos cadernos de campo demonstram que a APS é espaço que tenta resistir há um modelo de mercantilização da vida; é local onde o farmacêutico é reconhecido socialmente como profissional de saúde e tem condições de desenvolver o cuidado ao paciente como qualquer outro profissional; realiza serviço de referência e contra referência; possibilita um olhar mais ampliado à pessoa atendida, como pode ser observado pelos trechos a seguir:

Hoje ela marcou a VD, de um paciente que ela fez caixinha junto com a ACS (Caderno de campo 2 02.03.2018).

F3 falou bastante sobre ir além, do medicamento, não só os PRM, mas pessoas com diabetes, vai além, olha o todo, vigilância epidemiológica com acompanhamento das doenças negligenciadas (Caderno de campo 3 23.11.2018).

Perguntei como F2 seleciona os pacientes para seu atendimento. Geralmente nos grupos terapêuticos que F2 participa e as vezes na dispensação, vendo os insulíndependentes, ou as dúvidas dos pacientes mais confusos, também quando o paciente não quer levar algum

medicamento. F2 consegue ver a quantidade que ele levou anteriormente, faz toda uma análise e talvez marque consulta (Caderno de campo 2 01.03.2018).

Hoje ouvi o seguinte de uma técnica “quando eu trabalhava no AMA era um atrás do outro, só dizia -próximo-, quando cheguei aqui na UBS F2 disse “não é o próximo, é boa tarde sr. ou sra.” É diferente, olha-se, tenta-se algo mais humano e empático, acho que é isso que me motiva a estar na APS, apesar de todos os problemas, isso ainda é um espaço de resistência (Caderno de campo 2 12.04.2018).

Também é possível afirmar que na prática diária da APS compreende-se que **a gestão está contida no processo dos serviços farmacêuticos**, mesmo que as concepções as levem a entender apenas como atividades logísticas, que deveriam garantir a distribuição de medicamentos, e que não estariam ligadas ao fazer clínico na farmácia. Esta é uma concepção reducionista e que limita o desenvolvimento de processos de gestão mais qualificados e condizentes com as premissas de um sistema de saúde como o SUS, no sentido de aprimorar os serviços farmacêuticos como parte definitiva dos processos de atenção à saúde (MENDES et al., 2015). Entretanto, na APS, este conceito fragmentado não se estabelece, pois em função das políticas públicas construídas em sistemas de saúde públicos, os serviços farmacêuticos estão integrados e a gestão está incluída neste processo (SOUZA et al., 2017).

Os serviços farmacêuticos têm concepções variadas e denotam o estágio de construção e consolidação da Assistência Farmacêutica. Ademais, também refletem o processo de trabalho do farmacêutico, que ora se entende como centrado no ciclo logístico do medicamento, ora abarca concepções de AF que remetem a práticas voltadas à atenção ao usuário. Isto significa, ainda, expectativas de mudanças em relação às práticas farmacêuticas nos serviços de saúde (COSTA et al., 2017). Ressalta-se que no contexto em que vivemos, essa expectativa pode levar os serviços farmacêuticos para um modelo que corresponde a serviços pré-determinados de acordo com a cobertura universal na APS.

Nos 3 casos diferentes, os farmacêuticos têm processos de trabalho muito ligados aos preceitos da APS com características como: vínculo, territorialização, trabalho em equipe, supervisão e liderança, escuta qualificada. Porém são modelos diferentes de trabalho, que geram concepções de serviços farmacêuticos diferentes e que se relacionam aos modelos de APS, sendo alguns mais universais e integrais *versus* modelos de cobertura universal, focalizados e seletivos.

Vivenciando a realidade concreta da APS, ressalta-se que muitos aspectos observados já correspondem a um modelo de APS que se distancia nos cuidados primários requeridos em Alma-Ata, e que estão sendo desmontados a todo o vapor no Brasil após a atualização da última PNAB em 2017, junto a propostas de desfinanciamento (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Tão atual, que em 2019, o Ministério da Saúde lançou um documento chamado de “A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde”, para nortear as ações de saúde na APS brasileira com forte reconhecimento da clínica multiprofissional. Se trata de uma lista de serviços divididos e organizados em blocos temáticos, sendo este o foco de ações desenvolvidos pelos municípios (BRASIL, 2019). Sendo assim, é preciso estar atento aos modelos de serviços farmacêuticos com atividades pré estabelecidas, sem o entendimento do que àquele local requer e quais as suas necessidades reais.

O desenvolvimento da APS no Brasil tem que ser a partir do que se vive nesse contexto, por ser um país latino americano, com sua história e materialidade, que o difere de um país europeu, em que se observou progressiva inclusão de grupos populacionais com ampliação e uniformização dos benefícios e universalização do acesso, especialmente no que tange à saúde (GIOVANELLA et al., 2018). Por isso, a construção do modelo de APS não pode ser com uma visão euro centrada, assim como para os serviços farmacêuticos, não cabe uma construção com base em modelos desenvolvidos e aplicados em contextos diversos.

O modelo de cobertura universal fortemente induzido pelo relatório do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 2018) ao Brasil e em outras nações, como visto na Conferência de Astana realizada em 2018 (GIOVANELLA et al., 2018; MENDES, 2018; SANDERS et al., 2019), somados à prioridade da sustentação da saúde e bem estar social, com APS, apresentada como um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável como agenda até 2030 (ONU, 2015). Com as intenções de manter as nações ditas em desenvolvimento apenas com uma APS focalizada, com baixo financiamento e com pacotes de serviços estabelecidos com necessidades prontas, sem considerar o que de fato a população local precisa.

Considerações finais

Os serviços farmacêuticos também estão em modelos diferentes e em disputa na APS. Um estudo como este tem a possibilidade de desvendar, sistematizar dados concretos, a partir de fatos

e dimensionar as forças que interferem nos diferentes modelos postos. Utilizando da etnografia, com respaldo da observação participante, possibilita revelar, por meio da materialidade, que os serviços farmacêuticos na APS tem uma tendência de compreender que as pessoas não são iguais por completo, e que é preciso reconhecer as necessidades e, por conseguinte, sociais para, então, construir uma coletividade. Tendo nessa perspectiva uma nova prática, aquela que é real, construída pela prática da APS, e não em métodos teóricos de atendimento clínico.

Resta saber, se os serviços farmacêuticos que se estabelecem na APS, estão para contribuir com as condições de vida, permeados pelo debate das determinações sociais de saúde e requerendo quais necessidades, àquelas vigentes e de acordo com o que o mercado deseja ou àquelas que correspondem às ‘necessidades necessárias’ e sociais.

Referências

ALVES, S. M. P.; COELHO, M. C. R.; BORGES, L. H.; CRUZ, C. A. M.; MASSARONI, L.; MACIEL, P. M. A. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3043-3050, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003043>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BANCO MUNDIAL. BIRD. AID. Grupo Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. In: _____. **Notas de políticas públicas**. Por um ajuste justo com crescimento compartilhado. 2018. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/brazil-policy-notes>>. Acesso em: 29 out. 2018.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 601-610, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n3/1809-9823-rbagg-17-03-00601.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa. 2019. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-a-saude-casaps/>> Acesso em: 20 dez. 2019.

CARVALHO, M. N.; COSTA, E. M. O. D.; SAKAI, M. H.; GIL, C. R. R.; LEITE, S. N. Expansion and diversification of university level workforce in Primary Health Care Units Brazil: 2008 - 2013. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00154.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

CARVALHO, M. N.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; COSTA, E. A. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2: 16s, 2017. Disponível em: <<http://w>

www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007110.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2018.

COSTA, E. A.; ARAÚJO, O. S.; PENAFORTE, T. R.; BARRETO, J. L.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J., COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2, p. 2-6, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007107.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

DALLARI, S.; AITH, F. 20 anos da Revista de Direito Sanitário: momento de renovação. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 9-12, 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164197>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

DESLAURIERS, J-P. A indução analítica. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 127-153.

DESLAURIERS, J-P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 337-352.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. C. A.; ROSA, M. C; MARTINS, G. B.; SANTOS, I. S.; SILVA, D. B.; VIEIRA, J. M. L.; CASTRO, V. C. G.; SILVA, P. O.; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A. G.; GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000300301>. Acesso em: 14 jun. 2019.

GRAY, D. E. Coletando dados primários: observação. In: _____. **Pesquisa no Mundo Real**. 2 Ed. Porto Alegre: Penso, 2012, p. 320-339.

GUIMARÃES, M. C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov-dez 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3591/1/111111.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

HELLER A. **Teoría de las necesidades em Marx**. Barcelona: Península, 1986.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.).

A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 254-294.

LAPERRIÈRE, A. A teorização enraizada (grounded theory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens similares. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa.** Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 353-385.

LEITE, S. N. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica.** Florianópolis: EdUFSC, 2016.

LEITE, S. N.; BERNARDO, N. L. M. C.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; SOARES, L. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2:11s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007121.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.

LEITE, S. N.; MANZINI, F.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; FARIAS, M. R. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2:13s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007120.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.

LUZ, T. C. B.; LUIZA, V. L.; SANTOS, L. B. C.; COSTA, M. E. S. S.; SOUSA, S. R. A.; PORTES, D. S. Pharmaceutical Services in Primary Health Care: are pharmacists and users on the same page? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2463-2474, 2017. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pharmaceutical-services-in-primary-health-care-are-pharmacists-and-users-on-the-same-page/16089?id=16089>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental.** São Paulo: Ubu Editora, 2018. 672 p.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572006000100007>. Acesso: 15 jun. 2019.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017000100235&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 set. 2018.

MENDES, S. J.; MANZINI, F.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Gestão da assistência farmacêutica: avaliação de um município catarinense. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 4- 29, 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0230/74a9ce7fdbee69457b68ddee5a17e5e4bd50.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

MENDES, Á. A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. **Journal of Management & Primary Health Care**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 1-6, 2018. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/709/751>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1565-1572, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501565&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2018.

OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U. L.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. D.; FARIAS, M. R.; PIZZOL, T. S. D.; RAMOS, L. R.; BERTOLDI, A. D. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl 2:6s, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102016000300303&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 mar. 2018.

SANDERS, D.; NANDI, S.; LABONTÉ, R.; VANCE, C.; VAN DAMME, W. From primary health care to universal health coverage-one step forward and two steps back. **The Lancet**, London/New York, v. 394, n. 10199, p. 619-621, August 24, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31448726>>. Acesso em: 20 set. 2019.

SÃO PAULO. **Relatório Anual de Gestão (RAG) do SUS do Município de São Paulo (MSP) para o ano de 2017**. 2018a. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/RAG2017.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2019. (a)

_____. SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Sistema de Gestão de Pessoas. **Tabnet – Tecnologia DATASUS: Profissionais Ativos na Secretária de Saúde do Município de São Paulo**. 2018b. Disponível em: <<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohm3.exe?secretarias/saude/TABNET/sisrh/sisrh2.def>>. Acesso em: 22 set. 2018. (b)

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011>. Acesso em: 14 ago. 2019.

SILVA, D. A. M.; MENDONÇA, S. A. M.; OLIVEIRA, D. R.; CHEMELLO, C. A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 659-682, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00108.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

SILVA, R. O. S.; MACEDO, L. A.; SANTOS JUNIOR, G. A.; AGUIAR, P. M.; LYRA JUNIOR, D. P. Pharmacist-participated Medication Review in different practice settings: service or intervention? An overview of systematic reviews. **PLoS One**, California, v. 14, n. 1, p. e0210312, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30629654>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A.; BARROS, R. D.; PEREIRA, M. T.; BARRETO, J. L.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Caracterização da

institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2:7s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007135.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial de Saúde 2008**: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca. Lisboa, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção desta tese, algumas condições foram propulsoras para seu desenvolvimento, como a farmácia na Atenção Primária à Saúde, sendo um local de atuação do farmacêutico, a reflexão sobre serviços farmacêuticos em um município com as dimensões de São Paulo e o uso da pesquisa qualitativa como construção teórico-metodológica.

Algumas indagações foram propostas, sendo que a pergunta sobre *o que faz o farmacêutico na APS* conduziu a pesquisa para um necessário estudo exploratório e, posteriormente, outros questionamentos surgiram, sendo preciso *compreender como acontecem os serviços farmacêuticos na APS*, o que requeria um aprofundamento no campo, e optou-se pela Observação Participante para nortear essa fase.

Sendo assim, esta tese teve como objetivo caracterizar os serviços farmacêuticos na APS, no município de São Paulo, e como se expressam em diferentes modelos de sua materialidade.

Os serviços farmacêuticos na APS é o tema central e nessa chave foi preciso refletir sobre os serviços no material e cotidiano dos trabalhadores do SUS, considerando a atuação do farmacêutico nos Sistemas de Saúde, não desconectando aos modelos adotados. Era fundamental reconstruir uma discussão mais ampliada sobre os serviços farmacêuticos.

Serviço é a realização de trabalho em processo e que tem suas características próprias dentro do tema trabalho na concepção dinâmica do termo, trabalho em ação, pois é preciso que o processo seja uma atividade estruturada a partir de um arranjo contratual (formal ou informal), onde o propósito de sua constituição é a prestação de trabalho. Serviço pode ser realizado não só por meio dos recursos humanos (trabalho humano) como também através das máquinas e equipamentos (trabalho mecânico) e são caracterizados pela intangibilidade (sua natureza de processo e não ao produto resultante), inestocabilidade (prestação de serviço tende a acontecer simultaneamente ao consumo, se extingue tão logo se encerra o processo de trabalho) e interatividade (interação entre prestadores e usuários de serviço).

Os serviços farmacêuticos no Brasil têm uma história de formação em concepções de farmácia clínica e gestão da Assistência Farmacêutica. A primeira é compreendida como um campo de conhecimento ou modelo de prática do farmacêutico com origem na farmácia hospitalar e que tem diversos modelos construídos em âmbito ambulatorial. A gestão da Assistência Farmacêutica é outro campo de conhecimento constituído no Brasil sob a égide da política pública Assistência Farmacêutica, mas principalmente pela necessidade social de

desenvolver o acesso a medicamentos para além da distribuição em ‘pacotes’ prontos, por isso a gestão da Assistência Farmacêutica é parte fundamental do contexto dos serviços farmacêuticos, pois articula os produtos, os serviços e a disponibilização e o uso dos medicamentos.

Nesta tese, entendeu-se que a APS possibilita a superação do modelo de fragmentação e divisão dos serviços clínicos e de gestão, ao analisar os serviços, por meio da percepção de farmacêuticos. Entendendo os serviços farmacêuticos em sua totalidade, utilizando um grupo focal, foi possível perceber que os farmacêuticos compreendem seus serviços com foco nas pessoas e não, apenas, nos medicamentos. Os farmacêuticos realizam em São Paulo 29 serviços, possibilitando compreender uma amplitude e diversidade de atividades. Eles não afirmam diferenças relevantes no que tange a importância de serviços considerados clínicos e aqueles que são gerenciais ou mais relacionados ao acesso a medicamentos. Eles consideram as necessidades de cuidados primários de saúde muito importantes. A APS é o campo complexo, ampliado e dinâmico que possibilita a construção e visão ampliadas do escopo dos serviços farmacêuticos.

Ao partir para o campo nas Unidades Básicas de Saúde, a trajetória teórico-metodológica realizada com uma abordagem etnográfica possibilitou um olhar sobre o fenômeno, de forma não isolada, nem mesmo descontextualizada da realidade em saúde vivida em cada local.

Os serviços farmacêuticos, com a Observação Participante, foram analisados em perspectivas interpretativas e com maior densidade, partindo de pressupostos que foram confrontados com as tendências da literatura da área da farmácia, nacional e internacional. Os preceitos da indução analítica e teoria enraizada contribuíram para essa construção analítica, uma vez que ambos têm o objetivo de adaptar o método ao seu objeto, facilitando a operacionalização de pesquisas com Observação Participante.

Na busca dos significados dos sujeitos, buscaram-se os sentidos atribuídos em um processo mais interpretativo do real. É importante também ressaltar a necessidade de utilizar metodologias de Observação Participante em estudos na área da saúde, especialmente na farmácia, pois possibilitam reflexões a partir do “Outro”, sujeito que vive a problemática da pesquisa.

Assim, demonstra-se que há serviços farmacêuticos sendo construídos em continuidade na APS, o que possibilitou a análise de diferentes processos de trabalho do farmacêutico na APS, como as variações de um serviço central como a dispensação de medicamentos, e que há nesse campo serviços com trabalho em processo de forma ativa do farmacêutico, que criam e agregam valor às necessidades em saúde.

Por fim, discutiram-se os significados dos serviços farmacêuticos na APS, refletindo sobre as disputas de modelos que os permeiam. Três modelos de atuação do farmacêutico possibilitaram entender que os farmacêuticos têm processos de trabalho muito ligados aos preceitos da APS com características como: vínculo, territorialização, trabalho em equipe, supervisão e liderança, além de escuta qualificada. Porém, são modelos diferentes de trabalho, que geram concepções de serviços farmacêuticos distintas e que se relacionam aos modelos de APS, sendo alguns mais universais e integrais *versus* modelos de cobertura universal, focalizados e seletivos.

As evidências obtidas foram demonstradas em categorias conceituais relacionadas às diferentes perspectivas dos serviços farmacêuticos na APS, possibilitando entender que o farmacêutico é a referência em medicamentos nas UBS e tem-se tornado essencial para a população, especialmente no campo rico de construção da APS.

Os serviços farmacêuticos também estão em modelos diferentes e em disputa na APS. Um estudo como este tem a possibilidade de desvendar, sistematizar dados concretos, a partir de fatos e dimensionar as forças que interferem nos diferentes modelos postos. Utilizando da etnografia, com respaldo da observação participante, possibilita revelar, por meio da materialidade, que os serviços farmacêuticos na APS têm uma tendência de compreender que as pessoas não são iguais por completo, e que é preciso reconhecer as necessidades sociais. Tendo, nessa perspectiva, uma nova prática, aquela que é real, construída pela prática da APS, e não em métodos teóricos de atendimento clínico.

Faz-se, portanto, um alerta para a compreensão de que os serviços farmacêuticos na APS existem para contribuir com as condições de vida, permeados pelo debate das determinações sociais de saúde e requerendo quais necessidades, àquelas vigentes e de acordo com o que o mercado deseja ou àquelas que correspondem às ‘necessidades necessárias’ e sociais.

Não tentamos aqui esgotar o debate sobre serviços farmacêuticos no contexto da APS, nem mesmo em qualquer outro âmbito de atuação do farmacêutico. Tem-se como contribuição a ciência, o debate crítico sobre os modelos que se desenham nos serviços farmacêuticos à luz do debate também necessário e urgente de modelos de APS destinados a países do sul global, ou historicamente explorados por nações ditas ‘desenvolvidas’. Chamamos a atenção para um olhar reflexivo sobre os serviços farmacêuticos pensados a partir das realidades locais, entendendo que há determinações sociais que impactam nas necessidades reais e sociais.

Ao realizar essa pesquisa, fortemente fundamentada no campo, os significados trazidos à tona e as reflexões realizadas tentam ser o mais fiéis possíveis, sempre respeitando os processos culturais por quem vive o fenômeno pesquisado, compreendendo os significados para os sujeitos ou ‘nativos’ como coerentes e íntegros.

Ousou-se estudar um objeto da saúde coletiva e farmácia com o referencial teórico-metodológico da etnografia, por meio da observação participante, pois sabíamos que o avanço da ciência e a produção do conhecimento não se dão de forma isolada e disciplinar, mas tendo sempre no horizonte a descrição da totalidade de um meio social e seus componentes como fundamentais para a transformação de uma sociedade justa e livre a todas e todos. Os desafios estão postos, por isso deixa-se nesta tese outras sugestões de investigações futuras e questionamentos que ainda estão para serem respondidos, como: qual a influência do capitalismo sobre os serviços farmacêuticos? Como os países latino americanos compreendem os serviços farmacêuticos em seus sistemas de saúde? Compreendendo os serviços como trabalho, de que forma essa categoria se desdobra nos serviços de saúde brasileiros?

REFERÊNCIAS

- ACHESON, R. M. The definition and identification of need for health care. **Journal of Epidemiology and Community Health**, United Kingdom, v. 32, n. 1, p. 10-15, 1978. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/262581>>. Acesso em: 14 jun. 2019.
- ALENCAR, T. O. S. **Reforma Sanitária Brasileira e Políticas Farmacêuticas (1976-2014)**. São Paulo: Hucitec, 2017. 583 p.
- ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; URSS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf> Acesso em: 29 set. 2019.
- ALVES, R.; BRASILEIRO, M. C. S.; BRITO, S. O. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. **Episteme**, Porto Alegre, n. 19, p. 139-148, 2004. Disponível em: <<https://philpapers.org/rec/ALVIUC-2>>. Acesso em: 20 set. 2019.
- ALVES, S. M. P.; COELHO, M. C. R.; BORGES, L. H.; CRUZ, C. A. M.; MASSARONI, L.; MACIEL, P. M. A. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3043-3050, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003043>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. The Definition of Clinical Pharmacy. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 28, n. 6, p. 816-817, 2008. Disponível em: <<https://www.accp.com/docs/positions/commentaries/Clinpharmdefnfinal.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p. 3603-3614, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232010000900035&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2019.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, [S.l.], v. 13, p. 733-736, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000700023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2018.
- ASADI-LARI, M.; PACKHAM, C.; GRAY, D. Need for redefining needs. **Health and Quality of Life Outcomes**, United Kingdom, v. 1, n. 34, 2003. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-34>>. Acesso em: 22 set. 2019.
- BANCO MUNDIAL. BIRD. AID. Grupo Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. In: _____. **Notas de políticas públicas**. Por um ajuste justo com crescimento compartilhado. 2018. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/brazil-policy-notes>>. Acesso em: 29 out. 2018.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**. Crítica da Política de Medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995.

BERMUDEZ, J. A. Z.; ESHER, A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VASCONCELOS, D. M. M.; CHAVES, G. C.; OLIVEIRA, M. A.; SILVA, R. M.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1937-1951, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1937.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 601-610, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n3/1809-9823-rbagg-17-03-00601.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRADSHAW, J. The taxonomy of social need. In: MCLACHLAN, G. (Ed.). **Problems and Progress in Medical Care**: essays on current research. London: Oxford University Press, 1972.

BRASIL. ANVISA. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 19 de dezembro de 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

_____. Lei nº 8.080, 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 06 nov 1996. Seção I, p. 22932. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 07 jan. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 14 jun. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 de maio de 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 14 jun. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. **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)**. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 29 set. 19 (a).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 14 jun. 2019 (b).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASFs**. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 14 jun. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anvisa. Resolução RDC Nº 44, DE 17 DE AGOSTO DE 2009. **Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências**. Brasília: 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_44_2009_COMP.pdf/2180ce5f-64bb-4062-a82f-4d9fa343c06e>. Acesso em: 15 jun. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019 (a).

_____. INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico IBGE, 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2019 (b).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. 2011. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 14 de junho de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html>. Acesso em: 15 jun. 2019 (a).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de

Medicamentos no Brasil (PNAUM). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, n. 182, 19 set. 2012. Seção 1, p. 36 (b).

_____. Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências**. Conselho Federal de Farmácia; 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018 (a).

_____. Resolução nº. 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 26 set. 2013g. Seção 1, p. 136-138. (b)

_____. Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 ago. 2014. Seção 1, p. 1, Edição Extra. (a)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmacuticos_atencao_basica_saude.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018. (b)

_____. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual / Conselho Federal de Farmácia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018. (a)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente populacional**: introdução, método e instrumentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 80 p. (Série Pnaum – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil; Caderno 1) (b)

_____. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Áreas de atuação**: Atividades farmacêuticas. 2016. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=87>>. Acesso em: 31 out. 2019. (c)

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 07 mar. 2019. (a)

_____. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 de outubro de 2017. Seção 1, p. 30. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19363913/do1-2017-10-20-resolucao-n-6-de-19-de-outubro-de-2017-19363904>. Acesso em: 10 mar. 2019. (b)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília: 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 22 set. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa. 2019. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-a-saude-casaps/>> Acesso em: 20 dez. 2019.

BREILH, J. Entrevista. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 533-540, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200533>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2006.

CAMPBELL, C.; BRAUND, R.; MORRIS, C. Beyond the four walls: an exploratory survey of location, employment and roles of pharmacists in primary health care. **Journal of Primary Health Care**, New Zealand, v. 9, n. 4, p. 297–310, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322400394_Beyond_the_four_walls_An_exploratory_survey_of_location_employment_and_roles_of_pharmacists_in_primary_health_care>. Acesso em: 20 set. 2018.

CAMPESE, M. **Desafios para os Serviços Farmacêuticos na perspectiva das necessidades e cuidados em saúde**. 2017. 218f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188470>>. Acesso em: 10 set. 2019.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007. Disponível em: <http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832007000100001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2019.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre o abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89101996000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 mai. 2019.

CARNUT, L. Pesquisa social ou pesquisa qualitativa? Uma dis(des)cu(constru)ss(ç)ão em pauta na saúde coletiva. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 170-180, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/332888418_Pesquisa_social_ou_pesquisa_qualitativa_Uma_disdescuconstrucao_em_pauta_na_saude_coletiva>. Acesso em: 18 abr. 2019.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290-305, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200290&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 abr. 2019.

CARVALHO, M. N.; COSTA, E. M. O. D.; SAKAI, M. H.; GIL, C. R. R.; LEITE, S. N. Expansion and diversification of university level workforce in Primary Health Care Units Brazil: 2008 - 2013. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00154.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

CARVALHO, M. N.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; COSTA, E. A. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2: 16s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007110.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2018.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. **Mercado de trabalho farmacêutico no Brasil: 2010 a 2015**. São Paulo: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2016. 32 p. Disponível em: <<http://escoladofarmacuticos.org.br/pdf/livreto-mercado-WEB.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A. M.; WERNECK, H.; FACHINI, L. A.; ATUN, R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, London/New York, Health policy, vol. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31303318>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CHERAGI-SOHI, S.; BOWER, P.; MEAD, N.; MCDONALD, R.; WHALLEY, D.; ROLAND, M. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual map of patient preferences. **Health Expectations**, v. 9, n. 3, p. 275-284, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16911142>>. Acesso em: 10 set. 2019.

CLARK, C. **The Conditions of Economic Progress**. London: Macmillan and Co, 1940.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Pará, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232011000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2018.

COSTA, E. A.; ARAÚJO, O. S.; PENAFORTE, T. R.; BARRETO, J. L.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Supl 2, v. 51, p. 2-6, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007107.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

DALLARI, S.; AITH, F. 20 anos da Revista de Direito Sanitário: momento de renovação. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 9-12, 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164197>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

DENZIN, N. K. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. Chicago: Aldine Publishing Company, 1973.

DESLAURIERS, J-P. A indução analítica. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 127-153.

DESLAURIERS, J-P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 337-352.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Abordagem cultural da doença e da atenção à saúde e contexto sociocultural do uso de medicamentos. In: _____. **Medicamento como insumo para saúde** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011. p. 140-206. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/en/document/read/53835956/gestao-da-assistencia-farmaceutica>>. Acesso em: 29 set. 2018.

DOLOVICH, L.; POTTIE, K., KACZOROWSKI, J.; FARRELL, B.; AUSTIN, Z.; RODRIGUEZ, C.; GAEBEL, K.; SELLORS, C. ntegrating family medicine and pharmacy to advance primary care therapeutics. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, New Jersey, v. 83, n. 6, p. 913–917, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18388882>>. Acesso em: 22 set. 2018.

ELVEY, R.; HASSELL, K.; HALL, J. Who do you think you are? Pharmacists' perceptions of their professional identity. **International Journal of Pharmacy Practice**, Aberdeen, Scotland, v. 21, n. 5, p. 322–332, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23419140>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FAUSTO, M. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2018. p. 51-72.

FISHER, A. G. B. **The Clash of Progress and Security**. London: Macmillan, 1935.

FOOT, N. N.; HATT, P. K. Social Mobility and Economic Advancement. **American Economic Review**, Tennessee, v. 43, n. 2, 1953, p. 364-378. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/1831499?seq=1>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975. p. 17.

FUCHS, V. R. **The Service Economy**. New York: National Bureau os Economic Research, 1968.

GALLOUJ, F. Innovation in Services and the Attendant Myths. **Journal os Socio-Economics**, Netherlands, v. 31, n. 2, 2002, p. 137-154. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/5086357_Innovation_in_services_and_the_attendant_myths>. Acesso em: 09 jan. 2019.

GERSHUNY, J. I.; MILES, I. D. **The new Service Economy: The Transformation of Employment in Industrial Societies.** London: Frances Pinter, 1983.

GILLESPIE, U.; DOLOVICH, L.; DAHROUGE, S. Activities performed by pharmacists integrated in family health teams: Results from a web-based survey. **Canadian Pharmacists Journal**, Canada, v. 150, n. 6, p. 407-416, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29123600>>. Acesso em: 19 set. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A. G.; GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000300301>. Acesso em: 14 jun. 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. C. A.; ROSA, M. C.; MARTINS, G. B.; SANTOS, I. S.; SILVA, D. B.; VIEIRA, J. M. L.; CASTRO, V. C. G.; SILVA, P. O.; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

GOLD, R. L. Roles in Sociological Field Observation. **Social Forces**, Oxford, vol. 36, n. 3, p. 217-223, 1958. Disponível em: <<https://academic.oup.com/sf/article-abstract/36/3/217/2226541>> Acesso em: 20 set. 2018.

GOMES-JÚNIOR, M. S. **ABC da Farmácia.** São Paulo: Org. Andrei, 1988. 215 p.

GONÇALVES, M. G. B. **Serviços farmacêuticos em Unidades de Saúde no Município de São Paulo:** diagnóstico situacional e proposta de sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico. 2017. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Fármaco e Medicamentos, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9139/tde-28112017-155501/pt-br.php>>. Acesso em: 24 mai. 2018.

GPDAF. **Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica.** Rio Grande do Sul: UFRGS, 2019. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/farmacuticosabemrede>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

GRAY, D. E. Coletando dados primários: observação. In: _____. **Pesquisa no Mundo Real.** 2 Ed. Porto Alegre: Penso, 2012, p. 320-339.

GUERRA, I. C. A diversidade de paradigmas de referência e os pressupostos das metodologias compreensivas. In: _____. **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo.** Sentidos e formas de uso. São João do Estoril (Portugal): Príncipe Editora, 2006.

GUIMARÃES, M. C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov-dez 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3591/1/111111.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

HELLER A. **Teoría de las necesidades em Marx**. Barcelona: Península, 1986.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, Washington, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2316538>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

HESSO, I.; KAYYALI, R.; NABHANI-GEBARA, S. Supporting respiratory patients in primary care: a qualitative insight from independent community pharmacists in London. **BioMed Central Health Services Research**, United Kingdom, v. 19, n. 1, p. 5, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/330179215_Supporting_respiratory_patients_in_primary_care_a_qualitative_insight_from_independent_community_pharmacists_in_London>. Acesso em: 19 fev. 2019.

HILL, T. P. On Goods and Services. **Review of Income and Wealth**, New Jersey, USA, v. 23, n. 4, 1977. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1475-4991.1977.tb00021.x>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

ILLERIS, K. **How We Learn: Learning and Non-learning in School and Beyond**. London: Routledge, 2007.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 254-294.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. **Gestão & Produção**, São Carlos, SP, v. 8, n. 3, p. 304-318, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v8n3/v8n3a07.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

KON, A. Conceitos Tradicionais da Economia Política dos Serviços. In:_____. **Nova Economia Política dos Serviços**. São Paulo: Perspectiva, 2015, p. 01-23. (a)

KON, A. Conceituações e tipologias das atividades e setores de serviços. In:_____. **Nova Economia Política dos Serviços**. São Paulo: Perspectiva. 2015. p. 195-255. (b)

LAGE, G. C. Revisitando o método etnográfico: contribuições para a narrativa antropológica. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, PR, v. 9, n. 97, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/7104/4134>>. Acesso em: 20 set. 2018.

LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Promoción de la Salud**: una antología. Washington: OPAS, n. 557, p. 3-5, 1996. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/>>

EPID/50923.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

LAPERRIÈRE, A. A teorização enraizada (grounded theory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens similares. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 353-385.

LEITE, S.N. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EdUFSC, 2016.

LEITE, S. N.; BERNARDO, N. L. M. C.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; SOARES, L. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2:11s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007121.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.

LEITE, S. N.; GUIMARÃES, M. C. L.; ROVER, M. R. M.; MENDES, S. J. Gestão da Assistência Farmacêutica. In: LEITE, S. N.; SOARES, L.; MENDES, S. J.; VILVERT, A. F.; SCHNEIDER, L. M. C. (Orgs.). **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EDUFSC, 2016. 160p. (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v.2). p. 33-46.

LEITE, S. N.; MANZINI, F.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; FARIAS, M. R. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2:13s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007120.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.

LEITE, S. N.; MANZINI, F.; BAIERLE, E. **Avaliação participativa da Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. 2004-2014. São Paulo: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2017. 60 p. Disponível em: <https://escoladosfarmaceuticos.org.br/pdf/REVISTA_escola_WEB.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Construindo o Campo da Pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 169-177, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000300016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2018.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, jan.-mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010459702006000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 set. 2018.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. **Naturalistic Inquiry**. Califórnia: Sage, 1985.

LUZ, M. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010412902009000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2019.

LUZ, T. C. B.; LUIZA, V. L.; SANTOS, L. B. C.; COSTA, M. E. S. S.; SOUSA, S. R. A.; PORTES, D. S. Pharmaceutical Services in Primary Health Care: are pharmacists and users on the same page? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2463-2474, 2017. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pharmaceutical-services-in-primary-health-care-are-pharmacists-and-users-on-the-same-page/16089?id=16089>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Ubu Editora, 2018. 672 p.

MANZINI, F.; LEITE, S. N. Uso Racional de Medicamentos. In: Grupo de Trabalho sobre Saúde Pública. (Org.). **O farmacêutico na Assistência Farmacêutica do SUS: Diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015, v. 1, p. 133-160. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2019.

MANZINI, F.; MENDES, S. J. Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal. In: LEITE, S. N.; FARIAS, M. R.; MENDES, S. J.; MANZINI, F.; ROVER, M. R. M. (Eds.). **Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal. A experiência em Santa Catarina**. Florianópolis, SC: Editora da UFSC, 2015. p. 39-58.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (Orgs.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018

MARSHALL, J. N. **Services and Uneven Development**. New York: Oxford University Press, 1988.

MARSHALL, J. N.; WOOD P.A. **Services ans Space: Key Aspects os Urban and Regional Development**. Essex, Longman Scientific and Technical, 1995.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572006000100007>. Acesso: 15 jun. 2019.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&

pid=S1413-81232017000100235&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 set. 2018.

MENDES, Á. A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. **Journal of Management & Primary Health Care**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 1-6, 2018. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/709/751>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. spe. 1, p. 224-243, 2018. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-1104201800050024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR, 1).

MENDES, S. J. **Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica**: avaliação no contexto catarinense. 2013. 239 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107490>>. Acesso em: 19 set. 2018.

MENDES, S. J.; LEITE, S. N.; STORPIRTIS, S. Observação participante de serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, Brasil: primeiras impressões. In: 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 2019, Lisboa. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud**. Lisboa - Portugal, 2019. v. 2. p. 297-302. Disponível em: <<https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2031>>. Acesso em: 21 set. 2019.

MENDES, S. J.; MANZINI, F.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Gestão da assistência farmacêutica: avaliação de um município catarinense. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 4- 29, 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0230/74a9ce7fdbee69457b68ddee5a17e5e4bd50.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

MENDONÇA, M. H. M.; GONDIM, R.; MATTA, G.; GIOVANELLA, L. Introdução. Os Desafios Urgente e Atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018. p. 29-47

MICHAELIS DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LÍNGUA PORTUGUESA. 2019. Editora Melhoramentos. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=atividade>>. Acesso em: 31 out. 2019.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de Pesquisa. In: _____ (Org.). **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MISOCZKY, M. C. A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 47, p. 4-7, 1995. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.47++jun.+1995+-+SUS%3A+A+descentraliza%E7%E3o+n%E3o+pode+esperar+mais&pesq=&x=62&y=3>. Acesso em: 22 out. 2018.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.4, p.837-852, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902011000400003&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2019.

MOTA, D. M.; SILVA, M. G. C.; SUDO, E. C.; ORTUN, V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 589-601, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000700008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 set. 2019.

NABHANI-GEBARA, S.; FLETCHER, S.; SHAMIM, A.; MAY, L.; BUTT, N.; CHAGGER, S.; MASON, T.; PATEL, K.; ROYLE, F.; REEVES, S. General practice pharmacists in England: Integration, mediation and professional dynamics. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, United Kingdom, v. 16, n. 1, p. 17-24, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30755373>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1565-1572, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501565&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. Marcos teóricos e Conceituais de necessidades. In: EGRY, E. Y. (Org.) **Necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica**: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone, 2008. p. 27-32.

OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U. L.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. D.; FARIAS, M. R.; PIZZOL, T. S. D.; RAMOS, L. R.; BERTOLDI, A. D. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl 2:6s, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102016000300303&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 mar. 2018.

ONU. Organizações das Nações Unidas. A System of National Accounts. Série F, n. 2, revisão 3, New York. In: KON, Anita. **Sobre a economia política do desenvolvimento e a contribuição dos serviços**, São Paulo, v. 27, n. 1, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572007000100007>. Acesso em: 09 jan. 2019.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta (Adriana Mitsue Ivama et al.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p. Disponível em: <<http://bvsm.s.aude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organización Panamericana de la Salud. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8692:2013-servicios-farmaceuticos-atencion-primaria-salud-documento-posicion-ops-oms-2013&Itemid=3562&lang=es>. Acesso em: 10 set. 2019.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London/New York, série 1, p.11-31, mai. 21, 2011. Series: <health in Brazil. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 11 set. 2019.

PEREIRA DE SOUZA, I. F.; MENDES, A.; CARNUT, L. História política e pensamento epidemiológico: Breilh e a economia política da saúde. **Revista Científica Guillermo de Ockham**, Colômbia, v. 17, n. 1, p. 77-84, 2019. Disponível em: <<https://revistas.usb.edu.co/index.php/GuillermoOckham/article/view/4039>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, vol. 44, n. 4, p. 601-612, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00451.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

PERINI, E.; ACÚRCIO, F. A. Farmacoepidemiologia. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. (Orgs.). **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. Belo Horizonte: Atheneu; 2001. p. 85-107.

PESCOSOLIDO, B. A. Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. **American Journal of Sociology**, Chicago, The University of Chicago Press, v. 97, n. 4, p. 1096-1138, 1992. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/1f2b/cfc42b0fd25e763120705c81660ba72a4e77.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2018.

POPE, C.; ZIEBLNAD, S.; MAYS, N. Qualitative research in health care. Analyzing qualitative data. **British Medical Journal**, BMJ, United Kingdom, v. 320, n. 7227, p. 114-116, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117368/>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

PORTA, V.; STORPIRTIS, S. Farmácia Clínica. In: In: STORPIRTIS, S.; MORI, A.L.P.M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 30, p. 291–297.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000200255&script=sci_abstract&tlng=pt>> Acesso em: 20 set. 2018.

POTTIE, K.; HAYDT, S.; FARRELL, B.; KENNIE, N.; SELLORS C.; MARTIN C.; DOLOVICH, L. Pharmacist's identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontario; qualitative results from the IMPACT project. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, Canada, v. 5, n. 4, p. 319-26, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19962675>>. Acesso em: 20 set. 2018.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J., SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SANDERS, D.; NANDI, S.; LABONTÉ, R.; VANCE, C.; VAN DAMME, W. From primary health care to universal health coverage-one step forward and two steps back. **The Lancet**, London/New York, v. 394, n. 10199, p. 619-621, August 24, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31448726>>. Acesso em: 20 set. 2019.

SANTOS, D. S.; MAGALHÃES, A. P. N.; SOUZA, E. M. S.; PEREIRA, J. F.; MELO, L. P.; OLIVEIRA, A. L. O. A dimensão cultural nos modelos de atenção à saúde: uma reflexão a partir do PSF. In: MELO, L. P.; GUALDA, D. M. R.; CAMPOS, E. A. (Orgs.). **Enfermagem, Antropologia e Saúde**. Barueri-SP: Manole, 2013.

SANTOS, R. I. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. 2012. 173f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/95635>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

SANTOS, R. I.; PERES, K. C.; FONTANA, A. Profissão farmacêutica e Assistência Farmacêutica. In: SANTOS, R. I.; FARIAS, M. R.; PUPU, G. D.; TRINDADE, M. C. N.; DUTRA, F. F. (Orgs.). **Políticas de Saúde e Acesso a Medicamentos**. Florianópolis: EDUFSC, 2016. 224p. (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v.1). p. 113-146.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DAS SUBPREFEITURAS. **Dados demográficos dos distritos pertencentes às Subprefeituras**. 2011. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp>>

gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758 >. Acesso em 14 fev. 2019.

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Comissão Farmacoterapêutica da SMS CFT/SMS. **Relação Municipal de Medicamentos**. 2016. 190p. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/remune2016.pdf>> Acesso em: 07 mar. 2019. (a)

_____. **Manual de Assistência Farmacêutica: Rede de Atenção Básica e de Especialidades**. 3. Ed. São Paulo, 2016a. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/ManualAssistenciaFarmaceutica.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018. (b)

_____. SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Portaria SMS.G nº 1.918 de 26 outubro de 2016. Institui os cuidados farmacêuticos no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, nº 202, de 27 out. 2016b. Disponível em: <<http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-secretaria-municipal-da-saude-1918-de-27-de-outubro-de-2016>>. Acesso em: 22 set. 2018. (c)

_____. **Relatório Anual de Gestão (RAG) do SUS do Município de São Paulo (MSP) para o ano de 2017**. 2018a. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/RAG2017.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2019. (a)

_____. SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Sistema de Gestão de Pessoas. **Tabnet – Tecnologia DATASUS: Profissionais Ativos na Secretária de Saúde do Município de São Paulo**. 2018b. Disponível em: <<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohm3.exe?secretarias/saude/TABNET/sisrh/sisrh2.def>>. Acesso em: 22 set. 2018. (b)

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011>. Acesso em: 14 ago. 2019.

SCHINDEL, T. J.; YUKSEL, N.; BREAUULT, R.; DANIELS, J.; VARNHAGEN, S.; HUGHES, C. A. Perceptions of pharmacists' roles in the era of expanding scopes of practice. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, Canada, v. 13, n.1, p. 148-161, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27061142>>. Acesso em: 20 set. 2018.

SILVA, D. A. M.; MENDONÇA, S. A. M.; OLIVEIRA, D. R.; CHEMELLO, C. A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 659-682, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00108.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em Atenção Primária de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, 1999, p. 207-216. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000300001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 set. 2018.

SILVA, R. O. S.; MACEDO, L. A.; SANTOS JUNIOR, G. A.; AGUIAR, P. M.; LYRA JUNIOR, D. P. Pharmacist-participated Medication Review in different practice settings: service or intervention? An overview of systematic reviews. **PLoS One**, California, v. 14, n. 1, p. e0210312, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30629654>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SILVEIRA, Nise da. Disponível em: <<https://www.psicologiasdobrasil.com.br/18-frases-nise-da-silveira-que-sao-exemplos-de-sua-genialidade/>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SINGER, H. W. The British Government and the Brandt Report. **The IDS Bulletin**, Brighton, v. 12, n. 2, p. 39-41, 1981. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/230433913_The_British_Government_and_the_Brandt_Report>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SOARES, L. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos**: modelo teórico e elementos empíricos. 2013. 229 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107387>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SOARES, L.; DIEHL, E. E.; LEITE, S. N.; FARIAS, M. R. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 107-116, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502013000100012>. Acesso em: 07 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA CLÍNICA. **Origem da Farmácia Clínica no Brasil, seu desenvolvimento, conceitos relacionados e perspectivas**. Brasília: SBFC, 2019. 14p.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A.; BARROS, R. D.; PEREIRA, M. T.; BARRETO, J. L.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2:7s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007135.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

SPRADLEY, J. P. **Participant Observation**. Nova York: Holt, Rinehart and Winston. 1980.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

STORPIRTIS, S.; MORI, A. L. P. M.; YOCHLY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2008. 489 p.

STORPIRTIS, S.; RIBEIRO, E.; MARCOLONGO, R. Novas Diretrizes para Assistência Farmacêutica Hospitalar: Atenção Farmacêutica/Farmácia Clínica. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. (Orgs.) **Ciências Farmacêuticas**. Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo, SP: Editora Atheneu; 2000. p. 521-533.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese de Doutorado - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

TAN, E. C.; STEWART, K.; ELLIOTT, R. A.; GEORGE, J. Pharmacist services provided in general practice clinics: a systematic review and meta-analysis. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, Netherland, v. 10, n. 4, p. 608–622, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741113001794?via%3Dihub>>. Acesso em: 19 set. 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o Positivismo, a Fenomenologia, o Marxismo. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092007000100012>. Acesso em: 28 set. 2018.

VARGAS-PELAEZ, C. M.; SOARES, L.; ROVER, M. R. M.; BLATT, C.; MANTEL-TEEUWISSE, A.; BUENAVENTURA, F. A. R.; RESTREPO, L. G.; LATORRE, M. C.; LOPEZ, J. J.; BURGIN, M. T.; SILVA, C.; LEITE, S. N.; FARIAS, M. R. Towards a theoretical model on medicines as a health need. **Social Science & Medicine**, Netherlands, v. 178, p. 167 – 174, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28226302>>. Acesso em: 20 set. 2018.

VASCONCELOS; D. M. M.; CHAVES, G. C; AZEREDO; T. B; SILVA, R. M. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002802609&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 24 set. 2018.

WALKER, R. A. Is There a Service Economy? The Changing Capitalist Division of Labor. **Science and Society**, Arizona, v. XLIX, n. 1, p. 42-83, Spring 1985. Disponível em: <https://geography.berkeley.edu/sites/default/files/walker_37.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2019.

WALLEY, J.; LAWN, J. E.; TINKER, A.; FRANCISCO, A.; CHOPRA, M.; RUDAN, I.; BHUTTA, Z. A.; BLACK, R. E.; and the Lancet Alma-Ata Working Group*. Primary health care: making Alma-Ata a reality. **The Lancet**, London/New York, v. 372, n. 9642, p. 1001-1007, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18790322>>. Acesso em: 22 set. 2018.

WALRAS, L. **Compêndio dos Elementos de Economia Política Pura**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Boletim OPAS: Uso racional de medicamentos**- temas selecionados. Brasília, DF, v. 3, n. 2, p. 1-6, 2006. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=do>

wnload&alias=482-medicamentos-essenciais-vantagens-trabalhar-com-este-contexto-v-3-n-2-2005-2&category_slug=uso-racional-medicamentos-685&Itemid=965>. Acesso em: 21 set. 2018.

WHO. UNICEF. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Disponível em: <https://www.who.int/publications/almata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada, 21 November 1986. Geneva: WHO, 1986. Disponível em: <<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previo/ottawa/en/>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Rational Use of Drugs** - Report of the Conference of Experts, Nairobi 25-29 November 1985. Geneva: World Health Organization 1987. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17054e/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Pharmaceutical Federation (FIP). **Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Handbook, 2006 edition**. Netherlands: WHO / International Pharmaceutical Federation, 2006. 87 p. Disponível em: <<https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca**. Lisboa, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2017.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Pharmaceutical Federation (FIP). Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. **WHO Technical Report Series**, n. 961, 2011, p. 310-323. Disponível em: <<https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18676en/s18676en.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Children's Fund (UNICEF). **Declaration of Astana**. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Integração dos serviços farmacêuticos clínicos e de gestão: a construção de um modelo **Pesquisador:** Sílvia Storpirtis **Área Temática:**

Versão: 4

CAAE: 54854416.4.0000.0067

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 1.757.375

Apresentação do Projeto:

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os farmacêuticos deveriam ultrapassar o balcão e começar a servir ao público, provendo cuidado ao invés de apenas realizar a dispensação de medicamentos. Faz-se necessário iniciar uma reflexão sobre os anseios da profissão farmacêutica, principalmente aqueles voltados para a assistência farmacêutica e para o desenvolvimento dela no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente após a promulgação da Lei nº 13.021/2014 que representou grande avanço, pois defende a farmácia enquanto estabelecimento de saúde. Com um novo cenário para a assistência farmacêutica e o profissional farmacêutico, coube às instituições brasileiras definir conceitos que traçarão o caminho para a efetivação das conquistas recentes e a efetivação da assistência farmacêutica enquanto política de saúde orientada pelo modelo de atenção à saúde. Em 2014 foram propostos dois modelos (Conselho Federal de Farmácia e Ministério da Saúde), que direcionarão as políticas de assistência farmacêutica referentes ao cuidado farmacêutico. Estes incluem os serviços relacionados aos medicamentos ou o sistema de abastecimento de medicamentos como pontos de apoio, desconectados de parte dos serviços clínicos. Portanto, o desafio atual é investigar e propor um modelo que possibilite o desenvolvimento do cuidado farmacêutico, levando em consideração as necessidades em saúde e que, como em todos os serviços disponibilizados pelo SUS, a gestão está relacionada aos avanços e aos problemas identificados em todos os níveis da assistência. Assim, cabe ao farmacêutico exercer seus serviços na assistência farmacêutica, focando seus objetivos nas pessoas, no seu cuidado, utilizando o medicamento como insumo desses serviços e a gestão da assistência farmacêutica exercida a partir das questões sociais, políticas e não somente técnicas, integrando-se aos serviços clínicos. Este estudo tem por objetivo construir um modelo de serviços farmacêuticos clínicos e de gestão integrados na atenção básica à saúde, utilizando a etnografia para a coleta de dados e uma proposta quali-quantitativa para a análise, empregando, para tanto, análises de conteúdo e estatísticas. A pesquisa de campo será realizada em unidades básicas de saúde do Município de São Paulo, no contexto das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Considera-se, portanto, que atualmente a razão principal de o usuário ir à farmácia é a obtenção do produto (medicamento) e que para avançar nos serviços clínicos farmacêuticos é preciso agregar outros elementos e integrar os serviços de gestão e clínica, de modo que a população passe a reconhecer os serviços farmacêuticos como uma necessidade em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir um modelo de serviços farmacêuticos clínicos e de gestão integrados na atenção básica à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta é uma pesquisa que envolve risco mínimo para os participantes. Os sujeitos que não participarem, não terão qualquer prejuízo ou influência em seus processos de trabalho e serão esclarecidos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Os sujeitos são livres para se recusar a participar, retirar o seu

consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, independentemente de já haver iniciado a sua colaboração. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira. Só serão aceitos os participantes que assinarem o Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

Fornecer subsídios sobre a discussão que está acontecendo na assistência farmacêutica relacionada ao tema de cuidados farmacêuticos. Obter maior clareza quanto à interface dos serviços farmacêuticos de gestão e clínicos. O modelo poderá fomentar as discussões e dar subsídios para a mudança de foco dos serviços farmacêuticos voltados às pessoas, e não ao medicamento. Os farmacêuticos, público alvo dessa pesquisa, poderão ser contemplados com uma análise profunda das atividades que eles desempenham e a construção de um modelo que visa a integração dos serviços de gestão e clínicos desempenhados por todos, porém com dificuldades já que são diversas ações e muitos farmacêuticos ficam confusos e sem apoio sobre o que podem ou devem desempenhar. Com esse modelo poderão definir de forma mais clara seu papel na equipe de saúde, contribuindo como cuidadores da saúde das pessoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este projeto já foi avaliado pelo CEP FCF e foram efetuadas as adequações solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dentro dos padrões.

Recomendações:

Sem inadequações ou pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sem considerações.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_682857.pdf	30/09/2016 11:25:33		Aceito
Outros	Resposta_recomendacoes_CEP_FCF.docx	30/09/2016 11:25:18	Sílvia Storpirtis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista.doc	30/09/2016 11:24:13	Sílvia Storpirtis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_A.doc	30/09/2016 11:23:55	Sílvia Storpirtis	Aceito

Ausência	TCLE_A.doc	30/09/2016 11:23:55	Sílvia Storpirtis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_alteracoes_CEP.pdf	13/08/2016 10:18:51	Sílvia Storpirtis	Aceito
Outros	Resposta_as_recomendacoes_do_parecer_consultado_do_CEP_FCF.pdf	22/06/2016 09:02:54	Sílvia Storpirtis	Aceito

Outros	Declaracao_SMS_Dirce.pdf	22/06/2016 08:53:55	Sílvia Storpirtis	Aceito
Outros	DescricaoEquipe.docx	14/06/2016 00:29:47	Sílvia Storpirtis	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_Anuencia_Silvana_Contezini.pdf	14/06/2016 00:28:54	Sílvia Storpirtis	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/06/2016 22:33:32	Sílvia Storpirtis	Aceito
Outros	Declaracao_participante_assistente.pdf	01/04/2016 15:42:38	Sílvia Storpirtis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_departamento.pdf	01/04/2016 15:38:35	Sílvia Storpirtis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 30 de Setembro de 2016

Assinado por:**Cristina Northfleet de Albuquerque
(Coordenador)**

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Elaborado pela Instituição Coparticipante****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** Integração dos serviços farmacêuticos clínicos e de gestão: a construção de um modelo **Pesquisador:** Sílvia Storpirtis **Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 54854416.4.3001.0086**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 1.827.159**Apresentação do Projeto:**

Projeto de doutorado sob orientação da Prof. Silvia Storpits, da FCF-USP e co-orientação da Profa. Silvana Nair Leite Contezini, do Depto de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina. Aluna executante do projeto de doutorado é Samara Jamile Mendes.

A hipótese desse projeto é que o cuidado na assistência farmacêutica ainda está relacionado ao medicamento e não às pessoas que utilizam o medicamento. A reflexão da necessidade da assistência farmacêutica plena e focada nos indivíduos já iniciou e está nas diretrizes das atuais políticas de saúde. O farmacêutico enquanto profissional de saúde precisa estar preparado para alcançar esse objetivo e por isso entende-se que é preciso integrar os serviços farmacêuticos de gestão e clínicos. São atividades que se complementam e que, se caracterizadas de forma isolada, podem trazer dificuldades para a efetivação da assistência farmacêutica integral e de qualidade a população.

Metodologia Proposta: Essa pesquisa se caracteriza como um estudo exploratório prospectivo qualitativo-quantitativo tendo como público alvo os farmacêuticos (N=30). Para entender a relação e obter subsídios para testar a hipótese da necessidade de integração dos serviços farmacêuticos clínicos e de gestão, a proposta é utilizar métodos qualitativos e quantitativos, combinação chamada de triangulação de métodos (a intenção da triangulação é expandir o conhecimento e aprofundar a avaliação de um fenômeno).

A pesquisa de campo será realizada em unidades básicas de saúde do Município de São Paulo, no contexto das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Considera-se, portanto, que atualmente a razão principal de o usuário ir à farmácia é a obtenção do produto (medicamento) e que para avançar nos serviços clínicos farmacêuticos é preciso agregar outros elementos e integrar os serviços de gestão e clínica, de modo que a população passe a reconhecer os serviços farmacêuticos como uma necessidade em saúde. Serão obtidos dados descritivos por meio do contato direto e interativo do pesquisador com o pesquisado, por meio da observação participante nas unidades. Alguns farmacêuticos serão convidados para segunda etapa que consiste em entrevista com roteiro semi-estruturado.

Análise dos dados: serão listadas as atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos e então classificadas entre clínicas e de gestão. A partir disso poderão ser respondidas as seguintes perguntas para a análise estatística: o farmacêutico faz serviços clínicos e/ou de gestão? Com que frequência? Posteriormente serão utilizados testes estatísticos para estabelecer a relação e a comparação entre as variáveis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir um modelo de serviços farmacêuticos clínicos e de gestão integrados na atenção básica à saúde.

Objetivos específicos (não inseridos na PB, mas constam do projeto):

1) Investigar as atividades desenvolvidas pelo farmacêutico nas unidades básicas de saúde do município de São Paulo; 2) Analisar a percepção dos farmacêuticos atuantes no município de São Paulo sobre a relação entre a gestão da assistência farmacêutica e a clínica farmacêutica; 3) Compreender a relação existente e/ou necessária entre a gestão da assistência farmacêutica e a clínica farmacêutica na atenção

básica à saúde; 4) Investigar o impacto da integração gestão/clínica sobre os resultados dos serviços farmacêuticos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, o estudo poderá fornecer subsídios sobre a discussão que está acontecendo na assistência farmacêutica relacionada ao tema de cuidados farmacêuticos. Obter maior clareza quanto à interface dos serviços farmacêuticos de gestão e clínicos. O modelo poderá fomentar as discussões e dar subsídios para a mudança de foco dos serviços farmacêuticos voltados às pessoas, e não ao medicamento. Os farmacêuticos, público alvo dessa pesquisa, poderão ser contemplados com uma análise profunda das atividades que eles desempenham e a construção de um modelo que visa a integração dos serviços de gestão e clínicos, que vem sendo desempenhados desempenhados com certas dificuldades e falta de apoio. Com esse modelo poderão definir de forma mais clara seu papel na equipe de saúde, contribuindo como cuidadores da saúde das pessoas.

Entendemos que os riscos das entrevistas são considerados mínimos e aceitáveis, desde que respeitadas as premissas da resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Objetivos claros e compatíveis com a metodologia proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLEs, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Recomendações: não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ssem pendencias

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Situação do Parecer:

Aprovado

SAO PAULO, 21 de Novembro de 2016

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

ANEXO C – Autorização para coleta de dados na Coordenação Regional de Saúde Oeste do Município de São Paulo.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE
RUA DR. RENATO PAES DE BARROS, N. 77 - ITAIM BEI -- FONE/FAX. 3078-680

PARECER TÉCNICO - PROJETOS DE PESQUISAS CIENTÍFICAS A SEREM REALIZADAS NA CRS O

Comissão de Ensino e Pesquisa /CRSCO Parecerista: _____ em / / ou

Supervisão Técnica de Saúde BUTANTÃ Supervisor: Regiane de Santana Piva em 19/09/2017

PROJETO: Integração dos serviços farmacêuticos clínicos e de gestão; a construção de um modelo

INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Faculdade de Ciências Farmacêuticas

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Samara Jamile Mendes

ORIENTADOR: Sílvia Storpirtis

UNIDADES DE SAÚDE-CAMPO DE PESQUISA: UBS Boa Vista

1. A pesquisa refere-se a: Iniciação científica TCC -Graduação
 Mestrado Doutorado Outro, especificar _____
2. A pesquisa envolve seres humanos - Questionário com trabalhadores-SUS/usuários, pesquisa de prontuário, material biológico S (X) N ()
3. O Projeto possui objetivos claros, é pertinente aos serviços e oferece subsídios técnicos relevantes que poderão contribuir para a qualidade dos serviços oferecidos pela Unidade de Saúde – campo de pesquisa / STS envolvida / CRSCO S (X) N () Observações : _____
4. Oferece subsídios que poderão contribuir para a transformação dos processos de trabalho necessários para a construção de redes e melhoria do acesso da população aos serviços da região
S (X) N () Não se aplica Observações : _____
5. O pesquisador apresentou Questionários a serem aplicados S (X) N () Não se aplica
6. O pesquisador apresentou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido S (X) N () Não se aplica
7. Poderá gerar transtornos à rotina da Unidade de Saúde-campo de pesquisa S () N (X)
8. Para as STSs: As Unidades de Saúde envolvidas manifestaram-se favoráveis à realização da pesquisa
S (X) N ()
9. CONCLUSÃO: O projeto está aprovado para ser realizado na UBS Jardim Boa Vista, tendo como participante o farmacêutico Eli, que se manifestou favorável em participar, bem como a Gerente à época Ana Emilia. Ressalto que a pesquisadora deverá apresentar na unidade a autorização emitida pela Coordenadoria de Saúde Oeste.

Cientista de dados
Rosângela Bezerra Santos
RF 544.215.0
Assessora Técnica
CRS Oeste

DATA: 19/09/17 ASSINATURA DO PARECERISTA: Maria Cristina de Mello Ciccio

ANEXO D – Autorização para coleta de dados na Coordenação Regional de Saúde Leste do Município de São Paulo.



**COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE LESTE**

**AUTORIZAÇÃO ADMINISTRATIVA REGIONAL PARA: CADASTRO DE PESQUISA NA
PLATAFORMA BRASIL E APRECIÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA – CEP/SMS.G**

Nº de ordem ____ 2018.

Autorizo a realização da pesquisa abaixo descrita, condicionando a coleta de dados após análise e Parecer aprovado do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE- CEP/SMS.G e Liberação formal desta Coordenação para início de coleta de dados.

Título da pesquisa:

Integração dos serviços farmacêuticos clínicos e de gestão: a construção de um modelo

Tipo de pesquisa: Estudo referente a pesquisa para doutorado. Estudo qualitativo, sob o objeto "Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde".

Pesquisador Responsável/Orientador: Sílvia Storpirtis

Pesquisador/Aluno: Samara Jamile Mendes

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas – USP/SP

E-mail / telefones: (11) 975473726

samarajm@gmail.com; sstor2011@gmail.com

Unidade(s) ou Serviço(s) de interesse:

AMA/UES Integrada Prof. Dr. Humberto Cerrutti

São Paulo, 18 de setembro de 2018.

Siza de Santana Braga
LRF/SES/ES/2018
Título da Coleta de
DADOS
CRS Leste

Carimbo e Assinatura da Coordenadora Regional de Saúde

Rua Pedro Avelino, 22 – Fones: 2956-8038 e 2017 2971 - São Miguel Paulista – São Paulo – SP.

Email: cedeplseste@prefeitura.sp.gov.br

ANEXO E – Autorização para coleta de dados na Coordenação Regional de Saúde Sul do Município de São Paulo.



DECLARAÇÃO

Conforme autorização da SMS, desta Coordenadoria e da Supervisão técnica de Saúde de M'Boi Mirim, a farmacêutica Dra. SAMARA JAMILE MENDES realizará coleta de dados na UBS JARDIM CELESTE, para o PROJETO DE DOUTORADO Integração dos serviços farmacêuticos clínicos e de gestão: a construção de um modelo, nos meses de fevereiro, março e abril de 2018.

São Paulo, 26/03/2018


Sílvia Akemi Odo
Assistência Farmacêutica
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

ANEXO F – Cadernos de campo.

UBS 1

Supervisão Butantã

Coordenação de Saúde Oeste

Bairro: Jardim Boa Vista, próximo a Raposo Tavares

Dia 1 – 09/10/2017

Início as 11h.

Interação com uma médica, a mesma procurou a farmácia para um caso de intolerância a sulfato ferroso oral e anemia descompensada. A interação acontece, o F1 encontrou alternativas para a paciente, orientou o itinerário para o AMA, também orientou a médica como faz a prescrição do Noripurum IM com todas as informações para garantir que a enfermagem administre corretamente.

Normal a equipe da farmácia ficar um pouco incomodada com a presença da pesquisadora, então a pesquisa não é isenta.

O F1 tem vontade de ajudar, e explica, inclui, apresenta, mas ele já recebeu residentes, tem uma formação em preceptoria. Ele demonstra algum medo sobre o que eu vou descrever na tese, como na fala: “ela faz doutorado, vai ficar um tempo aqui e depois vai relatar o que está errado”.

Estou aprendendo a fazer, perdida, não to sabendo o que anotar, como organizar as informações, mas vou anotar, inclusive as análises.

Dia 2 – 16/10/2017

Início as 9h20

A farmácia conta com 4 vagas de auxiliares e 2 técnicos, mas no momento da coleta, havia somente 3 auxiliares e os 2 técnicos.

Quando cheguei na UBS, o F1 não estava. 2 técnicos faziam a dispensação.

Notando o momento da dispensação, o mesmo acontece em frente ao vidro e se resume a entrega do medicamento.

Um caso de prescrição de amoxicilina, nimesulida e prednisolona para criança, não houve nenhuma orientação.

Também observei que se na prescrição tiver escrito HCTZ para hidroclorotiazida.

Com essas duas observações sobre a dispensação, é possível constatar que há observação de questões sanitárias como o nome genérico e o cumprimento das normas de prescrição, itens importantes para o controle sanitária e ético, porém faltam as questões de cuidado na dispensação, com qualidade e atenção a pessoa que usa o medicamento.

O F1 controla a parte do RH da equipe.

Na dispensação: não tem omeprazol, então para o auxiliar que não tem noção do significado da falta, é só dizer que está em falta.

É interessante ver como evolui no decorrer da pesquisa, como meus discursos foram se modificando, não se eu pensaria uma frase como essa de cima.

Na OSS, SPDM todos os auxiliares cursam farmácia, é uma política da empresa, segundo o F1 o que gera uma grande rotatividade de auxiliares. Qual a garantia para a dispensação.

Ambiente: há um armário com os medicamentos c.

Caso ceftriaxona: tem no AMA, porém houve uma devolução de um paciente que por algum motivo usava, então o F1 divulgou aos prescritores caso fosse preciso. A orientação é descartar, isso é uma decisão de garantia de acesso do F1. Se ele fosse um profissional totalmente regulador, descartaria, mas nesse caso ele pensou no acesso ao tratamento.

OSS: é vista como uma empresa, caráter totalmente mercadológico.

TEMA IMPORTANTE OSS

O ACS não leva medicamentos para a casa das pessoas, é a regra, só se for paciente acamado, com autorização da equipe, essa é uma proposta de tentativa de fazer com que as pessoas não achem que os ACS têm essa função.

F1 hoje preencheu os horários do ponto, também alguns indicadores.

“Tenta dar uma passada lá pela sexta para ver se chegou a mercadoria” Essa foi a fala do técnico para justificar a falta.

Dispensa todos os medicamentos com receita de fora e dentro da UBS.

Em caso de dúvidas na dispensação de controlados, a auxiliar chamou o F1, pois na prescrição estava 2 caixas e ela ficou em dúvida. Dispensou 40 comprimidos tirou cópia da receita e mandou a receita novamente para solicitar a prescrição adequada.

Como é fácil ficar no espaço da universidade, sem saber o que acontece fora dela, ditando regras de como é correto fazer para depois se transformar em mercado todo esse serviço.

2 auxiliares dispensam e, o técnico faz o apoio e pega os medicamentos para a dispensação, que eu vejo muito como entrega.

Reunião com as equipes, discussão sobre a liminar que proíbe a prescrição e solicitação de exames pela enfermagem (diagnósticos e encaminhamentos). Uma situação que demonstra o deslocamento do cuidado para o médico.

70% das dispensações são para o município de Osasco, como fazer com o limite do acesso e da capacidade da UBS?

Dia 3 – 16/10/2017

Início as 9h15

Reunião com os F1 da supervisão do Butantã.

Discussão sobre o acesso a enoxaparina, pois é acompanhamento de alto risco e as gestantes retiram em algumas UBS sem passar por um médico especializado.

A ideia é que as gestantes passem em consulta todos os meses. A sensibilização deve começar com o prescritor, na farmácia não tem como saber se a paciente é do programa Mãe Paulistana.

A integração com o médico pode vir do estado ou de partícula/convênio. Quando não vem de UBS o encaminhamento, manda a demanda para a comissão de farmacologia (que é quem decide).

Necessidade do prontuário integrado? F1 ter acesso? O que isso impacta nos serviços F1s?

Uma das questões importantes é o encaminhamento para as referências.

Questão ética e técnica:

Ética é o fato de o médico da UBS toma a decisão de transcrever a receita somente.

Técnica é se o F1 nesse caso deve ou não dispensar? Qual o fluxo?

Quanto as decisões de dispensar, decisões relacionadas ao acesso, perpassam o F1, seus serviços.

Muitas vezes o que está colocado é a não liberação, pela falta de dinheiro ou porque não é seguro.

Tema tabagismo

Bupropiona não vem do Ministério da Saúde para todos os pacientes, o protocolo fala da terapia comportamental, para não usar somente o medicamento. O F1 quando faz o grupo, tenta, porém as pessoas já querem o comprimido. O Ministério da Saúde manda uma porcentagem de uso somente, 70% dos pacientes em tratamento para cessação do tabagismo é que podem usar, mas como é possível segurar esse número de 70%, se as pessoas já vão interessadas no medicamento.

Outro tópico é um informe técnico sobre o acesso aos medicamentos da REMUME, se discutiu principalmente as regras de prescrição. Que são uma questão importante para a dispensação.

Gestão que dita regras para a dispensação, para como deve ser os serviços F1, como isso se dá em SP, considerando as diferenças das regiões? o F1 fica nessa relação gestão x paciente.

Os medicamentos controlados da portaria 344 é que são os mais preocupantes, porque há regras e devem ser cumpridas, a orientação da SMS revoga e revisa várias questões d portaria e as relações intergestão, o F1 fica nessa relação gestão x paciente.

Situação e troca de posologia e forma farmacêutica, o F1 não pode trocar e imagina a prescrição farmacêutica. Como fica.

Verificar no estudo exploratório a questão de ainda ter uma porcentagem de F1 que faz a prescrição. Ver com a gestão como isso se dá?

Para todos, o que eles entendem por serviços F1?

Na reunião tem um espaço para discussão de um caso, um momento de estudo, de volta do F1 ao paciente.

Observando é que o F1 está inserido sim da rede de atenção, mas há um distanciamento com os serviços clínicos.

O F1 está inserido na rede de atenção?

Há também nessa discussão da prescrição (transcrição da receita) com o médico, enfermeiro parece que a responsabilidade se da sempre no médico, quando acontece um problema chamam o médico para assinar e carimbar e não garante que ele vai fazer alguma diferença no cuidado.

No fim das contas, o F1 cria regras independentes de normas pois ele acaba sempre pensando no paciente, nas condições de acesso.

É interessante observar que no primeiro momento da reunião se discutiu todos os problemas/dúvidas/questões sobre acesso/fluxo de trabalho/relação com gestão/equipe para depois pensar no caso clínico, discutir algo sobre clínica.

A discussão do caso foi totalmente focada nos medicamentos.

Início as 10h

Quando cheguei estava acontecendo uma dispensação com receita com rasura, os auxiliares não dispensaram o medicamento.

Em relação a estrutura da farmácia, tem o vidro com abertura embaixo, bastante complicado para a dispensação.

Os medicamentos ficam em *bins* organizados por nome e uma numeração de organização. Os psicotrópicos estão em armário específico com cadeado, mas quando o F1 não está, mantém-se aberto.

Há um frigobar próprio da farmácia, com controle de temperatura e umidade.

O F1 tem mesa própria e computador, mas não há possibilidade de atendimento de pessoas, é uma mesa posicionada para os serviços realmente.

Rotina: dia sem luz na UBS, dispensação de insulina, medicamentos controlados, pessoas de Osasco, controle do estoque – não tem como fazer por falta do sistema.

O controle de estoque é realizado 1x por mês, todos os medicamentos. São contados e ajustados no GSS [sistema informatizado], em geral as diferenças de 3% a 5%.

O controle de validade é realizado 1x por mês e caso tenha algo a ser vencido é possível disponibilizar no GSS para outras unidades.

As divisões de trabalho entre técnicos e auxiliares são respeitadas conforme atribuições:

Auxiliar: controle de temperatura do frigobar e ambiente; contagem dos psicotrópicos (3x ao dia); preenchimento do indicadores que são a quantidade de tudo que é dispensado; limpeza dos *bins* (mensal); validade dos medicamentos (mensal); reposição da caixa de emergência da enfermagem e do posto de enfermagem; reposição dos *bins*, que estão para ser utilizados na dispensação; organização da farmácia; dispensação <prioridade>.

Técnico de farmácia: Inventário do almoxarifado; inventário da farmácia (mensal); organização do almoxarifado; dispensação do PAMG; dispensação das fraldas; ronda na UBS para verificar se tem medicamentos sobrando nos consultórios; conferência do carro de emergência; validade dos itens do almoxarifado (materiais); auxilia na dispensação juntos dos auxiliares; recebimento e guarda dos MMH.

O que compete a cada instância?

Nas dispensações, principalmente para os pacientes de Osasco, há sempre uma impressão de que estão fazendo um favor aos pacientes.

Os pacientes de Osasco são uma questão importante nessa UBS. Os cartões do SUS são validados, ou seja, é realizado um registro na UBS. Eles só podem acessar a farmácia, não terão outro atendimento.

Hoje eu fiquei 2 horas sem o F1 na farmácia.

Em relação ainda aos pacientes de Osasco, há sempre a necessidade de conversa do F1 com a gerência da UBS e como isso interfere na gestão, como o F1 precisa lidar com a situação, fazer as interlocuções, estar presente nas discussões e tomadas de decisão.

Houve uma solicitação médica de orientação de medicamentos para inalação, a auxiliar chamou o F1, veio, mostrou e orientou o médico e falou que no momento da dispensação também pode ter orientação.

Hoje o F1 foi organizar o espaço do almoxarifado por uma necessidade de gerência.
 A dispensação é feita pelo vidro em 2 guichês, com 2 computadores e os pacientes lado a lado, o que dificulta muito o entendimento pelas pessoas como dos assistentes.
 Diferente da outra UBS que atende uma pessoa por vez, no balcão sem vidro.
 As prescrições são para 6 meses, mas não é contado o tempo e sim as retiradas, ou seja, 6 retiradas, mas respeitando os 6 meses corridos, se retirou 5 vezes em 6 meses corridos, precisará de um anova receita.
 “Esse a gente não trabalha”, disse auxiliar sobre um medicamento não padronizado.
 Vindo ao encontro da fala de não terem essa mercadoria.
 Em um dia como o de hoje, quando o F1 está na dispensação ele exerce um papel de autoridade, os pacientes entendem o fato de não poder dispensar de forma mais fácil.
 Dispensação de amoxicilina suspensão sem nenhuma orientação.
 Na dispensação, o paciente chega e fala: “tal item não precisa”, e ninguém pergunta porque não precisa.
 Na outra UBS percebi que questionavam mais, e quando a farmacêutica ouvia, ela rapidamente tentava investigar.
 Quando é encaminhamento para o CEAF, a auxiliar não orientou.
 A renovação da prescrição nessa UBS, se o paciente precisar voltar ao médico, ai eles marcam consulta, caso não, só deixa a prescrição no balcão da recepção e busca 15 dias depois.
 Voltei as 14h do almoço, quando voltei o F1 assumiu o papel na dispensação para “receber mercadoria” conforme a fala do técnico.
 A lógica é totalmente de empresa privada no SUS, as regras, as posturas.
 Dispensação de MMH
 Materiais do PAMG
 - Tira para a medição do glicosímetro; lanceta, agulha para aplicação da insulina.
 Fraldas
 Geriátrica e infantil tamanho G
 Para retirar os materiais do PAMG o paciente precisa passar mensalmente pela enfermagem, e como acontece na área não adstrita.
 Perguntar isso pra F2
 Além disso para todos os outros materiais da UBS, da odonto, da enfermagem, dos consultórios, são dispensados por semana.
 Isso já é diferente na outra UBS
 Preciso ver como é que acontece os pedidos de medicamentos e materiais?
 Há também o programa de curativo para insumos e cuidado de ferida. Por paciente e só leva em casa se está precisando.
 O lance da farmácia burocratizadora. Paciente com necessidade de fita e esparadrapo, mas só fornece mediante avaliação da equipe. A equipe não avaliou e a paciente acha que é a farmácia que não quer entregar.
 Acesso x Organização x Cuidado X Burocracia – os limites desses espaços.
 Acesso avançado para a farmácia?

Dia 5 – 08/11/17

Acordei as 6h, sai de casa as 7h

F1 tem uma rotina de relatórios, tanto para SPDM quanto para SMS.

Na dispensação há sempre a entrega, focado nisso. Se não está na prescrição, não vai além disso, mesmo que o usuário fale algo diferente, não se investiga porque ele está falando isso.

Mas a auxiliar, questiona o F1, ele recomenda manter o que está na prescrição, houve uma orientação um pouco mais atenciosa para essa usuária.

Já sabemos que a SPDM limita muito as ações do F1, ele não sai da farmácia com frequência.

Quando há falta de medicamento, eles sempre veem no sistema onde está disponível para o paciente retirar.

Será que a equipe sente necessidade de um maior atendimento, com mais atenção?

O F1 exerce um cargo de chefia realmente.

Temos a farmácia bem estruturada, com os aspectos sanitários ok, o sistema de gerenciamento os técnicos e auxiliares treinados, mas ainda não há cuidado, o que é esse cuidado?

F1 conferiu os medicamentos da tuberculose, que aqui são dispensados pela farmácia e acompanhados pela equipe.

Fluoxetina tratamento em 2 meses, cartela com 14, 4 cartelas 56 comprimidos, não fraciona. O que acontece com 4 dias de tratamento, se não for bem orientado, que precisa renovar, há alguns itens que não são padronizados como o médico prescreve, ainda? A farmácia não faz substituição, não vai até a equipe.

Quando o F1 está na farmácia, há uma relação de confiança e ele consegue sim, fazer um atendimento diferenciado, apesar de ter uma formação bastante hospitalar e de gestão.

É engraçado, porque eles acham que tem um caráter punitivo, que o que anoto são os erros, como se eu estivesse fiscalizando.

Ainda um ser estranho por aqui, ainda há a impressão da mulher branca e novata, estudante.

Planilha de ações para melhoria da estrutura, RH, processos, preenchida pelo F1. A forma de acompanhamento foi escolhida pelo F1.

Paciente atendida por telefone na recepção, trazem a dúvida para a farmácia, acho interessante a visão de que a farmácia manja do que se relaciona a medicamentos, e também as tomadas de decisão, e a responsabilidade, o F1 é que tentou no fim resolver a insistência da usuária.

Novamente a falta de acesso ligado a prescrição vencida, a burocratização, mas o que é necessário é a organização, pois perdemos o estigma da farmácia de UBS, terra de ninguém.

Interação médico com F1 para grupo de tabagismos, pensaram nos medicamentos, na dinâmica do grupo e nos 2 medicamentos (bupropiona, nicotina).

Dia 6 – 13/11/2017

Cheguei na UBS as 9h.

Sexta o F1 pegou uma prescrição de norfloxacino 6 em 6h, os auxiliares estranharam a posologia, porque geralmente é 12 em 12h. O F1 voltou ao médico para rever, a paciente não entendeu e começou a ficar brava. A prescritora viu o erro e trocou inclusive o tratamento. Quando o F1

voltou para a farmácia, a paciente não entendeu e ficou muito irritada, ameaçou o F1 e a equipe, chamou a polícia. Quando a polícia chegou, a gerente da UBS, o F1, a médica e o gerente clínico da UBS se reuniram.

No início, da conversa o policial questionou inclusive o fato do F1 não estar obedecendo a ordem médica, ou seja, a polícia civil tem o mesmo imaginário social, de que o médico é o dono dos estabelecimentos de saúde. A mulher levou os medicamentos, mas desestabilizou toda a equipe. A polícia entendeu a situação, de que o F1 estava protegendo a paciente de um possível erro de uso, assim como ele está respaldado a não dispensar em caso de erro de prescrição.

A médica ter errado e o quanto isso não foi levado em consideração.

O valor que os medicamentos têm valor emocional.

Para o dia de hoje todos estão na farmácia, o F1 está repassando relatório de controlados.

Na dispensação usuária fala que não vai levar a insulina e ninguém questiona.

Novamente o caso da não adesão, sem acompanhamento.

Quando o medicamento está em falta, eles falam a mercaria vai chegar, discurso lógica comercial.

O F1 tem os relatórios para a OSS para processo, RH e estrutura, em uma medida para organizar o máximo possível. Ele entende que quando os processos administrativos estiverem organizados será possível realizar a atenção farmacêutica.

Uma ACS pediu uma caixinha para organizar os medicamentos de uma pessoa que ela identificou, no mesmo momento o F1 me falou que ia fazer uma VD.

Os técnicos me explicaram que com a OSS anterior todas essas questões eram possíveis, havia o cuidado, agora mal o F1 sai da farmácia.

Segunda é dia de reunião da equipe, com todas as ESF e áreas. Hoje a grande pauta é a produtividade, sendo que a farmácia não registra a produção no E-SUS, DATASUS, o que registra é VD e grupos, mas da demanda do F1.

A questão dos prontuários, porque não são eletrônicos, atualmente o prontuário não passa pela farmácia, somente em VD ou algum caso de consulta.

Hoje ficou mais claro a questão dos serviços, do quanto nessa UBS o F1 fica na farmácia, nas atividades de gestão.

Em média, 7000 mil atendimentos mês (receitas atendidas).

F1 passou o dia preenchendo relatórios. No fim ele enviou para a coordenação.

Há sempre uma incompreensão dos auxiliares e técnicos para com os pacientes, uma forma de não entender a posição do paciente, do outro lado, sempre há a necessidade gigante de sair da farmácia com algum medicamento.

Antibióticos a receita vale 10 dias.

Impressão pós coleta, saindo da UBS.

F1 é o chefe do setor.

O F1 é um grande gerenciador, como ele poderia fazer outros serviços, se ele fica muito tempo dele na frente do computador preenchendo relatórios.

Cheguei na UBS as 8h30 e estavam fazendo o inventário mensal (técnicos) para arrumar no sistema, as entradas e saídas, para arrumar o estoque do sistema com o físico.

Os medicamentos da tuberculose, as equipes vêm buscar na farmácia.

Perguntei para o F1 se todas as unidades faziam, ele afirmou que na região Oeste tem unidade que não faz e pede para todos assinarem os meses, é uma medida de garantir a diminuição de perdas, organização para toda a região, pois assim se equilibra e não faltará para ninguém e proteção para ele enquanto responsável.

Na dispensação, eles falam e deixam claro que o item não está disponível no SUS e o paciente precisa comprar, em outras UBS eles não falam sobre isso e as pessoas peregrinam por várias unidades.

Hoje é dia de entrega dos medicamentos do mês, quando o caminhão chega, eles conferem a temperatura do caminhão para acompanhar e registrar, se estiver maior eles notificam.

“Não existe projeto de farmácia sem medicamento” fala de alguém da equipe.

Hoje a farmácia está sem o F1 ele foi ao médico, saiu as 10h, pela manhã ele conferiu com os técnicos, depois chegou os medicamentos do mês e eles continuaram sozinhos.

Enquanto 2 técnicos e 1 auxiliar conferem e recebe, a auxiliar mantém a dispensação.

Quando o F1 não está, alguns funcionários entram na farmácia, e procuram direto por ele ao perceberem que ele não está não pedem aos funcionários o que precisam é interessante o quanto o papel do F1 é essencial na equipe, mas fica a dúvida se ele é essencial porque organizou a questão dos medicamentos na UBS ou se é essencial, clinicamente.

A prescrição da enfermagem não estava sendo aceita, somente da UBS, de fora não.

Eu queria observar a farmácia sem o F1 e realmente as coisas andam, mas é um serviço bem mecanizado.

Para a dispensação eles têm um guia de medicamentos com informações rápidas, mas eu ainda não tinha visto os auxiliares usarem. Como o F1 não está, eles pedem para os técnicos as dúvidas. Paciente veio perguntar sobre a levodopa, que é dispensada em unidades específicas e pediu o número da ouvidora, para reclamar que não tem em todas as UBS, a postura dos técnicos é repreender.

Dia 8 - 22/11/2017

Cheguei na UBS as 8h50 e os auxiliares estavam sozinhos, um deles repondo os *bins*.

Impressões: é interessante porque o F1 aqui tem uma equipe de técnicos e auxiliares para não precisar realizar serviços simples ou que os técnicos tranquilamente fazem, mas ele ainda assim não consegue desenvolver serviços clínicos, nem mesmo acompanhar a dispensação.

Na dispensação, receita sem data, pois o médico deu para ela retirar em janeiro, mas eles não liberam, ela também estava com 2 prescrições com posologias diferentes, 2 vezes ao dia e 1 x ao dia, não sabia o que usava, mas já estava sem medicamento, ou seja, estava usando 2 ao dia e na dispensação só é possível pedir para o paciente voltar a médico e ele mesmo esclarecer.

Muitos pacientes aparecem antes da data possível de retirar novamente, afirmando já que está sem o medicamento.

Nos 30 min sem o F1 e o técnico a farmácia fica somente com o serviço de dispensação pelos auxiliares e quanto não tem muita fila tudo fica calmo.

O F1 fica muito tempo fazendo os serviços para enviar a OSS, assim como preenchendo os relatórios de RH.

Hoje será dia de grupo de tabagismos e o F1 pode estudar um pouco antes.

O F1 passará a fazer o grupo sem o médico, ele está saindo, por isso está garantindo a preparação de algumas informações, pois a partir de hoje ele fará, depois as prescrições serão realizadas pelos outros médicos.

Eu acho que a farmácia tem um pouco de bagunça, falam muito junto e atrapalha as dispensações, principalmente por ter o vidro e 2 locais lado a lado de atendimento.

No grupo de tabagismo, 9 pessoas, começando um novo ciclo hoje. 4 encontros, é um grupo fechado.

Roda de apresentação, a ideia do grupo é ir reduzindo, está totalmente ligado com a prescrição da nicotina, é isso que eles querem.

O grupo é interessante porque garante que tenha trocas de experiências, como se houvesse incentivos.

Um dos poucos momentos de o F1 realmente estar a frente de uma atividade clínica.

O grupo ainda é ligado a prescrição médica, então sem médico não acontece.

Como as pessoas precisam de ajuda como não são empoderadas do que fazem, mas em relação ao cigarro se conhecem.

Mas quando o médico chegou, ele protagonizou muito, as pessoas ficam mais atentas a ele.

Quem toma as iniciativas, explica o medicamento é o médico, ele não estava de jaleco, porque o F1 tem que estar? Legítima seus serviços?

Quando eles veem o F1 eles olham a receita. Eles se abrem com o médico. O médico toma as decisões clínicas, o F1 diz que faz, mas não faz. O F1 só preencheu formulários, tipo secretário do médico.

Depois que todos concluem as falas, então inicia as entrevistas individuais.

Dia 9 – 27/11/2017

Ceguei na farmácia e o F1 está fazendo relatório de ambulatório de especialidades, daquilo que a UBS aqui dispensa sobre especialidades/particular. Porque justamente há necessidade de ver de onde em a prescrição.

Os técnicos e auxiliares estão na dispensação.

As informações básicas da dispensação são sempre sobre as prescrições, validade, se está prescrito corretamente ou não, se a pessoa é paciente SUS ou Osasco, se tem o medicamento na UBS.

Hoje vai ter VD, não sei se o F1 marcou porque eu estava aqui.

Médica veio perguntar sobre dose para criança de 10 anos e 42kg, para dipirona e ibuprofeno, então é incrível como nesses casos o que o F1 fala tem confiança e legitimidade. Não se se é somente nessa UBS onde o F1 consegue determinar esse desempenho com a equipe.

Prescrição de pisco, pode dispensar somente 60 comprimidos, segundo a portaria 344, foi prescrito 180, o técnico deixa o paciente ciente, escreve na prescrição e pede para o paciente dar um visto.

Conciliação medicamentosa.

Sobre a VD de hoje, paciente analfabeto, esposa também com muitos outros medicamentos, o F1 foi chamado porque a médica da UBS solicitou, assim como a técnica e a ACS, tamanha confusão com os medicamentos.

O F1 revisou todos os medicamentos ele tinha prescrição para diabetes, hipertensão, omeprazol, medicamentos para dormir, tramadol para dor no joelho, que era o motivo de ele estar “encostado”. Ele trata com a médica da UBS, com médico da empresa que o acompanhava.

O F1 fez uma pequena entrevista, colhendo todos os dados questionando, tentando entender como aconteceu. A ACS foi separando todos os medicamentos, retirou-se todos os medicamentos que não usavam.

O F1 focou no homem, vai fazer uma caixinha, vai rever a farmacoterapia, as interações, depois vai fazer outra VD para explicar tudo a ele, e por fim outra somente com a esposa.

O acompanhamento vai acontecer, pois a ACS conhece muito a realidade da família.

Uma das questões fundamentais dessa VD é que a família tem diversos itinerários terapêuticos e vários olhares sobre a mesma situação.

O F1 vai tentar fazer uma conciliação de tudo e mantém o acompanhamento.

A tarde fiquei um tempo sem o F1, quando tem os técnicos são eles os mais empoderados na farmácia.

Nas dispensações, quando a pessoa tem a possibilidade de perguntar algo é sempre culpada, nunca dão informações a mais, ou tentam ajudá-lo para além do medicamento que tem na UBS.

Contradição com uma fala acima, que anotei que as vezes eles falam onde tem o medicamento em falta.

Quando o F1 não está, não tem entrega de materiais ou controle de estoque, a farmácia fica somente na dispensação.

Hoje teve um erro na dispensação. Trocaram no *bin*, ácido fólico por sulfato ferroso, as embalagens são muito parecidas, trocou e fez uma dispensação errada.

Dia 10 – 29/11/2017

Cheguei na UBS as 10h

Hoje iniciei observando o lado de fora da farmácia, fila como sempre, técnico e auxiliar dispensando. Paciente na dispensação fala que quer somente alguns medicamentos e os demais?

Na fila não tem preferencial, porque aqui todos são iguais.

Serviços do F1 como com o vidro? Por vezes é só a entrega. O que diferencia da farmácia comercial, o acesso. Mas a farmácia é o que está ligando os serviços F1?

A lista de medicamentos está na parede de entrada, visível para todos. Há um recado colado no vidro “para saber quais medicamentos são dispensados nesta unidade de saúde, consulte a lista disponível na farmácia”.

Também tem um recado para que o usuário ajude a garantir a segurança no uso de medicamentos, conferindo o medicamento recebido com a receita. Conferir: nome, dosagem, quantidade, horário, via de adm.

É claro que incomoda alguém olhando o trabalho feito.

No mestrado eu ia nas UBS e as farmácias nem sempre estavam identificadas. Agora todas são.

Eu acho incrível como na UBS os médicos e outros profissionais, mais os médicos conhecem os pacientes pelo nome.

Quando se vê o F1 do lado de fora? Não se sabe quem é ele.

Como pesquisadora, entro da farmácia no cantinho, não incomoda, aqui no corredor exposta, as pessoas ficam desconfortáveis.

Eu já senti como é estar no lugar do F1, do médico, com paciente, preciso saber como é estar no lugar de paciente do lado de fora, atrás do vidro.

Na dispensação não chama pelo nome. Por que? Engraçado os outros profissionais chama, forte característica da APS. Na farmácia não.

Com os técnicos sempre na defensiva, no sentido da entrega do medicamento, pelo valor social que ele tem, estão fazendo um favor.

Na entrega do medicamento, ele fala e mostra item por item que está entregando ao paciente.

A fila nunca termina, nesse tempo que fiquei fora da farmácia o F1 continua fazendo relatórios.

Os medicamentos vêm sem a necessidade de pedido do F1. Eles chegam conforme o que está faltando no sistema, mas tem dia para isso acontecer no mês.

Um caso de glicazida prescrito 30 mg e só tem 60 mg, ai técnico falou para voltar e pedir para o médico fazer meio comprimido, a médica não alterou e disse que a dose, ou seja, eles pegam muitas coisas na dispensação, mesmo não sendo uma dispensação.

O F1 abriu o E-sus para eu ver. NE é numero de equipe que o F1 não tem. Atenção domiciliar, local onde foi no ESUS.

CIAP para classificar, é o CID da atenção básica, é procedimentos, sinais, sintomas, infecções, neoplasias, traumatismos, anomalias congênitas e outros diagnósticos. E se estivesse adequado o sistema para o F1 seria possível fazer muita coisa com o que já existe no ESUS, há também uma agenda que todos os profissionais usam, o F1 poderia usar. O CIAP para procedimentos, sinais, sintomas.

Hoje é o segundo dia do grupo de tabagismo.

Teve uma professora da odonto, engraçado porque o F1 não agendou nada, o pessoal da USP estava lá e fez uma atividade com o grupo.

Nesse grupo o médico explicou sobre os medicamentos, no outro foi o F1, eles fazem um rodízio.

Hoje o F1 foi bem requisitado, pela VD de segunda e o grupo de tabagismo.

Voltando na visita, a ACS fez a caixinha com medicamentos para 30 dias para o sr.

A esposa também, o F1 conversou, pois ela tem um problema no olho e usa botox para manter a pálpebra aberta, por diversos motivos, ela utiliza vários itinerários também, o F1 tentou entender o caso.

Finalizei a coleta nesta unidade, no dia 08/12, com os agradecimentos a equipe, trocas de presentes.

UBS 2

Supervisão M^o Boi Mirim

Coordenação de Saúde Sul

Bairro: Jardim São Luis, próximo ao Capão Redondo

Dia 1 – 01/03/2018

Sai de casa as 7h15, ônibus até a estação Butantã, baldeação para Pinheiros, trem na linha esmeralda, sentido Grajau, desci na estação de Santo Amaro, fui para a linha lilás no sentido Capão Redondo, desci na estação Giovani, peguei outro ônibus no terminal João Dias, peguei o ônibus Jd. Capelinha (8h45) e cheguei na UBS as 9h10. Quando chego na farmácia já observo na mesa de F2 o material do Ministério da Saúde sobre cuidado farmacêutico.

Hoje F2 está cobrindo na dispensação o técnico que chegou mais tarde, atende na dispensação muito bem, pergunta tudo que o paciente usa, questiona se está registrando, se marcou consulta, para rever a prescrição e não só entrega.

Na farmácia há 2 técnicos. Quando eles dispensam revisão o que é possível, olham todos os medicamentos, se trocou o laboratório eles avisam, para que a pessoa perceba a diferença de um mês para o outro.

A UBS tem 5 equipes, é uma UBS grande, parece uma casa que foi usada para isso. O clima da UBS parece muito bom, todo mundo acolhe, ri, se cumprimenta, um pouco diferente do Boa Vista que o clima era mais pesado. Será a OSS?

No primeiro dia F2 já tem uma consulta agendada. F2 pode acessar o prontuário e os técnicos entendem a saída dela da farmácia.

A consulta é de retorno. F2 já olha os registros de cada paciente, começa perguntando sobre os medicamentos para dormir, já pega um erro de uso, perguntou sobre o sono, como a paciente está reagindo ao uso do medicamento para dormir, falou da fibromialgia da d. X, ela não usa medicamento para isso.

F2 oferece o grupo da nutricionista, pois a paciente fala que está com colesterol alto e precisa emagrecer. A paciente trouxe uma lista do que está usando com as doses, revisando os medicamentos. Ela usa o controlado conforme sente necessidade, de quando está se sentindo triste, como no momento da consulta, pois havia perdido a mãe. F2 mediu a PA. Em um momento a paciente falou algo e F2 trocou as informações, acho que ela estava um pouco nervosa.

Segundo F2, um bom resultado é a PA mais controlada, mas a paciente não faz acompanhamento na UBS, ela só vem na consulta de F2, esse é o vínculo dela, com os medicamentos. Falou também das sobras.

Perguntei como ela seleciona os pacientes para seu atendimento.

Geralmente nos grupos terapêuticos que ela participa e as vezes na dispensação, vendo os insulíndependentes, ou as dúvidas dos pacientes mais confusos, também quando o paciente não quer levar algum medicamento. Ela consegue a quantidade que ele levou anteriormente, faz toda uma análise e talvez marque consulta.

As VD e grupos ela tem uma meta imposta pela OSS, mas não interfere em verba.

Ela também faz um trabalho com os médicos, aos poucos eles foram entendendo o trabalho dela, e inclusive encaminham pacientes, fazendo com que F2 saia bastante da farmácia. Como faz? A farmácia fica sem farmacêutico, mas a enfermagem, a medicina, não tem espaço constituído como a farmácia.

Depois da consulta, F2 faz um registro no prontuário, compara com as demais atividades e registros dos outros profissionais.

Ela também fica na sala do PAMG (Programa de Auto monitoramento Glicêmico), controle da glicemia, ela ajuda na gestão do estoque dos insumos, mas o principal foco é os pacientes, pois ela consegue ver como estão, eles medem a glicemia na hora e ela já consegue ver.

As fraldas ficam estocadas na farmácia, mas não é a farmácia que faz o controle, nem o pedido mensal.

Sáimos para o almoço perto da UBS por volta do meio dia, eu e F2, os 2 técnicos ficaram, um cobre o outro no horário do almoço. Eles ficam na dispensação o tempo todo.

A agenda F2 é no papel, não está no SIGA [Sistema informatizado de gestão em UBS], provavelmente é uma proposta de ter nos próximos dias, isso me assusta porque o farmacêutico vai estar ainda mais no consultório e longe da farmácia. Será que esse é o caminho para estar na equipe?

Penso que o mais me assusta é o farmacêutico se ausentar por completo da farmácia, da dispensação. Ele precisa estar próximo a equipe de técnicos, supervisionar, capacitar para poderem ter um olhar diferenciado e não só entregar os medicamentos. Ele não pode ficar somente preso ao consultório como os médicos, mas precisa estar inserido na equipe e para isso também precisa sair da proteção da sala chamada “farmácia”. Isso não significa que ele não é a autoridade sanitária e técnica sobre os medicamentos. A valorização da dispensação pode acontecer e não ser esquecida, pelos demais serviços clínicos, pois de qualquer forma a dispensação vai continuar acontecendo e ali muitas situações existem, os pacientes continuarão a

passar por ela, com ou sem farmacêutico, com ou sem consulta. A questão é nós vamos permitir isso?

Tem NASF de segunda, terça e quarta, sem farmacêutico. Por que não tem? Porque a maioria das UBS tem farmacêutico, então a gestão acredita que não seja preciso.

Hoje F2 ficou um bom tempo em função dos pacientes, preparando as 2 consultas, ficou um pouco constrangida com a minha presença, que é estranha no espaço, eles não estão acostumados, mas estou sendo muito bem recebida.

Insumos do PAMG, fraldas, material da odonto, só são armazenados, a farmácia não faz o controle.

A tarde vim para o acompanhamento do PAMG, em que há entrega de insumos para o glicosímetro e coleta das informações do controle do mês anterior. O programa que se faz a coleta das informações não está no SIGA, ele é do próprio aparelho. O laboratório foi instalar na UBS, por uma demanda dos profissionais, principalmente F2. Só é liberado o insumo com o aparelho. Assim é possível fazer o acompanhamento dos picos de glicose, quem faz o uso dessas informações é F2. É incrível, pois os pacientes conseguem ver a diferença do serviço prestado pelo farmacêutico e pelo médico.

F2 ajudou no serviço de controle dos insumos, mas não é a responsável, mas me pareceu que a enfermagem confia nela para esse serviço. É interessante porque ela não fica na farmácia, ela não fica esperando, ela se expõe, bate na porta dos médicos, se mostra, se entende como parte da equipe, os pacientes a reconhecem.

Ela fez uma caixinha, porque a ACS identificou que precisava na visita. A caixa ta pronta, diferente do outro farmacêutico que na visita foi a ACS que fez com a supervisão dele.

Eu não sei e é a diferença de formação? A OSS? Que interfere nisso para que sejam diferentes? No geral F2 fica na mesa dela e os técnico na dispensação, mas não tem muita fila na dispensação, então é mais tranquilo.

Final: 16h30.

Dia 2 – 02/03/2018

Saí de casa as 7h50, peguei o ônibus até a Faria Lima e depois outro até a porta da UBS, levando mais de 2 horas para chegar. Foi mais tranquilo do que o dia 1, pois vim sentada o tempo todo. Quando cheguei F2 não estava na farmácia, o técnico estava realizando dispensação inclusive de imunoglobulina em grande quantidade, pois a UBS é a referência.

Estrutura da farmácia:

A farmácia tem uma boa área interna, os medicamentos estão organizados em 5 prateleiras, em ordem alfabética, o estoque é pequeno e fica atrás dos bins ou na parte de cima das prateleiras. Há uma geladeira para as insulinas e a imunoglobulina. O armário dos psicotrópicos é de ferro e tem um de estoque, a chave fica com os técnicos.

A área para dispensação tem espaço com cadeira para os 2 técnicos, mas somente 1 computador. A janela do balcão não tem vidro. Os pacientes ficam de pé mas a janela é baixa, na altura da cintura das pessoas, no lado de fora fica um espaço protegido, mas em geral não há muita fila.

F2 tem uma mesa e um computador, que foi doação, não foi adquirido pela prefeitura ou OSS. Nessa mesa ela não consegue atender nenhum paciente, pois não há espaço, nem privacidade. Ela faz os atendimentos ou “consultas”, no consultório comum, que todos os demais profissionais usam.

Aqui sempre fico em dúvida, porque se considerarmos as consultas como serviços, então tudo que o farmacêutico faz com um paciente é atendimento.

Acho relevante também F2 usar o mesmo espaço que outros profissionais, mostra igualdade dentro da equipe.

Ainda sobre os materiais de uso da UBS, também tem 2 prateleiras que estão organizadas em caixas e identificadas com etiquetas bastante detalhadas, do lado tem uma salinha, tipo um almoxarifado extra, onde estão guardados alguns volumes maiores e as fraldas.

A janela da farmácia fica logo na entrada da UBS, mas a porta interna fica no corredor dos consultórios, o que também facilita a interação com as equipes.

Um técnico fica das 7h as 16h e a outra das 10h as 19h.

Quando um técnico dispensa, mesmo os 2 aqui me parecem mais cuidadosos, ainda assim eles não investigam a fundo as situações que parecem, os “gritos” que as prescrições têm, as não adesões, o que o paciente fala, que muitas vezes pode ser a chave para algum problema relacionado ao cuidado e que poderia ajudar, não sei se com F2 dispensando a todo momento isso ia acontecer, mas penso que o farmacêutico poderia estar mais vezes na dispensação para poder mostrar como atender, quais os problemas que devem ser identificados, como conduzir determinadas situações, quais pacientes selecionar para um atendimento mais profundo.

A dispensação seleciona muita gente para o atendimento com F2, a própria faz isso, mas os técnicos ainda não fazem. A dispensação deles tem diferenciais da outra UBS, mas ainda não consegue ter o olhar que esperamos.

Ela tem uma agenda de atendimento, F1 está muito longe disso, com muito custo fazia 1 grupo de tabagismo e a ACS precisava pedir muito por uma VD.

Na parte de fora da farmácia foi colocado pela OSS um depósito bem grande de descarte de medicamentos, ele está trancado com cadeado e é de um material que não rasga nem suja. É possível as pessoas colarem seus restos de medicamentos sem precisar chamar a equipe, o que incentiva as pessoas a não armazenarem as sobras em casa, contribui para o URM, nunca tinha visto nada assim.

Em geral, esse tipo de ação é super valorizada, mas tem um custo, porque a incineração dos medicamentos tem um custo e há necessidade de o estabelecimento organizar um plano de descarte correto de resíduos.

F2 ficou 30 min na dispensação, ela revê os medicamentos, conhece os pacientes, lembra dos casos, tem empatia por todos, é uma dispensação de alto nível (se é possível quantificar isso).

Ela falou um pouco sobre o RH e sua dificuldade em conduzir isso e que não gosta muito dessa atividade, “o mais difícil é a gestão” disse ela, nas férias dos técnicos é ela que cobre.

Ela pega também os ACS e procura possíveis pessoas que ela possa acompanhar e agendar VD ou consulta. A busca a princípio é ativa e dela, ela tem usado a mais de 1 ano a agenda.

Fico pensando nisso, nessa busca deles por pacientes, é sempre a busca deles. Até um dia mudar, e eles se fazerem essenciais ao serviço e a equipe.

Ela relatou sobre a questão de ficar na dispensação com os técnicos e continuar suas demais atividades, do quanto isso é difícil, até porque ela não faz uma entrega de medicamento.

Hoje ela marcou a VD, de um paciente que ela fez caixinha junto com a ACS.

No almoço conversamos bastante sobre a vida na farmácia, nesses momentos de saída da UBS tenho a impressão de que ela relaxa, não precisa só ficar na postura.

Perguntar sobre a pesquisa no serviço.

Ela falou da questão do técnico, que ela acha essencial e que gostaria que eles se esforçassem mais na dispensação.

Eu acho ela bastante firme nas suas opiniões, ela é especialista em saúde da família, então trabalha muito na lógica da equipe, do vínculo e da empatia. Diferente do F1 que tem uma postura de administrador, muito ligada a economia.

2 perfis de formação e experiências profissionais parecidas, então será esse um dos pontos mais nevrálgicos do impacto nos serviços farmacêuticos? Porque vamos sempre esperar pelo perfil da pessoa, pelo cuidado pelo interesse dela? Acho que a graduação poderia no mínimo despertar o interesse pela área, e desenvolver algumas habilidades.

Como eles encaram a questão da formação o farmacêutico. Se há um diferencial ou não para o SUS e APS?

Aqui também tem o leitor de código de barras inutilizado.

Com a história da febre amarela (surto no início de 2018), as atividades da UBS deram uma modificada, por conta da mudança de demanda e porque a população só sabia e tinha interesse sobre isso.

Consulta de F2 primeira com um menino de 11 anos que descobriu diabetes tipo 1, já está usando insulina regular. Também está usando o glicosímetro para poder controlar. A equipe encaminhou ele para o atendimento F2, principalmente em relação ao uso da insulina. A consulta acontece exatamente como em um consultório médico. Ela revisa a rotina, a alimentação, ela fal bastante da alimentação, me disse que as vezes faz compartilhada com a nutri do NASF. Ela é muito interessada e estudiosa, por isso tem bastante conteúdo, mas eu acho a linha bem tênue e penso que ela pode estar interferindo um pouco no trabalho da colega.

É mais um profissional para eles passarem, mas ela olha de forma integral.

Ela falou que ficou de ver com a nutri as possibilidades para o menino de como adaptar a vida para pensar na questão da contagem de carboidratos.

No meio da consulta uma enfermeira entrou na sala, pegou coisas e ela conhecia o paciente, se intrometeu, imagina se ela ia fazer isso com um médico. Mas essa é a naturalidade da APS, que quebra alguns paradigmas da saúde e barreiras entre os profissionais e pacientes.

Final: 16h00.

Dia 3 – 05/03/2018

Sai de casa as 7h40 e peguei ônibus até Pinheiros, depois o Cohab até a UBS, muito trânsito, no meio do caminho o ônibus estragou, esperei por outro, cheguei as 11h15 na UBS.

Quando cheguei na farmácia F2 estava falando de um caso de um paciente com pendência, pela manhã ela foi fazer VD. Um dos técnicos estava repondo os *bins* e a outra dispensando.

Um médico é novo, então solicitaram a Remume, o talonário e as informações sobre a falta de medicamentos.

O GSS é sistema de gerenciamento de todas as unidades.

A questão das faltas, o gerenciamento de estoque, F2 manda para as equipes quinzenalmente o que está faltando.

Também falou da questão das necessidades de aumentar o CMM da farmácia, pois assim evita o desabastecimento.

Na dispensação um fica no computador e o outro entregando, isso agiliza o processo, evitando filas.

Nesse dia F2 pediu no grupo de diabetes a presença da dentista, porque tem sentido necessidade.

O almoço foi com a enfermeira e dentista, saímos meio dia e voltamos as 13h, na volta a técnica estava na dispensação sozinha, e o outro técnico em horário de almoço.

Na dispensação eles registram no GSS e também em uma planilha o número SUS, para poder identificar depois em outra planilha a quantidade de pacientes atendidos.

O controle é feito das receitas: receitas UBS, não UBS (outra) e particular.

Dessa unidade tem um AMA-E próximo. (AMA São Luis).

A tarde F2 ficou muito de boa, ela leu minha qualificação, não sei se isso não é um desvio.

F2 vai fazer reunião com a interlocução da OSS, eles estão em uma expectativa de iniciar a produtividade das consultas, VD e grupos terapêuticos. Atualmente a Monte Azul tem 14 farmacêuticos (4 fizeram o curso da FARMUSP).

Para as consultas, eles usam o formulário da FARMUSP e também um mais simples para a VD. Atualmente eles usam, registram, mas cada farmacêutico da OSS faz de uma forma.

F2 me parece ter mais confiança com a OSS, pois ela ajuda a interlocutora com questões teóricas com bastante frequência,

Final: 15h20.

Dia 4 – 07/03/2018

Sai de casa as 8h10, fui até a Faria Lima, depois peguei outro ônibus até a Marginal Pinheiros, para depois pegar o Chácara Santana até a UBS, cheguei na unidade as 10h30, não valeu a pena o ônibus, o trem é mais rápido.

Quando cheguei F2 estava em grupo de saúde da mulher e os técnicos na dispensação.

No dia de ontem (6/3), eles me falaram que eu perdi, pois tinha vindo o abastecimento, F2 estava em consulta com paciente que não veio na segunda, um dos técnicos estava no horário de saída, ficou uma técnica sozinha para receber o abastecimento e dispensar, F2 teve que fazer a consulta mais rápido para poder vir a farmácia e ficar na dispensação. Isso é raro acontecer, correria, em geral não é assim.

A técnica com o abastecimento está fazendo os pedidos para os outros setores da UBS, como por exemplo PAMG. Esse serviço são sempre os técnicos que fazem.

Hoje pela manhã a técnica me perguntou se na outra UB F2 também consulta assim.

No GSS eles têm um CMM e recebem para o ano as datas de abastecimento do CAF central, que acontecem junto com a leitura do sistema, então por exemplo leitura e 08/03/2018 entrega dia 15/03/2018, nem sempre isso acontece, as vezes há atraso e também nem sempre vem a quantidade acima do CMM. F2 falou que alguns CMM já precisariam aumentar, mas isso quem faz é a supervisão e impacta obviamente no estoque e consumo de medicamentos.

Conversamos bastante sobre os grupos terapêuticos, o grupo do PAMG, foi F2 que criou.

Os grupos são de responsabilidade da enfermagem, eles recebem para isso, então a farmácia só faz apoio, por exemplo o grupo do tabagismo, ela relatou que muitas vezes os profissionais não fazem o a mais, por vezes só entregam o insumo, então ela disse: “se for para só entregar, eu nem vou, preciso passar orientações”, olhar além do medicamento, pois sabe que as atividades de promoção e prevenção ajudam muito.

Ela desenvolveu um cronograma do PAMG, de grupos para diabetes, então o primeiro ela faz com a enfermagem, o segundo com o educador físico, o 3 com a fisioterapia e quarto com nutri, também tem programação com a psicologia e dentista. Acredito que nos próximos dias eu verei o grupo com a psico, esse é um grupo que foi ideia dela, partiu das análises dos acompanhamentos no PAMG, ela convida os pacientes também por meio das ACS e faz um trabalho com enfermeiros chefe das equipes.

Médica vem na farmácia para ver um fibrato do CEAF, obter informações para um paciente, achei interessante que F2 questionou várias coisas como o uso da estatina. Ela rapidamente já questionou sobre o uso, porque não está com a estatina de primeira opção.

No almoço conversamos um pouco sobre a relação dela com a equipe, a questão de ter uma enfermeira que não facilita muito seu trabalho, que sente mesmo que F2 está atrapalhando e como ela faz para tentar driblar essas questões e não impedir que ela faça seu trabalho com os pacientes.

Na volta do almoço, F2 foi para uma reunião na OSS, amanhã terá com todos os farmacêuticos, e eu fiquei com os 2 técnicos.

Observei um pouco o fato de a farmácia estar sem a presença F2, e o que há? A farmácia ficou aberta, as dispensações acontecerem, os técnicos tocam, então aqui fica muito claro que F2 faz um diferencial, mas esse diferencial é a clínica?

O técnico me parece bem *OSS*, ele resolveu rapidamente, ele resolve rapidamente as questões, resolve os problemas da enfermagem, consegue identificar os medicamentos e seus usos, atende ao público sem maiores problemas, mas óbvio, os técnicos nas dispensações não vão além das orientações básicas, ainda assim bastante diferente da UBS 1.

Estrutura: a farmácia tem uma porta de entrada de medicamentos e na dispensação tem uma parede que faz um pequeno espaço para a dispensação, preservando o olhar sobre os estoques e acaba isolando F2 que só consegue ouvir o que acontece na dispensação, não vê.

Sozinha sem F2 é muito tranquilo. As 14h30 continua super tranquilo, vou então prestar mais atenção nas dispensações.

Quando não tem medicamento, eles orientam a procurar a UBS Brasília ou a AMA São Luis, as vezes consultam o GSS para verificar se tem disponível.

Usuária falou que se confunde com 2 tipos de medicamentos, falou para técnica, ela poderia ter identificado com uma fita e só falou que um era maior que o outro.

Durante a dispensação um fica no computador registrando no GSS o que é dispensado, por nome dos medicamentos e a quantidade por pessoa, o sistema então dá um alerta se o paciente está retirando antes de 30 dias, isso para crônicos, avisa onde, o dia e horário foi retirado, porque a dispensação pode acontecer em qualquer unidade do município.

Porém o GSS só dá um alerta, é possível ignorar ele e dispensar igualmente. Evita o uso indiscriminado, o desperdício e tenta controlar um pouco mais o uso, mas para isso o técnico que dispensa tem que estar treinado, aqui nessa UBS, medicamento de uso crônico, eles dispensam 2 dias antes de fechar os 30 dias.

Na dispensação, um paciente trouxe receita de uso de levotiroxina, ela usava 2 de 50 na receita antiga e na nova receita tinha só 1, a dispensação ocorreu de acordo com essa, a usuária continuou afirmando que era 2 e disse que foi erro do médico, que iria tomar 2 e já voltar no médico. A técnica nem teve como contestar, porque ela sabe que a senhora vai fazer isso mesmo.

Como F2 não está, todas as dúvidas da equipe vão para o técnico mais antigo, eles o procuram.

Paciente com muitas receitas, mas de 3 tipos de analgésico, ela questiona os técnicos quando não tem, mas os técnicos as vezes deixam de entregar algum para ela não levar tanto, ai me pergunto, será esse o caminho? Como eles conseguem discernir a necessidade de uma pessoa? Qual o impacto dessa quantidade de medicamentos para a pessoa, pode ser uma forma de deixá-la feliz.

Final: 16h

Dia 5 – 19/03/2018

Sai as 7h20 de casa, fui até o terminal Pinheiros, depois peguei COHAB, cheguei na UBS próxima das 10h.

Já cheguei e fui para VD com F2, de uma paciente, que foi pedido da ACS. Paciente com 32 anos, com diabetes descompensada, com problemas na visão já e com baixa adesão e problemas no uso de medicamentos, incluindo insulina, bastante confusa. Caso como por exemplo, ela usa 29U de insulina e não consegue enxergar, portanto quando puxa na seringa, puxa mais ou menos aquilo que acha que é quantidade correta. F2 tentou organizar os medicamentos para ela poder identificar, um caso que a farmácia pode contribuir, mas que a equipe não olhou com tanto cuidado, é a primeira vez que a farmácia atende essa moça. Mas é um serviço importante, que complementa o acompanhamento, que a equipe vê o paciente no seu contexto, não sei quanto vai ajudar a paciente.

Hoje chegou insumo e os técnicos estavam em função disso, um pouco chateados, porque eles recebem o material da odonto, mas quem faz o controle são os técnicos da odonto e eles tinham sido cobrados pela falta de alguns itens.

Em relação a paciente de cima, F2 falou em conversa para a enfermeira da equipe que tinha que encaminhar para o psicólogo, mas ela não viu necessidade, então na culpabilização do paciente é que assim que acontece.

Venho pensando que nem na saúde da família, há sempre profissionais motivados pela empatia ou pelo fato de cuidar, de uma forma criativa, sem culpabilizar e medicalizar sempre, acredito que é na formação que isso muda.

Hoje vou acompanhar um grupo que é F2 e chamou a psicologia, que é do NASF para focar nos pacientes com diabetes. É uma proposta dela, de acompanhar os pacientes com diabetes e hoje é um olhar da psicologia. Tinham 6 pacientes e F2 mandou vários convites pelas ACS.

O tema é o estresse e como ele influencia na diabetes.

O grupo começou com a psicóloga e F2 tinha dado uma saidinha, ela iniciou mesmo assim, não respeitando muito a liderança dela. Quando F2 chegou, ela tomou o discurso do grupo, mas ela poderia deixar a palavra para a psicologia.

A questão toda é, eu não estou aqui para julgar ela, mas para fazer com que ela, seus processos de trabalho, a relação dos serviços farmacêuticos com o outro/equipe e pacientes possam me fazer refletir sobre os serviços.

No grupo F2 tem um probleminha, ela não deixa muito os pacientes falarem.

No final do grupo ela mediu o dextro e todos, viu como estava cada um.

O grupo finalizou as 15h e F2 fez a conclusão do mesmo.

Dia 6 – 20/03/2018

Sai de casa as 7h40, peguei um ônibus até o Butantã, linha amarela, trem linha lilás, depois ônibus até a UBS, cheguei as 10h.

Cheguei e F2 não estava, os técnicos estavam sozinhos, um atendia na dispensação e a outra repondo o pedido da sala de medicação da enfermagem.

F2 conta sobre a equipe 1, que teve em 1 ano, mais de 6 médicos, e como isso reflete no andamento da equipe e no seu trabalho.

Hoje tem grupo de tabagismo, o grupo é coordenadora por 1 enfermeira que tem apoio da equipe e 1 médico, que prescreve os insumos. Mas esse ciclo está um pouco comprometido, porque mudou o médico e por isso o acompanhamento fica desvinculado. Por isso, por exemplo, o grupo hoje vai ser individual, perdendo a característica de grupo. F2 não lidera este grupo, ela somente dá o apoio, como faz com a equipe.

Ela registra tudo o que faz em prontuário, as VD, os atendimentos, em geral antes olhar ele para entender o caso e depois evolui seu atendimento, ela usa o SOAP, para seguir um pouco a lógica dos demais registros, mas nesse processo de registro, é um pouco, fica na amostra que os trabalhos não são em equipe, mas por vezes individuais, tipo cada um faz o seu e ainda bastante medicalizante.

Os técnicos conferem os psico 2 x por semana, contam todos.

Toda a área do Jd. São Luis a UBS abrange, então é 100% ESF.

É engraçado, F2 responde totalmente a OSS, a supervisão do M'Boi Mirim não tem gerência sobre o profissional, talvez por alguns serviços, mais ligados a gestão.

Qual o papel de cada instância? Como elas gerenciam o RH (farmacêutico)?

Conversamos um pouco sobre as VD, sobre o que o outro farmacêutico na outra UBS falha. Também falamos da minha concepção sobre serviços farmacêuticos.

Ontem ouvi uma paciente ‘Nossa o que F2 fez em 2 meses, o médico não fez em 10 anos com a minha diabetes’.

Nessa falamos sobre como foi a evolução dessa paciente e F2 disse “primeiro trabalhei coisas básicas, depois cai em cima da alimentação” A HBG [Hemoglobina Glicada] em 3 meses foi de 11 para 7.

Eu sinceramente não sei onde é o diferencial dela, se na formação, se na OSS que permite um trabalho diferenciado.

Hoje tem grupo com as mulheres idosas da comunidade, que já está acontecendo a mais de 10 anos, elas conversam, bordam, assim já medem o dextro, a PA, conversam sobre a saúde, elas fazem passeios. A iniciativa foi de uma ACS, é interessante porque não tem um protocolo, uma lista ou uma diretriz, é um coletivo de mulheres, que decide como faz, o que faz e quando. F2 contribuindo junto com a enfermagem, mas cumpre um papel de grupo terapêutico, tem registro das atividades.

Nesse momento a farmácia fica lá, os técnicos continuam a fazer a dispensação dos medicamentos e organizando a farmácia. Eles mediram, pesaram e também tomam um cafezinho.

Finalizei as 16h30, esse foi o dia que eu peguei muita chuva, muito trânsito e o trem lotado.

Dia 7 – 21/03/2018

Sai com atraso de casa, peguei o ônibus na minha casa as 8h, peguei metro e trem, e mais um ônibus, cheguei na UBS as 9h20.

F2 não estava, somente um dos técnicos, ela foi para a reunião de matriciamento em saúde mental, ela vai me explicar o que é, pois não conseguiu falar antes que teria.

9h38 até as 9h48 tiveram 5 dispensações (5 pessoas).

Qualquer informação faltante nas prescrições de controlado, eles não liberam.

Não coloca o nome ‘buscopan’ com nome genérico na receita, o usuário não leva, tem que ser escopolamina e dipirona.

Enquanto não tem dispensação, os técnicos preenchem os *bins*, com o estoque.

Nesse período em que fiquei com os técnicos, eles lembraram que o fluxo agora está mais calmo na dispensação e nos atendimentos, porque a UBS está somente com 2 médicos, então consequentemente as dispensações reduzem, então refleti, o quanto os serviços farmacêuticos ainda são determinados pelos serviços médicos.

É bastante impressionante como F2 nessa UBS tem autonomia para sair da farmácia, fazer parte da equipe e não precisar estar aqui.

O que vocês pensam sobre o farmacêutico não estar a todo tempo na farmácia?

Mas com isso corremos riscos sanitários ou não? Porque o farmacêutico que é 1, não está acompanhando as dispensações.

Fui almoçar com F2 e as colegas farmacêuticas da OSS, pois elas estavam na reunião, elas queriam saber sobre a minha tese e estavam entendendo que está farmacêutica era privilegiada de me ter.

A tarde viemos fazer visita domiciliar, por necessidade da ACS, F2 revisa todos os medicamentos e a prescrição mais atual, de um paciente com dificuldades, no uso de medicamentos, sua PA está sempre alta e ela também tem convênio, então não é muito aderente.

F2 tem uma proposta empática e os pacientes se sentem acolhidos, mas ela também é um pouco impositiva.

Atendemos uma paciente do Nordeste, de 78 anos, mora em um conjunto habitacional, há uma relação complicada, porque ela não entende que estamos aqui para ajudá-la, e também não tem quem cuida todos os dias dela. Ela entregou a caixinha, o ideal seria montar com a paciente, não adianta dizer que ela precisa ser acompanhada pela UBS, mas sim acolher as demandas dela, até porque tem uma influência da família com o convênio.

A questão do direito universal a saúde, aqui tb entram os serviços farmacêuticos.

Na segunda VD era um homem, que a ACS, ela avisou que ele era um pouco “bronco” e não aceitava muito o que aconteceu, ele teve um princípio de AVC, ela veio para ver os medicamentos e ele ainda vai ver a fisio e fono.

A necessidade foi para ajudar na confusão com os medicamentos.

Tem um pouco de reprovação. Quanto a revisão da farmacoterapia, porque ela está revisando e questionando. É interessante que ela explica tudo aos poucos para o paciente, apesar de cortar algumas falas, ela ainda tenta empoderar o paciente para ele entender o que tem.

Ela cola e todas as cartelas, um adesivo para o horário, porque o paciente fica sabendo cada cartela e a quantidade que vai usar por 1 mês.

Dia 8 – 22/03/2018

Cheguei na UBS as 9h45, já cheguei e ela já foi chamada no PAMG, porque ela é que sabe dos insumos, principalmente para diabetes. Está com problemas no medidor do dextro, trocou de fabricante, isso dificulta para o usuário.

Vamos fazer uma VD, de um paciente que usa medicamentos e tem 2 prescrições divergentes, ele precisa de uma conciliação. É um paciente idoso, com 2 filhos deficientes e ele cuida de todo mundo, é interessante que F2 sempre foca nos casos mais complicados, é nesse momento que ela faz o mínimo no máximo, tem conversado sobre isso com a assistente social.

É muito interessante como as pessoas na rua reconhecem ela, sabem quem é, sabem que ela ajuda, dão respostas sobre seus resultados.

Na casa do senhor, ele tem 91 anos, totalmente lúcido, mas com problemas auditivos, hoje F2 vai olhar somente a dele, porque ainda tem os 2 filhos que também tem hipertensão e problemas relacionados a saúde mental.

É impressionante como podemos fazer por essas pessoas, que são umas graças, vividos, lúcidos, verdadeiros lutadores na sobrevivência.

A confusão é tanta, ele tem muitas receitas, de vários lugares, quem dá os medicamentos é a filha que retira das cartelas, então fica complicado de saber o que usa ao certo. F2 coletou os dados, vai levar tudo para a UBS, ver no prontuário, falar com a médica da equipe e então faz a conciliação em casa. Aqui é trabalho aos poucos.

Eles relataram um caso de uma paciente que usava anticoncepcional injetável, e estava com 2 prescrições de medicamentos diferentes. Um para aplicação a cada 3 meses e outra aplicação mensal, uma prescrição de médico de convênio e a outra da UBS, que no atendimento só prescreveu, sem questionar se ela já usava. Só descobriram que ela usava 2, antes de aplicar porque a enfermagem notou o registro faltando na receita e foram ver o histórico de retiradas no sistema. O sistema de gerenciamento possibilitou essa análise, pois a paciente não relatou de forma adequada, o médico não investigou, ela não procura só 1 equipe, é um exemplo perfeito de gestão na clínica.

Dia 9 – 26/03/2018

Sai as 7h20 de casa, cheguei na UBS as 9h10 e o técnico já me disse que F2 estava em grupo terapêutico com a nutricionista. Quando cheguei no grupo, ela estava falando sobre usar água, ela falou sobre hipoclorito e como usa, então falou do consumo de água, uma necessidade em saúde, lembrou também do dia mundial da água.

Os grupos terapêuticos são importantes, porque muitas informações são compartilhadas no mesmo espaço. É um grupo de hábitos saudáveis, que F2 vai as vezes, por vezes ela vai por demanda da nutri ou porque ela pode, ela foi para falar da água, principalmente porque o hipoclorito voltou ao estoque ou seja, o medicamento é o círculo da ação, mas o paciente é o foco.

O técnico estava fazendo os pedidos da enfermagem e repondo os *bins*.

Hoje falamos sobre a retirada de alguns medicamentos da lista padronizada, de que a decisão é centralizada, não há consultas dos farmacêuticos, as modificações foram totalmente baseadas.

Paciente chegou na dispensação falando que não precisava da insulina e F2 identificou que poderia ser um alerta, mas foi rapidamente ouvir, e já verificar o que houve. Na dispensação é possível verificar.

A tarde ela foi chamada para um grupo, que acontece na própria comunidade, mas ela não sabia se tinha disponibilidade para ir, também foi resolver um caso que ela identificou em uma VD de uma paciente com o rim bastante comprometido e que usa vários medicamentos, ela sugeriu ao médico as modificações dos medicamentos, acho interessante por parte dela a iniciativa, ela joga sempre as demandas para a equipe, e com o tempo, a equipe foi indo atrás dela para buscar o atendimento farmacêutico, porém o médico é novo, aceitou as sugestões F2 e não fez a prescrição, porque ele quer ver a paciente.

Sobre os pedidos, nunca é a farmácia da UBS que determina a quantidade e tipo de medicamentos, que vem.

Igual a outra UBS, sobre autonomia no pedido.

Paciente que traz a caixinha para ser organizada na farmácia, o combinado com F2 foi esse, os técnicos são um pouco resistentes, mas fazem.

Aqui capacitação da equipe

Dia 10 – 10/04/2018

Cheguei na UBS as 10h30, F2 está de férias no mês de abril, estarei vindo para ficar um tempo com os técnicos de farmácia.

Situação na dispensação, médica prescreveu vitamina D, mas na UBS só tem disponibilidade de aditil (vit. A + vit. D), a paciente afirma que não tem condições de comprar e que vai voltar na médica para troca da receita, pois ela mesmo precisará ir atrás do acesso, aqui a farmácia não fez nada além para ela.

O técnico disse “compra o pantoprazol, é melhor que o omeprazol”, informação baseada em que?

Eles param muito na farmácia para pedir informação, porque a farmácia está logo no início da UBS.

Reflexão sobre a tradição da farmácia ser o primeiro espaço onde as pessoas procuram assistência, será que se mantem na APS?

Hoje eu quero olhar o todo da farmácia sem F2, como o fluxo e processos de trabalho acontecem.

O abastecimento está atrasado, nenhuma vez eu vi o abastecimento chegar.

Todo esse tempo e eles se concentraram na dispensação e reposição dos *bins* para não faltar medicamentos.

Esporadicamente aparece alguém para pedir algo <equipe>, mas é só para saber se há ou não algum medicamento ou insumo no estoque, ou saber o CMM.

Ainda se mantem somente a dispensação. 12h10.

Sobre a insulina, eles sabem responder sobre o armazenamento, essa é uma atividade bem específica do técnico.

Eles explicam certinho a questão da validade das receitas e os motivos da necessidade da renovação.

Mas sem F2 fica super parado, é focado nas dispensações e bem burocráticas, aquele serviço prestado com um leve toque de entrega.

Ou seja, o farmacêutica faz aquela quantidade de serviços do exploratório, já sabemos, mas ele é o a mais na farmácia, o que vou acrescentar na discussão pra dizer que não é somente pela obrigatoriedade, até porque em farmácias do SUS não está escrito que é obrigatório tê-lo.

Perguntar sobre o descarte dos medicamentos, que tem uma caixa ilustrativa para o descarte do lado de fora da farmácia.

Eles estão fazendo o controle de estoque, pedindo o que está em falta, fazendo os alertas da programação e controle de estoque.

Na convivência com os demais profissionais e setores da UBS pude perceber que a farmácia é fundamental para o bom andamento, assim como F2 faz toda diferença no processo de atenção a saúde.

Imagina, receita vencida desde dezembro, 3 meses ele fica como? Não é questionado muito, se é, em geral os pacientes respondem que comprando.

Dia 11 – 11/04/2018

Sai de casa as 10h52, cheguei na UBS as 12h30, vim mais tarde para poder ficar até o final.

Quando cheguei 1 dos técnicos estava no horário do almoço e a outra estava na dispensação.

Hoje pensei sobre a falta F2, o que acontece sem ela é a dispensação, que na minha opinião poderia ser melhor, mas já é razoável porque esses técnicos são bem treinados, tem uma disponibilidade para trabalho. Diferente da UBS 1, em que eles não eram muito bem qualificados. Além da dispensação também acontece o controle de estoque com apoio do GSS. Isso funciona normalmente, mas então quais os serviços acontecem quando ela está? Hoje a técnica comentou “A única coisa que fica parado são as consultas dela”, o resto é o acesso ao produto, tem um servidor realizando um serviço, mas não é do farmacêutico, não é com a qualidade do profissional, sem ela aqui, a farmácia é só um ponto de entrega, um almoxarifado, ainda que bem estruturado, com boas condições sanitárias como eu via no mestrado, nas UBS que não tinham farmacêutico, aqui o técnico é mais qualificado, porque ele é de farmácia.

Há a influência das OSS, que por meio delas é que se estruturou a farmácia e contratou tantas profissionais, obviamente porque existem diretrizes.

Na dispensação, eles dão informações que respondem as perguntas, não vão além, então no caso de dúvida de horário, eles só repetem poderiam fazer coisas para facilitar.

Eu não acho que tenha feito observação participante, porque não me envolvi com os processos de trabalho e fluxos a fundo.

Meu foco aqui foi com os serviços desempenhados por F2 e pelos técnicos.

Acho que ainda tem uma entrega compulsória, mas depende do serviço se observa e as vezes com mais cuidado se coloca alguma informação a mais, alguma pergunta que possa fazer diferença para o paciente, mas eu ainda acho que é porque os técnicos são treinados para esse olhar aqui.

Quando está no dia de abastecer (a cada 15 dias) e começa a faltar várias coisas, e então é sempre um problema dizer que não tem.

O fato de não ser a farmácia responsável pelo pedido, e este centralizado, isenta a UBS de quando vai entregar das faltas que acontecem.

A contagem do estoque é 2x por semana psicotrópicos; 1 x semana antibiótico; 1 x por mês MMH e injetáveis; 1 x por mês geladeira descongelada, finalizando a coleta hoje as 18h40, percebi que no fim do dia há um bom movimento, mas a técnica fica sozinha, somente na dispensação.

Dia 12 – 12/04/2018

Sai as 8h30 de casa, cheguei uma das técnicas estava na dispensação e o outro saiu para o café, tem uma pequena fila. O abastecimento chegou hoje, o quinzenal, as caixas estavam todas para serem organizadas.

Na dispensação sempre há uma orientação mínima.

No caso dos injetáveis, com exceção da insulina e anticoncepcional, os demais são entregues somente para auxiliares de enfermagem.

No abastecimento, quando chega, uma nota já foi gerada antes, porque há um cronograma do ponto de pedido. Este mês foi dia 09/04/2018, a nota foi gerada dia 10/04/2018 e o pedido chegou dia 12/04/2018. Guardam tudo e somente depois dá entrada na nota no sistema, então estará disponível para a dispensação aos pacientes, e no site Aqui tem Remédio possivelmente amanhã.

Do tabagismo, não pode interromper, uma senhora foi fazer um exame e precisava ficar sem tomar por 3 dias, só pode agora dispensar com autorização do médico.

A técnica não pode dispensar, não está autorizado, mas a paciente também fica desassistida, a questão é a comunicação da rede.

Ainda na dispensação, há um movimento razoável, 1 técnico abastecendo e outra atendendo. A equipe da UBS pede várias coisas, dúvidas medicamentos injetáveis, material e por vezes da bastante confusão com paciente/técnico.

Na dispensação sempre há uma tensão do paciente, se vai ter ou não o medicamento, pela dependência por medo.

Mesmo nas mínimas orientações na dispensação muitas delas são pelas demandas do paciente, mas ainda acho que falta muitas coisas.

Uma questão importante, aqui em SP o farmacêutico não pode fazer nenhuma substituição nem referência para genérico, nem fórmula, nem dose e forma, nem associação tipo Buscopam composto. Eu ainda acho que é uma restrição para segurar o acesso.

Hoje ouvi o seguinte de uma técnica “quando eu trabalhava no AMA era um atrás do outro, só dizia -próximo-, quando cheguei aqui na UBS F2 disse “ não é o próximo, é boa tarde sr. ou sra.” É diferente, olha-se, tenta-se algo mais humano e empático, acho que é isso que me motiva a estar na APS, apesar de todos os problemas, isso ainda é um espaço de resistência.

Finalizei nesse dia, as 15h, com agradecimentos e bolinho a equipe da farmácia pela receptividade.

UBS 3

Supervisão Ermelino Matarazzo

Coordenação de Saúde Leste

Bairro: Av. Olavo Egídio de Souza Aranha - Parque Cisper

Dia 1 – 23/11/2018 – sexta

Iniciei a coleta na zona Leste hoje, 23/11/2018, sai de casa as 7h, nesse dia acordei as 6h garantindo que não fosse pegar o ônibus lotado até a estação do Butantã, peguei a linha Amarela e rapidamente estava na estação da República, onde fiz baldeação para a linha Vermelha, da República até a estação Guilhermina Esperança foram 11 estações, metro cheio das 8h da manhã, várias pessoas desceram na Sé, no Brás e no Tatuapé, ao chegar na Guilhermina Esperança já estava praticamente vazio o trem, Peguei outro ônibus até a unidade as 8h17.

O bairro não parece muito periférico, as ruas são largas e bem estruturadas, apesar da região ser periférica, cheguei na UBS as 8h30, procurei a gerente, a Viviane que me apresentou F3.

Já na chegada chamaram F3, sobre uma criança, para tirar dúvidas. A unidade é uma AMA e UBS integrada, então tem 2 equipes de saúde da família, uma equipe da área posto e a AMA, que é um atendimento de urgência de baixa complexidade e por isso tem sempre muita fila, todo o tempo e contabilizando 600 receitas/dia.

É o primeiro dia então eles (profissionais) sempre ficam estranhando a presença de uma pesquisadora, é exatamente igual as outras unidades, acham estranho, mas ao mesmo tempo se sentem lisonjeados de ter uma pesquisadora da USP aqui dentro. É incrível como é um espaço de luta, de sobrevivência, a APS é isso, na empatia, no vínculo, na construção do fazer cotidiano.

Para a coleta na observação você tem que ficar muito atento porque não dá para perguntar tudo, mas também tem que viver o serviço.

F3 também lidera a equipe e tem características de supervisão da farmácia, esse em especial tem agenda no SIGA, de terça, que é uma novidade, ainda não tinha visto ele também. Ele tem outras atividades, grupos terapêuticos (AMG, tabagismo), também achei que ele conhece os pacientes, ele falou das atividades gerenciais, ligadas ao ciclo da assistência farmacêutica (ainda reside esse conceito), mas ele não falou dessas atividades como ruins, porém se fosse para somente fazê-las, não seria satisfeito.

Nas consultas farmacêuticas, ele não pode pedir exames, mas a enfermagem faz para ele, me parece ter um bom vínculo com a equipe.

Por ser AMA, tem uma demanda enorme, porque tem todos os atendimentos na hora, é uma AMA tradicional, tem mais de 30 anos, há outros AMAs próximos, mas as pessoas têm o hábito de vir aqui. Em geral, as dispensações na farmácia são mais da AMA do que da UBS.

A dispensação dos medicamentos utilizados no AMA, também é na farmácia, mas acontece pela porta interna, porque eles usam uma diretriz da OMS de segurança do paciente e que não pode ter mais medicamentos com a enfermagem, na mesma lógica da farmácia hospitalar, a dispensação é unitária, claro a demanda não é muito grande, mas em 1h e 30 min que estou aqui, aconteceu umas 3 vezes, é estranho porque eles não tem lugar apropriado para fazer, nem mesmo funcionários e ainda preferem fazê-lo, acho que é uma regra da OSS.

Já vim agora com F3 para um grupo de alimentação. Tinha ACS também, que trouxeram os pacientes. É um grupo de alimentação sem nutricionista. Ele separou todos os prontuários, conhece todos os pacientes, a maioria é de pacientes idosos, é um grupo só dele e dos ACS. Ele começou o grupo com figuras de alimentos para a ceia de natal. Falou dos alimentos, mas não foi de forma punitiva, depois pesou todos e aferiu a PA, fez auriculoterapia para a ansiedade, no total tem 9 pessoas. No final ele aferiu a glicemia de uma senhora que está com a diabetes descompensada. O grupo durou até as 11h30.

Sobre a estrutura da farmácia. Porta para o corredor interno, longe dos consultórios, logo mesa F3 e dos técnicos para a dispensação, 2 computadores. A dispensação na janela, mas sem vidro, janela pequena para fora da unidade. A demanda é altíssima, fila enorme, atrás estão as prateleiras com bins dos medicamentos e atrás, ainda, uma pequena sala de estoque. A farmácia não tem ar condicionado, tem uns ventiladores, as caixas no almoxarifado não ficam no chão e as janelas são cobertas com tela de proteção contra o sol e insetos.

Os técnicos são 4, hoje uma delas está sozinha pela manhã, não sentou 1 min, super corrido, mas consegue dar o mínimo de orientação, um pouco mais até do que a UBS 1.

Voltei do almoço 12h25.

F3 não estava, estava no almoço, a técnica continuava sozinha.

As atividades de descarte, inventário, limpeza e organização, conferência dos vencidos, controle de psicotrópicos e abastecimento são atividades de rotina diária semanal, mensal. A organização/limpeza e abastecimento dos medicamentos controlados e o descarte correto deles, é realizada 1x ao mês por F3.

O abastecimento acontece da mesma forma que outras UBS, 2 pedidos no mês pelo GSS, 2 entregas no mês.

As 13h chegou outro técnico, mais de idade e que faz aquela entrega clássica de medicamento. Na dispensação, eles também fazem o controle de onde vem a prescrição, só que aqui é direto em uma planilha.

F3 fica muito pouco na farmácia, tem poucas atividades aqui dentro.

O grupo de teste rápido, a VD, tudo é registrado no SIGA, já como atividade F3.

Ele tem grupos:

Segunda de tarde-tabagismo

Terça-consulta farmacêutica

Quarta-AMG todo o dia

Quinta de manhã-grupo (não sei qual) / a tarde administrativo (segundo ele com essa denominação) da farmácia

Sexta-alimentação saudável e auriculoterapia

F3 falou bastante sobre ir além, do medicamento, não só os PRM, nas pessoas com diabetes, vai além, olha o todo, vigilância epidemiológica com acompanhamento das doenças negligenciadas.

Interessante, pois as vigilâncias não estavam sendo citadas por outros farmacêuticos, foi aqui que vi esta atividade acontecendo pela primeira vez.

Desde março de 2016 ele já entrou fazendo essas atividades, essa agenda fechada.

Pós grupo ele coloca a orientação nos prontuários, de todos os pacientes que ele atendeu no grupo da manhã.

F3 tem muito a oferecer, ele tem pró atividade e entende a importância de estar na equipe.

Hoje ele disse, tem 8 enfermeiros para 1 farmacêutico na equipe.

A tarde estive com F3 também em uma reunião sobre a tuberculose. Na reunião estavam presentes a gerente da UBS, enfermeira, F3, psicólogo. Reunião de equipe alinhando as ações e questões, principalmente sobre subnotificações.

O território da UBS abrange 20.000 pessoas.

Bem legal ver F3 nessa reunião, no meio de todos os outros profissionais, super opinando, participativo.

Ele tem muita credibilidade com a equipe, mas ele é bem cobrado sobre isso.

Quando eu comecei o doutorado sempre tive a sensação de que os farmacêuticos ficavam para trás dos demais profissionais, e nessa perspectiva da APS, não focada somente na farmácia clínica. Hoje consigo ver que estamos além, estamos andando juntos. O que desanima são as formações, desvinculadas com a realidade.

Final: 15h.

Dia 2 – 26/11/2018 -segunda

Hoje sai mais tarde de casa, as 8h30, avisei F3 que chegaria mais tarde.

O transporte público estava mais calmo.

Cheguei na UBS 10h18, hoje foi mais estranho, as pessoas pouco te recebem bem, acham estranha.

No primeiro dia fui orientada a deixar minha bolsa no armário da administração, pois não pode deixar na farmácia, hoje quando cheguei, mesmo com F3 lá, as pessoas me olharam com estranheza, mas é assim, a iniciativa do campo.

E isso que a gerente da unidade sabe, imagina se ela não soubesse, eu tenho a chancela dela.

Essa semana terá abastecimento, aí já está faltando vários itens como metformina, dipirona.

Uma dispensação de anticoncepcional, de abril a receita, elas não dispensaram, pois precisava fazer o teste de gravidez.

Quando cheguei na farmácia, F3 não estava, ele fica pouco tempo aqui, nem mesmo supervisiona a dispensação, é um pouco diferente de F2, pois ela tinha mais períodos na farmácia.

Eu não quero estar aqui na farmácia somente, aqui é tão diferente, pois como F3 não tem presença na farmácia, fica meio esquisito fazer coleta dentro.

A farmácia é um espaço pequeno, então mais um pesquisador, acaba atrapalhando, é mais um corpo no espaço.

Na AMA, as dispensações são em grande número, super agitado, então acontece muitas entregas, não adianta forçar a achar que não o é.

A técnica estava me falando sobre como o território é cheio de unidades, mas as pessoas usam muito a farmácia do AMA, é uma característica diferente, pois tem pouco ESF, mas continua sendo Atenção Primária.

F3 continua em outras atividades, que eu não tenho ideia o que está fazendo.

Talvez ele ainda não tenha entendido a pesquisa, é difícil pra gente acessar os serviços, ele é muito bom, reconhecido na UBS, mas fica pouco perto dos técnicos.

Na AMA a lógica do trabalho dos técnicos é diferente, pois eles trabalham em horários mais intensos, não fecham no sábado e feriado. F3 só trabalha de segunda a sexta das 7h as 16h, então há uma falta de vínculo, porque a disparidade de processos de trabalho e atividades é grande, os técnicos me parecem muito mais para dar conta da fila, da enorme fila e demanda da dispensação.

11h e nada F3 estar por perto. Assim como as 11h30.

Porque aqui foi diferente da UBS 2? Porque na UBS 2 a coordenação, supervisão, gerência da UBS e farmacêutica foram sensibilizadas antes, não foi algo imposto.

Mas a observação é assim, é a iniciação com o campo, pode ser de diversas formas, e no meu trabalho foi mais difícil, pois fiz 3x o caminho.

Se você não tiver postura humilde, se os técnicos não entenderem que eles têm a contribuir, não acontecerá de forma legal a coleta.

As consultas farmacêuticas são todas as terças, das 8h as 15h.

Na terça ele só faz consulta com agenda no SIGA, marcando a cada 30 min. É agendado na recepção, e ele não conhece a maioria das pessoas. Foram encaminhados pelos médicos, e ele foi fazendo isso, médico por médico, mas também não entendo que tenha uma vinculação maior com a saúde da família, mas ele vai tentando fazer um serviço mais clínico, na perspectiva da atenção básica.

Interessante, porque com F2 era diferente, ela agendava conforme conhecia os pacientes e suas necessidades, por meio das dispensações e os encaminhamentos pelos ACS e equipe (médico, enfermeiro). Com ele aqui, é demanda, a consulta pela consulta, um desafogador de fila, pois nem todos por exemplo tem algum problema com medicamentos. Minha dúvida é, esse é o caminho para a UBS???

F3 é um excelente clínico, ele faz o que espera-se, sai da farmácia, faz outras atividades bem além disso e da tutela do “espaço farmácia”, mas é a partir de quais necessidades?

Queria ver um pouco da relação dele com os técnicos.

Ele é quem cuida do acompanhamento do grupo do tabagismo e da tuberculose, diferente das outras UBS.

Esse final de coleta de fato está sendo bom para ver:

- Os SF [Serviços Farmacêuticos] na lógica da AMA, que em SP é importante.
- fechar com maturidade a coleta, na observação, pensando sim que é um estudo etnográfico, porém não com a profundidade que deveria ser.
- que há uma diferença real entre os serviços em relação a OSS e Região de SP.

F3 voltou para a farmácia 11h45, perguntou por mim, porém não me falou nada das atividades dele. Eu é que fui perguntar sobre as atividades.

Voltei do almoço as 13h30

Hoje o técnico na volta do almoço falou que F3 não para, e que se eu quisesse estar com ele tinha que ter “rodinhas nos pés”.

A tarde são outros 2 técnicos, uma moça jovem e um homem de mais idade.

Eu acho que não to mais afim, já estava resistente de vir para a ZL, cansada, ai acho que a minha disposição para estar junto é diferente.

Teve orientação de AMG, do aparelinho.

A janelinha da dispensação só serve para isso, eles não tem acesso ao F3.

Quanto querem falar com ele, e ele está na farmácia, falam com ele na porta que é dividida, e forma também uma janela.

Fico pensando que a intimidade com F3 não acontecia mais facilmente, porque a coleta aqui veio da coordenação para a UBS, e quem me atendeu foi a gerente.

F3 me parece até fazer outras atividades da unidade, por exemplo, campanha do 1/12, sobre HIV, ele é o que está liderando a campanha, organizando, ele é interessado, eu não sei se isso é bom ou ruim, porque ele é bem clínico, não se dedica a dispensação a farmácia.

Tanto que não é o seu espaço de atuação, eu fico bem afastada dele, quando to dentro da farmácia.

Mas eu tenho que olhar a totalidade, entender esse processo das evoluções dos farmacêuticos que eu coletei as diferentes propostas de trabalho.

Na dispensação, uma prescrição tinha erro, a pessoa estava sem o medicamento e só teria consulta daqui a alguns dias. O técnico é que pegou a receita e foi conversar com o médico, acho que ok ele fazer, mas ainda sinto falta F3 mais próximo.

A tarde de segunda ele faz um grupo de tabagismo, que inicia as 14h30. Ele está com todos os prontuários dos pacientes, hoje ele começou falando com cada 1, e já fazendo evolução no prontuário.

Os medicamentos são prescritos em consulta?

A renovação da receita é nessa marcação? Eles tem uma agenda manual, só para renovação.

- Diretriz AMA/UBS 2015
- Rastreamento dos med. do AMA
- Lógica da AMA, média de 5 médicos.

A ESF não tem médico, é só enfermeiro e ACS. Então, todas as marcações de médicos e para a UBS, que tem uma lógica de integração com a AMA. A AMA é para suprir demanda de urgência, e F3 sabe que a maioria é de acompanhamento de crônicas.

Vi também F3 junto dos ACS, conversando sobre as campanhas de saúde do homem e HIV/AIDS, educação em saúde e orientação dos ACS.

No final ele falou também que as atividades de controle do estoque, vencidos é tudo os técnicos que podem fazer, que eles são supervisionados.

Que a gerente da UBS trabalha com a perspectiva de equipe multi e inclui totalmente ele nas atividades da equipe, ela cobra ele exatamente como os demais profissionais.

Final: 16h00.

Dia 3 – 27/11/2018 - terça

Hoje é dia das agendas de F3, ele usa a sala do psicólogo, eles dividem. Antes da consulta ele prepara os documentos de registro também pega os prontuários, a consulta iniciou as 8h20. Ele tem a primeira consulta com um senhor mais idoso. Ele também não me apresentou ao paciente.

Revisa os exames e aquilo que está no prontuário.

Conversam sobre a diabetes, e o reconhecimento de que ele tem diabetes.

No prontuário ele escreve várias informações de perfil, das condutas com a alimentação, sono e atividade fsc. Perguntou sobre o uso de medicamentos, pois agora ele está usando somente da PA, mesmo com a diabetes aumentando.

Ele afere a PA.

Engraçado e curioso, ele disse “estou aqui desde as 6h”, e F3 “mas o sr. tava marcado as 8h” e o paciente “mas se não a gente não pega o encaixe”, ele ainda não acredita na agenda.

Faz a ausculta do coração e pulmão.

Bem clínico, muito médico, e me pergunto, pra que?

Foi ver os medicamentos no sistema, pois estava confuso com o que o paciente usava, vai pedir mais exames, mas quem faz o pedido é a enfermagem, falou do medicamento, da metformina, mas não conversou sobre a diabetes dele. Pesou. Viu o dextro. Anota tudo no prontuário. Como a receita venceu, F3 pode liberar a próxima dispensação e já agenda uma consulta com o médico. É a primeira consulta dele com este paciente, deu orientações sobre o uso de sal, os temperos na comida por causa da pa, também falou das farinhas por conta da diabetes. Deu encaminhamento de exame de colesterol. Também marcou a consulta com o médico para ver o colesterol.

Esse paciente veio pela demanda da recepção, geralmente eles agendam quando o SIGA do médico dá fechado, ou seja, não tem vaga (nesse caso foi para dar conta da demanda que o médico não conseguiu atender). A consulta finalizou as 8h50, 30 min.

Eu não posso dizer que uma consulta como está, não traz resolubilidade em saúde, mas a pergunta é, qual resolubilidade, que converse, peça mais exames, deixe o paciente mais calmo, pois foi ouvido e talvez resolva alguma questão, pelo acesso facilitado por F3 a equipe de saúde

Minhas impressões se mantém, ele é super ligado a equipe, integrado, mas sai totalmente da farmácia.

Ele começou a segunda consulta as 9h10. Ele não tinha ideia porque ia atender esse paciente. Começou anotando tudo do perfil do homem adulto, perguntas sobre o uso de medicamento,

exercício fsc, tabaco, família, trabalho, sintomas que sentia, ai foi quando ele se abriu, falou que perde o controle as vezes, ele vai medir a PA. Ele já faz acompanhamento com o psicólogo, que encaminhou para F3 fazer a auriculoterapia, mas ele não sabia, então já vai ver o paciente como um todo, para não perder a oportunidade, acho importante nesse sentido.

Também já vai fazer os testes rápidos, bem esquisito, porque eles não explicam para o paciente o que está acontecendo.

No meio dessa consulta, o médico veio para falar com F3 sobre um paciente com tuberculose, na primeira consulta o médico prescreve e vê o raio x do torax, depois F3 pediu que ele continuaria a acompanhar nos próximos meses, as 3 consultas.

Sobre a consulta com o homem que estava acontecendo, alguns encaminhamentos: revisou tudo, rastreio as DST (sífilis, HIV, hepatite B e C). Marcou consulta médica e encaminhou os exames. Não fez aquilo que ele foi encaminhado. A função para ele foi revisar, fazer um atendimento de rotina, totalmente na perspectiva médico centrada e medicalizante, na doença, pouco no holístico, o paciente falou que estava “explodindo”, por isso estava com o psicólogo, F3 ignorou esse fato, que é a principal queixa dele. é multi, ok, é, mas cada um mexe com o seu trabalho e o que é F3?

Depois ele fez uma auriculoterapia, em uma paciente que fez por 4 meses 1x semana, com um médico e ela disse que não melhorou suas queixas, principalmente pal labirintite.

Iniciou uma nova consulta as 10h, mesmo procedimento das demais. Essa é com uma senhora de 62 anos, viuva, aqui perguntou sobre a renda dela, pois ela não é aposentada. Perguntou sobre os medicamentos, ela reclama de reações da sinvastatina e era para tomar 2, mas já por conta própria diminuiu para 1.

Engraçado como ele faz as perguntas, tipo “a sra. está tomando direitinho os remédios da tireóide?”, e isso ele estava com os resultados dos exames na mão, sabendo que está alterado. Ele registra no prontuário todo o histórico da consulta e encaminhamentos. Ela está com a HB [Hemoglobina Glicada] e a glicose bem altas, com isso ele encaminha para o médico para ver a diabetes, o colesterol alto, que ela não consegue tomar os 2 comprimidos e também o TSH e T4, que estão altos, mas ele continua afirmando/perguntando “ a sra. toma direitinho né?” e encaminha para o médico. Pergunta “ a sra. já reduziu o açúcar na alimentação?”, encaminha para o médico para medicalizar mais, se o médico não ler o prontuário, ele não vai entender o contexto dele e provavelmente ela terá que repetir tudo de novo.

O encaminhamento já é passar para o médico, já que é uma AMA, e é possível, a consulta finalizou as 10h25.

Foi atender uma família, que o filho já tratou tuberculose e agora o pai também. Ele estará começando o tratamento hoje, vai fazer supervisionado na UBS e ai ganha uma cesta básica. Preenche o formulário de notificação.

Ele faz a testagem dos testes rápidos. Os familiares estão, mas F3 conversa com o paciente diretamente, isso deixa a consulta mais ativa.

O medicamento da tuberculose faz aumentar a glicemia, e se subir vai ter que introduzir glicose. Tem que monitorar a função do fígado, de 15 em 15 dias pela enfermagem, mas 1x ao mês passa em consulta com F3 e então agenda com a enfermagem.

1- Outra consulta, início as 11h. Mesmo procedimento. Aferiu PA também, fez teste rápido, não tinha problemas com medicamentos e finalizou. Não sei, tem alguma coisa na essência entre os 3 farmacêuticos que eu não to conseguindo ver.

Pensar a diferença dos três, mas não é para comparar, é só para saber então que é o modelo de serviços farmacêuticos na APS em SP. Foram diferentes os 3, mas é essa essência da diferença que eu não consigo pegar ainda.

Ele registra no SIGA todos os atendimentos. Registra na ficha de atendimento individual, que depois vai para o adm colocar no ESUS. Também dá um ok no SIGA, que é o de agendamento. Também tem usado o CIAP, que é um cadastro com um número para cada agravo, mas ele é bem focado no diagnóstico, mas ele usa.

Hoje ele tem a agenda toda até as 15h para consultas, mas não tem agendamento porque ele estava de férias, caso não estivesse teria o dia todo.

Quando sai o caminhão do abastecimento quinzenal estava chegando e F3 nem sabia que estava. Toda a checagem e organização é responsabilidade dos técnicos.

Final: 12h00.

Dia 4 – 28/11/2018 - quarta

Hoje a agenda F3 é somente para a entrega dos insumos do AMG. Ele tem o dia de quarta reservado para isso. Por isso vim as 9h30, cheguei as 11h.

F3 estava na mesa dele e as entregas dos insumos acontecem pela porta, com horário agendado, a cada 30 min, mas é uma vez por mês.

Hoje já achei que a equipe da UBS me recebeu melhor, já me conhecem, foi mais fácil de guardar a bolsa, mas na farmácia ainda continua um clima difícil de conseguir quebrar.

F3 usa o sistema, o Glicosys, acho que é o da leitura dos glicosímetros.

Eu sempre tinha a sensação de “acho”, porque estava difícil acessar as informações com clareza.

É um pouco assustador esse lance da janela de dispensação ficar fora da UBS-AMA, porque caracteriza muito uma entrega de medicamentos.

Aqui é a farmácia que menos F3 fica, dente àquelas que coletei, e isso reflete na dispensação.

E os pacientes que ele agenda no AMG, ele já olha o prontuário, tem o laudo médico e o controle que é registrado mensalmente.

Quando não tinha mais ninguém para atender na manhã, ele foi para alguma reunião e não me chamou.

Mas tem uma técnica que cuida dos insumos, do controle de estoque.

Eu acho que o tempo de adaptação a coleta acontece na primeira semana foca assim nas demais UBS, mas agora eu estou mais cansada, sem muito disposição para o campo e somado a ser em uma AMA, que a farmácia tem um fluxo enorme, então está mais forçado, mais difícil.

É meio dia e F3 vai almoçar, então aqui ficarei, esperando.

Então nesse horário teve uma dispensação de AMG foi a técnica que fez, fez o registro e pronto. Fui e voltei do almoço, F3 não estava na farmácia, não o vi em nenhum lugar. A dispensação do AMG estava continuando sendo feita por outra técnica. Acho que é um serviço supervisionado por ele.

F3 passa na farmácia e rapidamente os pacientes do AMG o abordam para tirar dúvidas, é isso, ele continua sendo uma referência, ele tem vínculo com as pessoas.

13h30 F3 voltou para a farmácia e já assumiu o AMG, já reagenda novamente para os pacientes do próximo mês. Ele atende 40 por dia, descarrega as medições de glicemia no sistema, que depois poderão ser usadas, coisa que não acontecia na 1 UBS.

Caso o paciente não traga o glicosímetro para ver as medições, não é dispensado, pois precisa ter um controle da quantidade e das fitas para medir, diz F3 que é racional, então não usam, muito para o acompanhamento do paciente.

Acho que F2 liderava mais a equipe, F3 aqui não parece muito agregador.

Que interessante

Fui em 3 UBS.

A primeira F3 não saía da farmácia, dificilmente acessava a equipe.

A segunda era onde o trabalho da farmácia acontecia mais em equipe, e portanto mesmo com a farmacêutica saindo da farmácia, a dispensação acontecia de forma mais eficaz e humana. Não eram trabalhos isolados: técnicos-----F3.

Na terceira UBS, F3 fica menos na farmácia, o trabalho em equipe acontece, mas pouco integrado

Bom olha isso em uma linha do tempo.

Técnico que pede a F3 para aumentar o CMM.

Quando F3 está na farmácia os técnicos tiram dúvida sim da dispensação, as vezes, notam erros de prescrição, tem um olhar de alerta, mas sem F3 lá ou se não estiverem bem treinados, simplesmente vai passar.

F3 ficou atendendo a tarde todas os pacientes do AMG. Encerrei a coleta hoje as 15h

ANEXO G – Artigo publicado nas Atas - Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud do Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa - Lisboa – Portugal – 2019.

Observação participante de serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, Brasil: primeiras impressões

Samara Jamile Mendes¹, Silvana Nair Leite² e Sílvia Storpirtis³

¹ Departamento de Farmácia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, Brasil. samarajm@gmail.com

² Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. silvana.nair@hotmail.com

³ Departamento de Farmácia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, Brasil. sstor2011@gmail.com

Resumo. Os serviços farmacêuticos (SF) na Atenção Primária à Saúde (APS) são definidos como um conjunto de ações no sistema de saúde que visam garantir a atenção integral e contínua das necessidades e problemas de saúde da população, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais. Para verificar como ocorrem os serviços farmacêuticos na APS foi necessário um aprofundamento analítico, alcançado com a pesquisa de campo. O objetivo deste artigo é apresentar as primeiras impressões da observação participante sobre os serviços farmacêuticos realizados em três Unidades Básicas de Saúde. Corresponde a um estudo de observação, com abordagem etnográfica, cujo desenvolvimento motivou modificações nas hipóteses, por meio da análise de indução e da teoria enraizada. Destaca-se, positivamente, o uso de metodologias de observação direta em estudos na área da Farmácia, uma vez que estes possibilitam reflexões a partir do sujeito que vive a problemática relacionada a pesquisa, neste caso, os SF na APS.

Palavras-chave: Serviços Farmacêuticos; Atenção Primária à Saúde; Observação Participante; Pesquisa Qualitativa.

Participant observation of pharmaceutical services in Primary Health Care, Brazil: first impressions

Abstract. Pharmaceutical Services (PS) in Primary Health Care (PHC) are defined as a set of actions in the health system which aim to assure the integral and continuous attention of the needs and health problems of the population having the medication as one of the essential elements. In order to verify how the PS in PHC happen, an analytical deepening was necessary, with field research. The objective of this article is to present the first impressions of the participant observation about the PS in three Basic Health Units. These observation study apply ethnographic approach. It was already possible to verify modifications in the hypothesis, through the analysis of induction and the of rooted theory. The use of methodologies of direct observation in studies in the area of pharmacy is positively highlighted, since they present reflections from the subject that lived the problematic of the research, in this case, the PS in the PHC.

Keywords: Pharmaceutical Services; Primary Health Care; Observation Participant; Qualitative research.

1 Introdução

No Brasil, há mais de 20 anos, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) e é a aposta para a mudança do modelo assistencial (Pinto & Giovanella, 2018), pois considera o sujeito na sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (Brasil, 2006). Há também uma ampla discussão sobre a atuação do farmacêutico no cuidado à saúde, especialmente na APS, o que tem facilitado o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos em equipes multiprofissionais, e contribuído para o uso do medicamento de acordo com as necessidades em saúde (Carvalho et al., 2016; Nakamura & Leite, 2016).

No entanto, ainda não há consenso no Brasil sobre o que designa o termo serviços farmacêuticos (Costa et al., 2017), apesar de seu desenvolvimento estar ocorrendo há alguns anos. Os modelos