

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO- MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Carlos Roberto Alves de Lisboa

**FARMACÊUTICO DOMICILIAR:
UMA NOVA PRÁTICA EDUCACIONAL?**

Santa Cruz do Sul

2013

Carlos Roberto Alves de Lisboa

**FARMACÊUTICO DOMICILIAR:
UMA NOVA PRÁTICA EDUCACIONAL?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado. Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Educação, Trabalho e Emancipação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosa Maria F. Marttini

Santa Cruz do Sul

2013

Carlos Roberto Alves de Lisboa

**FARMACÊUTICO DOMICILIAR:
UMA NOVA PRÁTICA EDUCACIONAL?**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado; Área de Concentração em Educação; Linha de Pesquisa em Educação, Trabalho e Emancipação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação

Dr^a. Rosa Maria F. Marttini
Professora Orientadora

Dr^o. Cesar Hamilton Brito de Goes
Professor examinador – UNISC

Dr^a. Denise Bueno
Professora examinadora – UFRGS

Santa Cruz do Sul
2013

RESUMO

O presente estudo demonstra uma visão qualitativa da assistência farmacêutica em especial o eixo da atenção farmacêutica, o qual propôs uma intervenção mais humanizada utilizando como método a união do método de acompanhamento farmacoterapêutico e a técnica educativa de Paulo Freire denominado círculos de cultura o qual proporcionou a captação de PRM's (problema relacionado ao medicamento) e intervenções simultâneas com o consentimento e conhecimento do usuário. O problema de pesquisa ficou marcado pela necessidade de se saber o que acontece com o usuário de medicamentos que utiliza o serviço de saúde da família. Os resultados encontrados demonstraram que existe uma carência na atenção voltada ao acompanhamento de usuário de medicamentos, o usuário recebe muita precaução em todo o ciclo da assistência farmacêutica até o momento da prescrição e acesso aos medicamentos dessa etapa a diante o usuário demonstra somente dúvidas e dificuldades para o uso correto do tratamento o que gera um colapso de todo ciclo da assistência farmacêutica. A evolução do ciclo da assistência farmacêutica está ligada ao progresso do serviço da saúde da família e de todo o atendimento de assistência básica, pois a falta de educação em saúde voltada ao uso racional dos medicamentos compromete todo o Sistema Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Circulo de cultura. Atenção Farmacêutica. Saúde da Família. Educação. Educação Popular em Saúde.

ABSTRACT

The present study demonstrates a qualitative view of pharmaceutical care in particular the axis of pharmaceutical care, which proposed a more humane method using as the union of pharmacotherapeutic monitoring method and educational method of Paulo Freire called crop circles which provided the funding PRM's (problem drug related) and simultaneous interventions with the consent and knowledge of the user. The research problem was marked by the need to know what happens to the drug user who uses the service family health. The results showed that there is a lack in attention paid to monitoring drug user, the user receives a lot of attention in the whole cycle of pharmaceutical care until the time of prescription drugs and access to the front of this stage the user shows only doubts and difficulties for the correct treatment which causes a collapse of the entire cycle of pharmaceutical care. The development cycle of pharmaceutical care is on the evolution of the service family health care and all primary care because of the lack of health education focused on rational drug use undermines the whole National Health System.

Key-Words: Pharmaceutical Assistance. Circle of culture. Pharmaceutical Care. Family Health. Education. Popular Education in Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Ciclo da Assistência Farmacêutica e seus componentes	23
Figura 2- Evolução do ciclo e inclusão de novos componentes	24
Figura 3 -Descrição da sistemática do serviço de saúde local	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Classificação dos Prms	16
Tabela 02 - Diferença entre os tipos de atendimento	16

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
APS	Atenção Primária de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CF	Comissão de Farmácia e Terapêutica
COMARE	Comissão Multiprofissional de Atualização da Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais
DM	Diabete Melito
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PRM	Problema Relaciona ao Medicamento
PRÓ- SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de conclusão de Curso
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	13
2.1	Objetivo Geral:.....	13
2.2	Objetivo Específico:	13
3	JUSTIFICATIVA:.....	14
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4.1	Breve Histórico das Políticas Públicas e Saúde Coletiva no Brasil.....	16
4.2	Contextualização da profissão Farmacêutica no Brasil	19
4.3	A Assistência Farmacêutica no Brasil.....	22
4.3.1	A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: pesquisa e desenvolvimento de medicamentos	25
4.3.2	A Assistência Farmacêutica e o seu ciclo: seleção de medicamentos	25
4.3.3	A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: programação e aquisição de medicamentos	27
4.3.4	A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: armazenamento de medicamentos e insumos para saúde.....	29
4.3.5	A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: prescrição	30
4.3.6	A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: dispensação de medicamentos	30
4.3.7	A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: atenção farmacêutica	31
4.3.7.1	O Acompanhamento Farmacoterapêutico e seus modelos	32
5	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	38
5.1	O Que é Aps?.....	38
6	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	39
6.1	Estratégia Saúde da Família e sua funcionalidade.....	40

7.	Educação Popular e Saúde.....	41
7.1	Saber ouvir.....	43
7.2	Desmonstrar Visão mágica	44
7.3	Aprender/ Estar com o outro	45
7.4	Assumir a ingenuidade dos educandos.....	46
7.5	Viver pacientemente com impaciência:.....	46
8	METODOLOGIA	47
8.1	A Proposta:	48
9	RESULTADOS.....	50
9.1	O funcionamento do serviço de saúde local	50
9.2	O que diz o prontuário clínico.....	52
9.2.1	Os prontuários.....	52
9.2.2	A descrição dos prontuários:.....	52
9.3	Agente Comunitário de Saúde: uma descrição por suas palavras.....	57
9.4	Círculo de cultura e seu intermediário	59
9.4.1	Do posto até a fronteira do portão.....	59
9.5	O Primeiro contato	60
9.5.1	A espera por um convite.....	60
9.6	O Círculo de Cultura e sua formação	61
9.7	O “valor” de cada medicamento	66
9.8	O que significa usar medicamentos?	67
9.8.1	Você toma os medicamentos com o quê?	67
9.9	Farmácia Caseira: A caixa de Pandora.....	69
9.9.1	O que você faz com os medicamentos vencidos?	71
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS.....	75

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se hoje como um sistema integrador capaz de unificar serviços em diversos níveis de atenção à saúde, da mesma maneira que promove a integração de diferentes profissionais da saúde para que a qualidade de vida da população seja contemplada na íntegra.

O setor de atenção primária à saúde é considerado como porta de entrada para o SUS, e é representada pela unidade básica de saúde e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse é um setor responsável pela saúde da maioria da população brasileira, a ESF tem como objetivo realizar o acompanhamento de uma determinada população combatendo de forma preventiva e educativa as principais patologias e agravos como Diabetes melito (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A ESF apresenta um funcionamento e uma estrutura normatizada por diretrizes e portarias. A ESF é formada por uma equipe multiprofissional, na qual o profissional farmacêutico não está inserido, sendo assim, a equipe de ESF é formada basicamente pelo serviço de enfermagem, medicina e odontologia. Porém, uma das principais e mais utilizadas ferramentas para a resolução e minimização de problemas de saúde no mundo são os medicamentos e esses estão presentes na ESF e em praticamente todos os demais serviços de saúde.

O Farmacêutico, como profissional do medicamento, está apto a trabalhar em caráter multiprofissional e é capaz contribuir para o aumento da qualidade de vida da população atendida e usuária de medicamentos através dos serviços farmacêuticos, como a atenção farmacêutica e em especial com o acompanhamento farmacoterapêutico, proporcionando maior segurança ao usuário e prescritor, aumentando a adesão ao tratamento e garantindo um maior acesso aos medicamentos.

O presente estudo apresentou dois questionamentos referentes a um elemento da Assistência Farmacêutica, a Atenção Farmacêutica esse elemento que faz a ligação entre a prescrição e o uso racional do medicamento.

O que acontece com o usuário de medicamentos da unidade de ESF Glória/Imigrante? Qual e relação do usuário com seus medicamentos?

Esses dois questionamentos foram respondidos através de uma análise qualitativa, que envolveu a classificação de PRM's e o uso do círculo de cultura, juntamente com outras ferramentas logo mais descritas na metodologia e nos resultados. O presente estudo demonstrou que a efetividade do serviço farmacêutico e de saúde pode ser melhorada quando o profissional de saúde se reorienta em uma nova maneira de orientação, uma nova forma de efetivar a troca de saberes, sem provocar algum choque cultural.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral:

- Desenvolver a educação em saúde dentro da ESF Glória/Imigrante, utilizando como ferramenta a atenção farmacêutica.

2.2 Objetivos Específicos:

- Analisar o histórico clínico de usuários previamente selecionados pela agente comunitária de saúde;
- Observar e descrever o funcionamento do serviço de saúde local.
- Promover uma atenção farmacêutica que implique na educação para o uso racional do medicamento;
- Analisar os PRM's encontrados;
- Desenvolver o círculo de cultura com o método de acompanhamento farmacoterapêutico.

3 JUSTIFICATIVA

Para a realização do presente estudo foram levados em consideração os resultados e as perspectivas obtidas pelo trabalho de conclusão de curso (TCC) que realizei em 2009 para obtenção do título de Farmacêutico pela UNISC, no qual eu pesquisei o perfil do profissional e qual a qualidade de conhecimento desse profissional sobre os medicamentos que realizava a entrega para usuários das ESFs dos municípios que compõe a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

A 13ª CRS é composta por 13 (treze) municípios, desses 13 (treze) somente 7 (sete) municípios foram incluídos no estudo, devido a critérios metodológicos. Os resultados apontaram que até 2009 não existia farmacêutico presente nessas unidades de saúde e que a entrega de medicamentos era realizada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes administrativos.

A qualidade do conhecimento foi analisada através de um questionário com 60 (sessenta) questões semiestruturadas, formulado por um farmacêutico. Após aplicar e analisar o instrumento de coleta de dados foi apontado que a diferença entre enfermeiros e técnicos de enfermagem foi de 1 (um) ponto seguido de 2 pontos de diferença dos agentes comunitários de saúde e o que causou surpresa foi que os agentes administrativos tiveram nota superior a dos enfermeiros e técnicos.

No questionário havia uma questão inicial onde se perguntava sobre a importância da presença do profissional farmacêutico na ESF e essa questão era repetida no final do questionário. O resultado referente a essa primeira pergunta, antes de ser aplicado o questionário revelou uma rejeição de 80% dos participantes e, após responder o questionário, o resultado de aceitação foi de 100%, pois todos afirmaram que a presença do farmacêutico se fazia necessário. Dos 60 (sessenta) participantes, nem um atingiu o valor mínimo (50%) de acertos que era de 30 questões, já que o questionário era composto por 60 questões.

Após analisar esse resultado, pude concluir que o profissional farmacêutico sofre exclusão da saúde coletiva, possivelmente por resquícios históricos causados e fortalecidos pelo capitalismo. Outra preocupação apontada por esse estudo foi a qualidade do serviço, da própria assistência farmacêutica: qual será a consequência desse baixo conhecimento sobre os medicamentos? Qual será a resposta do tratamento farmacológico? Já que cada medicamento e pessoa apresentam sua

diferença química e biológica. E será que o aumento do consumo de medicamentos em especial para diabetes e hipertensão está diretamente ligado a falta de esclarecimento e educação em saúde direcionada ao uso racional de medicamentos?

Outro ponto que trago como justificativa desse trabalho é a minha experiência como funcionário da Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul em 2009, alocado na Secretaria Municipal de Saúde, especificamente na Farmácia Municipal ocupando o cargo de Farmacêutico com uma carga horária de 20 (vinte) horas semanais. Dessas 20 (vinte) horas, 8 (oito) horas semanais eram destinadas a um projeto entre a UNISC e Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul na ESF – Glória / Imigrante, com a finalidade de organizar a farmácia interna e dispensar medicamentos durante as reuniões do grupo de DM e HAS.

Sendo assim pude observar o que realmente o funcionamento de uma ESF e a carência de informações e técnicas para o ensino e um bom uso da principal e a mais utilizada ferramenta em saúde que é o medicamento.

Devido à relevância do tema cabe descrever que o objetivo de identificar os Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM's) utilizando uma metodologia mais humanizada e educativa justifica essa pesquisa. O estudo está alocado dentro de um projeto de extensão pertencente ao Curso de Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) denominado "Farmacêutico Domiciliar: Uma nova prática profissional" em execução junto ao serviço de saúde ESF Glória / Imigrante – Pró – Saúde II, que também é um projeto cooperado entre UNISC e Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Breve Histórico das Políticas Públicas e Saúde Coletiva no Brasil

Com a chegada do século XX, a população dos grandes centros urbanos depositou volumosas expectativas de prosperidade com as promessas de aumento da perspectiva de vida, avanços na medicina e nas ciências e tecnologias. A implantação de energia elétrica em alguns centros trouxe novos ânimos para a organização da produção de manufaturados e novos rumos para a organização urbana no Brasil. Porém, o aparecimento de doenças (epidemias) ou “miasmas”, ou o surgimento como doenças desconhecidas acabaram ocasionando o caos nos principais centros urbanos, devido a falta de orientação e de estudos e principalmente de estratégias epidemiológicas, pois contavam com gestores despreparados politicamente, que deixaram abandonada a parte mais vulnerável da sociedade, ou seja, as pessoas sem assistência social e saúde que dispunham somente da caridade da igreja, dos chás e das benzedadeiras para aliviar seus sofrimentos (CONASS, 2007)

Com o caos proporcionado por essas epidemias e com a falta de políticas sanitárias, os portos brasileiros sofreram grande rejeição dos navios estrangeiros e, por sua vez, da população imigrante que esses navios transportavam. Com isso, a parte dominante da sociedade. Os senhores do café, políticos e empresários donos de armazéns de café reivindicavam junto ao governo soluções para redução da mortalidade por essas doenças, podendo assim disfrutar de uma mão de obra mais barata e aumentar seus lucros (HOCHMAN, 2006).

O governo logo se organizou para desenvolver ações para minimizar o caos das epidemias. Essas epidemias, sendo em sua maioria, eram causadas por doenças tropicais como a dengue, febre amarela e malária. Os fatos que marcaram esse período foram à nomeação de Osvaldo Cruz como gestor da saúde e a criação do primeiro Instituto Soroterápico, construído em Manguinhos – Rio de Janeiro. A política de saúde aplica nesse seguimento uma política que tratava como inimigos da saúde pública as pessoas que se negassem a se vacinar. Esse fato ficou conhecido como a revolta da vacina, uma vez que essas imposições causam a revolta e a manifestação da população contra a vacinação obrigatória (BARROS, 2011).

Ao mesmo tempo em que se instaurava a revolta da vacina no Rio de Janeiro em meio à epidemia de varíola, em São Paulo o médico Emílio Ribas realizava estudos com doentes de febre amarela, pois suspeitava que a doença não era transmitida diretamente de pessoa para pessoa e sim por um vetor (mosquito). Com base em seus estudos, o médico Emilio Ribas foi recomendado para gerir o plano sanitário do porto de Santos, que este fato gerou um aumento na imigração e, conseqüentemente, o crescimento imediato da mão de obra nas cidades.

Com o aumento populacional das grandes cidades, a oferta de trabalho foi estabelecida principalmente pelo setor industrial, que ainda não ofertava boas condições de trabalho e direitos aos trabalhadores. Nesse período ocorrem as primeiras organizações de classe, no caso, a classe operária, para reivindicar melhores condições de trabalho e assistência social e a saúde. A criação ou a proposta de criação de fundos de aposentadoria e assistência à saúde foram cogitados pela classe política para garantir a tranquilidade dos patrões, que estavam sofrendo com a greve operária.

Com a grande aglomeração populacional e a falta de assistências e organização urbanística, surgem as primeiras experiências com o Centro de Saúde e juntamente assim, o aparecimento dos termos: Saúde coletiva, núcleo familiar, atendimento integral à saúde. Esses termos davam características ao serviço social e ações educativas praticados nesse local. O centro de saúde foi descrito pelo médico Sanitarista Geraldo de Paula Souza que apostava numa nova visão da saúde pública. Esse centro de saúde, contando o médico sanitarista e os educadores sanitários, seria o contraponto das ações sanitárias obsoletas de espírito “policia” de outras épocas (BARROS, 2011).

Para desenvolver essas ações de saúde pública, o governo necessitava realizar investimentos e para tal estratégia criou um sistema de aposentadoria em forma de associação, no qual o trabalhador contribuía de forma mensal com uma parte de seu salário, para garantir sua assistência à saúde ao final de seu tempo de serviço. Esse sistema de arrecadação chamado de IAPS proporcionou ao governo uma excelente arrecadação, o que bastou para a classe político dominante se apoderar desse recurso e ter facilidades para investir o dinheiro da saúde em suas indústrias.

A invasão nazista na Polônia propiciou a Segunda Guerra Mundial impulsionou em todo o mundo a produção e o desenvolvimento tecnológico praticamente em

todos os setores. No Brasil a segunda Guerra proporcionou a injeção de recursos estrangeiros para a pesquisa científica em locais mais remotos e, nesse caso, o órgão referente foi o Serviço Especial de Saúde Pública, no interior do país (SESP). O objetivo dessas interiorizações foi o acompanhar os soldados americanos designados aos seringais para produção e pesquisa da borracha, em contrapartida o governo recebia insumos para realizações de pesquisas paralelas como a socialização e o estudo de culturas indígenas.

Com o final da Segunda Grande Guerra, a criação do Ministério da Saúde, decretado pelo presidente Getúlio Vargas, formalizou o setor responsável pelas políticas de saúde, pois durante esse período, o confronto entre o modelo de centros de saúde e o modelo clínico / especialista gerou grande crise no setor com a construção de hospitais “modernos” com recursos públicos para o atendimento de planos particulares. Nascia assim a medicina de grupo, os planos privados de saúde (SILVA,2009).

Na formação do Ministério da Saúde as divisões das políticas de saúde também ficaram divididas entre as correntes de saúde pública clínico / especialista, caracterizado pelo tratamento verticalizado das doenças comunitárias com dengue, sarampo, tuberculose, varíola, febre amarela, que apostavam na institucionalização de tratamentos, como construção de leprosários para o tratamento da lepra, sanatórios para os tuberculosos e assim, para cada doença uma instituição. E em contraponto, a outra corrente que articulava a saúde para todos de maneira preventiva, buscando uma maior aproximação entre a medicina e a real situação social de uma específica comunidade. Assim, as políticas foram seguindo o caminho da descentralização das ações em saúde, dividindo as responsabilidades com as esferas estaduais e municipais (COSTA, 2004).

Com o golpe militar de 1964, o governo contraditoriamente criou e incentivou com insumos oriundos da União, a política de saúde voltada a expansão de serviços médicos especializados privados e dos hospitais, onde as ações educativas não tinham espaço significativo.

A “tranquilidade” social, imposta pela repressão política militar, possibilitou que o regime voltasse suas ações para a expansão da economia, diminuindo os gastos com as políticas sociais e programas em longo prazo. O crescimento da medicina em grupo e serviços privados foram alvo de grandes investimentos do governo militar destinados, a classe elitizadas (Ministério da Saúde, 2007).

4.2 Contextualização da profissão Farmacêutica no Brasil

Durante século XIX até o início do século XX, o farmacêutico foi o responsável de forma global pela produção e manufatura de substâncias e medicamentos, entretanto, com o acontecimento da Segunda Guerra Mundial e a implantação da industrialização e com o investimento em pesquisas de produção com o avanço do capitalismo de forma dominante proporcionou-se à profissão um seguimento oposto. Para regiões pobres em desenvolvimento como África e América Latina, a instalação das indústrias Farmacêuticas foram fatores determinantes para a perda do prestígio profissional e para a instauração de uma crise na Farmácia (LYRA, 2006; IVANNA 2002).

Na história do Brasil, o nome do Farmacêutico é citado não só como um mero fornecedor de medicamentos, mas sim com uma forte ligação com a comunidade onde estava inserido, e sua representatividade como profissional de saúde era marcante e bem definida e o estabelecimento farmacêutico era um estabelecimento sanitário, além do mais, a farmácia era local de encontro e reuniões da cidade (SANTOS, 1993).

No Brasil, a industrialização provocou um grande impacto, pois a imagem do farmacêutico estava ligada à manufatura artesanal de medicamentos e com o crescimento da sociedade de consumo, com a substituição da manufatura artesanal de medicamentos pela industrialização e a produção em massa, com sua complexidade tecnológica exigindo uma nova formação com um perfil diferenciado para o novo processo, sendo assim, o boticário (farmacêutico), sem recursos para sobreviver ao mundo de medicamentos prontos, acabou sendo devorado pelo antropófago cartel das multinacionais (ALVES, 2002).

A reforma curricular do ensino de Farmácia de 1969 foi realizada com o intuito de preencher essa lacuna do profissional farmacêutico, mas, na realidade, proporcionou à profissão farmacêutica e a sociedade enormes prejuízos que ainda são sentidos até nos dias de hoje. A reforma curricular excluiu a possibilidade da incorporação de temas e ações voltadas diretamente para a saúde pública e sanitária na formação do farmacêutico. Na construção do novo currículo havia a predominância marcante do paradigma científico, voltado para ideias, conceitos e métodos, com ênfase na formação tecnológica. Assim, o ato de dispensar

medicamentos passou a ser considerado apenas um dos elos da industrialização dos medicamentos, contrariando processos básicos da atenção à saúde e os interesses da população (LYRA, 2006).

Com isso, houve a fragmentação da profissão, que foi dividida em habilitações, promovendo a descaracterização do farmacêutico como profissional do medicamento. Sem poder produzir medicamentos, os farmacêuticos perderam o interesse pela farmácia e buscaram refúgio em outras atividades como as análises Clínicas (IVANNA, 1999). À medida que a farmácia comunitária foi deixando de expressar seu objetivo, no seu microuniverso, o local de ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde, o farmacêutico passou por uma grave crise de identidade e de falta de certeza quanto a sua missão profissional, causando a ruptura do elo com a sociedade. No mesmo período, a transformação das farmácias comunitárias, em meros pontos de venda, proporcionou a banalização do uso dos medicamentos (OPAS, 2005).

O estigma deixado a partir da década de 70 com a legislação precária e equivocada, que classifica os estabelecimentos farmacêuticos e dá o direito da livre propriedade à drogaria, a má formação profissional e ineficiente atividade do farmacêutico (Lei 5.991/1973).

Esse cenário foi configurado pela mercantilização da farmácia comunitária, o seu domínio por entidades de índole diversa, a caracterização do farmacêutico como “profissional desnecessário” e a política de baixos salários, proporcionando condições favoráveis para atitudes esdrúxulas e antiprofissionais, como o surgimento do costume de “assinar” farmácias (prática compactuada com os donos de farmácia, no recebimento do salário, sem ir trabalhar) e a difusão do uso indiscriminado baseado em propagandas e interesses da indústria ou a simples impressão de que os medicamentos seriam a solução todos os males, essa prática ficou conhecida como a “empurroterapia” (FARINA, LIEBER, 2009).

No período dos anos 80 e 90 imperou o conceito de medicamentos como meio de consumo, no qual o bordão criado pela indústria farmacêutica “Se não fizer bem, mal não faz” foi muito utilizado nesse período com a ideia de que os medicamentos seriam a real solução dos problemas de saúde ou até mesmo um refúgio para as doenças ou problemas não diagnosticados, o medicamento foi vendido com a ideia de que a pílula mágica traria todos os benefícios, muito bem demonstrados em propagandas altamente elaboradas com um elenco de atletas e artistas em horários

nobres do rádio e TV, revistas e jornais de grande circulação e, claro, a propaganda mais eficaz, que é a propaganda junto a médicos e dentistas (LYRA,2006).

Como consequência, vários Projetos de Lei foram encaminhados ao Congresso Nacional, com objetivo de acabar com a obrigatoriedade dos farmacêuticos nas farmácias comunitárias. Do mesmo modo, a negligência dos profissionais nas farmácias comunitárias, deixou a sociedade por diversas vezes à mercê dos interesses econômicos, haja vista, a problemática dos medicamentos falsificados (1997), a venda de medicamentos em supermercados (1997), as dúvidas sobre a qualidade dos genéricos (1999) e CPI dos medicamentos (2000).

Ademais, o farmacêutico também deixou de ser percebido pelos demais profissionais de saúde como um ator essencial para o planejamento e execução das políticas de saúde. Concomitantemente, o movimento de contestação ao denominado “Projeto Biomédico” no início dos anos 80, mobilizou a categoria, inclusive o movimento estudantil, no sentido de preservar a profissão Farmacêutica (COSTA, 2004).

As discussões da época desencadearam muitos questionamentos e debates quanto à atuação, a formação e a prática farmacêutica que se prolongaram até hoje. Tais discussões resultaram no processo de busca de uma nova identidade profissional e social, de seu compromisso com a transformação da realidade e da construção do modelo de Assistência Farmacêutica (IVAMA,1999).

A convergência desses acontecimentos foi relevante para que ocorressem diversas mudanças e conquistas fossem alcançadas pela profissão e pela sociedade no final do século passado e início deste, como: aprovação do substitutivo Ivan Valente - que garantiu a manutenção do farmacêutico na farmácia comunitária (1997), Portaria nº 3.916/98 - Política Nacional dos Medicamentos (1998), da Lei 9.787 – Lei dos Genéricos (1999), do Currículo Nacional de Graduação em Farmácia - Farmacêutico Generalista (2001), Resolução nº 357/CFF – Boas Práticas em Farmácia (2001), RDC nº 33 - Boas Práticas em Farmácia Magistral (2001), da realização da Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (2003), resolução nº338 – Aprova e descreve a Política nacional de Assistência Farmacêutica (2004), Decreto nº 7.508 - Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (2011). Esta “revolução silenciosa” desencadeou um processo de reconstrução da

identidade profissional e de discussão sobre a humanização da Assistência Farmacêutica, como um pilar essencial das políticas sanitárias.

4.3 A Assistência Farmacêutica no Brasil

O modelo de Assistência Farmacêutica é brasileiro e surgiu em meados da década de 70, sendo este processo que visa a recuperação e proteção da saúde pública em todos os seus âmbitos. Com os novos caminhos do Sistema Único de Saúde (SUS) sentiu-se a necessidade da instauração de um processo que uni as diferentes ações e seus financiamentos distintos para um conjunto de ações que, basicamente, sustentasse os demais serviços de saúde (SANTOS,1999).

Os medicamentos considerados insumo fundamental para a proteção e recuperação da saúde do indivíduo e, hoje, o recurso mais utilizado pela medicina moderna para tal finalidade, foi o objeto estratégico para a criação de uma política pública de saúde que favorecesse o seu acesso e assim se adequando aos novos objetivos do SUS, como a descentralização das ações através da municipalização do sistema de saúde, favorecendo assim uma maior caracterização epidemiológica e uma maior adequação dos serviços e ações em saúde, evitando o desperdício de recursos.

Após ampla discussão, foi então aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) que passou a nortear todas as ações do Ministério da Saúde, quanto à gestão de medicamentos do setor público (SAÚDE, 1999). A PNM teve como base os princípios e diretrizes do SUS, integrando os esforços voltados à consolidação do mesmo, contribuindo ao desenvolvimento social do país, orientando a execução das ações e metas fixadas para o Ministério da Saúde (SANTOS,2000). Segundo a PNM (1999), Assistência Farmacêutica pode ser conceituada como o:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, envolvendo o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais da saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional dos medicamentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada em 2004, com base na ideia de que é “política norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde”. Aspectos importantes desse tema são encontrados em Marin e colaboradores (2003) e uma discussão sobre os marcos legais das políticas de medicamentos na última década poderão ser encontrados em Kornis e colaboradores (2008). A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada pela Resolução n. 338/04 do Conselho Nacional de Saúde.

A Assistência Farmacêutica, em sua essência, é a descrição da profissão farmacêutica, sendo esse profissional responsável por sua gestão. Durante sua vida profissional, o farmacêutico jamais sairá de sua caracterização da assistência farmacêutica. Na figura abaixo descrevo a Assistência Farmacêutica em seu ciclo primário, bem simplificado e logo após descrevo a Assistência Farmacêutica e sua evolução.

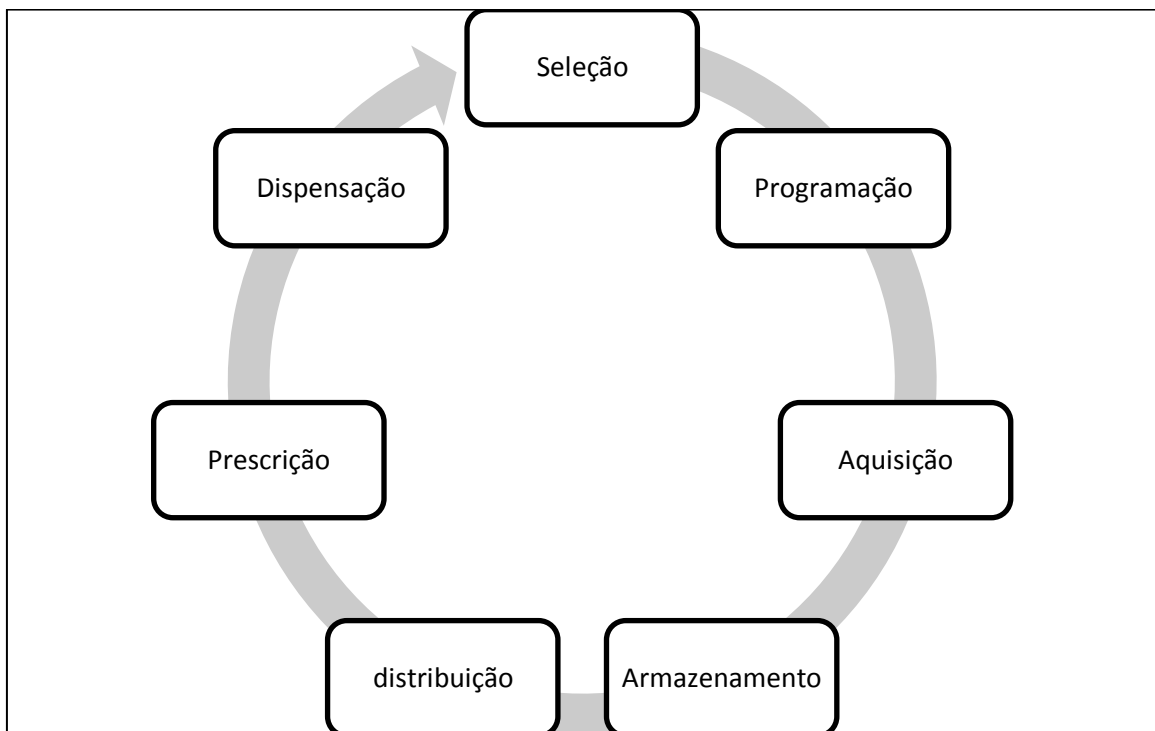


FIGURA 1: Ciclo da Assistência Farmacêutica e seus componentes.
Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 1998)

A Assistência Farmacêutica, foi por muito tempo, descrita por essas 7 etapas ou componentes, sendo que a participação do profissional farmacêutico não era vista como essencial para sua execução. Com a nova visão de saúde, com o conceito ampliado de saúde e com os modelos de atenção à saúde a Assistência Farmacêutica foi evoluindo através da inserção do profissional farmacêutico e assim abrindo novas etapas para ações especializadas, como os serviços farmacêuticos. A evolução do ciclo da assistência farmacêutica é descrito na figura 2.



FIGURA 2: Evolução do ciclo e inclusão de novos componentes na Assistência Farmacêutica. Fonte: (Autor, 2012)

Conforme podemos visualizar na FIGURA 2, a evolução da Assistência Farmacêutica é marcada pela integração dos serviços farmacêuticos, o que dispõe sobre ações técnicas e exclusivas do profissional farmacêutico. A necessidade de atender a saúde da população de forma íntegra fez com que a Assistência Farmacêutica evoluísse para um novo ciclo, agora mais completo e complementar, essa evolução abriu caminhos para o profissional farmacêutico atuar em áreas ainda não exploradas e estudadas e ainda me arrisco a pronunciar que são áreas ainda

muito jovens para as políticas públicas de saúde. Para facilitar o entendimento sobre o ciclo da Assistência Farmacêutica e seus componentes a seguir descrevo cada componente do ciclo e a contribuição do profissional farmacêutico, sendo que o componente da atenção farmacêutica será destacado.

4.3.1 A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: pesquisa e desenvolvimento de medicamentos

A Assistência Farmacêutica tem seu início com a pesquisa científica para o desenvolvimento de moléculas e substâncias viáveis para a fabricação de novos medicamentos, com fármacos mais seguros, eficazes e com espectros mais amplos, possibilitando o desenvolvimento de novos tratamentos. Sem o desenvolvimento de novos fármacos a sociedade estaria vulnerável às epidemias e, certamente, a perspectiva de vida seria menor. Porém, existe o conflito de interesses, como é o caso dos “fármacos órfãos” que ofertam uma só linha de tratamento, um bom exemplo são os medicamentos utilizados para o tratamento da malária, que são os mesmos desde 1940 e não apresentam interesse para novas pesquisas por se tratar de uma doença tropical, ou seja, característica de países subdesenvolvidos (UNASUS, 2010).

4.3.2 A Assistência Farmacêutica e o seu ciclo: seleção de medicamentos

O processo de seleção de medicamentos é considerado pela OMS o primeiro passo para a implantação de uma política de uso racional de medicamentos. É considerado como fase essencial e de alta relevância. A seleção de medicamentos é considerada o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica. As demais atividades desse ciclo são desenvolvidas com base no elenco de medicamentos selecionados, tanto na atenção ambulatorial quanto na hospitalar, buscando se estruturar e organizar sistemas eficientes e efetivos. É fundamental que cada uma das atividades e, portanto, o serviço como um todo, sejam centrados na utilização do paciente e não na própria estrutura administrativa, garantindo aos usuários o melhor cuidado possível. Assim, tanto a seleção como as atividades de programação, aquisição,

armazenamento e distribuição constituem os pilares para objetivos mais nucleares, quais sejam: o acesso e o uso racional de medicamentos.

O farmacêutico, tanto o profissional que atua na farmácia comunitária, hospitalar ou na farmácia pública, estará envolvido diretamente com a seleção de medicamentos. Aqui descrevo o procedimento realizado no setor público, como a seleção dos medicamentos essenciais.

Medicamentos essenciais são medicamentos básicos elencados por uma determinada esfera governamental, podendo ser ela Nacional, Estadual e Municipal. Os medicamentos essenciais têm como objetivo atender terapêuticamente o maior número de patologias crônicas e sazonais de maior predominância na população.

Para nortear à escolha dos medicamentos essenciais, a esfera Federal representada pelo Ministério da Saúde, orienta as demais esferas a seguir, a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), que é uma lista selecionada como essencial por uma Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – COMARE, que é representada por várias instituições públicas de caráter público.

A RENAME serve como lista norteadora e dá origem à lista básica de medicamentos e insumos para saúde, factíveis ao financiamento federal e estadual. O processo de seleção é realizado por uma equipe multiprofissional e não somente pelo farmacêutico. Essa equipe recebe o nome de Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT. A nível local, ou seja, ao nível municipal, sendo que, a RENAME, associada a CFT municipal gera a REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, que serve como instrumento norteador para as prescrições médicas, sendo essa lista modelada conforme as características epidemiológicas da região, tentando suprir a maioria das necessidades terapêuticas da população local.

A CFT é constituída por profissionais da área médica, do serviço de enfermagem, pelo serviço de farmácia, pelo serviço de odontologia e demais serviços especializados como em saúde mental, em álcool e drogas, além da vigilância sanitária e serviços de pronto atendimento. Em suma, a seleção de medicamentos depende de dados epidemiológicos e da construção prévia de um perfil da população, que inclua faixa etária, sexo, atividade econômica, morbidade e mortalidade. Segundo Wannmacher 2006, “o cerne da seleção é o processo comparativo, diferentemente do usado pelo órgão regulador para aprovar um dado

medicamento no país”. A autora destaca ainda que a seleção deve levar em conta, além destes aspectos citados, as condições de organização dos serviços de saúde, a capacitação e experiência dos profissionais, a qualidade dos medicamentos registrados e disponibilizados no país e ainda os recursos financeiros para a saúde (UNASUS, 2010).

4.3.3 A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: programação e aquisição de medicamentos

Após a seleção dos medicamentos e a formalização de uma lista composta pelos medicamentos essenciais, os próximos componentes são a programação e a aquisição de medicamentos.

A programação no ciclo da Assistência Farmacêutica representa outra atividade chave, que tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades de uma população-alvo, por meio de um serviço ou de uma rede de serviços de saúde, considerando-se um determinado período de tempo.

A estimativa dessas necessidades representa um dos pontos cruciais do ciclo da Assistência Farmacêutica por sua relação direta com o nível de acesso aos medicamentos e com o nível de perdas desses produtos. Há várias formas de proceder a uma estimativa técnica dessas necessidades. É o perfil de morbimortalidade, no entanto, o mais importante aspecto a considerar, quando se busca orientação na identificação de tais necessidades.

A programação é uma atividade associada ao planejamento; sua viabilidade e factibilidade dependem da utilização de informações gerenciais disponíveis e fidedignas, da análise da situação local de saúde, assim como do conhecimento sobre os medicamentos selecionados, sua indicação precípua e sua perspectiva de emprego na população-alvo. Programa-se de modo a atender à demanda sanitária em medicamentos, exposta e trabalhada no processo de seleção.

Faz-se necessário dispor, ainda, de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos da área ou serviço, seu perfil demográfico e epidemiológico, a oferta e demanda de serviços de saúde que apresenta, dos recursos humanos capacitados

de que dispõe, bem como da sua disponibilidade financeira para a execução da programação.

A aquisição de medicamentos representa uma das atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica, constituindo-se num conjunto de procedimentos articulados que visam a selecionar o licitante com a proposta mais vantajosa para satisfazer uma determinada necessidade e, assim, legitimar a administração a contratar o particular. Ela objetiva contribuir para o abastecimento de medicamentos em quantidade adequada e qualidade assegurada, ao menor custo possível, dentro da realidade do mercado, apoiando e promovendo uma terapêutica racional, em área e tempo determinados.

O processo de aquisição de medicamentos no setor público, assim como as demais atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica, é uma das peças que contribuem para o sucesso e a credibilidade dos serviços farmacêuticos. Um elenco de medicamentos definido dentro de rigorosos critérios, boas condições de armazenamento e profissionais capacitados não atenderão às necessidades da rede de serviços se houver descontinuidades no suprimento dos medicamentos.

A falta de materiais, por sua vez, é decorrente de problemas estruturais, organizacionais e/ou individuais que permeiam as várias atividades do referido ciclo. Considerando as amarras burocráticas e jurídicas do setor público, sem dúvida alguma, o processo de aquisição representa um importante e delicado componente do sistema, tornando possíveis ganhos significativos de eficiência ou, ao contrário, o comprometimento de alguns fundamentos muito importantes: agilidade das compras, confiabilidade dos produtos adquiridos e alcance de preços competitivos para tais produtos. Os processos de compra de bens e serviços no setor público – em suas três esferas de governo – são disciplinados atualmente pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, Inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências.

Essa legislação trouxe ganhos no sentido de reforçar alguns princípios indispensáveis à substancialização dos atos relacionados à administração do patrimônio público e ao alcance das propostas mais vantajosas. Tais princípios são a legalidade, a impessoalidade, a igualdade, a publicidade, a probidade administrativa, a vinculação ao instrumento de convocação e o julgamento objetivo.

O processo de aquisição, basicamente, é o momento onde os medicamentos selecionados e programados serão comprados e para tal ação preconiza-se a formação de um edital prevendo o tipo de compra e a modalidade de aquisição, como por exemplo, a modalidade de pregão, concorrência e carta convite. O edital deve conter as exigências técnicas para garantir a qualidade no medicamento adquirido.

As exigências técnicas devem ser dispostas no edital de forma que decidam a compra, algumas dessas exigências, como o fornecimento de medicamentos com data de validade superior a 18 (dezoito) meses, favorece a redução de desperdícios com os medicamentos vencidos e o descarte de medicamentos. Pedir as certificações de boas práticas de fabricação, laudos técnicos que comprovem e garantam as condições ideais para o consumo como uniformidade do teor de dose, tempo de dissolução, friabilidade, validade do registro junto ao ministério da saúde, ajudam a garantir a qualidade do medicamento ofertado pelo sistema de saúde.

Também deve haver preocupação com a documentação exigida para a empresa fornecedora como alvará sanitário, alvará de funcionamento fornecido pelos órgãos federais, estaduais e municipais e demais registros que comprovem a idoneidade da empresa fornecedora, pois estes cuidados irão garantir assim a procedência dos medicamentos adquiridos (UnaSUS, 2010).

4.3.4 A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: armazenamento de medicamentos e insumos para saúde.

Para garantir a qualidade dos medicamentos e sua eficácia, o armazenamento é o ponto chave para esses requisitos. O armazenamento deve respeitar as normas técnicas para que os produtos estocados mantenham suas características originais pelo tempo estipulado pela sua data de validade.

O profissional farmacêutico implica nesse processo sua total colaboração para que se garanta a qualidade do medicamento, o controle de temperatura e luminosidade, o armazenamento em local correto, conforme especificidade de cada produto, bem como o controle de estoque em todo processo de armazenamento e distribuição, ou seja, promovem e garantem a boa qualidade do medicamento (UNASUS, 2010).

4.3.5 A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: prescrição

A prescrição é o ato onde o profissional competente, tecnicamente capacitado e legalmente autorizado, descreve uma estratégia terapêutica. O Ministério da Saúde preconiza que as prescrições devem ser norteadas pela lista de medicamentos essenciais do serviço de local de saúde (MOTA, 2008).

A prescrição de medicamentos é a etapa essencial para que o usuário seja atendido em suas necessidades de forma mais racional, eficaz e segura. O documento gerado pela prescrição médica é denominada “receita médica” ou prescrição médica, sendo que, para o Sistema Único de Saúde, o termo prescritor é designado a profissionais médicos e cirurgiões- dentistas.

A prescrição médica é o documento que registra a conduta do prescritor e simplifica a estratégia terapêutica. Conforme a Lei 5.991/73 e Decreto presidencial nº 7.508 de junho de 2011, que normatizam a prescrição no território brasileiro, a receita médica deve conter obrigatoriamente as seguintes características:

- A receita deverá ser emitida em português compreensível e por extenso, em letra legível, observada a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
- Nome do paciente;
- Nome do medicamento;
- Posologia e quantidade a ser dispensada;
- Nome do médico ou odontólogo com o respectivo carimbo contendo o número de registro no CRM ou CRO;
- Endereço do consultório e/ ou da residência;
- Data e assinatura.

As prescrições que não se adequam a essas características, além de estarem em uma condição ilegal também favorecem o erro na dispensação do medicamento e dificultam o acesso aos medicamentos.

4.3.6 A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: dispensação de medicamentos

A Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973, norma legislatória que rege o “controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos” no Brasil, adota a seguinte definição para dispensação: “ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não” Essa definição oficial de dispensação é incompleta sob o aspecto técnico, pois não esclarece os procedimentos envolvidos. O “ato de fornecimento” poderia ser entendido como um simples ato de entrega de um produto. Além disso, não contempla a relação do farmacêutico com o ato, não esclarece quais as funções e responsabilidades do farmacêutico na dispensação, embora essa seja uma função privativa deste profissional (GALATO, 2008)

A dispensação está no gênese da profissão farmacêutica, pois foi a partir desse serviço que o farmacêutico conquistou seu espaço, ou seja, a dispensação é um ato ou um serviço exclusivo do farmacêutico, pois devido a seu conhecimento sobre os medicamentos é capaz de esclarecer dúvidas, analisar a prescrição médica, se está ou não de acordo com a legislação, se os medicamentos ali prescritos podem ser utilizados de forma contínua ou somente por um determinado período de tempo e se existe alguma interação entre medicamentos ou com alimentos que podem influenciar na eficácia da estratégia terapêutica, além de ofertar os demais serviços pertinentes a atenção farmacêutica (GALATO, 2009).

4.3.7 A Assistência Farmacêutica e seu ciclo: atenção farmacêutica

O modelo de Pharmacist Care (no Brasil conhecida como Atenção Farmacêutica) surgiu nos Estados Unidos em meados da década de 60. Foi uma manifestação de um grupo isolado da categoria farmacêutica em prol da construção de um novo paradigma profissional, convertendo a situação tecnicista em um conjunto de ações direcionadas para o usuário (paciente), onde o profissional farmacêutico firma um contrato verbal de corresponsabilidade junto ao paciente para que a estratégia terapêutica exerça sua função de forma segura e racional (MOURA, 2010).

A Atenção Farmacêutica ainda se encontra em implantação no Brasil. O processo de inserção dessa prática profissional tem seguido diferentes influências, notadamente no que diz respeito ao conceito, pois se segue a concepção elaborada

por Hepler e Strand em 1990, não obstante há outros conceitos citados como referência em artigos e outras publicações na área (OPAS,2005).

De acordo com a proposta do Consenso, a Atenção Farmacêutica foi definida como:

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 biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2005).

Se a Assistência Farmacêutica expressa a profissão farmacêutica na integra, a atenção farmacêutica expressa a essência da profissão. O código de ética farmacêutica revisado e aprovado em 2004 já indica uma nova visão para o exercício da profissão.

O Farmacêutico é um profissional da saúde cumprindo-lhe executar todas as atividades inerentes ao âmbito profissional Farmacêutico de modo a contribuir para a salvaguarda da saúde pública e, ainda, todas as ações de educação dirigidas à comunidade na promoção da saúde.(CFF, 2004)

4.3.7.1. O Acompanhamento Farmacoterapêutico e seus modelos

O acompanhamento farmacoterapêutico segundo a proposta de Consenso para a Atenção Farmacêutica é um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário. A promoção da saúde também é componente da Atenção Farmacêutica e ao fazer o acompanhamento é imprescindível que se faça também a promoção. Entende-se por resultado definido a cura, o controle ou o retardamento de uma enfermidade,

compreendendo os aspectos referentes à efetividade e à segurança (AQUINO, 2008).

O seguimento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico inovador que coloca o farmacêutico, e indiretamente o gestor da assistência farmacêutica, em contato mais próximo com o processo de cuidado e com os resultados do uso dos medicamentos. Por meio dele é possível identificar problemas relacionados à farmacoterapia, custosos do ponto de vista humano, social e financeiro, que, em um modelo tradicional de assistência farmacêutica, estariam ocultos (IVAMA, 2004).

Método Dáder

O Método Dáder é uma metodologia desenvolvida por pesquisadores da Universidade de Granada no ano de 1999 e que atualmente esta sendo validada e utilizada em vários países. Esta metodologia baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, nos problemas de saúde que apresenta, nos medicamentos que utiliza e na avaliação do seu estado de situação em uma determinada data, de forma a identificar e resolver os possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs) que o doente apresenta (MACHUCA; FERNÁNDEZ-LIMÓS; FAUS, 2003).

A Metodologia Dáder proporciona um método ágil e adaptável a cada realidade, que permite otimizar todas as etapas do processo da AF, tanto na busca como na identificação e resolução dos PRMs, como no registro das intervenções realizadas

Conforme o III Consenso de Granada (2007) problemas relacionados com os medicamentos são problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, agregados a farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, levam a não consequência do objetivo terapêutico ou ao surgimento de efeitos indesejáveis.

Visando os critérios atuais de qualidade de vida relacionados com a saúde, o Consenso de Granada, na Espanha, adotou como conceito de PRM “um problema de saúde vinculado com a farmacoterapia e que interfere ou pode interferir com os resultados de saúde esperados pelo paciente” (CONSENSO DE GRANDA, 1999).

A Tabela 01 apresenta a classificação dos PRMs segundo a Metodologia Dáder:

TABELA 01: Classificação dos PRMs

Necessidade

PRM 1: O doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita.

PRM 2: O doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita.

Efetividade

PRM 3: O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da medicação.

PRM 4: O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da medicação.

Segurança

PRM 5: O doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento.

PRM 6: O doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento.

FONTE: Machuca, Fernández-Limós e Faus (2003)

Método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano)

Este método é amplamente empregado por profissionais da saúde, tendo como ponto positivo seu entendimento por qualquer um desses profissionais (HURLEY, 2004; ROVERS *et al.*, 2003). Cada termo refere-se a uma parte do processo de atendimento do usuário, com atividades específicas a serem realizadas:

- **Informações subjetivas:** nessa etapa do procedimento, devem ser registradas as informações obtidas do usuário ou cuidador ou, se for o caso, de históricos de prontuário, as quais não se constituem em conhecimento objetivo. No caso da abordagem farmacêutica, deve-se buscar a obtenção de informações pertinentes a problemas com o uso de medicamentos e sua relação com a enfermidade.
- **Informações objetivas:** referem-se à obtenção de dados objetivos, como sinais vitais, resultados de exames de patologia clínica, achados de testes laboratoriais e de exame físico realizado pelo profissional habilitado para tal.

- Avaliação dos dados: com base nas informações subjetivas e objetivas, o farmacêutico deve identificar as suspeitas de problemas relacionados com medicamentos. Após, deve verificar o que pode ser realizado para a resolução dos mesmos e quais as intervenções farmacêuticas que podem ser adotadas.
- Plano: de posse da análise das informações e do planejamento das condutas a serem realizadas, em conformidade com o perfil do usuário, o farmacêutico deve apresentá-las a este último, buscando o estabelecimento de um acordo para a implementação do plano. Caso os problemas relacionados com medicamentos necessitem da avaliação do prescritor, o usuário deverá ser informado dessa necessidade. Também deve-se estabelecer, em conjunto, a forma de realizar a monitorização dos resultados do plano a ser implementado, principalmente se houver novas modificações em prescrição de medicamento ou no quadro do usuário, instaurando-se, desta forma, o ciclo de atendimento (UnaSUS, 2010).

Método EFTF (Estudo Farmacêutico da Terapia Farmacológica: Avaliação Sistemática da Farmacoterapia)

Foi desenvolvido por Strand e colaboradores da Universidade de Minnesota (EUA) para utilização em farmácias comunitárias, sendo aplicável a qualquer usuário (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 1988, HURLEY, 2004). Possui como objetivos:

- Avaliação das necessidades do usuário referentes a medicamentos e implementação de ações, segundo os recursos disponíveis, para suprir aquelas necessidades; e
- Realização de seguimento para determinar os resultados terapêuticos obtidos.

Para que essas atividades sejam realizadas, é necessário manter uma relação terapêutica otimizada entre farmacêutico e usuário, bem como considerar o caráter interativo do processo de cuidado do usuário. Seus principais componentes são:

Análise de dados: É constituída por coleta de dados e caracterização de adequação, efetividade e segurança da farmacoterapia em uso. Procura caracterizar se esta é conveniente para as necessidades do usuário, com relação a fármacos, e

identificar problemas relacionados com medicamentos que interfiram ou possam interferir nos objetivos terapêuticos.

Plano de atenção: Levando em consideração os dados obtidos na análise, o farmacêutico deve resolver os problemas relacionados com medicamentos, estabelecendo objetivos terapêuticos e prevenindo outros possíveis problemas. Os objetivos terapêuticos devem ser claros, passíveis de aferição e atingíveis pelo usuário. Quando apropriado, o plano pode conter também informações sobre terapêutica não farmacológica (UnaSUS, 2010).

Monitorização e avaliação: Quando da monitorização do plano de atenção, o farmacêutico deve verificar em que nível estão os resultados farmacoterapêuticos obtidos, reavaliando as necessidades do usuário frente a estes e se novas situações não estão em voga, como novos PRMs ou novos problemas de saúde, tratados ou não.

Resumo:

- 1) coletar e interpretar informações relevantes do usuário, com a finalidade de determinar se há problemas relacionados com medicamentos;
- 2) identificar problemas relacionados com medicamentos;
- 3) descrever os objetivos terapêuticos desejados;
- 4) descrever as alternativas terapêuticas possíveis e disponíveis;
- 5) selecionar e individualizar o tratamento mais adequado;
- 6) implementar a decisão terapêutica sobre o uso de medicamentos;
- 7) delinear o plano de monitorização para alcançar os resultados terapêuticos desejados.

Método MRT (Monitorização de Resultados Terapêuticos)

Este método foi desenvolvido por Charles Hepler na Universidade da Florida (EUA), para dar base às atividades do farmacêutico na prática, em nível comunitário. Compreende os passos a seguir:

- Coleta, informações gerais sobre o paciente.
- Identificação e análise da prescrição, visando avaliar a melhora dos resultados terapêuticos frente ao uso dos medicamentos, como também orientar o usuário.
- Avaliação da plausibilidade do plano terapêutico: aspectos pessoais do paciente que devem ser levados em consideração, aspectos religiosos, cultura, opinião, realidade sócio econômica...
- Desenvolvimento do plano de monitorização para o usuário, adaptado a protocolos padrões de tratamento, se possível para a doença específica e para o(s) medicamento(s) utilizado(s).
- Dispensação do medicamento: promovendo todas as orientações a respeito do medicamento.
- Implantação de plano de monitorização, com agendamento de novo encontro.
- Avaliação: continuidade do acompanhamento.
- Resolução de problemas identificados .
- Revisão ou atualização do plano de monitorização feita quando necessário.

5. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

5.1 O que É APS?

A Declaração de Alma - Atá definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde. Como estes serviços refletiriam as condições econômicas e os valores sociais de cada país e de suas comunidades, logicamente variam segundo os diversos países e comunidades (MENDES, 2010).

Entretanto, também deveriam compreender, no mínimo: a promoção de uma nutrição adequada e de um abastecimento suficiente de água potável; o saneamento básico; a saúde da mãe e da criança, incluindo o planejamento familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas locais; a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e controle correspondentes; o tratamento apropriado para as enfermidades e os traumatismos comuns. O informe atribuía aos outros níveis do sistema de saúde o aporte de serviços mais especializados e de crescente “complexidade” (OMS, 1978).

Com base na declaração da OMS, pode-se conceituar a APS como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece a atenção à pessoa (não à doença) no decorrer do tempo, fornece a referência do atendimento a todas as situações de saúde, bem como, integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É o nível de atenção que, por ser referência e contra referenciado, organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, proteção e recuperação da saúde (TEIXEIRA, 2005).

Em resumo, a APS pode ser compreendida como tendência, relativamente nova, em fase de aperfeiçoamento e implementação, que referencia e coordena o atendimento integral do indivíduo para outros níveis de atenção e foca suas ações de forma curativa e preventiva, efetivadas por uma equipe multiprofissional atuante na promoção, prevenção e recuperação da saúde da comunidade, colocando-se em contraponto com uma atenção curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico (CAMPOS, 2008).

A seguir transcrevo as diferenças entre o tipo de atendimento convencional (biomédico) e a APS.

TABELA 2: Diferença entre os tipos de atendimento

Biomédico	Atenção primária
Enfoque	Enfoque
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	Conteúdo
Tratamento	Promoção à saúde
Atenção por Episódio	Atenção Continuada
Problemas específicos	Atenção Abrangente
Organização	Organização
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupo de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	Responsabilidade
Apenas setor de Saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto - Responsabilidade e co-o responsabilidade

Fonte: (CAMPOS et al; 2008).

6. A Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A ESF teve sua origem no Brasil em 1991 com a criação do PACS (programa de agentes comunitários de saúde), programa precursor do Programa Saúde da Família (PSF) atual ESF. O objetivo de sua criação foi promover a redução da mortalidade infantil e materna e contribuir para uma melhor qualidade de vida da população atendida por esse programa. A experimentação desse programa foi desenvolvida na região nordeste do Brasil, escolhido através de estudos epidemiológicos, pois apresentava uma alta taxa de mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2011).

Com o acúmulo de bons resultados e demonstrando a importância da inclusão dos agentes nos serviços básicos de saúde no município, o Ministério da Saúde começou a focar seus programas para ações que envolvessem todo o grupo familiar e não somente o indivíduo, assim a ESF propõem uma reorientação do sistema de atendimento e serviços do setor primário de saúde através de um trabalho gerenciador de saúde e porta de entrada para o sistema de saúde local. O Ministério da Saúde define A ESF como:

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (Ministério da Saúde, 2012)

6.1 Estratégia Saúde da Família e sua funcionalidade

A ESF é a nomenclatura dada para a Unidade Básica de Saúde (UBS) que possua uma equipe multiprofissional que contenha em seu seio um médico de família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde e também o serviço de saúde bucal (esse em caráter optativo) representado por um cirurgião - dentista, técnica de higiene dental (THD) e uma ACD (auxiliar de consultório dentário). Todos esses profissionais devem cumprir um regime de 40 (quarenta) horas semanais, o que diferencia do atendimento da UBS sem ESF.

O tipo de atendimento prestado pela ESF é o diferencial do serviço, já que a estruturação da estratégia prevê um atendimento integral na saúde de uma determinada população, pois a ESF é implantada de forma estratégica dentro de uma determinada comunidade e é responsável pelo acompanhamento de um grupo de famílias dentro de uma área geográfica chamada de área de cobertura (LEI 8.080/1990). Essa área total (área de cobertura) é subdividida em 6 (seis), assim denominadas micro áreas e cada micro área é de responsabilidade de um agente comunitário de saúde, esse agente de saúde deve ser residente dessa micro- área ou comunidade.

Os serviços prestados pela ESF também se diferenciam das UBS sem ESF por vários motivos:

- Atenção integral a saúde do usuário e sua família;
- Atividades e ações em saúde pactuadas com a comunidade delineadas através de estudos epidemiológicos;
- Rastreamento, cadastramento domiciliar, avaliação da situação local e busca ativa de usuários com patologias e agravos;

- Grupo de Diabéticos e Hipertensos;
- Acompanhamentos de Gestantes e puerpérios;
- Grupo de redução de danos;
- Grupo de combate a doenças sexualmente transmissíveis;
- Grupo de saúde do adolescente;
- Acompanhamento e tratamento da tuberculose e
- Um local de construção da cidadania.

Além disso, o ESF é o sistema de referência, ou seja, é a porta de entrada para vários serviços de saúde especializados e outros serviços integrados à rede de serviços como assistência social, vigilância sanitária, obras e serviços públicos, habitação, conselho tutelar entre outros serviços que contemplam o conceito ampliado de saúde.

A ESF, estando no seio comunitário, se torna referência em centro de saúde, além de cultivar o carisma e afetividade com cada usuário e família, buscando assim uma aproximação com a comunidade que favorece a execução dos serviços de saúde. Conforme o modelo teórico da ESF cada profissional tem sua atribuição específica, assim descrevo cada atribuição profissional segundo Portaria 648, de 28 de março de 2006 que “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) e Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Que aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

7. Educação Popular e Saúde

O movimento da Educação Popular se funde ao princípio da saúde participativa, com o modelo de saúde e o sistema integrado que o SUS oferece com o atendimento primário de saúde e a implantação de estratégias como a saúde da

família, faz com que os cuidados da medicina se aproximem do cotidiano da população (MAZZONI; MORAES, 2006).

O grande desafio da educação em saúde é essa relação e ligações entre os eixos da ciência e do “viver popular” e com a intersectorialidade entre entidades e movimentos sociais que rodeiam a população. A visão da educação em saúde ainda está atrelada a falta de educação formal, dinheiro, moradia, alimentação ou de estrutura familiar, ou seja, é vista com relevância para as pessoas em risco socioeconômico e não como uma ferramenta universal capaz de celebrar a qualidade de vida em todas as classes sociais (FREIRE, 1976).

A aproximação da saúde com a educação popular teve seu início no período em que o Brasil se encontrava em uma “tranquilidade social” imposta pelo regime militar, o qual voltava todo o investimento para a expansão de serviços médicos privados e hospitais, onde as práticas educativas não tinham o mesmo espaço significativo. Esse regime de ordem forçada não oferecia condições e espaço para as políticas sociais (FREIRE, 1996).

A organização popular teve como aliados e trincheiras as associações e sindicatos, bem como a ajuda das Igrejas Católicas, que conseguiram se proteger dessa pressão política, apoiaram e ajudaram a fortalecer esse movimento com o engajamento de intelectuais das mais diversas áreas.

O método da Educação popular, sistematizado por Paulo Freire, se constitui como norteador da relação entre intelectuais e classes populares. Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, se engajaram nesse processo. Nos bastidores do cenário político e institucional foi se arquitetando uma nova forma de organização política.

Esse movimento possibilitou, e ainda possibilita, que intelectuais conheçam as realidades das lutas e resistências populares. Na lacuna deixada pelo descaso do Estado com os problemas populares, foi se moldando iniciativas de buscas de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o conhecimento científico.

Nos anos 70, o setor da saúde se mostrou enfático e, apoiado por movimentos sociais, ofereceu uma maior factibilidade nas experiências de novos métodos de serviços desvinculados do Estado, onde profissionais de saúde começaram a se relacionar de forma mais interativa com grupos populares, a fim de organizar ações em saúde com maior afinidade local. Esse tipo de atitude desencadeou uma série de

reivindicações para que esses serviços fossem locais e públicos. Com a conquista democrática na década de 80, as lutas populares locais perderem sua força, mas, profissionais e intelectuais que ali trabalharam, almejavam ações mais globais nas políticas sociais, capazes de idealizar uma metodologia de atendimento mais humanizado e integrador, através da educação popular.

O pioneirismo brasileiro em educação popular é dedicado ao educador Paulo Freire que tem sua obra “A pedagogia do Oprimido” de 1966 como tema ainda atual e sempre instigante e reflexivo que repercute em todo mundo. A Educação Popular, muitas vezes, pode ser confundida com educação “informal”, pois, segundo Carlos Brandão (1982), a Educação Popular não visa a criar sujeitos subalternos educados, sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. Visa participar do esforço, o que já faz hoje as categorias de sujeitos subalternos do índio ao operário do ABC-Paulista, para que a organização do trabalho político, passo-a- passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos.

A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais da saúde e outros) e de agentes sociais do povo neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o indivíduo e os grupos envolvidos no processo de participação popular, desenvolvendo formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o aumento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e as estratégias que possam ser empregadas para enfrentamento dos problemas. É uma tática de construção de participação popular no delineamento da vida social.

A prática da liberdade pela educação é o coração da educação popular, Freire enfatiza que para educar é necessária uma igualdade e humildade, para que o educador possa sincronizar-se com o educando, a troca de experiências entre as duas pontas forma uma via de mão dupla: ensinar e aprender a conviver, a se colocar no lugar do outro são práticas não metodológicas, mas são ações que exigem alegria e esperança para uma libertação em verdadeira comunhão.

Freire descreve em cinco passos principais o que seria imprescindível para qualquer profissional que desenvolve a educação.

7.1 Saber ouvir

“Ninguém está só”, ou melhor, ninguém é dono da verdade, ninguém sabe tudo, esse princípio, segundo Freire, é um dos mais dolorosos para aqueles que não apresentam humildade, pois, como pode desenvolver a educação, como pode instigar a pesquisa, a análise crítica se já se sabe a resolução do problema? Como pode se iniciar um diálogo se a ação desenvolvida é falar “pro” povo e não “com” o povo. No trabalho da saúde existe essa dificuldade, pois muitas vezes a capacidade de escutar e falar (dialogar) não é efetuado devido a essa prática do “Doutor” sabe tudo e ainda fala “pro” paciente/ usuário de forma autoritária. Saber ouvir e, a partir dessa escuta desenvolver um diálogo capaz de entender o berço cultural do indivíduo/grupo provavelmente o falar “com” será muito mais expressivo do que o falar “para”.

7.2 Desmontar Visão mágica

Partir da mesma base, da mesma teoria compartilhada por uma comunidade ou por um grupo de pessoas ou até mesmo de um indivíduo. Esse princípio representa a visão mágica da realidade. Segundo Freire é uma verdadeira “violência” e ignorância científica falar “à” comunidade, realizando um belo discurso sobre um determinado tema, no qual esse pode gerar um desconforto, pois parte de um pensamento “diferente” (quase que contraditório à cultura e ao tipo de pensamento comunitário) isso é notado pela falta de iniciativa imediata da comunidade e o desgaste da ação aplicada. Falar “à” comunidade se torna tarefa muito árdua, diferente de falar “com” a comunidade.

A seguir transcrevo um trecho de Paulo Freire em uma conversa com camponeses:

Durante o encontro o diálogo em si teve uma certa demora ao iniciar-se então Paulo Freire e demais camponeses ficaram por alguns instantes num silêncio mortal, um esperando pela fala do outro até que Freire deu início:

Então! O que vocês tem a falar? O senhor me desculpe, mas o senhor é que devia falar e não nós. Por que? -eu disse. Porque o senhor é que sabe e nós não sabe - respondeu. Ok, eu aceito que eu sei e que vocês não sabem. Mas por que é que eu sei e vocês não sabem?
Vejam: eu aceitei a posição deles em lugar de me sobrepor à posição deles. Eu aceitei a posição deles, mas, ao mesmo tempo, indaguei sobre ela,

sobre a posição deles. Eles voltaram ao papo e aí me respondeu um camponês:
 O senhor sabe por que o senhor foi à escola e nós não fomos. Eu aceito, eu fui à escola e vocês não foram.
 Mas por que, que eu fui à escola e vocês não foram?
 Ah, o senhor foi por que os seus pais puderam e os nossos, não!

Então Freire foi instigando os camponeses a refletir sobre a situação, que ser camponês não era um castigo ou uma herança e muito menos uma condenação através da falta de conhecimento e estudo e sim que o ensino e aprendizagem estão ligados, e que todos aprendemos e ensinamos o tempo todo a única barreira que existe é quando o indivíduo aceita sua condição de ignorante, de incapaz, de oprimido. Aprendemos no mundo desde que nascemos até a morte e não só na escola.

7.3 Aprender/ Estar com o outro

Ninguém sabe tudo e ninguém ignora tudo, esse é uma lição que pode ser tirada do falar “com” e falar “a”. É o mesmo que dizer que não existe a sabedoria humana absoluta, assim como não existe a ignorância absoluta.

Paulo Freire descreve sua experiência com agricultores, onde esses se apresentavam desconfortáveis, inibidos, sem querer discutir com Freire, dizendo que ele era doutor. Então, Paulo Freire pega um giz e propõe um jogo de gols, onde seria ele contra os agricultores numa competição de perguntas e respostas. Freire começa o jogo perguntando aos agricultores o que significa hermenêutica socrática? Os agricultores rindo, devido a fala bonita do intelectual não souberam responder. Então, 1 x 0. Nesse tempo levantou-se um agricultor e fez lhe uma pergunta referente ao plantio. Freire então marcou 1x1 e assim foi, até o empate em 10x10, então, os agricultores se deram de conta que ninguém sabe tudo e ninguém ignora tudo.

Porém, o fato que pode gerar preconceito, exclusão e uma forma de não estar com o outro é o elitismo e o basismo, assim classificados por Freire como o entendimento equivocado da sabedoria intelectual superior e não aceita a troca com a massa. Da mesma forma o oposto pode acontecer no caso o basismo que equivocadamente superestima a massa popular.

7.4 Assumir a ingenuidade dos educandos

Respeito ao educando, como Freire cita em seu exemplo:

Imaginem um estudante universitário/universitária que ao elaborar uma pergunta, o faça de forma desorganizada, sem sentido. E ao invés de auxiliar em sua formulação o educador de uma resposta com ironia? Que tipo de educador seria esse e que direito ele teria de ironizar a pergunta do outro?

Assim, Freire esclarece que o sentido de educação como instrumento de liberdade não deve ser apenas teórico e sim praticado, em especial pelo educador (Brandão. Freire ao não entender a pergunta feita por um estudante: “olha eu vou repetir a sua pergunta e você presta atenção pra ver se eu não distorço o espírito da sua questão; se eu distorcer você me diz.” Então eu repito a pergunta que ele/ela me fez, reformulando do modo mais claro a maneira como entendi. Ai o/a estudante pode me dizer: “era isso mesmo o que eu queria perguntar; só que eu não tava sabendo.” Eu digo: “Ah! Então ótimo!” Mas se eu digo: “ Não, o senhor/senhora é um idiota”, com que autoridade eu poderia dizer isso ao / a jovem estudante? Que sabedoria teria eu pra dizer isso?

7.5 Viver pacientemente com impaciência:

De acordo com Paulo Freire: “a impaciência significa a ruptura com a paciência”. Quando você rompe com um desses dois polos, você rompe em favor de um deles. “Esse é o princípio para aprender a trabalhar “com” o povo e para construir “com” o povo o seu direito à liberdade e à afirmação da vida com dignidade.”

8. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em uma unidade de Saúde da Família (ESF), no município de Santa Cruz do Sul/RS.

Para garantir o anonimato dos participantes, os nomes citados são fictícios da mesma forma que não é descrita nenhum dado pessoal como: endereço, renda mensal, nome completo, número de registro do prontuário médico ou características físicas. O caminho percorrido desse estudo foi dividido em etapas:

O primeiro passo foi à escolha de uma micro área para a pesquisa, no qual foi escolhida de forma aleatória a micro área 1.

No segundo passo foi realizado uma conversa isolada com a agente de saúde responsável pela micro área, o conteúdo da conversa estava relacionado ao seu trabalho, suas atividades diárias no ESF, seus conhecimentos sobre os medicamentos, suas opiniões sobre o sistema de saúde, em fim, foi uma conversa aberta.

O passo de número três foi a caracterização da micro área e como a agente de saúde caracteriza a sua própria região de trabalho.

O quarto passo foi destinado a uma pré-seleção de possíveis inclusões de usuários na pesquisa. Esse passo levou em consideração a opinião e a experiência de campo da agente.

Quinto passo. Uma Pré- análise do prontuário clínico se fez necessária. Pois o prontuário clínico possuía registros relevantes para esse trabalho com confirmação de diagnóstico, histórico farmacoterapêutico e estratégias de intervenções já realizadas.

Sexto passo. Levando em consideração a opinião (indicação) da agente de saúde, e a pré-análise dos prontuários, foram pré-selecionados 10 usuários, com a característica predominante do diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica ou/e Diabetes melito.

Sétimo passo. Para a aquisição dos dados foi utilizado o diário de campo (ou caderno de campo). Segundo Brandão (1996) é o primeiro passo para ser feito a “descoberta” com o caderno de campo na mão, olhos e ouvidos atentos e a habilidade do pesquisador se “misturar com a comunidade” e se for viável, habitar, sem molestar o cotidiano dessa comunidade. Brandão ainda ressalta que não há

questionários nem roteiros predeterminados para a pesquisa. Se houvesse, eles seriam como uma cartilha. Trariam pronto o ponto de vista dos pesquisadores.

Com a utilização do caderno de campo é permitido fazer perguntas sobre a vida, sobre casos acontecidos, sobre o trabalho, sobre modos de ver e compreender o mundo. Perguntas que emergem de uma vivência que começa a acontecer ali. Como o estudo não utilizou uma ferramenta previsível (cartilha ou um questionário estruturado) a metodologia tramita dentro da descrição dos resultados.

A Proposta:

Indiferente do método utilizado para a Atenção Farmacêutica em especial o acompanhamento farmacoterapêutico, a proposta dessa pesquisa foi uma nova aplicação do método de acompanhamento (uma maneira diferente de observação, captação de dados e intervenção) capaz de interligar uma observação com base antropológica com o método científico do método de acompanhamento farmacoterapêutico resultando em um processo educativo. A objetividade do método será mantida pela identificação e resolução dos PRMs, porém o círculo de cultura proporcionará a exposição do diálogo entre Farmacêutico – Paciente/Família - Serviço de saúde mantendo assim a ideia que a positividade exercida pelo método científico sobre o sujeito, seja desconstruída pelo diálogo, permitindo assim que o sujeito possa revelar suas dificuldades sem sentimento de opressão (FREIRE, 2005).

O termo livre esclarecido

Para a realização dessa pesquisa, a instituição cedente -responsável pelo local da pesquisa- a Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, me forneceu um documento no final de dezembro de 2012, autorizando a execução da pesquisa no local solicitado.

A solicitação foi protocolada diretamente com o Secretário de Saúde interino - foi deixada uma cópia do projeto- em julho de 2012, o qual afirmou que o documento seria emitido pela coordenadora geral, mas autorizou verbalmente a cedência do local para a realização da pesquisa. No entanto a movimentação atípica da

secretaria de saúde (período eleitoral) dificultou a entrega desse documento, uma vez que era difícil encontrar tal coordenação.

Por outro lado, também devo admitir que a ausência de um documento (que o sujeito deveria assinar para formalizar o consentimento) poderia reduzir a receptividade do usuário ou até mesmo constrange-lo. O método utilizado que foi uma adaptação do círculo de cultura configura diálogos e não entrevistas, e a entrada na residência dos usuários somente foram realizadas através do consentimento que posso considerar mais significativo e verdadeiro que foi o convite para adentrar em sua residência.

9. RESULTADOS

9.1 O funcionamento do serviço de saúde local

O serviço de saúde da família está localizado, localizado a 8 km de distância do centro da cidade.

O serviço está presente nessa região a mais de 10 anos, o primeiro prédio que acolheu a estrutura do serviço era um prédio próprio da prefeitura que apresentava 50 m² de área construída e isso dificultava a organização de trabalho e acomodações de materiais ambulatoriais em especial os medicamentos, os quais eram tratados como qualquer outro material, porém nunca foram tratados como um material perecível.

A aquisição de um novo prédio se fazia necessário para que o serviço pudesse abranger de forma organizada e resolutiva a demanda que a cada ano aumentava. Em 2010 uma parceria entre Unisc (cursos da área da saúde), Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul deu origem a construção do atual prédio ao lado da Casa de Saúde Ines Ines Moraes (centro de atendimento de urgência/emergência), essa parceria resultou na elaboração, aprovação e execução do projeto Pró- Saúde módulos I e II.

O ESF abrange uma cobertura de aproximadamente 500 famílias, com uma soma de 4000 (quatro mil) habitantes. O modelo de organização do serviço é descrito como básico, possuindo o número mínimo de profissionais, tendo um diferencial devido à parceria entre universidade e prefeitura municipal apresenta outros serviços como: Serviço especializado em odontologia, serviço de nutrição, serviço de farmácia e serviço de psicologia. Esses serviços ocorrem apenas em período letivo da UNISC.

A seguir descrevo de forma objetiva na Figura 3 a sistemática do serviço:

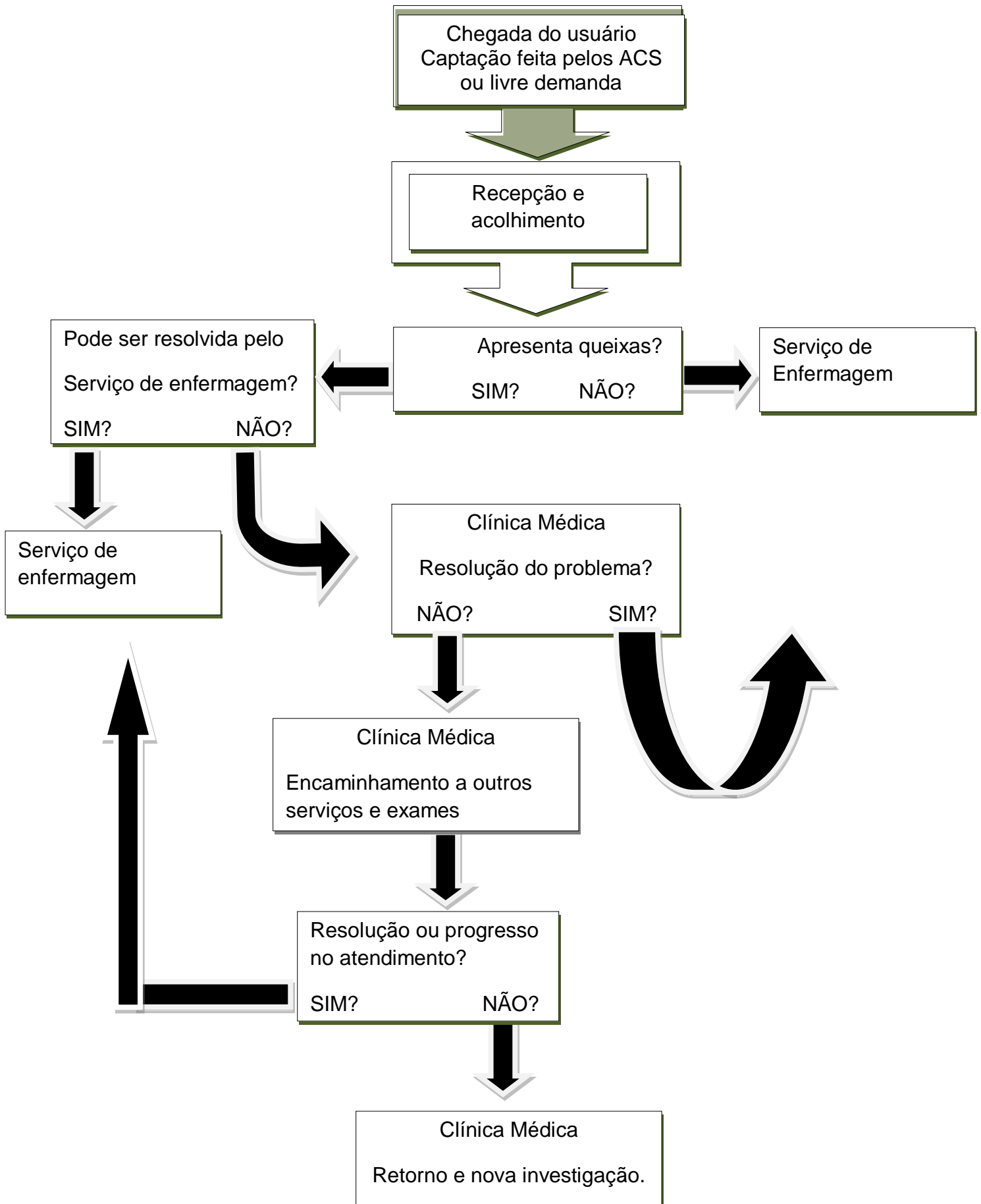


FIGURA 3. Descrição da sistemática do serviço de saúde local.
Fonte: Autor, 2012

9.2 O que diz o prontuário clínico

Foram analisados 10 (dez) prontuários clínicos pertencentes a 10 famílias da micro área 1 do ESF. Os prontuários foram previamente escolhidos pela agente de saúde responsável por essa microárea, conforme as características de inclusão dessa pesquisa e também foi levado em consideração e com grande relevância a indicação dessa profissional.

9.2.1 Os prontuários

Na organização do serviço de saúde, os prontuários clínicos estão reservados a todos os membros da equipe de saúde e demais estagiários. O prontuário serve como uma ferramenta de registro sobre o estado de saúde do usuário bem como o registro de qualquer ação realizada com esse usuário. Neste documento é descrita, diariamente, a evolução do usuário e a relação dele com o serviço, pois indica o tipo de serviço já realizado ou proposto, o tipo de cuidado e, principalmente, serve de interligação multiprofissional, utilizado assim como ferramenta de apoio para a formação e o estudo de novas estratégias voltadas para o bem estar do usuário ou da família.

9.2.2 A descrição dos prontuários:

Dos 10 prontuários analisados com consentimento da Unidade de Saúde, nenhum estava completo e totalmente legível, apresentavam muitas rasuras, escritas confusas e ilegíveis e sem sequência de registros, ou seja, não estavam atualizados.

Segundo a enfermeira responsável pelo gerenciamento do serviço, isso acontece por que existe um rodízio muito grande de médicos, muitos são médicos de urgência/emergência e não de ESF e não tem o hábito de preencher prontuários.

O objetivo de analisar esses documentos foi de confirmar o diagnóstico médico de diabetes/Hipertensão Arterial do usuário selecionado para o estudo e também para observar as ações já realizadas entre serviço de saúde e usuário. O prontuário

também forneceu o histórico farmacoterapêutico do usuário, ou seja, medicamentos atualmente utilizados e os utilizados anteriormente.

Através da observação destes prontuários, percebe-se facilmente a existência de uma lacuna entre a prescrição do medicamento e o acompanhamento do uso desse medicamento. Descrevo a seguir pontos que considere importantes de cada prontuário, isso ajudou a entender os possíveis PRMs que encontrei no estudo de campo.

Data do primeiro registro em 1993. Descrito no prontuário que o usuário buscou o serviço para verificar a pressão, pois, segundo relato registrado o usuário sentia tonturas. Valores de Pressão artéria e glicose descrita nesse mesmo registro era de 185mmg x 120 mmg e 480 mg/dl.

O diagnóstico de Diabetes melito e Hipertensão Arterial estava descrito no prontuário e ao lado desta descrição constava o encaminhamento ao serviço especializado (encaminhado ao endocrinologista). Medicamentos prescritos:

- Insulina NPH (sem descrição da dose)
- Cloridrato de amiodarona 200mg
- Isossorbida 5mg
- Cloridrato de propanolol 40mg

Os demais registros encontrados foram somente entre o ano de 1997 até outubro de 2012. Estes registros descreviam somente o motivo de consulta ou reconsulta. “[...] paciente confusa, não usa o medicamento corretamente.”, esse foi o registro depois de uma consulta no dia 13/06/2002.

Com adição de metformina 850 mg junto com a insulina. Para a hipertensão foi adicionado Enalapril 10mg.

A partir de 2002 foi encontrado registro de queixa pouca visão pelo paciente e com a troca de médico, obteve-se a requisição de exame de hemoglobina glicada (um exame laboratorial que permite saber a correlação entre tempo e níveis de hiperglicemia). O resultado desse exame foi 14,4, o que indica uma cronicidade de hiperglicemia. Depois desse registro segue uma indicação para oftalmologia com suspeita de glaucoma e nefrologia com suspeita de insuficiência renal.

Descrevo aqui dados (resultados) obtidos através do teste de glicemia capilar (HGT) e registrados no prontuário, esses testes são realizados em todos os grupos

do hiperdia sempre no período da manhã e com orientação para os usuários estarem em jejum. Resultados:

- 276 mg/dl
- 315 mg/dl
- 200 mg/dl
- 310 mg/dl
- 280 mg/dl
- 216 mg/dl

Junto com o último registro de 216 mg/dl foi indicado o aumento de dose da metformina 850mg de 850mg 3 vezes ao dia, dose essa considerada a máxima por dia. Registro com data de 27/12/2002.

Visitas domiciliares (VD) são registradas nesse prontuário, no que me chamou a atenção para uma observação realizada neste documento:

“paciente apresentou receita médica do serviço de oftalmologia, com prescrição de insulina NPH 40 UI depois do café da manhã, 20 UI antes do almoço e 25 depois da janta, mas segundo o que relata a paciente, faz somente 40 UI 1 vez ao dia. Segundo ela sempre fez assim”.

Ajuste de medicamentos em 31/11/2011: Nessa data o usuário teve seus medicamentos “ajustados” pelo serviço médico da unidade, tendo adicionado glibenclamida 5mg. Na data também foi registrado por uma estagiária de enfermagem o seguinte relato:

“Paciente idosa, com dificuldade de utilizar insulina e outros medicamentos, paciente confusa”.
“(...) realizei orientações sobre o uso dos medicamentos, mas peço atenção da equipe para reforçar tal uso”.

Último registro encontrado foi de 18/10/2012 com um resultado de HGT de 300 mg/dl, com a seguinte descrição da agente de saúde: “ (...) passei ontem a tarde na casa da paciente e busquei uma sacolada de remédios vencidos(...)”.

Outro fato que achei bem relevante pela situação encontrada foi de um usuário também com diagnóstico de diabetes, e usuário do ESF a mais de 8 anos. Usuário fazia uso de insulina NPH e insulina regular 2 vezes ao dia, no entanto apresentava

dificuldades em utilizar a seringa, uma vez que esse usuário apresentava problemas de visão. O que justifica o registro e o encaminhamento ao oftalmologista.

Resultados de HGT:

- 350 mg/dl
- 280 mg/dl
- 400 mg/dl
- 310mg/dl
- 250 mg/dl
- 320 mg/dl

Esses registros chamaram a minha atenção através do histórico terapêutico do usuário, uma vez que ele utilizava todos os medicamentos disponíveis para a redução dos níveis de glicemia e em doses máximas e realizou várias consultas no ano de 2012. Esse usuário morava sozinho e, segundo a descrição, era idoso. A anotação feita pela agente de saúde na data de fevereiro de 2012 descreve o recolhimento de medicamentos para diabetes vencidos.

O mesmo o corre descrito em outros prontuários e até verbalmente pela própria agente de saúde que relata o que acontece com os usuários e os medicamentos.

A dificuldade de utilizar o medicamento foi muitas vezes relatada nos prontuários em casos como de um usuário que além de diagnóstico de hipertensão apresentava DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), esse usuário, segundo relatos do prontuário não fazia uso dos medicamentos prescritos para seu problema de saúde, achava muito complicado a utilização das “bombinhas” – dispositivos inalatórios – e, além disso, tinha medo de ficar dependente.

*“(...) paciente com dificuldade para utilizar o remédio salbutamol e beclometasona, se afoga ao utilizar. Orientado a utilizar de 6 em 6 horas conforme orientação médica”
“Paciente não adere ao tratamento da DPOC (...)” relatado por outro profissional 3 meses depois.*

Usuário com a faixa etária entre os 30 – 40 anos de idade, a 1 ano diagnosticado como hipertenso, diagnóstico dado pelo médico da unidade e encaminhado a nutricionista.

Histórico familiar de hipertensão e descrição de obesidade, junto ao encaminhamento ao serviço de nutrição a solicitação de exames complementares.

Resultados dos exames, descritos 2 meses depois:

Colesterol elevado e, portanto, deu início ao tratamento com sinvastina 40mg, captopril 25mg, hidroclortiazida 25mg.

Em 15/08/2012 foi relatado no prontuário que o usuário compareceu na unidade relatando problemas de visão, tontura e fortes palpitações, encaminhado ao hospital para internação.

O usuário continha em seu histórico vários relatos sobre a dificuldade de utilizar o medicamento. Hábitos alimentares também não foram alterados pelo usuário segundo registros. Registros de parâmetros como pressão arterial também foram anotadas:

- 185 mmHg /130 mmHg
- 160 mmHg/135 mmHg
- 170 mmHg/ 130 mmHg
- 170 mmHg/ 150 mmHg

Antes da internação existe registro de adição de medicamentos, esse adicionados pelo médico especialista (particular) Losartana50 mg; Furosemida 40mg e Verapamil 80mg.

Pelo número de relatos observados e analisados nessa etapa, detecta-se uma grande lacuna entre a ação e o desfecho do cuidado em saúde, pois num olhar voltado à atenção farmacêutica, em especial ao acompanhamento farmacoterapêutico, pode-se fazer uma pré-análise principalmente pelo o número de medicamentos empregados na terapia farmacológica e as interações entre estes. A pouca troca de informações entre usuário e serviço também é algo questionável, o assunto da educação em saúde também se apresenta como uma simples e cansativa meta a ser preenchida em alguma ficha ou registro.

A educação em saúde, proposta para o esclarecimento ou para a resolução dos PRM's, resulta em um desfecho pouco satisfatório, se observado por uma visão farmacêutica, já que esse serviço não é ofertado pelo SUS. Fica nítido e registrado

nos prontuários que o tempo de utilização do serviço da ESF e a equipe básica não contemplam essa lacuna entre atendimento e sucesso terapêutico.

9.3 Agente Comunitário de Saúde: uma descrição por suas palavras

Para entender melhor o trabalho da agente de saúde e sua ligação com a comunidade e serviço de saúde, fui convidado pela agente de saúde para acompanhá-la em um dia de trabalho.

Percorremos durante esse dia, a microárea em sua totalidade e realizamos a visita a 8 casas (8 famílias). Momentos antes de sairmos para campo, conversamos por um período de quase uma hora dentro da unidade onde ela me esclareceu sobre o funcionamento de seu serviço.

O que é ser agente comunitário de saúde? Foi com este questionamento que começamos o diálogo. Então ela me respondeu:

“Olha... trabalho na unidade a quase 6 anos e sou moradora do bairro a 15 anos, e acho que ser agente de saúde é ter compromisso com a comunidade. Confesso que faço coisas erradas, como o assistencialismo de facilitar demais as coisas.”

Como assim facilitar as coisas?

“Há, é que levo medicamentos para algumas pessoas que não podem vir aqui no posto, são idosas e outras por que são “acomodadas” mesmo. É o caso de um paciente que mora lá perto da sanga, é idoso e não tem condições de sair de lá, tem uma bruta subida, aquela ali da Rabuske (se referindo a rua de trás do posto). Ele não tem condições de fazer um esforço desses, então fico com pena e levo os remédios ou requisições de exames. Outra coisa que faço e sei que não é certo é ter alguns anticoncepcionais em casa para as meninas buscarem, é melhor pegar lá em casa do que ficar grávida neh!”

E não seria melhor explicar para a comunidade sobre o funcionamento do posto? Qual a ideia da ESF?

“Ah!, já tentei mas o povo não entende, acha que é chegar a qualquer hora e consultar ou pegar remédio e atestado, tem que ver o movimento em época de safra aqui, duplica o movimento procurando atestado ou comprovante. E a vizinhança com o hospitalzinho (unidade de atendimento de urgência) complica as coisas, por que sai daqui sem consulta vai ali e entope o lugar ou sai de lá e vem pra cá. Se a gente

não faz certas coisas o pessoal fica achando que tem esquema, sabe como é fofoca, aí o bairro fica falando que o fulano dá regalia para alguns e para outros não”.

Como é o teu serviço e a tua rotina no posto?

“Chego de manhã e preparo o meu itinerário, até por que não posso ir muito cedo nas casas, o pessoal gosta de dormir até mais tarde e no inverno, faço visitas somente a tarde”.

Assim a agente de saúde começou a escrever as suas atividades, também destacou que se faz presente durante os dias de grupo tanto do hiperdia ou do grupo de gestantes, gosta de conversar com os usuários antes da consulta e também usa esse tempo para informar o serviço médico sobre alguns detalhes do usuário. Sua rotina no interior da unidade é basicamente burocrática *“no posto preencho muitos formulários, estamos sempre atualizando o sistema”.*

E o que tu achas do sistema?

“- Ah”! A burocracia é grande, é muito papel pra assinar, ficha pra preencher, mas acho que funciona, olha o nosso mapa, ele mostra tudo o que nós, agentes, fizemos e quais as nossas metas, aí qualquer um pode ver a produção, quantos pacientes diabéticos, hipertensos, quantas famílias e qual a localização da nossa microárea. Mas o sistema poderia ser simples néh! Sem tanta papelada e tanto registro.”

Quanto aos medicamentos, o que tu pensas sobre eles?

“Confesso que de remédios eu não entendo muito, me viro um pouco quando me perguntam “esse é pra quê”? aí sei que a hidro é diurético, a metformina é pra diabetes, que o captopril é pra pressão, que o propranolol é pro coração e assim me viro, mas sofremos muito, por que o povo pergunta muito.”

O que eles perguntam?

“A como é pra tomar, como se usa, se pode tomar tudo junto, o que faz se esquecer, essas coisas do dia a dia. Mesmo o pessoal que tá há anos tomando remédio sempre pergunta. Certo que muitos se atrapalham pra usar remédios, são muitos ao dia, só que aí complica, muda cor, tamanho e aí se atrapalham mesmo.”

E vocês já tiveram alguma capacitação sobre esse assunto?

“Sim, mas é aquilo que te falei, pouca coisa, a enfermeira ajuda em alguma coisa, o pessoal da Unisc – da farmácia – já nos ajudaram com esse assunto mas é muito complicado e as orientações não são iguais pra cada paciente.”

E sobre os medicamentos vencidos, o que tu podes descrever?

“Muitos, são muitos mesmo e o pessoal às vezes coloca fora no lixo ou toca na sanga. Já falei que não pode e muitos guardam pra mim, então busco e deixo no posto pra mandar pra farmácia municipal.”

E por que vencem tantos medicamentos?

“O pessoal não usa como deveria, é muita confusão e muita mistura de receitas e medicamentos. Sei quem toma direito e quem deixa estragar muita coisa, muitos têm medo que falte remédio aqui no posto e pega, não usa e vai sobrando, quando vê sobrou muito, empresta, olha acho que tem até gente que vende.”

A Unisc realiza muitos trabalhos aqui no posto, o Curso de Farmácia é um que desenvolve alguns projetos junto à unidade como o Farmacêutico domiciliar.

O que tu achas desse tipo de serviço?

“Eu achava que o farmacêutico não tinha muita utilidade aqui na unidade, pois não entendia o seu serviço e que poderia desenvolver atividades clínicas, como a médica. Depois que vimos o professor Ediberto trabalhando na unidade e os resultados com alguns pacientes eu vi que o serviço poderia ser bem melhor com um profissional especializado em remédios.”

Uma visão farmacêutica/educativa, assim analiso esse diálogo com a agente de saúde, pois ficou claro que a questão do uso dos medicamentos é um tema muito importante dentro do ciclo da assistência farmacêutica. Porém a atenção dada a esse problema sofre uma demora entre a ação e a percepção do problema.

9.4 Círculo de cultura e seu intermediário

9.4.1 Do posto até a fronteira do portão.

Depois de organizar o roteiro de visitas junto com a Agente de Saúde, foi considerado como um ponto muito importante a estratégia de fazer a primeira abordagem em dupla (pesquisador e ACS) e nessa primeira ação resolvemos não ultrapassar o portão da residência. Essa ação estratégica foi pensada para não gerar no usuário a sensação de “invasão” causando constrangimento ou alguma reação do tipo e sim de deixar o usuário à vontade e previamente esclarecido sobre a pesquisa.

9.5 O Primeiro contato

Para realizar o primeiro contato entre serviço e usuário foi realizado um treinamento com a ACS, pois ela foi a interlocutora, a responsável por apresentar o pesquisador ao usuário. O treinamento foi referente a uma introdução sobre a pesquisa e sobre o serviço que seria oferecido e algumas frases “prontas” foram usadas, como as que cito a seguir.

- “Bom dia dona Maria!”
- “Tudo bom?”
- “Dona Maria, estamos aqui para apresentar para senhora um serviço experimental, é um teste que o posto está fazendo”. “Esse aqui é um colega do posto, ele é farmacêutico e está fazendo uma pesquisa, uma conversa com os usuários do posto para saber como as pessoas usam os remédios (...).”

Nesse momento me apresentava e dava sequência a introdução, sempre procurando palavras “fáceis” (orientação da ACS). Foi explicado como seria o funcionamento do serviço e qual o benefício de participar e o motivo pelo qual havíamos escolhido esse usuário. Relatei a preocupação que a equipe de saúde tinha com o seu estado de saúde, que o diabetes/hipertensão eram descontrolados e, normalmente nesse momento, eu era questionado sobre o uso de alguns medicamentos, pois o usuário (em sua maioria) gostava de relatar ali mesmo no portão os seus males e remédios utilizados. Quando isso acontecia, ficava confiante, pois acreditava que o método estava funcionando.

9.5.1 A espera por um convite.

A ideia dessa metodologia foi a de deixar o usuário à vontade e instigado a participar do trabalho, tendo como contrapartida do usuário o convite para entrar em sua residência.

Nesse momento, no portão, não foi perguntado ou falado algo mais direcionado aos medicamentos ou aos problemas de saúde, mas sim a ideia de instigar a sua curiosidade e a ânsia de saber mais sobre tudo isso. O convite para entrar foi de 60% dos visitados na primeira vez, tendo um total de 6 (seis) convites dos 10 (dez)

visitados na primeira vez e depois 3 (três) convites na segunda visita. Sendo que a única recusa se deu com justificativa de incompatibilidade de horário devido ao trabalho.

9.6 O Círculo de Cultura e sua formação

O principal objetivo da pesquisa foi aproximar o atendimento farmacêutico (assistência farmacêutica) em especial o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico com a questão educacional, utilizando para esse fim a aplicação concomitante de dois métodos: a do acompanhamento farmacoterapêutico utilizando o um método para identificar os PRMs adaptados do Método Dader com o método do Círculo de cultura.

A união desses dois métodos proporcionou uma dinâmica do método de identificação dos PRMs e ao mesmo tempo o Círculo de cultura provocou uma resolução educativa para a maioria dos PRMs.

A seguir descrevo os principais PRMs relatados no Círculo de cultura, esses PRMs foram confrontados com os PRMs hipoteticamente levantados com ajuda do prontuário clínico e confirmados ou não através do Círculo de cultura.

O que mais marcou a classificação dos PRMs foi a categoria de efetividade, ou seja, comparando o tratamento prescrito e o tempo de uso do medicamento, o resultado do efeito dessa ação não é o desejado, uma vez que esse tratamento apresentou falhas, no resultado averiguado. Em 90% dos casos foi a omissão de alguma dose/dia, o não uso do medicamento ou a perda de dose por interação entre o medicamento/ medicamento ou alimento/ medicamento.

Como foi o caso do medicamento captopril 25mg, pois esse medicamento apresenta, segundo Assmann (2011) uma diminuição de 30% na absorção e 40% na distribuição, quando administrado junto com alimento.

Isso pode explicar esse tipo de PRM, 90% dos usuários participantes do Círculo de cultura, em algum momento, relataram que não sabiam que o alimento prejudicava o medicamento, afirmando: *“nunca me falaram”, “por que não explicam lá no posto!”* essas foram às expressões mais ouvidas dos usuários após a pergunta “E esse remédio da pressão como se toma?” Normalmente a resposta estava referenciada na posologia como: *“ah, uso um comprimido três vezes ao dia (...)”, “Um comprimido no café, um no almoço e outro na janta (...)”*. Nenhuma das

respostas esteve relacionada com o cuidado de estar em jejum ou tanto tempo depois de ingerir algum alimento ou líquido.

Falando em jejum, esse termo demonstrou ter vários significados para os usuários, em uma mesma família em que participaram 2 (dois) usuários o termo jejum era completamente diferente para eles, e as ações também. Para um usuário o termo usar o medicamento em jejum gerava a seguinte ação:

- Acordar, fazer a higiene pessoal, tomar chimarrão e aí sim tomar o medicamento e depois o café da manhã (alimentação matinal), essa ação estava agregada com o uso de todos os medicamentos previstos para aquele horário.

- A outra ação estava vinculada ao uso do medicamento na mesa minutos antes de alimentar-se.

Um detalhe importante observado é que a alimentação com líquidos como o chimarrão não era vista como refeição ou como algo que se assemelhe a um alimento e sim um líquido igualado à água (inerte). Os resultados apontaram que 70% dos usuários relataram o uso de captopril 25mg junto com o chimarrão, o que também reflete no efeito do medicamento.

Outra descrição também pode ser exemplificada aqui é a grande falta de adesão dos medicamentos utilizados para o controle da diabetes, nesse caso estou me referindo ao medicamento metformina 850mg. A baixa adesão a esse medicamento foi vista em 80% dos casos, contribuindo assim para o aumento do PRM de efetividade. Quando verificado o estoque domiciliar, em algumas residências, notei o acúmulo desse medicamento e inclusive já vencidos e em contraponto a essa constatação, perguntava ao usuário “como é que a senhor (a) usa esse remédio?” dando a entender que alguma coisa estava conflitante, muitos responderam de forma coerente com a prescrição médica e aí eu perguntava novamente, “mas como sobram tantos? O senhor tem alguma dúvida ou receio para usar esse remédio?”.

Essa era a deixa para as exclamações referentes a esse medicamento, como diarreias, distúrbios gástricos e até mesmo um gosto de metal foi relatado por 80% dos usuários. Quando perguntado se esses efeitos adversos aconteceram no início do tratamento, a resposta foi positiva.

O tratamento com metformina é considerado o de primeira escolha no tratamento da Diabetes melito do tipo 2, porém a metformina apresenta alguns efeitos adversos passageiros como o caso da diarreia e desconforto gástrico (WANNMARKER, FUCHS, 2011), e o início do medicamento deve ser de forma gradativa, ingerindo inicialmente meio comprimido (425mg). Assim poderíamos dizer que o tratamento fica mais seguro e o usuário não ficaria tão “desconfiado” perante a metformina.

Outro ponto que marcou a possível não adesão da metformina foi esse histórico de efeitos adversos, conforme citou um usuário no Círculo de cultura: “eu comecei a tomar a metformina, mas aí passei muito mal com dor de barriga, achei que não dava pra continuar a tomar, pois me faz muito mal, e eu tenho medo de usar.”

Depois desse relato no Círculo de cultura, abordei a seguinte questão:

“A senhora nunca foi alertada para certos efeitos passageiros da metformina? Efeitos que o corpo vai acostumando!” E novamente uma resposta negativa. “*Eles entregam e não dizem como tem que tomar*”. Então eu perguntei: “A senhora nunca falou para a médica ou pra enfermeira sobre isso?”. Então a resposta que julgo ser característica da dificuldade de usar o medicamento mascarada. “*Eu tentei falar, mas aí ela falou que é pra ir usando, e diretamente com a médica eu não falei, por que fiquei com vergonha.*”

Outra característica marcante nesse tipo de rejeição foi a da comparação entre um medicamento e outro com a mesma finalidade (discutirei mais adiante), por exemplo, a comparação entre a metformina 850mg e a glibenclamida 5mg. Esse dois medicamentos tem a mesma finalidade, a redução da glicemia sanguínea, porém as características farmacológicas são totalmente diferentes (mecanismo de ação, farmacocinética, etc.), então existe essa comparação do usuário com os medicamentos no momento em que ele acredita que o de 850mg é muito mais “forte” (palavra essa, que para o leigo define potencial efeito) do que a 5mg e relaciona os efeitos adversos com o teor descrito do medicamento. Isso ficou evidente nos 80% dos usuários que utilizavam em maior quantidade a glibenclamida 5mg e em menor a metformina 850mg por acreditarem ser um “remédio forte”.

Em um dos casos observados, a tentativa de utilizar o Círculo de cultura para esclarecer esse e outros equívocos no tratamento foi bem recebido, o ideal é que seja realizado no segundo ou terceiro encontro, esse com 3 a 5 dias de após o

primeiro encontro (círculo), dando assim sequência aos assuntos, temas e ações farmacêuticas voltadas a resoluções dos PRM's.

Em um Círculo de cultura abordei essa questão do uso da metformina e da glibenclamida, o usuário nesse caso utilizava 4 comprimidos de 5mg de glibenclamida e apenas 1 comprimido de metformina 850mg (sendo que na prescrição médica deveria ser 1 comprimido 3 vezes ao dia) o motivo pela má adesão era que a metformina era “muito forte”. Diante desse fato, tentei abordar o assunto de forma relacionada à doença conforme descrevo abaixo:

Pesquisador: “- E referente ao diabetes, a senhora sabe bem o que é?”

Usuário: “- *Sim, a gente aprendeu no posto, é açúcar no sangue.*”

Pesquisador: “- E como está a sua diabetes?”

Usuário: “- *Sempre me falam que tá altinha, que não posso comer doce, arroz, batata, essas coisas, eu não como doce faz muito tempo, mas a comida eu como de tudo um pouco.*”

Pesquisador: “-O que mais preocupa a senhora?”

Usuário: “- *A minha falta de visão, um pouco é da idade, néh!*”

Pesquisador: “- E quando a senhora vai ao posto, a senhora mede o açúcar?”

Usuário: “- *Sim, só quando tem grupo.*”

Pesquisador: “- E o que é um valor que a senhora acha normal?”

Usuário: “- *Ah! Me falaram que até 110 tá bom pra quem tem diabetes, mas a minha dá entre 200, 280... por aí.*”

Pesquisador: “- Isso lhe preocupa?”

Usuário: “- *Só quando eu passo mal, aí sei que ela tá alta.*”

Pesquisador: “- E o remédio, a metformina, a senhora não usa?”

Usuário: “- *Às vezes, ela é forte e eu já tomo remédio pra pressão e mais outro pro diabetes.*”

Depois dessa resposta tentei relacionar a explicação técnica do porque utilizar os dois medicamentos para o diabetes com os conceitos (senso comum) do usuário. Tentando achar algo físico para relacionar, observei que a porta de entrada da residência tinha uma tranca reforçada (além da fechadura tinha mais um dispositivo caseiro de tranca) então resolvi improvisar:

Pesquisador: “- Estava observando a sua porta, ela tem um reforço na tranca”.

Usuário: “- *Sim, é reforçada, não posso facilitar a entrada dos ladrões.*”

Pesquisador: “- Então se imaginarmos que o ladrão é o diabetes e não podemos deixar o ladrão (diabetes) entrar na casa (me referindo ao corpo, organismo) e a glibenclamida é a fechadura. A senhora acha que somente a fechadura segura o ladrão?”

Usuário: “*(Risos...) não somente a fechadura não segura o ladrão! Por que só tinha ela e arrombaram a porta.*”

Pesquisador: “- E se reforçarmos a porta com a tranca, que vamos chamar de metformina, e assim, será que o ladrão entra?”

Usuário: “- *É vejo que devo tomar a metformina, porque depois de colocar a tranca o ladrão não entrou mais (risos).*”

Então o usuário foi orientado a utilizar meio comprimido de metformina 850mg por duas semanas e depois a utilizar o comprimido inteiro sempre junto com as refeições (diferente do que fazia, pois quando utilizava, utilizava com o estômago vazio, aumentava as chances de efeitos adversos) e foi orientada que, se aparecerem os sintomas de efeito adversos, eles passariam em alguns dias. Nesse caso um PRM detectado foi analisado de forma rápida, porque já se possuíam informações relevantes retiradas do prontuário clínico e juntamente, com a conferência da farmácia caseira, fazem com que a fusão entre o acompanhamento farmacoterapêutico (método adaptado da metodologia Dader) e o Círculo de cultura se tornem uma ferramenta dinâmica e potencialmente eficiente na identificação, análise e intervenção/resolução dos PRM's.

O não utilizar o medicamento é um PRM que implica na efetividade do resultado, como no caso da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes melito, os medicamentos utilizados hoje para o combate dessas patologias, são medicamentos que atuam no controle e não na cura desses males. E na visão do usuário? Será que o uso do medicamento estava relacionado à cura da doença?

Esse tema foi debatido em um Círculo de cultura formado por 5 pessoas, sendo o pesquisador, o usuário e três familiares do usuário. O assunto começou com o relato da filha mais velha do usuário, dizendo que o medicamento não funcionava porque o diabetes do usuário nunca “sarava”.

Em outro caso o uso do medicamento para pressão era utilizado quando o usuário se sentia mal, (apresentando algum sintoma como dor de cabeça, dor na

nuca ou quando enxergava alguns pontos brilhantes), somente então fazia o uso do medicamento. *“Só tomo quando a minha pressão sobe (...), eu sinto quando ela sobe, quando estou normal não tomo.”*

9.7 O “valor” de cada medicamento

Um aspecto que percebi utilizando o Círculo de cultura foi um dado que dificilmente é apontado em registros de acompanhamentos farmacoterapêuticos ou em trabalhos desse gênero. O “valor” que cada usuário atribui ao medicamento foi percebido através de algumas conversas, percebi que os relatos relacionados ao uso do medicamento estavam relacionados à indicação do mesmo, por exemplo:

Medicamentos cuja indicação (nesse caso cito a “indicação”, não a indicação da literatura farmacologista e sim a indicação baseada no senso comum), como a hidroclorotiazida 25mg ou furosemida 40mg, que, farmacologicamente tem uma indicação e função diurética, cada um com a sua peculiaridade no mecanismo de ação e efeitos, possuem ação e indicação anti-hipertensiva e normalmente estão associados a um ou mais medicamentos utilizados para o controle da hipertensão e prescrito com essa finalidade.

Contudo na prática, talvez para facilitar o atendimento e não se deter em explicações ou talvez na falta de recurso técnico para explicar de forma clara as orientações sobre esse tipo de medicamento, a indicação passada ao usuário é de diurético, para “fazer xixi” ou “pra despachar água”, assim é a indicação dos medicamentos anti hipertensivos da classe dos diuréticos de acordo com este senso comum.

Da mesma forma o propranolol 40mg ou a digoxina 0,25mg, que recebem a indicação de “medicamentos pro coração”, diazepam e fluoxetina, medicamentos completamente diferentes no seu mecanismo de ação e efeito farmacológico porém recebem a indicação de “remédios pra cabeça”, “remédio dos nervos”.

O “valor” incorporado ao medicamento fica evidente quando se observa a farmácia caseira, a fidelidade (adesão) ao um remédio que é “para o coração” tem um valor maior do que o “remédio pra fazer xixi”. Além disso, o medicamento da classe dos diuréticos tem a sua baixa adesão nesse sentido “eu tomo às vezes o do

xixi, mas aí vou muito ao banheiro (...)", isso demonstra que o usuário não entende os efeitos do medicamento e os sintomas da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Quando o usuário é questionado no acompanhamento farmacoterapêutico sobre esse tipo de medicamento, "esse remédio você usa para..." a resposta normalmente é "pra fazer xixi", "esse é o diurético", ou se completa "ah é da pressão!", (o usuário demonstrou surpresa ao ouvir esse tipo de indicação).

Esse tipo de graduação nos medicamentos relacionados ao "valor" devido à indicação compromete o tratamento farmacológico, uma vez que o tratamento para diabetes e hipertensão possui várias associações de vários grupos de medicamentos e diferentes mecanismos de ação.

9.8 O que significa usar medicamentos?

Essa pergunta foi feita para todos os participantes do Círculo de cultura, e as respostas foram variadas dentro de cada momento:

"Usar remédio, pra mim é não ter saúde", "É tá doente", "O remédio me traz saúde, se eu não tomo sobe a pressão".

Essas foram as respostas que mais se repetiram, o que pode indicar, que no entendimento do usuário o medicamento pode trazer alguns malefícios, visto que a resposta *"Eu tomo tanto remédio que nem preciso comer, tomo quase 20 comprimidos por dia (...)"*, certamente faz, em algum momento, o usuário pensar ou até mesmo abandonar a rotina farmacoterapêutica baseado em que "esse monte de remédio" o prejudica mais do que ajuda (o uso de omeprazol por todos os usuários pode exemplificar o acúmulo no uso de medicamentos, pois a prescrição do omeprazol em todos os casos foi efetuada para "evitar" ou minimizar os efeitos colaterais do uso de medicamentos).

9.8.1 Você toma os medicamentos com o quê?

*"Uso os remédios todos de uma vez só, principalmente os da manhã".
"Tomo com água".
"Tomo com o chimarrão".*

“Tomo com o café, dizem que não é bom tomar remédio de barriga vazia, dói o estômago”.
“Tomo com chá, esse chá é bom pra diabetes e pra pressão”.

Este tema gera grande polêmica e dificuldade do seu entendimento, sendo comum no posto de saúde o interesse das ACS. Enquanto isso, há ansiedade de saber e de perguntar sobre alguma orientação referente ao “tomar o medicamento com o quê e de que forma”?

Via de regra, todo o medicamento tem o melhor horário para ser utilizado, seja antes da refeição, depois da refeição, com um copo (200 ml) de água, junto com outros medicamentos, etc... São as suas características farmacológicas, que obedecem tempo, temperatura, concentração, dissolução. Entretanto, a questão de orientação para utilizá-lo depende das características do usuário, pois é um conjunto de ações que devem ser levadas em consideração, visto que, o ditado popular, “cada caso é um caso”.

Outro ponto importante verificado foi o uso de chás. Esse assunto rendeu muitas horas de conversa, pois o usuário quer mostrar, perguntar e indicar chás e outras terapias alternativas.

O uso de chás ficou marcado em 100% dos usuários, todos usam alguma erva, extrato ou medicamento fitoterápico indicado por alguém.

Em 2 casos os usuários abandonaram o uso do medicamento para fazer somente o uso do chá, denominado por eles de “chá de insulina” que foi receitado pela Irmã que realiza trabalho voluntário junto à comunidade (ONG).

O PRM de segurança é bem evidente nesses casos, uma vez que o medicamento utilizado com chás que potencializam o efeito hipotensor ou hipoglicêmico provocam tonturas, tremeleiras e até uma hiperglicemia e hipertensão rebote, devido a recursos fisiológicos de homeostase.

E ao perguntar como é usada a maioria desses chás, a respostas sempre se repete por não haver um discernimento sobre o uso de plantas medicinais e devido ao incremento que o termo é “natural”, ocasiona para a maioria das pessoas a sugestividade de segurança, inofensivo, puro que não faz mal. O que leva a inconseqüência do uso indiscriminado de chás e outras drogas de origem vegetal.

“Pego umas folhas e coloco pra ferver”.
“Tomo por água, faço quase dois litros por dia”.

“A vizinha que me ensinou, pego bastante folhas, esmago e ferver por 5 minutos”.

“Plantei nos fundos de casa e tomo todos os dias, faço um canecão com as folhas e talos, quando a diabetes tá muito alta faço um chá mais forte”.

“Não tomo só o chá, eu intercalo com o remédio, dia sim-dia não, o primo do meu marido curou a pressão alta com esse chá de cipó brabo”.

Essas falas remetem o uso contínuo e demasiado de chás, sem indicação médica, farmacológica, sem segurança e eficácia comprovadas, sem falar na identificação botânica correta e demais orientações como parte utilizada da planta, tempo de colheita, tempo de uso, forma de uso tópico/interno, uso adulto ou pediátrico, quantidade que deve ser utilizada, volume de chá a ser usado, entre outras informações importantes que se deve ter antes de ingerir estas bebidas.

9.9 Farmácia Caseira: A caixa de Pandora

Durante os encontros do Círculo de cultura, uma das etapas voluntárias era a exposição dos medicamentos, pois a visualização da farmácia caseira ajuda em 4 (quatro) fatores:

- 1- Localização do estoque de medicamentos dentro da residência (armazenamento).
- 2- A quantidade em uso (comparando a posologia do tratamento com a quantidade de medicamentos pertencentes a esse tratamento).
- 3- Reconhecimento do medicamento (identificação do medicamento e indicação do uso).
- 4- O descarte (para qual local é destinado o medicamento vencido ou impróprio para o consumo).

O que foi visualizado na farmácia caseira referente ao armazenamento do medicamento indicou que 90% dos medicamentos encontrados em estoque dentro da residência estavam acomodados na cozinha, e os outros 10% divididos no quarto e banheiro. Dado semelhante à pesquisa realizada em 2010 por Toillier, no município de Vale Verde/RS, no qual também analisou o estoque domiciliar de medicamentos. Os dados encontrados por Toillier também demonstraram que a maioria dos medicamentos eram acomodados na cozinha dos usuários.

Outro estudo referente a esse tema foi realizado em 2005 por Schenkel e colaboradores na zona de cobertura de 3 (três) unidades de saúde na cidade de Porto Alegre/RS e também constataram o acúmulo de medicamentos na cozinha.

Fato que me chamou atenção foi o armazenamento de insulina, essa estava no local adequado (dentro do refrigerador), porém estava localizada na gaveta próxima ao congelador. O medicamento encontrava-se totalmente congelado, então questionei o usuário:

Pesquisador: “- O senhor notou que a insulina está congelada?”

Usuário: “- Sim! Sempre guardei aí, é só da uma esfregadinha na mão que ela começa a dissolver.”

Pesquisador: “- E o senhor nunca imaginou que ali não seria o melhor lugar?”

Usuário: “- Mas falaram que tem que guardar na geladeira pra conservar e ali conserva bem os alimentos!”

Pesquisador: “- E será que ela está funcionando, fazendo efeito?”

Usuário: “- Acho que tá!”

Pesquisador: “- E como a senhora sabe que ela não se estragou?”

Usuário: “- Nunca me deu nada de ruim”.

Pesquisador: “- E sua diabetes por que será que está sempre alta? Pelo que eu vi o senhor usa direitinho a insulina será que é por que ela está congelada?

Nesse momento o usuário deu um sorriso meio sem jeito e me perguntou:

Usuário: “- Onde é o lugar certo pra guarda sem estragar o remédio”?

Com esse contraponto percebi, de modo sutil, que o usuário estava interessado e sabia que estava “equivocado” sobre o armazenamento da insulina. E usando da situação, comecei a explicar sobre o melhor lugar para armazenar a insulina, usando o argumento sobre a forma farmacêutica do medicamento.

Pesquisador: “- Quando o senhor recebe a insulina, como ela está”? Líquida ou dura (sólida)?

Usuário: “- Líquida, com cor de leite”.

Pesquisador: “Então, se ela é líquida, assim deve permanecer sempre, e o senhor tem que guardar a insulina na prateleira do meio da geladeira, não é quente e nem tão frio a ponto de congelar, na porta também não se deve guardar, pois neste local é quente devido ao abri-fecha da geladeira, principalmente no verão”

Referente ao conhecimento do medicamento, isso é uma técnica semelhante à utilizada pela metodologia Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico (sacola de medicamentos) a diferença que é feita em loco. Nesse passo, o medicamento foi pego aleatoriamente do estoque domiciliar e foi perguntado ao usuário:

“Esse remédio você usa pra quê?”

Dependendo da resposta do usuário pode apresentar um PRM de efetividade e de segurança. O não identificar um medicamento pode fazer com que a dose de um seja omitida ou aditivada (dobrada) por engano.

Três usuários demonstraram certa confusão para identificar o medicamento, quando foi percebido o engano relataram que a embalagem tinha mudado: *“Ah! Achei que era a hidro (abreviação popular para hidroclorotiazida), mas é a digoxina (risos).”*

“Ah, esse eu uso para o diabetes” (nesse caso o medicamento mostrado e questionado foi o captopril e quando perguntado sobre como era utilizado o usuário confirmou o uso conforme a receita médica dois comprimidos no café e dois na janta, este confundiu a glibenclamida com captopril que apresentava posologia de 1 (um) comprimido a cada 8 (oito) horas).

“Eu uso insulina, duas qualidades (se referindo a NPH e a regular), mas quando aplico uma, passo mal, faço 40 de uma e 25 (se referindo a UI) da outra, duas vezes ao dia”. (o usuário confundia as insulinas e aplicava mais UI da regular do que o prescrito, provavelmente fazia picos de hipoglicemia).

9.9.1 O que você faz com os medicamentos vencidos?

Teoricamente é o que fecha o ciclo da assistência farmacêutica de forma social e ecologicamente correta, e também desperta certa preocupação no serviço de saúde, pois, infelizmente, é difícil (ou quase que utópico) a existência de um sistema público que gerencie resíduos como medicamentos. Talvez, por ser considerada uma ferramenta que promova a “longevidade”, o medicamento não é visto como um contaminante do meio ambiente, ou seja, o destino adequado ao medicamento não utilizado não costuma estar presente na consciência ambiental de grande parte da sociedade.

Dos 9 (nove) usuários visitados somente 1 (um) entregava os medicamentos vencidos ou quase vencidos no posto de saúde, mas quando questionado sobre o por que de entregar no posto e não colocar fora, ali junto com o lixo comum ele respondeu: *“Eu sempre faço a doação “pro” posto, já que eu não vou tomar, posso ajudar mais alguém que precise, aí acho que no posto eles dão caminho ao remédio”*.

Os outros 6 (seis) usuários normalmente colocavam os medicamentos vencidos no lixo comum e os dois restantes desprezavam-os no vaso sanitário. Para esses dois usuários foi perguntado sobre o porquê de descartar (jogar fora) no vaso sanitário, a resposta foi bem marcante:

“Ah coloco no vaso por que o remédio não pode se misturar no lixo do dia a dia, vai que eu coloco no lixo e vem um bicho ou gente que mexe no lixo e pega, toma e morre!”

Respostas como essa e a anterior refletem uma falta de consciência ambiental ou que ainda não foi bem esclarecida, pois os usuários ou encaminham o medicamento para a “doação” com a finalidade de ajudar “outros”, e ao mesmo tempo estão cometendo um grande equívoco em querer ajudar com medicamentos vencidos ou realizam o descarte de resíduos químicos (categoria de medicamentos) nas águas, para esses usuários o perigo está em tomar (usar) o medicamento de forma direta e não na contaminação do solo, água e ar.

Em 2010, Pechmann realizou uma pesquisa, na qual verificou o descarte de medicamentos vencidos por usuários da farmácia municipal de Santa Cruz do Sul/RS, em seus resultados Pechmann descreveu que 60% dos participantes descartavam medicamentos líquidos e sólidos no lixo comum e que 30% descartavam medicamentos em tanques, pias ou vaso sanitário, sendo que estes dados encontrados vão ao encontro dos obtidos nesta pesquisa.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Defendo que há dois lados dentro do sistema de saúde primária, em especial na saúde da família. Um lado está direcionado ao desenvolvimento objetivo/cognitivo, que assume um tipo de racionalidade sistemática com o objetivo de identificar e resolver problemas clínicos com dados e comprovações científicas moduladas e aplicáveis no campo da saúde.

O outro lado refere-se à forma de abordagem do usuário no aspecto relacional do cuidado assistencial; no qual este pode ser arquitetado, enquanto objeto ou sujeito, com ou sem um papel de interação – e de autonomia – com o profissional cuidador (aquele que utiliza um "método clínico", uma abordagem "cognitiva, sistemática e racional" para cuidar e tratar do paciente).

Mesmo sendo a Estratégia de Saúde da Família uma nova proposta de atenção primária à saúde com um conceito de humanização no atendimento, com acolhimento destinado a observar e analisar as diversas ocorrências de uma determinada população, o núcleo de seus trabalhos ainda se fundamenta em práticas biomédicas, nesse caso toda a estrutura do sistema é posto como igual (estou me referindo a objetividade do sistema de saúde biomédico, ou seja, o método pelo método, o científico por validade, a evidência por soberania) o avanço para romper esse tipo de paradigma ainda está em transição.

A visão farmacêutica do serviço de saúde da família

O fato de não haver uma preocupação com todo o ciclo da assistência farmacêutica gera muitos equívocos no sistema de saúde, por exemplo, com os resultados demonstrados nesse estudo, fica claro que a única preocupação dos gestores dos serviços de saúde é o abastecimento de medicamentos (não pode faltar, é necessário facilitar o acesso aos medicamentos), e esse fato está registrado e sacramentado em ações legais, as leis vigentes no Brasil, que em algum momento preveem o acesso ao medicamento como direito fundamental, mas não especificam sobre o cuidado, sobre o acompanhamento, sobre o uso e sobre o destino final desses medicamentos.

O pensamento biomédico ainda está presente em todo sistema de saúde brasileiro, a centralização das “condutas” e ações para um único profissional favorece uma sobrecarga de trabalho para certas áreas do sistema.

O acompanhamento farmacoterapêutico pode sim colaborar para que o ciclo da assistência farmacêutica se torne pleno, que se ofereça uma atenção de qualidade, para que, através da educação em saúde, o usuário busque sua emancipação clínica (médica), que seja capaz de interagir com seus “cuidadores” e sua opinião seja levada em consideração, que seus anseios sejam discutidos e argumentados.

Para o método de acompanhamento farmacoterapêutico, mesclado ao Círculo de cultura, o ganho, a riqueza de informações e de material para estudo e análise se torna mais fidedigno, pois atua diretamente *in loco* na residência do usuário, e ao mesmo tempo em que observa a realidade do usuário do serviço, estimula o seu senso crítico e equilibra os saberes, tanto o popular quanto o científico, capaz de efetuar ações mais duradouras do que a enfadonha educação em saúde hoje realizada no interior das unidades de saúde, tendo como único atrativo a entrega de medicamentos.

Através dos resultados específicos também posso considerar que:

- A população está desassistida no aspecto sobre cuidado e uso racional de medicamentos, levando em consideração a baixa consciência ecológica quando referenciada na questão do descarte dos medicamentos;

- Considerando uma descrição, na qual pude observar que o usuário de polifarmácia (usuário de muitos medicamentos) relaciona a indicação (realizada no início do tratamento) com a adesão ao tratamento, ou seja, o usuário coloca valores nos medicamentos;

- O uso do Círculo de cultura se faz necessário para uma nova orientação no serviço da saúde da família, como na profissão farmacêutica;

- O Círculo de cultura certamente é uma peça chave para uma afirmação do serviço de farmácia, da atenção farmacêutica e para uma “atividade mãe”, que é a educação popular em saúde;

- Os PRM's encontrados refletem diretamente na efetividade do tratamento;

- Resultados mais significativos poderiam ser captados se houvesse mais tempo para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, devido ao curto período de tempo disponibilizado pelos regimentos dos programas de pós-graduação. Por este motivo, análises como medidas da pressão arterial e acompanhamento do teste de glicemia capilar, não puderam ser incluídos na metodologia.

Esse tipo de serviço abre o campo para um novo método de acompanhamento farmacoterapêutico no qual se fundamenta no método educativo de Paulo Freire, da mesma forma que pode fomentar um atendimento mais “humanizado”, receptivo e correspondido.

Para os profissionais da saúde (classe a qual me incluo), a aplicação de “métodos” não quantitativos, não mensuráveis, são métodos que não inspiram muita “confiabilidade” e em especial para farmacêuticos que trabalham com atenção farmacêutica, deixam passar despercebidos diálogos ricos em informações e muitas vezes não são relevantes perante o método de acompanhamentos escolhido, muitas vezes somos caçadores de PRM’s e geralmente temos a solução para tais que clinicamente damos por encerrado e resolvido, quase sempre realizamos a intervenção farmacêutica de forma imponente e descrevemos nos registros tal imponência, sempre tentando simplificar o método para que o atendimento seja rápido e “eficiente”. Não realizamos quase nada de diferente, estamos sempre comungando como as lacunas que o sistema criou e mantém até hoje.

Por isso, insisto que formas educativas unidas em Círculos de cultura geram uma melhor receptividade e resposta do usuário, uma vez que não molestamos o seu cotidiano, não julgamos a suas ações e sim ajudamos a refletir e conscientizar-se sobre suas elas e sobre o seu mundo, que também é o mundo do científico.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. *Conversas com quem gosta de ensinar*. 5ª ed, Campinas: Papyrus, 2002.
- AQUINO, D. S. *Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?* *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. Supl, 2008.
- BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. *História e legislação do SUS e saúde da família: problematizando a realidade da saúde pública*. 1. ed. Rio de Janeiro, 2011.
- BRANDÃO, C,R. *O Que É o Método Paulo Freire* – Ed. Brasiliense – São Paulo, 1996.
- BRASIL. *Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
- BRASIL. *Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*.
- BRASIL. *Saúde da Família*. Disponível em www.saude.gov.br, Ministério da Saúde, 2012
- BRASIL, Ministério da Saúde, SCTIE, Departamento de Assistência Farmacêutica. *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica SUS, Instruções Técnicas para sua Organização*. 2ª ed. Brasília. 2006
- BRASIL. *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.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- CASTRO, F.C. *Os temores na formação e prática da medicina: aspectos psicológicos*. Ver. Bras. Educ. Med., v 28, n.1, 2004.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). *CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde : 25 anos*. Brasília: CONASS, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução nº 417,418/2004 e 431/2005 que dispõe sobre o Código de Ética Profissional* – CFF, Brasília.

COSTA, E. A. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2. ed., aum. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

COSTA, G.; GUALDA, D. M.R. *Antropologia, etnografia e narrativas: caminhos que se cruzam na compreensão do processo de saúde e doença*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v 17, nº 4, out- dez. 2010.

CIPOLLE, R.J.; LINDA; M.S.; MORLEY, P.C. *El ejercicio de la atención farmacêutica*. Madrid: McGraw-Hill, 2000.

FARINA, S.S.; Lieber, S.S.R. *Atenção Farmacêutica em Farmácias e Drogarias: existe um processo de mudança?* Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.7-18, 2009

FERNANDES, L. C; PETROVICK, P. R. *Os medicamentos na farmácia caseira*. In: SCHENKEL, E.P. et al. *Cuidados com os Medicamentos*. 4 ed. Porto Alegre/Florianópolis: UFRGS/UFSC, 2004

FREIRE, Paulo. *Educação como prática para a liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. *Pedagogia do oprimido*, Editora paz e Terra, 41 Edição, São Paulo, 2005.

GALATO, D. et al. *A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados com a farmacoterapia*. Rev. Bras. Cienc. Farm., v.44, n.3, 2008.

GALATO, D; ANGELONI, L. *A farmácia como estabelecimento de saúde: a visão do usuário de medicamentos*. Rev. Bras. Farm., v.90, n.1, p.14-8, 2009.

GUALDA, D.M.R. *Pesquisa Etnografia em Enfermagem*. Rev. Esc. Enf. USP, v 31, nº 3, p 410 – 422, dez. 1997.

GRAINGER-ROUSSEAU, T. J.; MIRALLES, M. A.; HEPLER, C. D.; SEGAL R; DOTY, R. E.; BEN-JOSEPH, R. *Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy*. J Am Pharm Assoc, v. 37, n. 6, 1997.

HEPLER, C. D., GRAINGER-ROUSSEAU, T. J. *Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference?* Drugs, v. 4, n. 1, 1995.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. 261 p.

KORNIS, G E. M et al. *OS MARCOS LEGAIS DAS POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO (1990-2006)* em www.ufjf.br/nates/files/2009/12/085-099.pdf.

IVAMA, A. M. *et al.* *Proposta – Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

Lyra Júnior DP. *Et al.* *A FARMACOTERAPIA NO IDOSO: REVISÃO SOBRE A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA*. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):435-41

IVAMA, A. M. *La educación y la práctica farmacéutica en Brasil y España en el contexto de la globalización*. 1999. Tese (Doutorado em Farmácia) - Facultades de Medicina y Farmacia, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, 1999.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LIMÓS, F.; FAUS, M. J. *Método Dáder. Guia de Seguimento farmacoterapêutico* Pharmaceutical Care Espana, Barcelona, Vol.1, n.2, 1999. GIAF-UGR, 2003.

MALUSCHKE, J.S.N. *Como passar da teoria à experiência ou da experiência à teoria: uma lição aprendida*, Caderno de Educação Popular em Saúde, 2007, Brasil.

MAZZONI, C.J.; MORAES, M.A.A. *A avaliação prática estruturada de habilidades clínicas na Famema: fundamentos para construção e aplicação*. Gestão Univ. jun. 2006. Disponível em: <<http://www.gestaouniversitaria.com.php/edicoes/68-99/321-aavaliacao-pratica-estruturada-de-habilidades-clinicas-na-famema--fundamentos-paraconstrucao-e-aplicacao.html>>.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, 2010.

MOTA, D. M., *et al.* *Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. supl, p. 589-601, 2008.

MOURA, A. M. *Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas*. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* Dez.2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/877/840>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

OPAS. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*. Brasília, DF, 2002.

PECHMANN, C. *VERIFICAÇÃO DO DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS PELA COMUNIDADE ATENDIDA PELA FARMÁCIA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL – RS*. – Trabalho de conclusão de Curso de Farmácia, dez de 2010. UNISC.

SANTOS, M. R. *Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão Farmacêutica no Brasil*. Dissertação. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993.

SANTOS, M.R.C. *Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino*. São Paulo: Holos, 1999.

SANTOS, J.P. *História da Farmácia: dos primórdios a Atenção Farmacêutica*. Monografia. Aracaju . Universidade Tiradentes, 2000.

SCHENKEL, E.L; MENGUE, S.S; PETROVICK, P.R. *Cuidados com os Medicamentos*. 4 ed. Porto Alegre/Florianópolis: UFRGS/UFSC, 2004.

SILVA, L.M.G. et al. *Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal*. Rev. Latino-am. Enferm., v.8, n.4, p.52-8, 2000.

SILVA.B.W. *A emergência da Atenção Farmacêutica: Um olhar epistemológico e contribuições para seu ensino*. Tese de doutorado Universidade Federal de Santa Catarina/ 2009.

STRAND, L. M., et al. *Drug-related problems: their structure and function*. DICP, v. 24, n. 11,1990.

TEXEIRA, R,R. *Humanização e atenção primária à saúde*. Rev- Ciência & Saúde Coletiva, 2005 – SP.

UNASUS; Universidade aberta do SUS, Ministério da Saúde – Brasil – *Curso de pós- graduação em gestão da assistência farmacêutica* – Acesso em 23/12/2012 em <https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacautica/>