



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
Autorizada pelo Decreto federal Nº 77.496 de 27.4.1976
Reconhecida pela Portaria ministerial nº 874/86 de 19.12.86
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- Mestrado Acadêmico

INALVA VALADARES FREITAS

**PRÁTICA DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NAS UNIDADES SAÚDE DA
FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO BAIANO**

Feira de Santana-BA
2014

INALVA VALADARES FREITAS

**PRÁTICA DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NAS UNIDADES SAÚDE DA
FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO BAIANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.*

Linha de Pesquisa: *Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.*

Orientadora: Profa Dra Maria Angela Alves do Nascimento

Feira de Santana-BA
2014

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteadó

Freitas, Inalva Valadares

F936p Prática da dispensação de medicamentos nas Unidades Saúde da Família em um município baiano / Inalva Valadares Freitas. – Feira de Santana, 2014.

84 f. : il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento.

INALVA VALADARES FREITAS

PRÁTICA DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NAS UNIDADES SAÚDE DA
FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO BAIANO

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva .*

Feira de Santana-BA,

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(Orientadora)

Profa. Dra. Lia Lusitana Cardozo de Castro
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul-UFMS
(1^a Examinadora)

Prof. Dr. Alexsandro Branco
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(2^o Examinador)

Prof^a Dr^a Maria de Nazareth Vianna
Universidade Federal da Bahia-UFBA
(Suplente)

Prof^a. Dr^a. Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(Suplente)

Aos usuários do SUS, pessoas que não perdem nunca a esperança, e aos trabalhadores de saúde que não apresentaram qualquer resistência em dividir conosco suas experiências, esperanças e desesperanças, suas práticas, suas conquistas e frustrações no cotidiano do assistir em saúde, proporcionando a oportunidade de formularmos este estudo, se apresente como um instrumento de reflexão das práticas de dispensação de medicamentos.

Aos estudantes do curso de Farmácia da UEFS que em breve assumirão a responsabilidade de transformar o atual cenário da prática da dispensação de medicamentos em um ato humanizado e com a técnica que garanta a qualidade da assistência.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais
minha mãe **Jacira Valadares Silva** que com suprema
sabedoria e humildade me ensinou ao longo da vida
os caminhos a percorrer e aceitou com mais
ensinamentos todos os desvios que trilhei. Ao meu pai
Olegário Freitas Militão que há 39 anos me
acompanha e cuida de mim lá de cima.

A minha filha
Tâmara Combs, que mesmo à distância acompanhou
minha trajetória no mestrado e me deu lindos e sábios
exemplos de dedicação e amor aos estudos.

À minha irmã
Ângela Valadares Freitas (Pinha), exemplo de amor
fraterno e companheirismo, preenchendo minhas
ausências e assumindo minhas obrigações como suas.

Ao meu irmão
Ivonaldo Valadares Freitas (Irmão), sempre me
proporcionando uma boa gargalhada com suas
histórias típicas e dignas de uma boa e elaborada
pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A minha família, minha mãe **Jacira**, minha irmã **Ângela**, meu irmão **Ivonaldo**, minha filha **Tâmara**, pela cumplicidade incondicional em todas as loucuras na minha vida, que não foram poucas e continuam acontecendo aos borbotões.

A Leozinho, **Leonardo Nascimento**, meu neto, pela ajuda material nesse trabalho e que sem saber, me proporcionou o exercício da tolerância, da paciência e ao mesmo tempo foi vítima da ausência das mesmas.

A **Sonia Carine**, colega, amiga, filha especial, parceira na alegria e nos sufocos e mais ainda nas minhas diabrites.

A **Angelo Riccell Piovischini** por sua alegria constante, preenchendo todos os momentos desses dois anos com sua jovialidade e ainda me proporcionando a redescoberta e novas alegrias do amor e do amar.

Aos meus amigos queridos e especiais **Tatiane** e **Bruno**, ontem meus alunos brilhantes, hoje meus mestres, que me prepararam para essa empreitada acadêmica.

A profa. Dra. **Maria Angela Nascimento** por todos os ensinamentos e exemplo de profissionalismo e de como é possível conviver com as divergências ideológicas e políticas de forma respeitosa, harmônica e carinhosa.

A profa. **Tereza Coelho**, coordenadora do Programa pela lúcida e doce loucura que me permitiu identidade imediata e exemplo a seguir.

A professora **Maria de Nazareth Viana**, mestre, amiga, responsável pelo meu ingresso na vida acadêmica.

A minha turma de mestrado, exemplo uníssono de projeto de vida, responsabilidade, amor aos livros, compromisso social e cultivo da amizade e da alegria.

As parceiras **Ionara**, **Carla**, **Lizziane** e **Dayene**, sempre próximas me emprestando juventude e coleguismo.

A **Neuza Chagas Araújo**, funcionária do Colegiado do Curso de Farmácia pelo exemplo de simplicidade, coerência e lealdade.

A todos os colegas docentes do curso de Farmácia pela convivência e aprendizado ininterrupto do que é fazer educação superior.

Aos meus **queridos alunos**, motivação maior dessa decisão de fazer o mestrado.

RESUMO

Estudo sobre a Prática da Dispensação de Medicamentos nas Unidades Saúde da Família em um município baiano. Os objetivos são analisar a prática de dispensação de medicamentos nas farmácias das unidades Saúde da Família em um município baiano; discutir a articulação da equipe Saúde da Família nas atividades de dispensação de medicamentos, nas unidades da Saúde da Família. Seu referencial teórico baseia-se na compreensão de processo de trabalho na saúde pública. Pesquisa qualitativa, numa perspectiva crítica analítica tendo como campo de estudo 08 Unidades de Saúde da Família de um município do estado da Bahia, Brasil. Os sujeitos participantes do estudo foram divididos em três grupos: Grupo I informantes-chaves (três); Grupo II trabalhadores (dezesesseis); Grupo III, usuários (dez). As técnicas de coleta de dados foram observação sistemática, entrevista semiestruturada e análise de documentos. Para analisar os dados foi utilizada a análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, com número de parecer 408.270. A observação e análise de dados revela um processo de trabalho desarticulado entre os sujeitos, predominando as tecnologias dura e leve-dura, predominando as atividades de gerenciamento em detrimento da assistência centrada no usuário. Destaca-se entre as dificuldades a ausência completa de farmacêuticos nas farmácias das Unidades de Saúde, estrutura inadequada das farmácias, despreparo dos agentes responsáveis pela dispensação, dimensionando a dificuldade em oferecer um cuidado de qualidade em saúde.

Palavras-Chave: Programa Saúde da Família, Dispensação, Medicamentos, Cuidado de Saúde.

ABSTRACT

This paper studies the practice of dispensation of drugs in the Family Health Units in a city in the Brazilian state of Bahia. The objectives of this study are to analyze the practice of dispensation in the pharmacies of the Family Health Units in a city in Bahia; and to discuss the articulation of the Family Health team in the activities of drug dispensation in the Family Health units. The theoretical referential of this study is based on the comprehension of the process of labor in public health. This is a qualitative research under a critical analytical perspective, having as a field of study 08 Family Health Units in a city of the Brazilian state of Bahia. The subjects participating in the study were divided in three groups: Group I – key informants (three); Group II – workers (sixteen); Group III – users (ten). The data collection techniques were systematic observation, semi-structured interviews and document analysis. Data was analyzed using content analysis. This research was approved by the Ethics in Research Committee of the Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana State University), report number 408.270. The observation and data analysis reveals an inarticulate labor process among the subjects, with predominant hard and light-hard technologies, with focus on management activities in detriment to user-centered assistance. Salient among the difficulties in the process are the complete absence of pharmacists in the Family Health Unit pharmacies, inadequate pharmacy structure, and inadequate training of the agents responsible for dispensation, creating the difficulty in providing a quality health care service.

Key words: Family Health Program, drug dispensation, drugs, health care.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEME	Central de Medicamentos
DEF	Dicionário de especialidades Farmacêuticas
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso, Qualidade da Assistência à Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRM	Problema Reacionado com Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Perfil do grupo I

QUADRO 2 Perfil do Grupo II

QUADRO 3 Perfil do Grupo III

QUADRO 4 Síntese das entrevistas do Grupo I- Informante-chave/gestores

QUADRO 5 Síntese das entrevistas do Grupo II-Trabalhadores de saúde

QUADRO 6 Síntese das entrevistas do Grupo III-Usuários

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Prática da assistência farmacêutica.....	23
2.2 Prática da dispensação de medicamentos	29
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 Tipo de Estudo.....	34
3.2 Contexto do Estudo: O município de Feira de Santana.....	35
3.2.1 História, Economia, Geografia e Sociodemografia	35
3.2.2 Campo de Estudo Propriamente dito	38
3.3 Participantes do Estudo	40
3.4 Técnicas de coleta de dados.....	43
3.5 Método de análise de dados.....	44
3.6 Aspectos Éticos	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	48
4.1 Sentidos e significados da dispensação de medicamentos no PSF.....	49
4.2 Práticas da dispensação de medicamentos no PSF	55
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
5 REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A Roteiro de Observação Sistemática	79
APÊNDICE B Roteiro de Entrevista Semiestruturada/Trabalhadores de Saúde	80
APÊNDICE C Roteiro de Entrevista Semiestruturada/Usuários	81
APÊNDICE D Roteiro de Entrevista Semiestruturada/Gestores	82
APÊNDICE E Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE	83

1 INTRODUÇÃO

A articulação social do trabalho em saúde passa a significar, dentro do processo de trabalho, as necessidades sociais a que deve corresponder (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O nosso interesse pelo estudo do objeto de pesquisa - Prática da dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde da Família, entendido aqui como prática das relações entre os homens-indivíduos-trabalhadores com os objetos e os instrumentos de trabalho que devem ter como resultado produtos, reprodução das relações sociais referidos aos objetos e aos instrumentos e a reprodução dos produtos, reprodução das relações sociais referidos aos objetos e aos instrumentos e a reprodução dos próprios indivíduos-trabalhadores (MENDES-GONÇALVES, 1994), foi motivado pelo exercício profissional durante 18 anos em uma rede básica de assistência à saúde em um município da região metropolitana de Salvador.

Essa experiência levou-nos a refletir sobre o protagonismo do profissional farmacêutico na área de Saúde Coletiva, o que contribuiu com alguns questionamentos acerca da nossa prática profissional apesar de uma política de saúde que não vislumbrava o medicamento como um bem de saúde, mas, como uma mercadoria entregue aos empresários do medicamento que promoviam a proliferação de farmácias por todo país como um filão de lucro em detrimento da saúde da população e do cuidado com consequências do uso abusivo e banalizado do medicamento.

A realidade nos mostrava que, de um lado, na rede básica, preocupávamo-nos com o atendimento às demandas frente a recursos escassos, priorizando o gerenciamento de estoque, de recursos materiais e a capacitação de pessoal e, por outro lado, a busca em prol de uma prática mais direcionada ao usuário do medicamento valorizada na dispensação como um ato clínico a ser desenvolvido pelo farmacêutico, mas sem perder de vista a inter-relação entre esse profissional e o usuário individual e/ou coletivo.

Entretanto, esses anos de prática na rede básica nos motivaram a ir além da prática gerencial normativa, caracterizada na burocratização do serviço com envolvimento na confecção de mapas de consumo, normas de distribuição e outros, e nos aproximarmos da equipe de assistência à saúde como um profissional com capacidade de contribuir com uma atividade própria e necessária para os usuários que, segundo Barros (1995), estão sempre expostos aos potenciais riscos dos efeitos adversos dos medicamentos e das consequências do uso irracional e banalizado dos mesmos, enriquecidos pela propaganda e pelo excessivo uso da prescrição após consulta médica.

Já naquela época, década de 1980, militávamos nas entidades de classe e tivemos a oportunidade de participar em agosto de 1988 do *I Encontro de Assistência Farmacêutica e*

Política de Medicamentos, quando foram discutidos temas como a pesquisa de fármacos, patentes da indústria de fármacos, patentes da indústria farmacêutica, produção de medicamentos, regulação governamental, relação nacional de medicamentos essenciais entre outros (BRASIL, 1988). Uma primeira oportunidade para a discussão, ainda que incipiente, do processo e da divisão social de trabalho em farmácia, na medida em que o referido Encontro contou com a participação de vários segmentos profissionais da área de saúde.

Mesmo com a predominância de assuntos relativos à produção, à industrialização, à matéria prima e outros, o evento oportunizou a centenas de farmacêuticos e demais participantes questionamentos sobre a situação vigente no setor farmacêutico, inclusive a reivindicação por uma Assistência Farmacêutica organizada e consoante com os princípios e diretrizes do recém-aprovado Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

No final do *I Encontro de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos* foi aprovada a Carta de Brasília da qual tivemos uma participação pró-ativa na sua redação que registra a necessidade de se reavaliar o conceito de dispensação de medicamentos, evocando a sua dimensão técnico-científica e social. A aprovação desse documento (BRASIL, 1998) promoveu uma discussão em plenária com técnicos do governo, pesquisadores, professores e estudantes universitários, parlamentares e outros segmentos presentes ao evento, concluindo com aprovação de manter o farmacêutico atuante em todas as fases do ciclo de medicamentos, com reforço para a etapa da dispensação, (destaque desta pesquisadora) como atividade técnico-científica de orientação quanto ao uso de medicamentos.

Diante da mudança da prática de dispensação, atividade definida na lei nº 5.991/73 como um “ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não” (BRASIL, 1973), torna-se urgente, pois mantém um caráter mecânico, desprovido do envolvimento do farmacêutico com os resultados a serem alcançados na farmacoterapia. A partir desta definição a *dispensação* é considerada uma atividade legal privativa do farmacêutico com o Decreto 85.878/81 no seu

Art. 1º - São atribuições privativas dos profissionais farmacêuticos:

I - desempenho de funções de dispensação ou manipulação de fórmulas magistrais e farmacopéicas, quando a serviço do público em geral ou mesmo de natureza privada (BRASIL, 1981).

Todavia, diante de algumas mudanças da Política Nacional de Medicamentos - PMN - (BRASIL, 1998), aprovada pela Portaria GM nº 3.916 de 30 de outubro de 1998, são visíveis alguns avanços na definição da dispensação de medicamentos.

Ato profissional do farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse contexto o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase do cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições do produto.

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde os farmacêuticos tiveram participação destacada na luta por uma política de saúde que resultou na aprovação da Lei nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências contemplando na alínea d do artigo 6º assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Paralelamente a esses movimentos e conquistas, a nossa prática na área da Farmácia Hospitalar também contribuiu para o nosso interesse pela pesquisa e a necessidade de estabelecer articulações entre o ensino e o exercício da profissão que aproximassem gradativamente o manejo do medicamento, desde a sua produção até a dispensação como um ato clínico destacado no benefício do usuário, articulado às tecnologias da saúde, sem perder de vista uma prática usuário centrada.

Igualmente, observamos que os estudos sobre uso de medicamentos mostram que há uma focalização maior sobre os aspectos administrativos e econômicos, os conceitos ‘proibitivos’ da automedicação e o perfil de usuários, evidenciados nos estudos *Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões* de Mota e outros (2008) que detalha como os gastos farmacêuticos podem estar relacionados a problemas de escassez, às incertezas nas decisões clínicas, e às preferências dos prescritores; *Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação*, de Oenning, Oliveira e Blatt (2011), enfoca o conhecimento dos indivíduos sobre seu tratamento medicamentoso sem, contudo, abordar o caráter clínico da dispensação.

Corroborando com essa linha de estudos Ramos, Silva e Alencar (2010) traçaram o perfil quantitativo e qualitativo dos medicamentos estocados em residências de um município do Estado da Bahia sem, contudo, fazer menção ao ato de dispensar e a participação do farmacêutico frente essa prática, o que a nosso ver, reforça a necessidade de estudos sobre a prática da dispensação, ato final do ciclo do medicamento.

Ao sair da prática enquanto atividade exclusivamente técnica da Farmácia, ingressamos na docência universitária no curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia (UEFS) em 2001, tendo de início assumido as disciplinas Farmácia Social e Cuidados Farmacêuticos, seguidas pelas coordenações da Área de Conhecimento e Colegiado do Curso, experiências singulares, o que nos motivou a pesquisar e estudar a prática da dispensação de medicamentos.

Tal motivação também foi reforçada pelo acompanhamento de orientação de trabalho de conclusão de curso dos discentes de graduação em Ciências Farmacêuticas da UEFS voltados para o estudo do ciclo dos medicamentos, em geral, tomando como referencial a assistência farmacêutica focada, por exemplo, como os estudos de Gomes Junior (2009), que fazem uma abordagem em desencontro ao que defendemos na prática farmacêutica, diante a prevalência do uso de medicamento sem prescrição médica, perpassando pela desarticulação com as políticas públicas de saúde, como Política de Atenção Básica, Programa Saúde da Família e a Política Nacional de Medicamentos.

Soma-se a essas políticas de assistência à saúde a decisão do órgão normatizador da profissão farmacêutica de emitir instrumentos que definem a conduta do farmacêutico com respeito ao direito dos usuários de medicamentos garantindo serviços que levem ao acesso e ao uso racional dos mesmos a partir da prática da dispensação de medicamentos como ato final da atenção à saúde. Tais normas estão explicitadas em Resoluções do Conselho Federal de Farmácia nº 308; 357; 542 (BRASIL, 1997; 2001; 2011).

Entretanto a ‘harmonização’ entre as normas legais e a prática profissional, particularmente, da dispensação de medicamentos fazem-se necessárias levando-se em conta os dados de gastos do Ministério da Saúde com medicamentos para atender aos programas de Atenção Básica com um aumento de 75% em relação aos anos de 2006 a 2007 e com medicamentos de programas estratégicos de 124% no período analisado de 2002 a 2007 (VIEIRA; MENDES, 2009).

Por conseguinte, diante da complexidade dessa prática é preciso que estejamos atentos à maneira como os trabalhadores de saúde tem atuado na dispensação de medicamentos uma vez que, no seu processo de trabalho, são observadas não só as modificações recentes como também o aparecimento de processos de novos trabalhos que para Merhy e Onocko (2006), são consequência das incorporações tecnológicas em quase todas as práticas profissionais.

Mediante esse contexto, Mendes-Gonçalves (1992) discute, numa perspectiva marxista, a articulação social do trabalho em saúde que passa significar, dentro do processo de trabalho, as necessidades sociais a que deve corresponder. Como consequência, observamos a articulação entre os diferentes atores envolvidos no processo de trabalho em saúde, particularmente, na prática da dispensação de medicamentos e a desarticulação entre as políticas públicas de saúde.

Outrossim, a realidade nos leva a refletir sobre a improvisação das atividades e a compreensão da importância de uma dispensação ativa e pró usuário uma vez que não há um trabalho em equipe de saúde, como também o farmacêutico muitas vezes tem inúmeras atividades, inclusive de gerenciamento da unidade afastando-o das ações clínicas de dispensação.

Frente a tal cenário compreendemos que este estudo sobre a prática da dispensação de medicamentos nas farmácias das unidades saúde da família (USF) de um município baiano poderá contribuir para a adoção de estratégias e políticas que aprimorem o ato profissional farmacêutico, além de possibilitar aos demais sujeitos que atuam na dispensação uma prática coerente e racional que, conseqüentemente, poderá fortalecer o acesso a medicamentos eficazes e seguros, além da promoção do uso racional dos mesmos com o cuidado dirigido no plano individual e coletivo.

Ao fazermos um levantamento das fontes de dados sobre os estudos que tratam da prática da dispensação vimos que esta tem sido pouco estudada sob o ângulo da prática clínica do uso de medicamentos. No portal da CAPES, nos anos de 2010, 2011 e 2013 não encontramos estudos sobre dispensação de medicamentos. Ao acessarmos o banco de dados LILACS utilizando os descritores medicamento e assistência farmacêutica identificamos 70 estudos que vão desde estudo de preços de medicamentos, até padrão de incorporação de formação de antirretrovirais pelo sistema público de saúde no Brasil. Como consequência,

quando usamos a palavra dispensação encontramos 120 artigos e destes citamos aqueles que, em uma observação inicial, se aproximaram do nosso objeto de estudo.

O estudo de D'Ávila (2009) *Trabalho de dispensação de medicamentos em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte - MG*, concluiu que não há prática clínica da dispensação e, sobretudo, no que diz respeito aos sujeitos do estudo, exclui totalmente o profissional farmacêutico.

No mesmo sentido Araújo e Freitas (2006) no estudo *Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança* fazem um enfoque da dispensação de medicamentos sob a perspectiva da simples entrega e das atividades administrativas da assistência farmacêutica.

O estudo *Atribuições do farmacêutico na atenção primária à saúde* (BARBOSA, 2009), trata a dispensação de forma tangencial como uma das atividades do farmacêutico e reconhecendo que a presença desse profissional nos locais de dispensação não necessariamente está vinculada a melhorias assistenciais aos usuários, o que difere frontalmente com a concepção do nosso estudo que estabelece a presença do farmacêutico como o diferencial da qualidade de assistência.

Assim, após o levantamento nos diferentes bancos de dados sobre os descritores dispensação de medicamentos, prática de dispensação e dispensação, ficou evidente que ao utilizar o termo dispensação surgem estudos os mais variados desde adesão à terapêutica (MENEZES, et.al, 2012) até registros de dispensação como indicadores de não adesão, formação de técnicos de farmácia e análise de receitas médicas (MENEZES, et.al; BEZZEGH; GOLDENBERG, 2011; GOMES; MACHADO; ACÚRCIO, 2009; VALADÃO; LISBOA; FERNANDES, 2004) o que nos leva a reafirmar o nosso propósito em destacar a dispensação de medicamentos como uma responsabilidade a ser assumida plenamente pelo farmacêutico em respeito à efetivação do direito à saúde.

Destarte, como vimos, são escassas as produções científicas publicadas sobre a prática da dispensação de medicamentos. O estudo *Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos do Rio de Janeiro* de Dellamora e outros (2012), concluiu que a literatura é pobre na oferta de estudos que discutam a aderência a protocolos e diretrizes por farmacêuticos que poderiam através desses enfocar o aspecto clínico da prática de dispensação.

Por fim, consideramos relevante estudar a prática da dispensação de medicamentos como fase importante do ciclo da Assistência Farmacêutica. Essa prática é compreendida como um ato profissional do farmacêutico de propiciar um ou mais medicamentos como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional legalmente autorizado (BRASIL, 1998). Isto posto, entendemos que esta pesquisa poderá apresentar contribuições para o entendimento da dispensação como um processo clínico e também complexo que envolve práticas, saberes diversos e sujeitos numa perspectiva da necessidade do usuário, ou seja, um modelo usuário-centrado.

Por conseguinte, elaboramos os seguintes **questionamentos** orientadores deste estudo:

- Como se processa a prática da dispensação de medicamentos nas unidades Saúde da Família em um município baiano?
- Como se articula(m) a(s) atividade(s) da equipe Saúde da Família (médico, enfermeira, cirurgião dentista) com o serviço de dispensação de medicamentos?

Para obtermos respostas a tais questionamentos temos como **objetivos**:

- **Analisar** a prática de dispensação de medicamentos nas farmácias das unidades Saúde da Família em um município baiano;
- **Discutir** a articulação da equipe Saúde da Família nas atividades de dispensação de medicamentos, nas unidades da Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Construir um modelo é explorar o contraditório desde a mera denuncia até a verificação das formas positivas de sua superação tendencial. (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.50).

A fim de estudar a prática da dispensação de medicamentos, analisaremos o fenômeno dentro da compreensão de processo de trabalho como uma atividade inerente em todas as formas de organização social, determinada pelas relações do modo de produção (MARX, 1994) que delimita o produto como valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas a partir da mudança de forma.

Para tanto, resgatamos a teoria marxista de que o processo de trabalho humano se diferencia da atividade metabolizada da natureza porque esse processo já figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade (MARX, 1994). Mendes-Gonçalves (1992) estabelece uma diferença qualitativa radical entre o que seriam as intenções dos animais e as do homem, ao apostar que os instrumentos de trabalho atestam de forma inequívoca o que é produzido como resultado do processo de trabalho.

Nesse sentido, ao analisar o processo de trabalho em saúde, Mendes-Gonçalves (1992) identificou que os equipamentos, material de consumo, instalações e medicamentos são instrumentos materiais e também os instrumentos não materiais como saberes de natureza intelectual, efetivamente utilizados no processo de trabalho produzem resultados que entram em outros processos de trabalho como objetos do trabalho, o que configurará também consumo produtivo.

Mas, Merhy e Onocko (2006) tipificam as diferentes perspectivas das tecnologias em saúde classificando-as em dura, aquelas caracterizadas pelas máquinas e equipamentos; leve-dura, representada pelos saberes estruturados e leve, aquelas das relações interpessoais e faz uma análise da micropolítica do trabalho vivo.

Nesse aspecto, o processo de trabalho em saúde, no estudo de Barros e Sá (2010) traz à luz o peso dos microprocessos políticos, intersubjetivos e inconsistentes que apontam para uma complexidade condicionando os limites e possibilidades da produção do cuidado.

Compreendemos, portanto, que a dispensação de medicamentos sob os aspectos marxistas e a análise de Merhy e Onocko (2006) é uma atividade que envolve o processo de trabalho com uso de tecnologias leve e leve-dura, na medida em que para a transformação do trabalho em um produto utilizável faz uso de instrumentos materiais e não materiais, também complexos, por envolver vários profissionais, tecnologias, cultura popular e dificuldades organizacionais nos serviços de atenção primária como demonstra o estudo de Alencar, Nascimento e Alencar (2011).

2.1 Prática da Assistência Farmacêutica

O estudo de Veloso (2010), *Assistência Farmacêutica os discursos e práticas na capital do Império do Brasil, entre 1850 a 1880*, objetivou discutir a assistência à saúde prestada pelos farmacêuticos durante o século XIX na cidade do Rio de Janeiro. Os resultados traduziram uma prática caracterizada naquele período que persiste até os dias atuais, principalmente, no que diz respeito à inquietação das práticas complementares que envolviam a arte de formular, a conservação e a venda, a prescrição de medicamentos e muitas vezes a aplicação de procedimentos terapêuticos usuais na época.

Em um amplo conceito de saúde, Barros (1995) citado por Acurcio (2003) infere que a ineficiência apresentada pelo sistema de saúde brasileiro não atendia as reais necessidades dos cidadãos. Os recursos financeiros eram alocados principalmente para as atividades médico-hospitalares ficando os insumos, entre eles, o medicamento negligenciado dificultando, portanto, o desempenho do profissional farmacêutico.

Historicamente, a política de saúde brasileira tem influenciado na formação do profissional de saúde e, destacamos entre eles, o farmacêutico com uma prática que o distancia do usuário do medicamento, seguindo a lógica do modelo medicalizante, biologista e hospitalocêntrico, centrado no medicamento, apesar de considerarmos importante o conhecimento científico necessário ao manejo de medicamentos.

Do mesmo modo, essa valorização exclusiva para o manejo de medicamentos é dada não só no processo de formação dos farmacêuticos, mas também na prática profissional, tendo sido destacada por Carvalho e outros (2005) que esses profissionais entraram em uma fase, caracterizada por um acúmulo de conhecimentos teóricos sobre o medicamento sem, contudo, se traduzir em benefícios para o usuário individual e/ou coletivo, o que revela uma prática centrada no ‘produto’, distante do usuário que necessita de um cuidado orientado sobre o uso, riscos e benefícios da terapêutica medicamentosa.

No decorrer dessa fase meramente teórica, foram levantados alguns questionamentos sobre os rumos da profissão, sua importância, função social, a formação dos profissionais e a necessidade de resgatar a identidade perdida quando do *boom* industrial que transformou o medicamento em um produto rentável e de especulação comercial.

Os estudos de Angonesi (2008) corroboram com essa afirmação, visto serem os mesmos centrados nos aspectos técnicos, legais e conceituais, relativos aos medicamentos, além de questionar a prática na farmácia comunitária, aquela do setor privado e destinada ao público em geral.

O mesmo acontece com a definição legal de medicamentos que atravessou o tempo e não se modificou na atualidade, atendendo a necessidade clínica, didática e usual como produtos farmacêuticos tecnicamente elaborados, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos (BRASIL, 1973), sendo também, até hoje, o principal recurso terapêutico utilizado.

O impacto da utilização de medicamentos não é só biológico, ao contrário, vai do econômico (mercado), ao sanitário e social, devendo, portanto, ser considerado nas suas perspectivas de instrumento terapêutico e de bem de consumo (SEVALHO, 2003). Porém, como bem de consumo está sujeito à banalização e às pressões da propaganda, das indústrias farmacêuticas e dos meios de comunicação de massa. Todavia, para Mota e outros (2008) tal banalização do uso de medicamentos como símbolo de saúde e solução de todos os problemas vai exigir esforços para atender ao uso racional, ou seja, adequado às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes e ao menor custo possível para todos.

Para Lyra Jr e Marques (2012) o medicamento tem sido percebido pela sociedade como um bem de consumo e um propiciador de saúde. Por conseguinte, um produto à venda no mercado como tantas outras mercadorias, tais como carro, televisão, entre outros, ou seja, o medicamento, por consequência, passa a ser ou representar ou simbolizar aquilo que produz saúde.

Por outro lado, de acordo com Araújo e outros (2005) ao implantar a Assistência Farmacêutica integral como preconizado na Lei nº 8.080/90, é necessário um aprimoramento que possibilite a avaliação de seu impacto na qualidade de vida do usuário e na redução de custos para o sistema de saúde.

Como consequência de práticas mais avançadas, Arraes, Barreto e Coelho (2007) têm observado que nas últimas décadas a prática farmacêutica mudou seu foco de atuação. A vista disso, essas práticas, antes centradas no medicamento e agora mais voltadas ao usuário dos serviços de ação de saúde, são caracterizadas mais próximas às necessidades da população e oportunidades de mercado de trabalho que cada vez mais exigem profissionais especializados

no manejo da farmacoterapia e nos desfechos terapêuticos no usuário quer individual e/ou quer coletivo.

Tal realidade está de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) que na sua Declaração de Tóquio chama atenção que o uso inadequado de medicamentos tem consequência tanto para os sujeitos como para a sociedade em geral. Neste sentido, os farmacêuticos devem ter um desempenho efetivo ao que se refere às necessidades essenciais dos indivíduos e da sociedade.

No Brasil, com o advento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) e os desdobramentos das políticas de saúde como a Política Nacional de Atenção Básica-PNAB (BRASIL, 2006), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica-PNM (BRASIL, 2004) a sociedade conta com um conjunto de ações de saúde no plano individual e coletivo e tem alcançado melhores condições de acesso ao medicamento. Nesta mesma direção surge o Decreto nº 7.508 de 28 de julho de 2011 (BRASIL,2011c) que dispõe 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 amplia o acesso aos medicamentos especializados conforme estabelecido no

Art.28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I-estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II-ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III-estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV-ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Para o desenvolvimento da PNM o Poder Executivo utilizou as três diretrizes básicas quais sejam: a) regulação sanitária; b) regulação econômica; c) e a assistência farmacêutica, sendo que esta última prevê a construção de consensos terapêuticos a respeito de doenças e a indicação de determinados medicamentos. (CARVALHO, 2010)

Para Araújo e outros (2008) a assistência farmacêutica como parte integrante do sistema de atenção primária à saúde, no qual a qualidade do uso de medicamentos está diretamente relacionada à qualidade do serviço de saúde, este ainda está relacionado com o modelo

curativo centrado na consulta médica e pronto atendimento com a farmácia apenas atendendo essas demandas.

Além disso, outros aspectos são destacados na *Política Nacional de Medicamentos* (BRASIL, 1998) que define a Assistência Farmacêutica como

um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinado a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

A Assistência Farmacêutica, assim definida, envolve várias etapas que têm o objetivo geral de apoiar as ações de saúde promovendo o acesso da população aos medicamentos e seu uso racional e deve ser desenvolvida em um ciclo que compreende a *seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização* (BRASIL, 2004).

Ciclo da Assistência Farmacêutica



A execução de cada uma dessas etapas seguem documentos regulatórios próprios do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como um conjunto de normas sanitárias tornando o setor um dos mais regulados como demonstra Nascimento (2005) e no âmbito profissional as resoluções do Conselho Federal de Farmácia (CFF) que define Assistência Farmacêutica como

[...] um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos (BRASIL, 1997,p.1).

Para melhor estudar a etapa da dispensação definida na resolução do CFF faz-se necessário passar pelas demais etapas que a antecedem, visto que se trata de um ciclo com etapas interdependentes e sequenciais.

A **produção de medicamentos** pode ser considerada o início do ciclo do medicamento e corresponde à obtenção de produtos farmacêuticos a partir de um conjunto de conhecimentos e procedimentos condicionados a padrões e técnicas de qualidade regidos por regulamentações e normas (PERINI, 2003). O Brasil dispõe de uma rede de laboratórios oficiais, num total de 21 que pertencem às secretarias de saúde de diferentes estados, Forças Armadas e Fundações (MAGALHÃES et.al, 2011) que compõem a Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde - **REBLAS** (Brasil, 1999) e associados à Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (**ALFOB**) dirigindo as respectivas produções para rede básica de assistência à saúde e aos programas específicos, com destaque para a produção de antirretrovirais.

Segue-se a essa etapa a **seleção de medicamentos**, compreendida como uma atividade fundamental, pois envolve um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindível ao atendimento das necessidades de uma dada população (BRASIL, 2002). A seleção, segundo Alencar, Bastos, Alencar e Freitas (2011) permite criar condições para sua adoção mediante a manutenção de um processo eficiente e permanente de informações objetivas e cientificamente embasadas que garantem a disponibilidade de medicamentos que atendem à demanda real de uma coletividade.

Após a seleção, o ciclo continua com a etapa de **programação de medicamentos**, considerada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e Acúrcio (2003) como um conjunto de atividades destinado a garantir a disponibilidade de medicamentos previamente selecionados

para atender determinada demanda de serviços em um período definido de tempo com influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento.

Por outro lado, Correr e outros (2011) em trabalho de revisão narrativa sobre assistência farmacêutica entendem que o medicamento deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições de uso e deve ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização pelo utente.

Apesar das etapas aqui referidas sobre a Assistência Farmacêutica, neste estudo delimitamos a pesquisar a etapa que compreende a DISPENSAÇÃO no trabalho vivo em ato como o define Merhy e Onocko (2006) atendendo ao jogo das necessidades no interior de um processo quase-estruturado para atingir os objetivos de educar para o uso correto do medicamento, contribuir para o cumprimento da prescrição médica e garantir o fornecimento do medicamento correto na quantidade adequada. (SOARES, et.al,2013).

Para Araújo e outros (2008), o estudo *Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema de Saúde* aborda a assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em saúde que pode ser caracterizado conforme o grau de tecnologia, o que converge com o entendimento de Mendes-Gonçalves (1994) de que a tecnologia em saúde é constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção dos serviços de saúde.

Por outro lado, a assistência farmacêutica pode ser entendida como integrada ao processo de cuidado em saúde e gestão clínica do medicamento (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011) estando relacionada com a atenção à saúde e com os resultados terapêuticos efetivamente obtidos tendo como foco principal o usuário de medicamentos.

Por conseguinte, Alencar, Nascimento e Alencar (2011) concordam que a construção das políticas de saúde brasileira foi marcada pela reflexão sobre a forma de se produzir ações mais resolutivas, anteriormente centradas no controle de epidemias e focadas na doença e sua cura, conformando o modelo biologizante. Mas ressaltam que o contexto atual exige novas formas de cuidado em saúde, considerando-se que as farmácias têm uma responsabilidade enquanto espaços das práticas dos farmacêuticos diretamente no ato de dispensar o medicamento.

2.2 Prática da dispensação de medicamentos

O ciclo da assistência farmacêutica tem sido estudado por Marin (2003), Perini (2003) e Gomes (2012), principalmente nas atividades de caráter mais administrativo como a seleção, administração, programação, aquisição, armazenamento e distribuição em observância às diretrizes da Portaria GM nº 3916/98 - Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), colocando, secundariamente, o clínico, ou seja, aquele centrado no cuidado no indivíduo, inerente à prática de dispensação.

A partir da década de 1970, quando foi criada a Central de Medicamentos (CEME) responsável por promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis ou a título gratuito, de medicamentos a quantos não pudessem adquiri-los a preços comuns do mercado entre outras finalidades. Na atividade de dispensação os cuidados com medicamentos estavam dirigidos exclusivamente à produção e, por consequência, os regulatórios detinham-se à matéria prima, via de regra, importada (BERMUDEZ, 1992). E, para além do âmbito público, o medicamento era assunto do mercado com ausência de regras e normas profissionais ou sanitárias.

Assim, a prática de dispensação de medicamentos convivia num cenário meramente mercadológico, tendo o medicamento como um produto de lucro, de responsabilidade da indústria, produtora em série de insumos e produtos acabados (ROZENFELD, 2008), secundarizando a prática da manipulação e da dispensação de medicamentos significativas para o usuário. Além do mais, a busca de novas áreas de atividades profissionais, notadamente as análises clínicas chegam para atender a estratégia privatista da saúde e da dependência econômica do Brasil, portanto, com uma diretriz de aquisição de equipamentos importados e destinados às novas práticas farmacêuticas.

O estudo de Castro e outros (2000) contribui com essas novas práticas ao focar algumas características da prática da automedicação que exige maior atenção do farmacêutico, bem como o estudo de Castro e Caldas (2011) que traz os conhecimentos, prática e percepção do uso de medicamentos.

Porém, para atender a evolução do quadro de assistência à saúde, particularmente à nova prática farmacêutica, o Conselho Federal de Farmácia (BRASIL, 2001; 2011b) tem se posicionado com resoluções que definem e orientam o farmacêutico a ter um desempenho em acordo com as exigências das políticas de saúde e, mais especificamente, a prática de

dispensação de medicamentos, levando esse profissional a entender que a dispensação é um ato ativo de fornecer medicamentos, a título remunerado ou não, com a garantia do uso racional.

Por outro lado, a dispensação de medicamentos nas redes básicas de saúde tem sido feita de forma mecânica sem a devida observância da compreensão do usuário acerca da sua condição de saúde e sua concordância quanto ao tratamento (ARRAES; BARRETO; COELHO, 2007). Nesse contexto, essa situação se remete às perspectivas e desafios dos cuidados farmacêuticos definidos como um componente do exercício profissional do farmacêutico que impõe uma interação direta com o usuário com o propósito de cuidar das necessidades deste em relação aos medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Mediante essa prática Angonesi e Rennó (2011) afirmam que a dispensação não pode se restringir somente à entrega do medicamento. O farmacêutico deve promover condições para que o usuário utilize o medicamento da melhor maneira possível e que este processo garanta que em todas suas ações estejam direcionadas para o cuidado.

Por conseguinte, Soares e outros (2013) propõem um modelo de dispensação para o SUS que considera o acesso como um atributo; a recepção, a prestação de contas, a gestão e a farmácia clínica como os componentes para o uso racional de medicamentos.

Nessa perspectiva corroboramos com Alencar, Bastos, Alencar e Freitas (2011) sobre a importância de se re(significar) os conceitos de dispensação para imprimir mudanças de valores e atitudes no âmbito da farmácia, que reafirmem a dispensação como atividade inserida no contexto da assistência à saúde.

O estudo de Galatos e outros (2008), conclui que a dispensação deve ser entendida como integrante do processo de atenção ao paciente, ou seja, como uma atividade realizada por um profissional da saúde com foco na prevenção e promoção da saúde, tendo o medicamento como instrumento de ação.

Dessa forma, o ato de dispensar passou a ter reconhecimento no processo farmacoterapêutico quer seja obedecendo a uma prescrição, quer seja a partir da decisão do usuário. Nesse aspecto, a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) traz uma definição em que o aspecto comercial da atividade é excluído, dando-lhe um caráter profissional que conduz o farmacêutico para uma relação direta com o usuário ao

compreender suas necessidades e ao comprometer-se com os resultados do seu desenho farmacoterapêutico.

Para tanto, se faz necessária a compreensão de que o ato de dispensar um medicamento vai além do ato de entregar, pois, além de oferecer algumas informações, deverá segundo Assis e outros (2010) envolver relações com os usuários construindo, assim, momentos importantes que poderão produzir contratos de responsabilização, confiabilidade, relações de vínculo e acolhimento.

Assim, compreendemos que a prática da dispensação deve atender às necessidades dos usuários calcada na qualidade das ações oferecidas aos mesmos com o esclarecimento de dúvidas, o incentivo à adesão e o sucesso do tratamento prescrito, mesmo porque, segundo Zanine e Oga (1994) apenas a prescrição e orientação médica não são suficientes para que o usuário faça um uso correto e compreenda a real necessidade da utilização do medicamento .

Por conseguinte, a Resolução nº 357 do Conselho Federal de Farmácia (BRASIL, 2001) exige a presença e atuação do farmacêutico como requisito essencial para a dispensação de medicamentos aos pacientes, cuja atribuição é indelegável não podendo ser exercida por mandato nem representação como forma de garantir que a mesma será fornecida com toda a informação necessária para o uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos de acordo com as necessidades individuais do usuário.

No mesmo sentido, os avanços da legislação profissional da Resolução nº 542/2011(BRASIL, 2011b) se manifestam na regulamentação da dispensação de antimicrobianos, responsabilizando o farmacêutico a partir do art. 3º sobre

- A atuação do farmacêutico é requisito essencial para a dispensação de antimicrobianos ao paciente/usuário, sendo esta uma atividade privativa e que deve constar de orientações sobre o correto uso desses medicamentos.

§ 1º - No ato da dispensação de qualquer antimicrobiano, o farmacêutico deve explicar clara e detalhadamente ao paciente/usuário o benefício do tratamento. Deve, ainda, certificar-se de que o paciente/usuário não apresenta dúvidas a respeito de aspectos, como: I - motivos da prescrição, contra indicações e precauções; II - posologia (dosagem, dose, forma farmacêutica, técnica, via e horários de administração); III - modo de ação; IV - reações adversas e interações;

V - duração do tratamento; VI - condições de conservação guarda e descarte.

§ 2º - O farmacêutico, no ato da dispensação de qualquer antimicrobiano, deve considerar que a educação/orientação ao paciente/usuário é fundamental não somente para a adesão ao tratamento, como também para a minimização de ocorrência de resistência bacteriana.

§ 3º - Para otimizar a dispensação, o farmacêutico deverá ser capaz de tomar atitudes, desenvolver habilidades de comunicação e estabelecer relações interpessoais com o paciente/usuário.

§ 4º - O farmacêutico deve fornecer toda a informação necessária para o uso correto, seguro e eficaz dos antimicrobianos, de acordo com as necessidades individuais do paciente/usuário. (destaque da pesquisadora).

Entretanto, a evolução das normas não está acompanhada de uma prática comprometida com o cuidado ao usuário e, via de regra, é delegada a outros profissionais, técnicos e incipientes na sua formação clínica (IVAMA et. al, 2001). Portanto, requerendo segundo Cipolle; Strand e Morley, (2006) reformas curriculares que orientem para as novas práticas nos serviços de assistência à saúde, assim como também, acompanhando a nova filosofia que orienta a prática profissional dos cuidados farmacêuticos em que o farmacêutico é o responsável pela terapia farmacológica com o objetivo de alcançar resultados positivos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do usuário.

Por conseguinte, faz-se necessário avançar na proposta do Ministério da Saúde através da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) que tem feito investimento na capacitação de recursos humanos com o objetivo de introduzir a filosofia e prática dos Cuidados Farmacêuticos que segundo Cipolli e outros (2006) é um componente do exercício profissional do farmacêutico que impõe uma interação direta com o usuário com o propósito de cuidar das necessidades deste em relação aos medicamentos.

Diferentemente da produção de medicamentos, que faz utilização de tecnologias duras, a dispensação, se caracteriza pelo uso de tecnologias leves e como um trabalho vivo em ato por exigir do farmacêutico que se responsabilize pela necessidade do usuário e lhe dispense o devido cuidado no ato da dispensação, prevenindo e resolvendo Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), definido como qualquer evento indesejável apresentado pelo cidadão que envolve ou suspeita-se que tenha sido causado pelo medicamento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Enfim, essas ações devem atender à prática social do farmacêutico na atenção à saúde requerendo sua inserção na equipe de saúde como profissional no campo da saúde coletiva capaz de contribuir nas transformações de um modelo de saúde humanizado, resolutivo e integral.

3 METODOLOGIA

La metodología requiere de reflexión sobre la naturaleza de la cosa que queremos conocer y entendimiento de los problemas que implica conocerla (CHAPELA; SERAPIONI; GASTALDO, 2012,p.587).

Neste item detalhamos como foi conduzida a pesquisa, ou seja, como chegamos aos resultados e à compreensão e como se desenvolve a prática da dispensação de medicamentos em uma unidade de saúde da família, a desconstrução do nosso conhecimento e compreensões anteriores e como fomos passo a passo montando essa nova compreensão frente à realidade pesquisada.

E, neste sentido, a metodologia é o instrumento que nos ajuda na construção/reconstrução do conhecimento, na busca de entendimento, de base, de fundamentação para entender, interferir, para alterar, reencaminhar nós e o nosso mundo (JESUS, 2010).

3.1 Tipo de Estudo

O estudo tem abordagem qualitativa do tipo exploratório sobre o processo de trabalho na prática da dispensação de medicamentos através de um conjunto de técnicas, tratamento de dados. Esse processo estabelece uma relação entre os enunciados teóricos e os dados empíricos objetivados, não separando o sujeito que produz o conhecimento do objeto de estudo que será construído (ASSIS; JORGE, 2010). Assim senso, a pesquisa qualitativa é um meio para explorar e entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano. Nesse aspecto, o estudo qualitativo se fundamenta nas relações, opiniões e interpretações humanas permitindo desvelar processos sociais, construir novas abordagens, revisar e criar novos conceitos e categorias e uma identidade direta entre o sujeito e o objetivo da pesquisa (MINAYO, 2010).

Por conseguinte, Minayo (2010) alerta para o uso de análises específicas e contextualizadas, sem a incursão dos juízos de valor, mas com o pesquisador estabelecendo uma visão crítica do seu trabalho. Já o estudo exploratório é aquele que consiste em descrever um fenômeno em uma dada população, em um determinado período, fornecendo um retrato de como os dados estão relacionados naquele momento, a partir da observação direta e informações a cerca do problema para o qual se procura resposta, ou descobrir novos fenômenos ou relações entre eles (LAKATOS; MARCONI, 1996).

3.2 Contexto do Estudo¹: O município de Feira de Santana

3.2.1 História, Economia, Geografia e Sociodemografia

Esta pesquisa foi realizada no município de Feira de Santana, cuja história tem origem no início de século XVIII, quando o português Domingos Barbosa de Araújo e sua esposa, Ana Brandôa, proprietários da Fazenda Santana dos Olhos D'Água, mandaram erigir uma capela sob a invocação de São Domingos e Santana. Ao redor do templo, construíram-se os primeiros casebres de rendeiros e as senzalas. Essas terras, por morte dos proprietários, foram mais tarde julgadas devolutas e incorporadas à Fazenda Nacional. Graças a sua posição geográfica, no limite do recôncavo com os tabuleiros semiáridos e, portanto, na confluência das zonas da mata e do litoral a nova aglomeração tornou-se pouso de tropas e dos viajantes que, provenientes do alto sertão baiano e das regiões do Piauí e Goiás, demandavam o porto de Nossa Senhora do Rosário de Cachoeira.



Figura 1 Mapa da localização da cidade de Feira de Santana/Ba, 2014.

Fonte: Santos 2013 em <http://www.klepsidra.net/klepsidra15/feira.htm>

Ainda na primeira metade do século passado, a povoação começou a constituir um centro de permutas e escambos. Daí, a formação do arraial – o arraial de Santana da Feira foi um passo. Do comércio incipiente originou-se uma pequena feira livre realizada no primeiro

¹ Dados extraídos do IBGE (BRASIL, 2012).

dia da semana. O comércio, então estabelecido, forçou a abertura de ruas adequadas ao trânsito de feirantes de toda parte. Assim, a população cresceu e as lojas foram aparecendo. Foi esse impulso que levou os habitantes a pedirem a criação do município, o que aconteceu em 1832, com território desmembrado do de Cachoeira.

O nome Feira de Santana é determinado pela lei provincial nº 1320, de 16-06-1873, que elevou o município à condição de cidade recebendo a sede a denominação comercial da Feira de Santana. O município desempenhou papel importante no movimento federalista de 1832, insurgindo-se contra a revolução que irrompera na província da Bahia, e em seu território desenrolaram-se algumas lutas da Sabinada. A grande heroína da independência, Maria Quitéria, nasceu na freguesia de São José das Itapororocas quando essa pertencia ao Município de Cachoeira. Os gentílicos² são denominados feirenses.

A partir da divisão territorial datada de 18-08-1988 o município é constituído de oito distritos: Feira de Santana, Bonfim da Feira, Governador Dr. João Durval Carneiro, Humildes, Jaguará, Jaíba, Maria Quitéria e Tiquarucu. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005. Ainda segundo registro do IBGE (2010), tem uma população de 556.642 habitantes em uma área de unidade territorial de 1.337,993 Km².

A população pobre de Feira de Santana se concentra em bairros de classe baixa e [favelas](#) como Rocinha, Vietnã, Parque Lagoa do Subaé, Rua Nova, George Américo, Jussara, entre outros, e em expansão de bairros de classe média e conjuntos como o parque Tamandarí, Homero, Queimadinha e a famosa expansão do Feira IX.

No contexto sociopolítico cerca de 17,3% da população de Feira de Santana vive abaixo da linha da pobreza, um número relativamente baixo no [Nordeste](#), ao passo que a capital, [Salvador](#), o índice de pobreza é de 38%. A pobreza em Feira de Santana, assim como em todo o [Brasil](#), atinge principalmente as classes menos favorecidas como [negros](#), migrantes sem qualificação profissional e razoavelmente os [pardos](#) (BRASIL, 2012).

²Gentílicos: adjetivo que designa um indivíduo de acordo com o seu local de nascimento ou residência.

O quadro sanitário do município se configura com 102 Centros de Saúde/ Unidades de Saúde da Família, 86 equipes de Saúde da Família e 13 Centros de Saúde; cinco Policlínicas e duas Clínicas Especializadas, uma Coordenação Central de Assistência Farmacêutica, oito equipes Núcleo de Apoio à Saúde da Família 1- NASF, como parte da Rede de Serviços de Atenção Básica. A cobertura da população em relação à equipe Saúde da Família é de 50%. O município está habilitado na gestão Plena do Sistema de Saúde desde março/2004, sendo este Compromisso de Gestão reafirmado em 2007 no Pacto de Gestão (FEIRA DE SANTANA, 2013).

3.2.2 Campo de Estudo Propriamente dito

O estudo propriamente foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana, uma vez que a dispensação de medicamentos é parte da assistência integral, terapêutica, inclusive farmacêutica determinada na Lei nº 8.080/90, no na linha d do Art. 6º (destaque da pesquisadora).

Para selecionar as USF utilizamos alguns critérios de inclusão destacados a seguir: - USF equipe saúde da família completa; - USF com mais de seis meses de implantação;- USF com espaço destinado exclusivamente ao funcionamento de uma farmácia, localizado no interior da unidade de saúde ; - USF localizadas tanto na zona urbana quanto rural; - USF que integram o Programa de Melhoria do Acesso, Qualidade da Assistência à Saúde (PMAQ), e com atuação mensal do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituindo-se em oito USF no total. Das USF selecionadas, duas funcionam na zona rural e seis na zona urbana, apenas duas possuem prédio próprio e as demais funcionam em imóveis alugados. Ao longo da pesquisa observamos que todas as unidades têm áreas territoriais sem cobertura de agentes comunitários de saúde por diferentes motivos tais quais: férias, afastamento para tratamento de saúde e até pedido de demissão, sem a devida reposição de pessoal pela Secretaria de Saúde Municipal (SMS).

As farmácias das USF pesquisadas apresentam estruturas inadequadas à prática de dispensação, caracterizadas pelas dimensões diminutas, ausência de mobiliário para o desempenho das atividades, falta de pessoal qualificado para desempenhar as atividades de assistência farmacêutica. Todas as farmácias são identificadas como tal, mesmo sendo o espaço destinado para outras atividades. O arsenal terapêutico disponível é variado, todos dispondo de medicamentos sob controle especial (psicotrópicos). Nas farmácias das USF não existem condições de temperatura e aeração adequadas, havendo espaços com umidade

aparente nas paredes e incidência de sol diretamente nos medicamentos. Ressaltamos também que em três (03) delas existem grades separando os usuários dos atendentes e dispensadores de medicamentos.



Fachada de uma Unidade de Saúde da Família e identificação do espaço da farmácia.



Interior do espaço da farmácia de uma Unidade de Saúde da Família e cartaz educativo sobre a prática de dispensação.

3.3 Participantes do Estudo

Os sujeitos participantes da pesquisa estão definidos em três grupos, a saber:

- Grupo I- informantes-chave, constituído pelos gestores da atenção básica representados pelos gerentes das USF, pelo coordenador da Atenção Básica e pelo coordenador da Assistência Farmacêutica Municipal totalizando seis informantes-chave.
- Grupo II- trabalhadores de saúde, independente de sua formação, que atuam na dispensação de medicamentos nas USF selecionadas no estudo e demais trabalhadores de saúde que prestam assistência e fazem a dispensação de medicamentos, (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, os farmacêuticos) com atuação nas USF há mais de seis meses totalizando nove trabalhadores.
- Grupo III- formado por dez usuários das Unidades de Saúde da Família há mais de um ano maiores de 18 anos, por aspectos legais e éticos, que buscam o serviço para a aquisição de medicamentos.

Para chegar a um número definido de sujeitos da amostragem intencional foi levada em consideração a ocorrência de saturação teórica, que segundo Fontanella e outros (2008), acontece quando a interação entre o campo da pesquisa e o pesquisador não mais fornece mais elementos capazes de aprofundar a teorização e o pesquisador já dispõe de dados suficientes para a análise do estudo e compor os resultados.

Por conseguinte, segundo Fontanella e outros (2008, p. 17), dizem que,

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.

Assim, o número de participantes e das USF desta pesquisa foram definidos com base nas ocorrências de redundância e convergência de sentidos e significados adquiridos durante a coleta de dados. No total foram 25 participantes representados nos quadros 1,2 e 3 a seguir.

Quadro 1 Perfil do Grupo I- Informantes-Chave.(IC)

Nº	Tipo de vínculo com a SMS	Formação profissional	Tempo total de trabalho no SUS	Tempo de serviço na Unidade	Função que exerce
1	Cooperativa	Farmácia	10 anos	8 anos	Coordenador da AF
2	Cooperativa	Enfermagem	10 anos	1 e 2 meses	Coordenador da AB
3	Cooperativa	Enfermagem	10 anos	8 anos	Enfermeira da USF
4	Cooperativa	Enfermagem	12 anos	6 anos	Enfermeira da USF
5	Cooperativa	Enfermagem	12 anos	4 anos	Enfermeira da USF
6	Cooperativa	Medicina	15 anos	8 anos	Médica

Legenda: AF:= Assistência Farmacêutica; AB= Atenção Básica

Neste quadro 1 podemos constatar a composição dos informantes-chave, sendo um farmacêutico; quatro enfermeiros e um médico. O vínculo de trabalho dos gestores é a cooperativa; o tempo de serviço no SUS varia entre 10 a 15 anos. O tempo de vínculo na unidade varia de um a oito anos. O farmacêutico e médico ocupam cargo comissionado de indicação política do prefeito da cidade.

Quadro 2 Perfil do Grupo II - Trabalhadores de Saúde (TS)

Nº	Tipo de vínculo com a SMS	Formação profissional	Pós-graduação	Tempo total de trabalho no SUS	Tempo de serviço na USF
7	Cooperativa	Enfermagem	Esp.em Saúde Pública	08 anos	06 anos
8	Cooperativa	Enfermagem	Esp.em Saúde Pública	Mais de 15 anos	08 anos
9	Cooperativa	Enfermagem	Esp.em Saúde Pública	12 anos	03 anos
10	Cooperativa	Técnico de enfermagem	Não	06 anos	02 anos
11	Cooperativa	Técnico de enfermagem	Não	06 anos	02 anos
12	Cooperativa	Técnico de enfermagem	Não	06 anos	02 anos
13	Cooperativa	Técnico de enfermagem	Não	04 anos	02 anos
14	Cooperativa	Cirurgião Dentista	Não	04 anos	02 anos
15	Cooperativa	Médico	Não	03 anos	02 anos

No quadro 2 entre os trabalhadores que participaram deste estudo três são enfermeiros, com tempo de trabalho no SUS superior a três anos e tempo de experiência na USF variando entre dois a oito anos. Dos nove participantes quatro são técnicos de enfermagem com tempo de serviço de dois anos na USF e no mínimo quatro anos de experiência no SUS; um (01) trabalhador cirurgião dentista e um é médico, ambos sem pós-graduação; todos os enfermeiros tem especialização em Saúde Pública e possuem vínculo empregatício através de cooperativa.

Quadro 3 Perfil do Grupo III- Usuários (US)

Nº	Sexo	Idade	Tempo de acompanhamento na USF	Nível de escolaridade	Atividade que exerce
17	F	36	Mais de 5 anos	1º Grau	Dona de casa
18	F	42	Mais de 10 anos	2º Grau	Comerciante
19	F	51	Mais de 8 anos	2º Grau	Pensionista do INSS
19	M	40	6 anos	1º Grau incompleto	Comerciante
20	M	53	Mais de 6 anos	1º Grau incompleto	Lavrador
21	F	38	2 anos	2º Grau	Dona de casa
22	F	26	2 anos	2º Grau incompleto	Estudante
23	F	26	3 anos	2º Grau	Empregada doméstica
24	F	31	4 anos	1º Grau	Dona de casa
25	F	60	Mais de 10 anos	1º Grau	Aposentada

O quadro 3 caracteriza os 10 usuários: oito do sexo feminino, com idade média de 38 anos; quatro delas com 04 segundo grau completo; três completaram o primeiro grau; dois são comerciantes; três são donas de casa; duas aposentadas; um lavrador; uma empregada doméstica e um estudante.

Os participantes foram identificados por letras da categoria a que pertence IC,T, U, seguida do número de 1 a 25, com o escopo de respeitar o anonimato de cada um, obedecendo a Resolução 196/1996 (BRASIL, 1996).

3.4 Técnicas de coleta de dados

Para atender às questões e objetivos desta pesquisa utilizamos as seguintes técnicas de coleta de dados: a observação sistemática, a entrevista semiestruturada e a análise de documentos.

- A observação consiste em acompanhar o processo de trabalho dos sujeitos deste estudo, em seu espaço de trabalho. É uma técnica para obtenção de determinados aspectos da realidade sem a participação do pesquisador, mas, proporciona um contato mais direto com a realidade (LAKATOS; MARCONI, 1996).

O tipo de observação utilizada foi a **observação sistemática**, que segundo Minayo (2000, p 134) “é uma das técnicas mais utilizadas na pesquisa qualitativa” e seguiu um roteiro que nos guiou sobre os aspectos pertinentes ao objeto de estudo. Para tanto elaboramos um roteiro com tópicos diretamente ligados à dispensação como observação da prática de dispensação de medicamentos: estrutura da farmácia na unidade saúde da família; atendimento/acolhimento inicial e diálogo com o usuário; organização do serviço; armazenamento dos medicamentos; dispensação propriamente dita: processo de avaliação da prescrição nas receitas; uso de tecnologia leve; uso de tecnologia leve-dura e dura. (APÊNDICE A)

O roteiro, segundo Lakatos e Marconi (1996) além de guiar o pesquisador permite que as respostas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas possibilitando a compreensão do ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos da pesquisa.

Realizamos 62 horas de observação nas oito (8) USF que foram selecionadas nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2012. O conteúdo destas observações foi incluído no item 4 Resultados e Discussões.

A segunda técnica de coleta foi a entrevista semiestruturada, aquela que permite a utilização de perguntas fechadas e abertas na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas (SANTANA, 2010). Para realizar as entrevistas também elaboramos três (3) roteiros dirigidos a cada grupo de participantes (Apêndices B,C e D).

Para realizar as entrevistas fizemos um agendamento do horário e local determinados pelos participantes em espaço reservado, livre de escuta e observação de outras pessoas

Foram garantidos o sigilo e a confidencialidade da conversa durante e após as entrevistas que foram gravadas com a permissão do entrevistado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A terceira técnica utilizada foi a análise de documentos com a finalidade de enriquecer e complementar os dados das observações e das entrevistas. Segundo Calado (2005) trata-se da consulta aos documentos que deverão complementar o objeto estudado. Dessa forma, utilizamos documentos disponíveis nas USF a saber:

- Documento 1 (doc. 1): Portaria do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 que dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998).
- Documento 2 (doc. 2): Plano Municipal de Saúde, 2010-2013;
- Documento 3 (doc. 3): Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004)
- Documento 4 (doc. 4) Livro de registro das atividades das farmácias das USF como lista de medicamentos, requisição para pedidos de medicamentos, mapas de controle de estoque, livro de registro de dispensa de medicamentos.

Os documentos analisados foram incluídos no texto de acordo com a necessidade de comprovação da observação ou dos dados fornecidos pelos entrevistados e são identificados com a origem seguidos da abreviatura (doc) e o número recebido.

3.5 Método de análise de dados

Os dados coletados foram analisados pelo método Análise de Conteúdo que é o estudo minucioso das palavras, de frases que o compõe procurando seu significado e intenção no sentido de comparar, avaliar com o objetivo de esclarecer as convergências e diferenças das falas para extrair sua significação (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Para Bardin, citado por Minayo (2010, p. 303), a análise de conteúdo pode ser definida como

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimento sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Entretanto na Análise de Conteúdo seguiremos a trajetória metodológica de Assis e Jorge (2010) embasada em Minayo (2004) a partir das três etapas:

- Pré-análise, a fase de organização do material que envolveu entrevistas gravadas e transcritas, registro de anotações de campo entre outros, sempre com leituras para se conseguir orientações e impressões que surgiram das entrevistas dos documentos e das observações.
- Análise do material que implicou no tratamento do material investigado por meio da codificação, classificação e interpretação. Essa etapa corresponde ao agrupamento e enumeração dos conteúdos, as regras de contagem e a definição das categorias (ASSIS; JORGE, 2010). Para tal, realizamos uma leitura exaustiva desses dados e, em seguida, organizamos as sínteses horizontal e vertical identificando-se as diferenças das ideias. A partir dessa análise construímos as categorias empíricas que constam dos quadros 4, 5, 6.

Quadro 4 Síntese das entrevistas do Grupo 1 - Informantes-chave

NÚCLEOS DE SENTIDO	E.1	[...]	E.5	SÍNTESE HORIZONTAL*
Compreensão sobre a prática da dispensação				
Processo de trabalho na dispensação de medicamentos nas USF -Agentes -Objetos -Tecnologias -Finalidades -Atividades gerenciais -Atividades assistenciais				
Dificuldades				
Facilidades				
Avanços				
Perspectivas				
SÍNTESE VERTICAL**				

* A **Síntese horizontal** refere-se às convergências e diferenças dos entrevistados sobre cada núcleo de sentido.

** A **Síntese vertical** refere-se a síntese geral de cada entrevistado sobre o objeto do estudo.

Quadro 5 Síntese das entrevistas do Grupo II - Trabalhadores de saúde

NÚCLEOS DE SENTIDO	E.1*	[...]	E.5	SÍNTESE HORIZONTAL*
Compreensão sobre a prática da dispensação				
Processo de trabalho na dispensação de medicamentos nas USF -Agentes -Objetos -Tecnologias -Finalidades -Atividades gerenciais -Atividades assistenciais				
Dificuldades				
Facilidades				
Avanços				
Perspectivas				
SÍNTESE VERTICAL**				

* A **Síntese horizontal** refere-se às convergências e diferenças dos entrevistados sobre cada núcleo de sentido.

** A **Síntese vertical** refere-se a síntese geral de cada entrevistado sobre o objeto do estudo.

Quadro 6 Síntese das entrevistas do Grupo III - Usuários

NÚCLEOS DE SENTIDO	E.1*	[...]	E.5	SÍNTESE HORIZONTAL*
Serviço que utiliza na USF				
Percepção sobre a prática da dispensação -Agentes -Objetos -Tecnologias -Finalidades -Atividades gerenciais -Atividades assistenciais				
Dificuldades				
Facilidades				
Avanços				
Perspectivas				
SÍNTESE VERTICAL**				

* A **Síntese horizontal** refere-se às convergências e diferenças dos entrevistados sobre cada núcleo de sentido.

** A **Síntese vertical** refere-se a síntese geral de cada entrevistado sobre o objeto do estudo.

– Análise final dos dados nos permitiu estabelecer uma articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa. Utilizamos para tal a triangulação dos dados obtidos nas entrevistas, observações e documentos analisados, respondendo, portanto, os questionamentos que estabeleceram os objetivos da pesquisa.

A partir dessa triangulação de dados e do confronto dos entrevistados (Grupo I, Grupo II e Grupo III), chegamos às categorias de análise a saber:

Categoria 1: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO PSF

Categoria 2: A PRÁTICA DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO PSF: articulação das atividades de assistência e gerenciais.

3.6 Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, recebemos parecer favorável ao projeto e autorização de efetuar a pesquisa do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana. Ressaltamos que cumprimos irrestritamente as exigências éticas constantes das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde/MS 466/12 (BRASIL, 2012).

Para tanto, elaboramos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sempre lido e assinado individualmente pelos participantes da pesquisa (APÊNDICE E).

Os possíveis riscos desta pesquisa foram relacionados como constrangimento, medo ou sensação incômoda em responder a alguma pergunta. Nada foi registrado até o final das coletas de dados.

Dentre os benefícios desta pesquisa destacamos a adoção de estratégias e políticas que ajudem o ato profissional farmacêutico a promover melhor acesso ao medicamento e seu correto uso com melhor resultado da terapêutica. Além disso, o estudo deverá trazer contribuições para o entendimento da dispensação como um processo clínico e complexo que envolve práticas, saberes diversos e sujeitos que visam priorizar a necessidade do usuário.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente em finalidades científicas, ou seja, na sua divulgação e publicação em eventos científicos como seminários, congressos e periódicos sob a forma de artigos, livros e outros.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A interpretação nunca será a última palavra sobre o objeto estudado, pois o sentido de uma mensagem ou de uma realidade está sempre aberto em várias direções (MINAYO, 2012,p.625).

Ao estudar a prática da dispensação de medicamentos nas unidades de saúde da família, tínhamos conhecimento da complexidade do processo e que, portanto, não poderíamos dar por encerrado o assunto após concluir a pesquisa, a análise dos dados e apresentarmos os resultados e discussões. Não temos a intenção de chegar a uma verdade única, mas de apresentarmos elementos que nos aproximem da realidade percorrida com a participação por parte dos sujeitos do estudo.

Para tanto, dividimos em duas categorias analíticas:

4.1 CATEGORIA 1: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO PSF: desarticulação entre sujeitos e processo de trabalho.

4.2 CATEGORIA 2: PRÁTICAS DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO PSF: dissenso entre a teoria e a prática.

4.1 SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO PSF

A partir da teoria marxista do trabalho Mendes Gonçalves (1979;1992) faz uma aplicação no campo da saúde. No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos e essa transformação está subordinada a um determinado fim, (MARX, 1994). Assim, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios de trabalho, constituindo categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, nesse estudo, as práticas de saúde, cujo trabalho constitui “a base mais fundamental de sua efetivação” (MENDES GONÇALVES, 1992).

Sob a perspectiva desse referencial a compreensão sobre o trabalho na prática da dispensação de medicamentos envolve a fundamentação teórica, as atividades inerentes, os responsáveis, refletindo no modo como são executadas as ações.

Podemos então apreender que as diferentes compreensões sobre a dispensação de medicamentos apresentada pelos entrevistados nos permite identificar os objetos de trabalho (medicamentos e usuários) e a partir daí outra compreensão de que a entrega pura e simples do medicamento garantirá o serviço e a terapêutica aos usuários das Unidades de Saúde da Família.

Para os informantes-chave que a dispensação de medicamentos

[...] é o ato de entregar o medicamento que foi prescrito com todas as orientações ao paciente. Como tomar, se é depois das refeições, à noite....(IC,1).

[...] é ter um controle bem feito do estoque de medicamentos para não faltar e não ocorrer desvio, estar sempre conversando e orientando o paciente para ele não esquecer de usar o medicamento [...] isso garante o uso racional, né? [...] (IC 4).

[...] para ter dispensação, temos que garantir o estoque, o controle, o pedido correto e conversar bastante e fazer a **assistência farmacêutica** [...] (IC3 3).

A compreensão dos informantes-chave, sobre dispensação de medicamentos se aproxima das determinações da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998 s/p, doc 1) que conceitua a dispensação como

O ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um usuário, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o usuário sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes desta orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento do regime de dosificação, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto.

As falas, entretanto, não traduzem uma compreensão completa e profissional da dispensação de medicamentos, na medida em que ressaltam as atividades gerenciais, em detrimento do usuário e das consequências potenciais do uso de medicamentos. Contudo a aproximação com o conceito da PNM, já aponta para uma melhor compreensão, considerando que se trata de trabalhadores de saúde não farmacêuticos.

São desconhecidas também as etapas do ciclo da assistência farmacêutica que engloba a dispensação de medicamento como um ato interdependente da seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, como resultado da reorientação da assistência farmacêutica, para eles uma prática e não uma política pública de saúde.

Para alguns trabalhadores de saúde que assumem atividades e responsabilidades que não são suas, conforme a fala desses entrevistados, a dispensação toma uma dimensão mecânica que precisa ser feita por alguém (TS 7). Tal situação nos revela que tanto a dispensação como a assistência farmacêutica é desconhecida dos demais trabalhadores de saúde ou nem mesmo faz parte dos conteúdos dos demais cursos de graduação de saúde. Isso revela que mesmo sendo a assistência farmacêutica um conjunto de atividades de caráter multiprofissional ainda não ocorre com integralidade e garantia de uma assistência completa e não somente seja utilizada como um termo técnico sem a devida compreensão do seu impacto no atendimento público de saúde.

Assim posto, para o entrevistado 3, informante-chave, as suas ações é mais colaborativa e dependente de outros profissionais e principalmente revela o impacto da ausência do farmacêutico na equipe saúde da família, para que essas mesmas ações sejam completas.

[...] eu tenho muito cuidado com a farmácia e conto com a dedicação da técnica de enfermagem que é destinada a trabalhar somente na farmácia, mas eu sei que seria bem melhor que houvesse um farmacêutico presente na equipe e que ele cuidasse da farmácia. A gente sente a diferença quando os estudantes estão na unidade com o prof. Bruno. Temos mais informações, a técnica de enfermagem tira todas as dúvidas e os pacientes gostam de fazer muitas perguntas a eles.[...] (IC 3).

O IC.3 nos transmite a preocupação com a complexidade da atividade e das responsabilidades que está assumindo nesse processo de trabalho. O mesmo revela o T.8, cirurgião dentista, diante da preocupação com o uso do medicamento e as implicações do seu uso sem a uma dispensação pelo profissional direta e legalmente responsável pelo ato.

[...] eu tenho a preocupação de ir à farmácia sempre antes de prescrever o medicamento, para saber se existe na unidade, se o paciente vai levar o medicamento que necessita e faço todas as orientações necessárias para um uso correto, mas sei que quem deveria fazer esse trabalho era o farmacêutico, pois ele sabe muito mais de medicamento do que nós. Eu oriento, mas o paciente ao sair da sala já pode ter esquecido tudo e o farmacêutico tá lá na ponta e pode dar as últimas orientações. Infelizmente o governo é o primeiro a descumprir as leis. Se na farmácia particular é obrigatório o farmacêutico, no serviço público deveria dar o exemplo e ter também um profissional todo tempo de funcionamento da unidade[...]. Eu tenho muito trabalho, como as enfermeira também, então é muito importante cada trabalho ser feito pelo profissional daquele conhecimento. (T.8).

As falas do IC.3 e TS.8 se convergem com nossas observações com as dificuldades dos responsáveis pela farmácia em saber qual o medicamento, quando surge uma denominação diferente daquela que está no acondicionamento que ela organizou, por exemplo, focando na importância da presença de um farmacêutico para a dispensação.

A visão dos demais trabalhadores de saúde sobre a dispensação de medicamentos está mesclada com a compreensão da divisão de trabalho e ao mesmo tempo com uma concepção mecanizada do ato em si. Corroborando com nossas observações, o T.11, médica, ratifica que:

[...] eu fico preocupada se o paciente usa corretamente o medicamento, eu oriento, mas não posso me envolver com a entrega do medicamento. Isso quem faz é a técnica de enfermagem é trabalho dela. Eu sei que deveria ser do farmacêutico, mas não me envolvo muito com isso não.[...] (T. 11).

Confrontado com essas informações o farmacêutico da assistência farmacêutica do município, revela em entrevista à pesquisadora a intenção em mudar essa realidade e sensibilizar o gestor máximo para mais contratações de farmacêuticos e implementar uma organização mais centrada nos dados e nas ações que são desenvolvidas que garantem a disponibilidade de medicamentos na rede.

[...] nós precisamos de mais farmacêuticos, são tantas atividades antes de chegarmos à dispensação... fazemos tantas atividades que não aparece para os demais profissionais e muito menos para o público em geral. Para o paciente o médico é tudo, nem lembra que temos de controlar o estoque de toda rede, garantir que não falte medicamento e que não haja vencimento dos mesmos nas prateleiras. A dispensação está sendo feita, basta ter medicamentos. Precisamos de farmacêuticos na programação. Não pode lembrar do farmacêutico somente quando falta medicamento, ou quando vence. Temos que cuidar de muito mais. Da logística de compra, distribuição e controle (IC. 2).

Essa fala não é diferente das demais que tem uma visão reducionista da dispensação, uma compreensão mecanizada e de menor importância, na medida em que não demonstra o conhecimento do ato clínico que envolve a dispensação de medicamentos e que está expressa na PNM como um

Ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um usuário, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. neste ato o farmacêutico orienta o usuário sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 1998).

Nesse sentido, anterior à PNM, o Conselho Federal de Farmácia, através da Resolução 308 de maio de 1997 que dispõe sobre assistência farmacêutica diz no

Artigo 4º- Cabe ao farmacêutico, na dispensação de medicamentos entrevistar os usuários, a fim de obter o seu perfil medicamentoso; manter

cadastro de fichas farmacoterapêuticas de seus usuários, possibilitando a monitorização de respostas terapêuticas; informar de forma clara e compreensiva sobre o modo correto de administração dos medicamentos e alertar para possíveis reações adversas; informar sobre as repercussões da alimentação e da utilização simultânea de medicamentos não prescritos orientar na utilização de medicamentos não prescritos (BRASIL 1997s/p).

Nesse sentido as falas convergem para uma visão homogênea de compreensão da dispensação como um ato exclusivo do farmacêutico e que se reduz a entrega do medicamento e de algumas orientações aos usuários como relatam os entrevistados 7 e 9, enfermeiros.

[...] nós assumimos várias atividades que não são dos enfermeiros, somente em respeito ao usuário. Não vamos deixá-lo sem o medicamento, mas esse é um trabalho do farmacêutico. Nós já orientamos sobre o medicamento quando o mesmo é administrado aqui na unidade, mas quando ele vai levar pra casa precisa de mais orientação e deveria ser um farmacêutico a fazer isso [...] (T. 7).

[...] eu sempre oriento a técnica de enfermagem responsável pela farmácia fazer a entrega do medicamento com educação e cuidado do paciente, mas ela não tem condição de dispensar igual a um farmacêutico que entrega e o medicamento e faz algumas orientações [...] (T. 9).

Tais falas são convergentes com nossas observações no momento da dispensação do medicamento que era feito somente a entrega e acompanhado da orientação “tome como o médico mandou”. Ao entenderem a dispensa de medicamento como um ato mecânico, meramente burocrático, demonstram a complexidade do ato e a desarticulação entre os trabalhadores no processo de trabalho em saúde. Cada um tem a compreensão das respectivas responsabilidades e com elas se identificam, quais sejam a assistência de enfermagem e a assistência médica, sem a compreensão do que seja a assistência farmacêutica e a importante etapa da dispensação de medicamentos. Contudo, ao desempenharem essas atividades, sem o saber, eles estão fazendo parte do processo de trabalho da assistência farmacêutica e são peças importantes desse processo de multiprofissionalidade.

Nesse sentido, a articulação e a integração devem iniciar na graduação dos diferentes cursos da área de saúde para que a assistência farmacêutica e todas as suas etapas e ações sejam compreendidas como estruturas de assistência do SUS articuladas com as demais políticas e programas de saúde oferecidos pelo Estado.

Todavia a ausência do farmacêutico na equipe da saúde da família contribui com essa desarticulação e a existência de uma lacuna tanto na assistência quanto no processo de trabalho em saúde.

Segundo Mendes Gonçalves (1992) nos estudos do processo de trabalho em saúde ele destaca que os elementos objeto do trabalho, os instrumentos, os agentes e a finalidade do processo de trabalho devem ser examinados de forma articulada e não em separado para que possam configurar um dado processo de trabalho específico.

A fala do entrevistado 15 surpreende pela compreensão diferenciada e ampliada e por trazer aspectos conceituais e assistenciais a respeito da dispensação de medicamentos e a orientação centrada no usuário.

[...] a dispensa de medicamentos deve ser um ato clínico em continuação ao ato médico e articulado com a assistência de enfermagem, como garantia de que o usuário está bem assistido e que haverá resultados satisfatórios dessa assistência. O uso racional de medicamentos só será alcançado quando houver uma assistência integral, cada um de nós sabendo o que o outro faz e se complementando. [...]. Eu procuro participar de todos os encontros da unidade, ouvir meus colegas e saber como e o que faz cada um. A gente sabe que a secretaria não está nem um pouco preocupada com isso, mas se não fizermos assim nosso trabalho não tem qualquer valor.[...] (T. 15).

Esta fala leva-nos a outra compreensão sobre as ações da assistência farmacêutica que envolve o perfil farmacoterapêutico, educação sanitária em medicamentos, serviço domiciliar com uso de medicamentos, cuidados farmacêuticos, mas que não há registro que sejam desenvolvidos nas unidades de SF, mesmo naquelas que contam com farmacêuticos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais ações, hoje, fazem parte das práticas farmacêuticas e deveriam estar integradas as atividades de assistência farmacêutica do SUS. Ivama (2002) explicitou na proposta de consenso brasileiro de atenção farmacêutica que esta deve ser um modelo de prática desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica na perspectiva da integralidade das ações de saúde. Atualmente essas ações, hoje, fazem parte das práticas farmacêuticas e deveriam estar integradas as atividades de assistência farmacêutica do SUS.

[...] nós podemos chegar a um nível muito bom de assistência farmacêutica. **Fazer atenção farmacêutica**, cuidar mais do paciente [...] sem desprezar a parte da seleção da comprar, da distribuição... trabalhar mais na educação em saúde, educando o paciente sobre o que é medicamento (IC.2).

O Conselho Federal de Farmácia, (2011) assim também entende e na Resolução nº 357 de 20 de abril de 2011 regulamenta que

Artigo 6º, Inciso 6.22 a Atenção Farmacêutica é um conceito de prática profissional no qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A Atenção é o compêndio das atitudes, dos comportamentos, dos compromissos, das inquietudes, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das habilidades na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente.

Artigo 20 –a presença e atuação do farmacêutico é requisito essencial para a dispensação de medicamentos ao pacientes, cuja atribuição é indelegável, não podendo ser exercida por mandato nem representação.

Art.31-O farmacêutico deve explicar clara e detalhadamente ao paciente o benefício do tratamento, conferindo-se sua perfeita compreensão, adotando os seguintes procedimentos:

- I- O farmacêutico deve fornecer toda informação necessária para uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos de acordo com as necessidades individuais do usuário.

Diante da citação ora apresentada, vislumbramos a necessidade de aperfeiçoamento contínuo das práticas de dispensação de medicamentos articulando com as demais práticas de assistência à saúde, para alcançar uma ação resolutiva, colocando a possibilidade de usar tudo aquilo que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do usuário (MERHY, 1994).

4.2 PRÁTICAS DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO PSF: dissenso entre a teoria e a prática.

Segundo Mendes-Gonçalves (1992) a dimensão trabalho constitui a base mais fundamental de efetivação das práticas sociais, embora não se reduzem a tal dimensão. Temos, assim, uma forte relação entre as concepções de prática social e de trabalho. A dispensação de medicamentos como uma prática de saúde constitui-se em trabalhos que se fundamentam no conhecimento científico, em um saber próprio, operante, técnico ou ainda tecnológico (MENDES-GONÇALVES, 1994), mas que exige uma reflexão sobre a sua finalidade e, portanto, os seus elementos constitutivos que devem agir de forma articulada.

Nas nossas observações vimos um dissenso entre a prática observada e as falas dos entrevistados que nominam sempre o trabalho em equipe articulado constatado nas falas a

seguir dos trabalhadores de saúde ao referirem que trabalham em equipe ou enfatiza a importância do trabalho em equipe.

[...] aqui trabalha-se em equipe, sempre sabemos o que acontece em cada setor. Todos participam das decisões e o planejamento é feito desde a necessidade da enfermagem para curativos, até a programação de medicamentos [...] nos programas especiais há participação de todos (T.12).

[...] o mais importante é trabalhar em equipe, todo mundo sabendo de tudo, participando de tudo, sabendo o que o outro faz. No dia que um falta o paciente não ficar prejudicado (T.14).

Estas falas divergem frontalmente das nossas observações, inclusive em um dia de ações educativas na Unidade. Ao mesmo tempo em que os trabalhadores de enfermagem apresentavam uma palestra com *enfermerandas* sobre cuidados contraceptivos, outros trabalhadores entraram na sala, falavam alto, chamavam paciente que assistiam à palestra em uma clara demonstração de que os trabalhadores confundem as relações pessoais com as relações de trabalho. O estabelecimento de intimidade entre eles demonstra que não se distingue no trabalho, quando é uma atividade formal. Essa atitude, ao invés de ajudar um trabalho em equipe dificulta-o. Após as palestras vimos que cada um vai para seu espaço e desenvolve suas atividades sem qualquer articulação com o serviço do outro, o que reforça que não há um trabalho articulado ou em equipe, na medida em que não há intervenções coletivas de equipe.

Concordamos, nesse sentido, com Rocha e Almeida (2000) que chamam à atenção para a necessidade de uma postura ativa de interrelação e diálogo interdisciplinar relacionado aos diversos conhecimentos num projeto de construção solidária do cuidar. A validade do conhecimento objetivo repousa na intersubjetividade vivida, no êxito em estabelecer efetiva comunicação entre os diversos sujeitos envolvidos nessas ações, isto é, na sua autenticidade expressiva. Nas falas dos diferentes agentes podemos observar essa divergência, havendo tão somente uma hierarquização das ações com a supervisão centralizada da enfermagem, conforme relatam as entrevistadas 12 e 9.

[...] eu fico tranquila com a farmácia, pois a técnica de enfermagem cuida muito bem e se houver algum problema ela me fala. Ela é rigorosa no controle do estoque, faz os pedidos no prazo e de vez em quando eu dou uma olhada nos livros e está tudo em ordem. Só quem cuida dos medicamentos é ela.[...] (TS 12).

[...] meu trabalho é só aqui na farmácia, toma conta dos armários de medicamentos controlados, registro os livros todos os dias. Se acontecer algum problema, falo com a enfermeira e a gente resolve, ela me diz como fazer. [...] (TS 9).

Outras falas tentam estabelecer o caráter de equipe, mas se contradizem com a nossa observação.

[...] aqui todo mundo se ajuda, no dia que os medicamentos chegam, as colegas vem ajudar a conferir e arrumar, mas dispensação quem faz sou eu [...] tem trabalho que não pode todo mundo fazer pois dá mais confusão do que arrumação. Os controlados ninguém ajuda, eu faço tudo sozinha, depois dou o livro para a enfermeira acompanhar. (TS 13).

Durante a nossa observação presenciamos

Em uma determinada unidade as *enfermerandas* (denominadas assim pelas próprias) estavam responsáveis pela dispensação de medicamentos, inclusive com acesso ao armário de controlados e, para que não houvesse erro no uso de medicamentos senti-me na obrigação de interferir em uma dispensação, visto que havia três estagiárias fazendo a dispensação e com sérias dificuldades de identificar o medicamento prescrito. Fato omitido pelo informante chave, quando perguntado se os estagiários de farmácia e enfermagem faziam dispensação. Em outra unidade o fato se repetiu e aproveitei para fazer a observação e também várias perguntas sobre essa prática que não se diferenciava das efetuadas pela técnica de enfermagem, salvo pelo conceito que as *enfermerandas* traziam sobre legalidade e competências para o ato de dispensar medicamentos (Observação 1).

Tal situação encontra amparo na composição da equipe saúde da família preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c) da qual fazem parte no mínimo médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, excluindo da equipe mínima o farmacêutico e outros trabalhadores importantes na assistência integral à família.

Outro momento da nossa observação vimos que

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também acessam livremente à farmácia e retiram medicamentos dos armários, para em seguida entregar a receita à técnica de enfermagem, citando nome a serem lançados nos livros de controle de dispensa. É um momento de diálogo ininteligível, com explicações e perguntas de parte à parte, interferindo inclusive no atendimento a usuários que aguardavam na porta da farmácia (Observação 2).

A fala da informante-chave 6 sobre o ocorrido revela que os ACS fazem esse tipo de atividade para ajudar pacientes sem condições de se dirigirem à USF, sendo assistidas em seus domicílios.

[...] As ACS, sabem o que cada cadastra utiliza e quando eles não podem vir à unidade, elas ficam responsáveis de “pegar” o medicamento e levar na próxima visita. Mas só podem pegar o medicamento trazendo a receita que é transcrita. Eles é que estão lá na assistência direta e sabem das necessidades dos pacientes [...] a farmácia tem que garantir o remédio e fazer o controle, principalmente dos pacientes diabéticos, hipertensos que as receitas são para uso contínuo (IC 6).

A observação dessas práticas fornecem dados da desarticulação do cuidado em saúde e do processo de trabalho, transformando a dispensação em um ato mecanizado destituído da humanização necessitada nesse cuidado e descuidando da orientação sobre o uso correto dos medicamentos, das suas implicações e riscos, das precauções, das interações entre os medicamentos e do acompanhamento indispensável para registro da efetividade da terapêutica.

Já nos anos de 1986, na nossa experiência como supervisora das farmácias da rede de saúde de um município da região Metropolitana de Salvador, durante a vigência das Ações Integradas de Saúde (AIS), chamávamos à atenção dos gestores sobre os desperdícios, a pouca efetividade e a não adesão ao tratamento como resultado de uma dispensação de medicamentos centrada nas ações gerenciais de cadastramentos dos usuários para registro de produtividade em detrimento dos cuidados necessários no momento da dispensação de medicamentos. Na realidade, a ausência do farmacêutico para atender as demandas, dentre elas a educação em saúde devido à sobrecarga de serviços administrativos contribui para que as ações dos ACS tenham pouco resultado no uso correto do medicamento e, possivelmente, resultados insuficientes da farmacoterapia.

Atualmente a inserção do farmacêutico na Atenção Básica é significativa, mas sua ausência na equipe mínima de SF poderá acarretar uma sobrecarga de serviço para os trabalhadores de enfermagem e eles muitas vezes não são preparados cientificamente para a dispensação de medicamentos como um ato profissional clínico, capaz de produzir o cuidado em saúde de qualidade.

Entretanto, fazemos ressalva que estas afirmações não desqualificam a dedicação e o trabalho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, respaldados pela Portaria 2.488/2011 (BRASIL, 2011d), mas essa delegação administrativa caracteriza um desvio de função, pois fere outro dispositivo legal, o Decreto 85.878/81 (BRASIL, 1981) que determina como atividade privativa do farmacêutico a dispensação de medicamentos.

O dissenso entre a teoria e a prática abrange outras atividades realizadas no âmbito da assistência farmacêutica relacionadas diretamente com a dispensação de medicamentos que estão garantidas em outros dispositivos legais como atividades exclusivas e privativas dos farmacêuticos como a Lei 5.991/1973, a RDC nº 44/2009 que dispõem respectivamente sobre o comércio de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos e Boas Práticas Farmacêuticas. Além disso, o controle de estoque, armazenamento, dispensação e emissão de documentos às autoridades sanitárias são executados de forma irregular ou deixam de ser feito por total desconhecimento das normas por parte dos trabalhadores em desvio de função nas unidades.

Corroboram com nossas análises as falas a seguir que retratam o número insuficiente de farmacêuticos na rede e a não realização de concursos para preenchimento dessa necessidade profissional.

[...] seria importante ter o farmacêutico na equipe, mas o governo é o primeiro a não cumprir a lei. Sei que tem, mas é muito pouco e não estão em todas as unidades, nós precisamos desse serviço, não podemos fazer tudo e há uma sobrecarga de trabalho na medida em que não tem o profissional certo para fazer. São quase 120 unidades, todas com farmácia e não temos farmacêuticos nem em 10% delas... (IC.2).

[...] Um município desse tamanho, uma rede enorme e não ter todos os profissionais é complicado e claro que sobrecarrega os demais. Sabemos também que a lei garante todos os profissionais, mas não tem e não podemos deixar o paciente sem o remédio... [...] é demais, mas não podemos falar isso abertamente pois isso não é nosso serviço (IC 4).

A realidade revela, mais uma vez, uma situação lamentável e suas consequências. Não há como não ocorrer um gasto financeiro considerável com compra de medicamentos e não obter resultados positivos na medida em que se repete o uso incorreto do medicamento com repetidos retornos às unidades, sem o problema de saúde resolvido, devido a uma terapêutica mal orientada e destituída do cuidado necessário. As manifestações demonstram interferências no processo de trabalho sem que, contudo, se estabeleça estranhamento entre os agentes, mas, permanece um cenário de descaso e desrespeito aos instrumentos legais que garantem ao profissional farmacêutico o direito de exercer a profissão e compor a equipe de saúde. Esses dispositivos, obrigatoriamente, devem ser de conhecimento dos gestores que negam, ao mesmo tempo ao usuário de usufruir de uma assistência integral e integrada.

Nas falas do grupo dos trabalhadores identificamos com maior clareza o impacto no processo de trabalho com o acúmulo de atividades e ausência de outro profissional,

legalmente habilitado para exercer as atividades que lhes são impostas no processo de precarização do trabalho, baixa remuneração.

[...] a gente tem vontade fazer tudo, de dar uma atenção legal ao paciente, mas nem sempre é possível, pois temos de fazer muita coisa, ao mesmo tempo. Além disso, não temos estabilidade, podemos sair a qualquer momento, principalmente nas eleições onde cortam tudo, inclusive pessoal. Precisamos de mais profissionais. Não se faz saúde só com médico, precisamos de farmacêuticos, nutricionistas... (TS. 15).

[...] somos tudo aqui, ainda bem que nos damos bem, há respeito entre nós, mas sabemos que estamos fazendo o trabalho que deveria ser feito por outro. A gente cuida bem do paciente, mas poderia ser melhor se tivesse mais profissional aqui. Tudo é para enfermagem e técnico de enfermagem. (TS. 14).

Neste cenário e com tal comprometimento do processo de trabalho a dispensação de medicamento não obedece às etapas de avaliação da prescrição sob seus aspectos legais; separação dos medicamentos com observação do prazo de validade; orientação sobre o uso correto; orientação sobre cuidados gerais com o medicamento; registro do atendimento segundo normas e procedimentos locais que garantem uma farmacoterapia de sucesso e objetivos concretos para os usuários, (ANGONESI; RENNÓ, 2012). As condições de trabalho relatadas pelos trabalhadores de saúde também não favorecem as boas práticas de todas as etapas no manejo com medicamentos, conforme as falas a seguir:

[...] gostaria de fazer mais pelo usuário, mas todo o trabalho aqui é manual, escrevendo, não há um programa de computador para fazer controle de estoque, registrar paciente. Leva tempo conferir, contar, registrar [...] (TS. 12).

[...] Não tenho tempo para falar muito com o paciente. Dia que chega os medicamentos e também de entregar mapa, não dá para atender com muita atenção. Eu dou as orientações básicas. (TS 15).

As falas desses trabalhadores convergem com nossas observações:

Enquanto o usuário esperava para ser atendido, a técnica de enfermagem pegou a receita displicentemente e continuou conversando com a colega sobre a imunização, como estavam as vacinas, se a geladeira estava controlada, o que contradiz a informação de que ela só cuida da farmácia. O usuário ficou um tempão em pé esperando e quando recebeu o medicamento a profissional nem lhe olhou no rosto (Observação 3).

Em outra unidade podemos observar quanto tempo o trabalhador gasta em tecnologia dura de cortar material para reciclar embalagens, utilizam a criatividade para facilitar a visualização da data de vencimento dos medicamentos. Todo trabalho intuitivo da qual a melhor forma de armazenar os medicamentos e facilitar o seu serviço de dispensar os mesmos (Observação 4).

Poucas vezes foi possível observar e registrar atitudes convergentes entre o fazer e o falar. Todavia, não desqualifica o trabalho dos trabalhadores de saúde, mas reforça que a precarização interfere deletariamente na qualidade e na intencionalidade de uma assistência, digna e humanizada.

Por outro lado, a opinião dos usuários sobre o serviço de dispensação de medicamentos, aparentemente, mostra o conformismo, a revolta manifesta como podemos registrar nas falas dos entrevistados 17 e 21.

[...] Eu sou paciente daqui há anos, é sempre assim, um dia tem o remédio, outro dia num tem, dia ela recebem outro dia nem olha pra gente...a culpa não é só deles...é muita gente prá atender né? Tem gente que revolta por que vai ter que comprar o remédio, mas eu não.[...] (U. 17).

[...] Fico com raiva do governo, a gente fica na fila prá depois dizer que não tem o remédio, vai chegar, vai chegar e nem olha pra casa da gente. Sou morador aqui há mais de 30 anos e venho pouco no posto, pois é sempre assim. Eu procuro usar as poriclínica, que a gente toma o remédio lá mesmo. A senhora tá vendo essa fila aí, uma hora dessa, com chuva e o povo não diz nada... Depois quando quebra acha ruim, eu num acho. Ninguém que falar nada (U. 21).

Essa situação torna-se mais complexa e distante das necessidades dos usuários, quando o medicamento faz parte do componente especializado, exigindo o cumprimento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT para dispensação de medicamentos, o que leva muitas vezes o usuário a recorrer ao Poder Judiciário.

[...] os rígidos padrões de dispensação adotados pelo Poder executivo estão afastando cada vez mais, os cidadãos do seu direito à saúde constitucionalmente assegurada. O funcionamento do SUS demonstra que o fornecimento dos medicamentos de alto custo pelo Estado tem sido cada vez mais restringido, controlado e refreado (CARVALHO, 2010 p. 165).

A nossa observação nessa mesma USF reforçam as falas dos usuários:

Ao chegar à unidade antes das oito horas da manhã e já havia uma fila, na maioria mulheres, idosos, mulheres com crianças e os homens à parte. Às oito horas chegou um trabalhador da unidade já reclamando com a formação da fila. **Pra o dentista não tem ficha, pode sair da fila. Prá dr. X só tem Y fichas.** Observei, pois já ia nessa unidade há três dias seguidos, que este senhor não era nem técnico, nem auxiliar de enfermagem. Fazia de tudo um pouco na unidade. No horário só havia ele na unidade. Abordei algumas mulheres, e solicitei a participação na pesquisa. Das mais de vinte que estavam na fila nenhuma quis participar. Todas disseram que era a primeira vez que ia na unidade, e não sabia o que falar, apesar de explicar sobre a pesquisa, dizendo que não iria ser divulgado o nome. Nesse dia nenhuma participou da pesquisa. Fiquei em desespero, pois para mim aquele era um momento rico para estabelecer a contradição. Digeri a frustração e fui elaborar outro processo de abordagem. Eu já tinha observado outro momento de atendimento sem

qualquer humanização, sem abordagem, gritando o nome da pessoa e reclamando porque o usuário não aparecia logo. Era um homem com uma ferida, usando bengala e com certa dificuldade de locomoção. Ele xingava, reclamava do atendimento e disse que depois de tantas horas ali esperando elas queriam pressa. Nesse momento olhei para um jovem senhor e fiz a abordagem, com sucesso consegui a entrevista e seu consentimento para participar do estudo. Segue sua fala (Observação 5).

A seguir destacamos um trecho dessa entrevista:

[...] ôxe, aqui é sempre assim, trata a gente como bicho, só por que nós tá aqui na roça, longe de tudo, mas eu falo, ela não me trate assim não que eu não vou gostar... eu falo mesmo, isso aqui não é delas e esse home aí pensa que é dono do posto, só fala assim. É por isso que vou muito nas poriclinicas, lá tem o remédio e não atendem a gente assim não. Isso aqui é o fim do mundo. (U. 21).

Para Lyra Junior e Mesquita (2012), nesse momento reside a importância da presença do farmacêutico provido de competências e habilidades para fazer da dispensação uma prática de relações terapêuticas norteadas por princípios éticos, respeito mútuo e, sobretudo, corresponsabilidade sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

Na mesma linha Cordeiro e Leite (2008) destacam a importância da presença do farmacêutico e o estabelecimento de um canal de comunicação entre o farmacêutico e outros trabalhadores de saúde para uma abordagem multidisciplinar tendo o usuário com total beneficiário.

Os motivos que contribuem para um modelo de atendimento destituído de empatia e consideração com o usuário são justificados pelos trabalhadores como resultado das condições de trabalho, ausência de espaço e equipamentos condizentes com o serviço que oferecem, conforme as falas do TS.10 e TS.16 a seguir:

[...] Nós fazemos o trabalho do farmacêutico e não temos nada prá nos ajudar. A enfermeira ajuda muito e tá sempre preocupada em trazer as informações da reuniões na SMS, mas isso não basta. Eu tenho esse livro aqui pra encontrar o medicamento e saber se é o mesmo que o médico passou pró paciente. Tem um livro aqui que foi Bruno que trouxe, mas é usado pelos alunos dele não pode ficar prá sempre na farmácia. Não dá prá toda hora ir perguntar ao médico o que ele escreveu. A gente não tem internet que ajude procurar mais informação.[...] é papel, tesoura e caneta e só. Na hora de entregar o medicamento, temos que contar, controlar, não dá né? (TS.10).

[...] deveria ter uma padronização da rede e que a gente recebesse e pudesse informar os médicos, saber como entregar o medicamento ajuda na orientação. Mas não tem. Aqui na unidade já teve uns livros que tinha tudinho sobre medicamentos e sumiu e não veio mais nenhum. Vamos fazendo de acordo com o que vamos aprendendo na prática. Além de não temos outras condições prá trabalhar, aqui na farmácia faz outros serviços como administração de medicamentos, guarda material que chega da secretaria, é tudo apertado, sem espaço. (U.17).

Esta fala corrobora nossas observações de emprego das tecnologias leve-duras, com predominância da tecnologia dura, a criação de ferramentas próprias para melhorar a informação e o trabalho de controle de estoque, controle do prazo de validade dos medicamentos. Pregado na parede de uma farmácia havia um quadro com um diagrama de cores para o controle do prazo de validade. O instrumento era um pouco complexo, mas a falta de acesso a outras fontes de informação estimula a improvisação. Nas Unidades, participantes do estudo, os trabalhadores da farmácia só dispõem de um exemplar Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) desatualizado e que se caracteriza por informações comerciais dos medicamentos. O DEF é organizado pelas indústrias farmacêuticas e não oferece informações importantes para a dispensação e uso correto de medicamentos.

O Ministério da Saúde publica (BRASIL, 2002; 2004; 2006a; 2012b; doc. 3) através de portarias, vários instrumentos de informações sobre medicamentos que auxiliam o trabalho dos farmacêuticos e de todos os profissionais que manejam com medicamentos e precisam estar atualizados para o ato de dispensar medicamentos. A Rename, e o Formulário Terapêutico passam por atualizações periódicas e regulares, normatizados por portarias ou decretos, conferindo credibilidade aos mesmos. Existem ainda os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Componente Especializado, ambos previstos na Política nacional de Medicamentos. Cabe, portanto, a gestão maior fazer a distribuição entre todas essas unidades desses instrumentos informativos das políticas de saúde que envolve diretamente a assistência medicamentosa.

A observação desse quadro nos remete a outra situação qual seja a de que a gestão pública não prima pelo cumprimento das normas públicas. O setor de medicamentos é considerado o mais regulado com a finalidade de acompanhar as políticas e como busca de garantir a segurança do medicamento desde a produção até o destino final ao usuário. Entretanto, na rede da SF as normas de distribuição e dispensação não obedecem às normas mínimas. Os medicamentos sob controle especial ficam livres para acesso de qualquer profissional (doc.4), os armários muitas vezes não estão fechados, o controle de estoque e o cumprimento de relatórios não obedecem às planilhas e sistemas de controle, nem tão pouco às regulamentações profissionais dos farmacêuticos como as resoluções do Conselho Federal de Farmácia de nº 357/2001 que dispõe sobre as Boas Práticas em Farmácia (BRASIL 2001); Resolução RDC nº 499/2008 que dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos em farmácia, (BRASIL, 2008) e, por último, às resoluções mais recentes tal qual a Resolução CFF nº 586/2013 (BRASIL, 2013) que regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências e

[Resolução nº 585](#), 2013, (BRASIL, 2013) que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Logicamente, estes instrumentos só podem ser cumpridos pelos profissionais farmacêuticos, mas, quando o gestor público não insere esse profissional na equipe saúde da família, há um comprometimento de toda assistência farmacêutica, do processo de trabalho bem como as relações nas atividades assistências e gerenciais.

Outro aspecto a considerar é que tipo de assistência está sendo oferecida à população usuária do SUS. De gestão em gestão o quadro se repete. Segundo Alencar (2013), os estudos anteriores

concluem que as atividades gerenciais (seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento) predominam sobre as assistenciais (dispensação e demais atividades de atenção farmacêutica, sendo ambas realizadas sem o rigor técnico necessário, sem avaliação e controle dos próprios trabalhadores do PSF, do Setor de Assistência Farmacêutica e outros setores da Secretaria Municipal de Saúde (ALENCAR, 2013, p.161).

Segundo Araújo e outros (2008a) o estudo sobre o *Perfil da AF na atenção primária* visualiza que a solução do problema no âmbito geral não será simples se mantida a forma como o serviço está estruturado. No âmbito específico é fundamental que os gestores racionalizem a utilização de medicamentos desde a prescrição até a utilização por parte do usuário.

Ante o exposto, a realidade que se apresenta é de um processo de trabalho mecanizado, desprovido das competências e habilidades do farmacêutico para a prática da dispensação, na medida em que o farmacêutico não compõe a equipe mínima do PSF e mesmo nas unidades que contam com a equipe do NASF, as atividades são desarticuladas e não atendem às necessidades dos trabalhadores não farmacêuticos que assumem as práticas de dispensação de medicamentos.

As dificuldades para a prática da dispensação de medicamentos referida pelos trabalhadores predominam no dia a dia das unidades e são elencadas como a falta de estrutura adequada das farmácias; a ausência do farmacêutico na equipe; a falta de equipamentos que facilitem o trabalho de controle de estoque como computadores e programas informáticos entre outros. Nas atividades assistenciais foram registradas dificuldades como o desconhecimento satisfatório sobre medicamentos, desconhecimento das normas legais de

dispensação e relações mais fortes com os demais serviços e profissionais superaram as facilidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de ação está vinculado à noção de liberdade para agir e transformar o mundo que, para Heidegger, não constitui um lugar e sim um complexo formado pela significação das experiências que fazem do ser humano um ser histórico. (MINAYO, 2012, p. 625).

Este trabalho não finaliza as nossas reflexões sobre a prática da dispensação de medicamentos no PSF, ao contrário, ele mostra a necessidade de uma reflexão mais aprofundada não só sobre a dispensação em si, mas de todo processo por que passa o medicamento até que chegue a seu destino final, o usuário. Entretanto, somente analisamos da dispensação e sua articulação na prática a partir da visão dos diferentes atores sociais participantes do processo de trabalho.

Assim, a partir deste objeto de estudo sintetizarmos as nossas reflexões sob a égide das nossas observações e as variadas contribuições dos trabalhadores, gestores e usuários sobre como vem sendo desenvolvida a dispensação de medicamentos nas USF em um município do semiárido baiano.

A organização do funcionamento do SUS, criado com finalidade de estabelecer o acesso universal igualitário às ações de serviços de saúde, inclusive a farmacoterapia e assistência farmacêutica, utiliza instrumentos normativos como a Política Nacional de medicamentos (PNM) e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), o que nos conduz a uma percepção da complexidade da regulação do setor farmacêutico e a necessidade de transformar todo esse arsenal normativo em cuidado em saúde, particularmente, em práticas que promovam o uso racional de medicamentos.

No nosso estudo os gestores atribuem sentidos e significados à assistência farmacêutica que não conseguimos confirmar nas nossas observações. Para tais informantes a AF é uma política de saúde, com etapas e articulações definidas que se traduzem em assistência real aos usuários. De outro lado os trabalhadores não farmacêuticos, participantes do estudo que assumem a prática da dispensação de medicamentos, a assistência farmacêutica se restringe a um ato mecanizado de entregar o medicamento fazer o controle físico e guardar a farmácia e consideram que essa atividade deve ser obrigação do farmacêutico.

Muitas dificuldades foram identificadas no processo de trabalho da dispensação de medicamentos, visto que a mesma é responsabilidade destinada ao técnico de enfermagem, mas é corriqueiramente desenvolvida por diferentes atores, negando as manifestações de controle, acesso e acolhimento referendadas pelos técnicos de enfermagem. Tal situação leva-nos a conclusão de que não existe articulação entre os atores responsáveis pelo cuidado ao usuário na medida em que cada um limita-se à sua atividade de formação, quais sejam:

médicos e dentistas prescrevem, enfermeiros cuidam e administram a unidade, técnicos e outros executam as mais variadas atividades sob a supervisão do enfermeiro.

Neste cenário, as relações pessoais se desenvolvem em bons padrões de relacionamento, mas não há qualquer conhecimento do trabalho um do outro ou do seu próprio papel assistencial na medida em que as comunicações não envolvem as funções que desempenham nem estão voltadas para o cuidado em saúde.

Observamos também que a prática da dispensação está destituída de um acolhimento humanizado, acoplado ao manejo adequado do medicamento que preserve suas qualidades intrínsecas e que favoreçam um uso objetivando uma terapia de resultados positivos.

Portanto evidenciamos que predominam muitas dificuldades e incompreensões sobre as relações de trabalho, condições estruturais das farmácias, ausência completa dos farmacêuticos dos serviços da atenção básica, distanciamento da gestão central para com os problemas locais, com predominâncias das ações gerenciais em detrimento das ações de cuidado e particularmente da farmácia clínica e cuidados farmacêuticos.

A realidade aqui retratada é preocupante, pois as práticas de dispensação levam elevados custos sanitários com medicamentos que podem levar a desvios e perdas de medicamentos; aos descartes inadequados dos medicamentos vencidos, dispensas com equívocos e erros que podem comprometer a vida dos usuários. Não existem procedimentos pré-estabelecidos, como são exigidos para o setor privado do comércio de medicamentos, não há protocolos locais, nem observância aos já preconizados pelos instrumentos normativos do Ministério da saúde, inseridos na Política Nacional de Medicamentos e na política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Entretanto, os gestores se mostram otimistas com as propostas existentes a nível central para expansão da assistência farmacêutica e aplicação do plano municipal de saúde, os avanços no setor como a reestruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico, melhor desempenho na distribuição dos medicamentos com menor tempo no abastecimento das unidades, criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica, entre outras medidas.

Mesmo comungando com o otimismo dos gestores nossa compreensão nos conduz a certo ceticismo de que se consiga atingir qualidade, acesso humanizado e uso racional de medicamentos com ações pontuais de caráter administrativo. Reconhecemos que o processo

de assistência farmacêutica é complexo, mas, sem qualquer caráter corporativista profissional, a inclusão dos farmacêuticos na equipe mínima do PSF, no NASF são ponto de partida indispensável para implementar mudanças estruturais e conceituais de AF e particularmente no foco do nosso estudo adotar as práticas de dispensação e critérios básicos e indispensáveis para o uso racional de medicamentos.

Por outro lado, as manifestações dos usuários é o primeiro elemento a se levar em consideração em um projeto de reestruturação da assistência. O nível de descontentamento, descrédito e insatisfação dos usuários corroboram com nossas observações de uma prática mecanizada, centrada nas atividades gerenciais e que não garantem o acesso universal aos medicamentos. Os usuários, majoritariamente, sofrem com a precarização das unidades que vão desde a inadequação física das farmácias, falta de medicamentos, ausência de profissionais que os oriente adequadamente e uma ausência de um acolhimento humanizado e presença de atenção às suas necessidades básicas, forçando-os a migrarem para os serviços hospitalares na tentativa de terem suas demandas atendidas.

Por conseguinte, a partir dos resultados deste estudo apresentamos algumas propostas que poderão contribuir para a mudança do quadro atual da prática da dispensação de medicamentos nas unidades saúde da família do município de Feira de Santana. Entretanto ressaltamos que as propostas e os planos a serem apresentados à secretaria municipal de saúde não se traduzem em tarefas simples e de execução imediata, mas, apontam inexoravelmente para a necessidade de ponto de partida para as mudanças, quais sejam:

- Aumento do número de farmacêuticos, via concurso como forma de eliminar a rotatividade no setor, tanto para o nível central como para as unidades de maior área de abrangência.

- Criação de equipes do NASF com inclusão do farmacêutico nessas equipes;

- Capacitação os farmacêuticos abrangendo as atividades gerenciais, mas principalmente, as atividades de farmácia clínica e cuidados farmacêuticos.

- Criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica a nível Central e nas unidades de maior abrangência, oferecendo suporte para as demais unidades de SF;

- Adequação dos espaços físicos das farmácias da rede conforme o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família (BRASIL, 2006).

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A. Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: ACURCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.
- ALENCAR, T.O.S.; BASTOS, V.P.; ALENCAR, B. R.; FREITAS, I.V. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.32, n.1, p. 89-94, 2011.
- ALENCAR, T.O.S.; NASCIMENTO, M.A.A.; ALENCAR, B. R. **Assistência farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas**. Feira de Santana UEFS Editora, 2011.
- ALENCAR, B.R. Processo de Trabalho no Programa Saúde da Família: um enfoque na Assistência Farmacêutica. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS. 2013
- ALFOB. ASSOCIAÇÃO DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS OFICIAIS DO BRASIL. (ALFOB) Laboratórios Oficiais do Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.alfob.com.br>. Acesso em 30 de Nov. 2012.
- ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, p. 629-640, 2008.
- ANGONESI, D.; RENNÓ, M.U.P. Dispensação farmacêutica conceitos e procedimentos: In-----**As Bases da Dispensação Racional de Medicamentos para Farmacêuticos**. São Paulo: Pharmabooks, 2012 p. 47
- ANGONESI, D.; RENNÓ, M.U.P. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 9, p. 3883-3891, 2011.
- ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. V.26, n.2, p.87-92, 2005
- ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.
- ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Ribeirão Preto, São Paulo **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13 (Sup), p. 611-617, 2008.

ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas Aplicadas** v.26, n.2, p. 611-617, 2008.

ARRAES, P.S.D.; BARRETO, M.L.; COELHO, H.L.L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.23, n.4, p. 927-937, 2007.

ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010.

ASSIS, M.M.A.; JORGE, M.S.B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. In ____ **Pesquisa**. Métodos de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010, p. 139-159.

BARBOSA D. M. **Atribuições do farmacêutico na atenção primária à saúde**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.

BARROS, D.M.; SÁ, M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5 p. 2473-2482, ago 2010

BARROS, J.A.C. **Propaganda de medicamentos-Atentados à Saúde?** São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995.

BERMUDEZ, J. Remédio: Saúde ou Indústria? A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BEZZEGH, N.J.; GOLDENBERG, P. The Challenge of Responsible dispensing: formal education versus professional practice. **Brasilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v.47, n.1, 2011

BRASIL **Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973**. Disponível em: http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/suvisa/arquivos/gerados/lei_5.991_de_zembro_1973.pdf. Acesso em: 04 de março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos. **I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica:** instruções técnicas para sua organização. Brasília-DF Ministério da Saúde, 2002. p. 17-19.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**, Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reol_cns338.pdf. Acesso em out. 2011a.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Decreto nº 85.878 de 07 de abril de 1981**. A Organização Jurídica da Profissão Farmacêutica, 2000 p.343-344

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**, Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reol_cns338.pdf. Acesso em out. 2011a.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução n 499 de 17 de dezembro de 2008**. Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências.. Brasília-DF. Conselho Federal de Farmácia, 2008. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/499.pdf> Acesso em: 15 de set 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001**. Aprova o regulamento técnico de Boas Práticas de Farmácia. Brasília-DF. Conselho Federal de Farmácia, 2001 Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resoluções/357.pdf>. Acesso em: 18 de out.2011b.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução n 542 de 19 de janeiro de 2011**. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na dispensação e no controle de antimicrobianos. Brasília-DF. Conselho Federal de Farmácia, 2011b. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/542.pdf> Acesso em: 23 de mar 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013** Dispõe sobre as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.Brasília-DF. Conselho Federal de Farmácia, 2011c. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf> Acesso em:23 de set 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013** que regulamenta a prescrição farmacêutica e dá outras providências.Brasília-DF. Conselho Federal de Farmácia, 2011c. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf> Acesso em:23 de set 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 308, de 02 de maio de 1997**. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácia e drogarias. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 1997. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resoluções/308.pdf>. Acesso em: 18 de out.2011a.

BRASIL. IBGE **Cidades, 2012**. Feira de Santana. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=291080#>. Acesso em: 15 de março de 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm. Acesso em: 20 de out. de 2012.

BRASIL. **Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, e dá outras providências. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Laboratorios/>. Acesso em: 15 de maio de 2013.

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 e Atenção da Básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em 23 de set. 2013

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Brasília-DF: ANVISA, 2009. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 23 de set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estruturas física das unidades básicas de saúde da família** Brasília, DF: Ministério da Saúde 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Termo de Referência**-Seminário Nacional sobre propaganda e Uso racional de Medicamentos. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas que envolvendo seres humanos <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. . Acesso em 20 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508 de 28 de julho de 2011** 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.. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 de dezembro de 2012.

CALADO, S.S. **Análise de documentos**: método de recolha e análise de dados. Dissertação (mestrado) Mestrado em Educação – Didáctica das Ciências Universidade de Lisboa. 2005.

CARVALHO, M.C.R.D.; ACCIOLY JR,H.; RAFFIN,F.N.;CAMPOS, M.N.; CRUZ, M.M.C.; ALVES, M.K.S. Representações sociais do medicamento genérico por farmacêuticos: determinação dos sistemas central e periférico. **Caderno de Saúde Pública**. v. 21 n. 1, p. 226-234, 2005

CARVALHO, L.J.M.A. Sobre a política de dispensação de medicamentos no Brasil: mínimo necessário para a efetivação do direito à saúde. **Revista Direito e Justiça-Reflexões sociopolíticas**. V.8, n.11, p. 159-169, 2010.

CASTRO, L. L. de; CALDAS, E. D. . Conhecimentos, prática percepção do uso de medicamentos no Distrito Federal. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, p. 225-232, 2011.

CASTRO. L. L. C. de; COSTA, A. M. ; KOZOROSKI, A. ; ROSSINI, A. ; CYMROT, R. . Algumas Características da Prática da Automedicação em Campo Grande./MS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**,v. 21, n.1, p. 81-101 2000.

CHAPELA, M. C.; SERAPIONI, M.; GASTALDO, D. Sobre el desencuentro salud colectiva: metodología cualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.17, n.3, p. 587-594, 2012.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **O Exercício do Cuidado Farmacêutico**. Tradução de Denise Borges Bittar. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, p.396, 2006.

CORDEIRO, B. C.; LEITE, S.N. (Org.) **O Farmacêutico na atenção à Saúde**. Itajaí: UNIVALI Editora, p.79-81, 2008.

CORRER, C.J.; SOLER.O.; OTUKI,M.F. Assistência Farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v.2 p. 41-49, 2011

D'ÁVILA, L. S. **O trabalho de dispensação de medicamentos em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte: um estudo da gestão e da atividade de trabalho**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2009

DELLAMORA, E.C.L.; CAETANO, R.; CASTRO, C.G.S.O. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17 p. 2387-2396, 2012.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria municipal de saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de Gestão da Atenção Básica**. Feira de Santana-BA 2013.

FONTANELLA, B.J.B.; LUCHESI, B.M; SAIDEL, M.G.B; B.J.B; RICAS, J ; TURATO, E.R; MELO, D.G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 27, n. 2 p.389-394, fev. 2011.

FONTANELLA,. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n 2 p.17, jan, 2008

G, C. A. P. "A assistência farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas." *Secretária de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília-DF* (2012).

GOMES JR, E. A. **Prevalência do uso de medicamentos sem prescrição médica pelos usuários da Unidade Básica de Saúde do bairro Cidade Nova, Feira de Santana-BA**. Monografia de trabalho de conclusão de curso defendido na Universidade Estadual de Feira de Santana. 2009.

GOMES R. R.F. M; MACHADO C. J; ACURCIO,F.A; GUIMARÃES ,D.C. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Caderno de . Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 25,n.3, p.495-506, 2009.

GALATO, D., ALANO, G. M., TRAUTHMAN, S. C., & VIEIRA, A. C. (2008). A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas**, v.44, n.3 jul/set, p.466-475.2008.

IBGE Cidades. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291080>. Acesso em out. 2013.

IVAMA, A.M. *et.al*. Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos” Relatório da oficina de Trabalho. Brasília-DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001. p. 43

JESUS, E. B. O Conhecimento Humano: desafios, aventura, riscos, conquistas... um aprendizado contínuo. In___**Pesquisa**. Métodos de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010 p. 15-33.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas; amostragem e técnicas de pesquisa; elaboração e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A **Construção do saber**: manual da metodologia da pesquisa em Ciências Humanas. Porto Alegre. Ed. UFMG/ArtMED, 1999.

LEITE, S.N.; CORDEIRO, B.C. **O Farmacêutico na atenção à saúde**. Itajaí; Univale editora, 2008 p. 64-65.

LYRA JR., MARQUES, T.C.(Org.) Determinação Social do processo Saúde-doença: valor simbólico dos medicamentos e medicalização da sociedade In:_____ **As Bases da Dispensação Racional de Medicamentos para Farmacêuticos**. São Paulo: Pharmabooks, 2012 p. 9

LYRA JR., MESQUITA, A.R. Habilidades de comunicação como ferramenta para a relação entre o farmacêutico e o usuário In:_____, **As Bases da Dispensação Racional de Medicamentos para Farmacêuticos**. São Paulo: Pharmabooks, 2012 p. 99

MAGALHÃES, J.L; ANTUNES, A.M.S; BOECHT,N. Laboratórios farmacêuticos oficiais e sua relevância para saúde pública do Brasil. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v5, n.1, p.85-99, Mar., 2011

MARIN, N. (Org). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2003.

MARX, K. **O Capital**. 14 ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil 1994.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. São Paulo CEFOR 1992. 53p. Cadernos CEFOR. p.15.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização Social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco 1994 p. 126

MENEZES, T.M.O; GUIMARÃES,E.P; SANTOS, E.M.P; NASCIMENTO,M.V;ARAUJO,P.D .G rupo educativo com dispensação de medicamentos: uma estratégia de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.Revista Baiana de Saúde Pública, v.36, n.1, p148-158, 2012

MERHY, E.E Em busca da qualidade dos serviços de saúde:os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. in: Luiz Carlos de Oliveira (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, P. 117-160

MERHY, E.E.;ONOCKO.R. **Agir em Saúde**. Um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec 2006.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.17, n.3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M.C.S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo. Hucitec/ABRASCO, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo. Hucitec/ABRASCO, 2004.

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

NASCIMENTO, A. Isto é regulação? 1. Ed.São Paulo. Sobravime, 2005

OENNING,D.;OLIVEIRA, B.V; BLATT, C.R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 7, p. 3277-3273, 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Uso racional de los medicamentos. **Informe de la Conferência de Expertos**. Nairobi, 25-29 de Nov.1993 Genebra.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Francisco de Assis Acurcio.(org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2003.

RAMOS. D, SILVA. T.O.; ALENCAR. B.R. Análise da prática do estoque domiciliar de edicamentos em um município do Estado da Bahia. **Infarma**, v.22. n. 9-10, p. 50-5, 2010.

ROCHA, S.M.M.¹; ALMEIDA,M.C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista latino-Americana de Enfermagem**. Rio de Janeiro v.8 n.6, Dec 2000.

ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13 (suppl). Rio de Janeiro. apr. 2008.

SANTANA, J.S.S. Percurso Metodológico. In: SANTANA, J.S.S; NASCIMENTO, M.A.A (ORG.) **Pesquisa**. Métodos de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010, p. 87-119.

SANTOS.V, NITRINI. S.M.O.O, Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. n. 38, v.6, p. 819-26. 2004

SANTOS, A. C. Desenvolvimento, Civilização e Modernidade:O sonho da industrialização em Feira de Santana. <http://www.klepsidra.net/klepsidra15/feira.htm>. Acesso em out. 2013

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: ACURCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte. Coopmed, 2003.

SOARES, S.L.; DIEHL, E.E.; LEITE, S.N.; FARIAS, M. R. A Model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian Health System. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. V.49, n.1 jan/mar., 2013

VALLADÃO, M.L.F; LISBOA, S.M; FERNANDES, C. Receitas médicas e dispensação farmacêutica; uma questão de saúde. **Revista Médica Minas Gerais**, v.14, p.21-25, 2004

VELLOSO, V.P. **Assistência Farmacêutica**. Discurso e práticas na capital do império do Brasil (1850-1880), Belo Horizonte: Varia História v.26, n.44, p.37.

VIEIRA, F.S.; MENDES, A.C.R. Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_gasto_medicamentos.pdf. Acesso em: 10 de out 2012.

ZANINE, A.C.; OGA, S. Uso racional de medicamentos. In: _____ **Farmacologia Aplicada**. 5.ed. São Paulo. Atheneu, 1994. p.684-691.



APÊNDICE A

**Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva**

Título da pesquisa: Prática da Dispensação de Medicamentos nas Unidades da Família

Pesquisadora: Inalva Valadares Freitas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Angela A. do Nascimento

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Observação da prática de dispensação de medicamentos:

- Estrutura da farmácia na unidade saúde da família;
- Atendimento/acolhimento inicial e diálogo com o usuário;
- Organização do serviço;
- Armazenamento dos medicamentos;
- Dispensação propriamente dita:
 - Processo de avaliação da prescrição nas receitas
 - Uso de tecnologia leve;
 - Uso de tecnologia leve-dura e dura.



APÊNDICE B
Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Título da pesquisa: Prática da Dispensação de Medicamentos nas Unidades da Família em um município baiano

Pesquisadora: Inalva Valadares Freitas

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Angela A. do Nascimento

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
(Farmacêuticos e demais trabalhadores envolvidos diretamente na dispensação)

DATA: ____/____/____

Ent. Nº:

Início:

Término:

1) Caracterização do entrevistado:

- a) Sexo:
- b) Idade:
- c) Ano de conclusão do curso de formação (graduação ou técnico)
- d) Tempo de experiência profissional na área de atenção básica:

2) Temas norteadores:

2.1 Processo de trabalho na prática da dispensação de medicamentos

- concepção da dispensação;
- sujeito do processo de trabalho;
- objeto de trabalho;
- atividades desenvolvidas;
- instrumentos utilizados para a dispensação de medicamentos.

2.2 Relações interpessoais entre trabalhadores /usuários

- acolhimento
- vínculo
- resolubilidade
- acesso

2.3 Dificuldades/facilidades encontradas para o desenvolvimento da atividades de dispensação.



APÊNDICE C

**Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva**

Título da pesquisa: Prática da Dispensação de Medicamentos nas Unidades da Família em um município baiano

Pesquisadora: Inalva Valadares Freitas

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Angela A. do Nascimento

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (Usuários)

DATA: ____/____/____

Ent. Nº:

Início:

Término:

2) Caracterização do entrevistado:

- a) Sexo:
- b) Idade:
- c) Escolaridade
- d) Profissão/ocupação

3) Temas norteadores:

3.1 Relações interpessoais entre trabalhadores /usuários

- acolhimento
 - vínculo
 - resolubilidade
 - acesso
- Atividades da dispensação ;



APÊNDICE D
Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Título da pesquisa: Prática da Dispensação de Medicamentos nas Unidades da Família em um município baiano

Pesquisadora: Inalva Valadares Freitas

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Angela A. do Nascimento

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
(Gestores)

DATA: ____/____/____

Ent. Nº:

Início:

Término:

3 Caracterização do entrevistado:

- a) Sexo:
- b) Idade:
- c) Ano de conclusão da graduação:
- d) Tempo de experiência profissional

2 Temas norteadores:

- 2.1 Compreensão sobre a prática de dispensação de medicamentos;
- 2.2 Processo de trabalho na prática da dispensação de medicamentos;
- 2.3 Articulação com demais profissionais da Unidade;
- 2.4 Dificuldades/facilidades para a prática de dispensação de medicamentos;



APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Inalva Valadares Freitas, pesquisadora responsável e a professora pesquisadora colaboradora Maria Angela Alves do Nascimento do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), da Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, convidamos você para participar da pesquisa sobre a prática da dispensação de medicamento nas farmácias das unidades da saúde da família com o objetivo de analisar essa prática de dispensação de medicamentos. Este estudo poderá contribuir para adoção de estratégias e políticas que ajudem o ato profissional farmacêutico, e assim melhorar o acesso dos usuários aos medicamentos, além de promover seu uso correto e benéfico. Para coletar os dados será necessário fazer uma entrevista com você, assim como observar o atendimento na dispensação. Caso você participe da pesquisa não terá quaisquer gastos financeiros, você não será identificado, tendo um local reservado para entrevista, livre da escuta e observação de outras pessoas. Serão garantidos o sigilo e confidencialidade da conversa durante e após as entrevistas, que serão gravadas caso você permita. As fitas gravadas e as observações ficarão guardadas por cinco anos no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), sob os nossos cuidados, quando após esse tempo serão destruídas. Tomaremos todo cuidado para respeitar a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual, caso aconteça qualquer dano imediato ou tardio, de modo a evitar qualquer consequência danosa no que se refere a livre expressão de suas opiniões. Afirmamos que os possíveis riscos desta pesquisa poderão estar relacionados a você se sentir constrangida(o), com medo ou incomodado(a) em responder a alguma pergunta, mas você poderá desistir em qualquer momento de participar do estudo, ou não responder a pergunta. Caso as pesquisadoras percebam algum dano ou risco à sua saúde no decorrer da pesquisa, esta será suspensa imediatamente e daremos toda atenção necessária. Em relação aos resultados da pesquisa, eles serão encaminhados e apresentados às unidades de saúde da família que frequenta e você tome conhecimento sobre os seus resultados. Esclarecemos que, em qualquer momento, você poderá pedir esclarecimentos às pesquisadoras sobre a pesquisa, que poderão ser encontradas de segunda a sexta-feira no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS-Módulo 6-NUPISC Av. Transnordestina S/N Campus Universitário de Feira de Santana, cujo telefone é (75) 3161-8162. Informamos que a pesquisa será apresentada apenas em eventos de cunho científico como congressos, simpósio, seminários e publicação em periódicos, revistas científicas, livros, entre outros. Após ter sido informado(a) sobre a pesquisa, caso concorde em participar, deverá assinar, juntamente com as pesquisadoras, este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2013

Entrevistado(a)

Inalva Valadares Freitas

Maria Angela Alves do Nascimento