



Desafios e possibilidades para a inserção de farmacêuticos na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória da Conquista, Brasil*

Retos y posibilidades para la inserción de farmacéuticos en la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Vitória da Conquista, Brasil

Challenges and Possibilities for the Entry of Pharmacists in the Family Health Strategy in the Municipality of Vitória da Conquista, Brazil

Recepção: 05 de Março de 2021. **Aprovação:** 21 de Abril de 2022. **Publicação:** 30 de Abril de 2022.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.dpif>

Fabício Oliveira Coqueiro

Universidade Federal da Bahia, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1734-9009>

Adriano Maia dos Santos

Universidade Federal da Bahia, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9718-1562>

Patrícia Baier Krepsky^a

Universidade Federal da Bahia, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0112-2769>

Como citar este artigo: Oliveira Coqueiro F, Dos Santos AM, Baier Krepsky P. Desafios e possibilidades para a inserção de farmacêuticos na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória da Conquista, Brasil. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.dpif>

*Artigo de pesquisa.

^a Autora de correspondencia. Correio eletrônico: pkrepsky@gmail.com



Resumo

Esta pesquisa tem como objetivo compreender como o farmacêutico pode contribuir para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, por meio de um estudo qualitativo. Foram realizadas três sessões de grupo focal, duas com atores que atuavam em equipes de unidades básicas de saúde e outro composto de atores da assistência farmacêutica. A análise de conteúdo temática resultou em quatro categorias: 1) falta de esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos para a equipe de Saúde da Família e usuários; 2) incipiente interação do farmacêutico com a equipe; 3) necessidade de enfrentamento da medicalização da sociedade e 4) estrutura inadequada das farmácias nas unidades básicas de saúde. Houve demanda por profissionais mais preparados para ações integradas às equipes de Saúde da Família. Ações possíveis são discutidas.

Palavras-chave: atenção à saúde, assistência farmacêutica, atenção primária à saúde, educação em saúde, medicalização, Estratégia Saúde da Família.

Resumen

El propósito de esta investigación es comprender cómo el farmacéutico puede aportar al fortalecimiento de la Estrategia de Salud de la Familia, por medio de un estudio cualitativo. Se realizaron tres sesiones de grupo focal, dos con actores que actuaban en equipos de unidades básicas de salud y otro conformado de actores del ámbito de la asistencia farmacéutica. El análisis de contenido temático resultó en cuatro categorías: 1) falta de resolución de dudas acerca de medicamentos al equipo de Salud de la Familia y a usuarios; 2) incipiente interacción del farmacéutico con el equipo; 3) necesidad de afrontamiento de la medicalización de la sociedad y 4) estructura inadecuada de las farmacias en las unidades básicas de salud. Hubo demanda por profesionales más capacitados para acciones integradas a los equipos de Salud de la Familia. Se discuten acciones posibles.

Palabras clave: atención a la salud, asistencia farmacéutica, atención primaria de la salud, educación en salud, medicalización, Estrategia Salud de la Familia.

Abstract

The purpose of the research is to comprehend how the pharmacists can contribute to strengthen the Family Health Strategy through a qualitative study. Three focus group sessions were held, two with actors who worked in basic health unit teams, and another made up of actors from the field of pharmaceutical assistance. The thematic content analysis resulted in four categories: 1) lack of resolution of doubts about medicines to the Family Health team and users; 2) incipient interaction of the pharmacist with the team; 3) need to confront the pharmaceuticalization of society; 4) inadequate structure of pharmacies in the Family Health units. There was a demand for more qualified professionals for actions integrated into the Family Health teams. Possible actions are discussed.

Keywords: health care, pharmaceutical assistance, primary health care, health attention, medicalization, Family Health Strategy.



Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização das práticas de cuidado na atenção primária à saúde (APS), de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Idealmente, deve ofertar serviços com alto grau de descentralização e capilaridade, próximos da vida dos usuários, funcionando como porta preferencial de acesso à rede de atenção à saúde. Com o propósito de ampliar a resolutividade das equipes, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), atualmente denominados “Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica” (Nasf-AB), compostos de diferentes profissionais da saúde, incluindo o farmacêutico (1-3).

A ESF é composta de unidades básicas de saúde (UBS), que contam com uma ou mais equipes das quais fazem parte médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os profissionais atendem a população que reside em um território delimitado, com o objetivo de prover cuidados contínuos no âmbito da APS, incluindo promoção de saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde.

Os medicamentos são o principal recurso terapêutico empregado nas UBS, entretanto ainda existe deficiência na disponibilidade de tal insumo fundamental à assistência. Além disso, seu uso precisa ser monitorado em função dos crescentes problemas derivados do uso irracional (2, 4). A assistência farmacêutica, conjunto de ações individuais e coletivas que envolvem medicamentos (4, 5), deve ser desenvolvida, no contexto do Nasf, por meio do apoio aos profissionais da equipe da ESF e da própria equipe do Nasf, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, especialmente com o apoio matricial (1, 6).

A assistência farmacêutica é composta de duas subáreas complementares: uma relacionada à tecnologia de gestão do medicamento, com a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos, e a outra à tecnologia de uso (5), que envolve desde a prescrição até a utilização correta e eficaz dos medicamentos, incluindo uma dimensão clínico-assistencial e outra técnico-pedagógica, que faz parte da educação em saúde (4, 6). Para o sucesso desse cuidado, torna-se necessária a participação dos diferentes profissionais da saúde, além dos usuários, de modo integrado, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado (1, 5).

Pesquisas realizadas em diferentes regiões do Brasil, assim como a experiência dos autores deste estudo em extensão universitária, demonstram que a inserção do farmacêutico na ESF, por meio do Nasf, ainda não se encontra consolidada (7-10); além disso, a escassez de pesquisas foi apontada em revisão sobre a atuação do farmacêutico na atenção primária (11). As formas de atuação do farmacêutico estão descritas em diversos documentos oficiais (2, 4, 6), porém percebe-se, em pesquisas e vivências, que a teoria não tem sido aplicada em benefício dos usuários do SUS. Portanto, com este estudo, busca-se compreender como o farmacêutico pode contribuir para o fortalecimento da ESF.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, com utilização da técnica de grupo focal (12), realizado no município de Vitória da Conquista, estado da Bahia, Brasil, em 2015. O município é o terceiro maior do estado da Bahia, com, aproximadamente, 350.000 habitantes.

Realizaram-se três sessões de grupo focal, denominadas GF1, GF2 e GF3. Dois grupos foram compostos de atores que atuavam na atenção direta aos usuários e em equipes da ESF, uma urbana (cinco participantes, GF1) e outra rural (10 participantes, GF2). Como critério de inclusão, foram selecionadas UBS consideradas de referência no município e que não tinham vínculo com os pesquisadores, por meio de projetos de pesquisa ou extensão, sendo este o único critério de exclusão.

Inicialmente, foi recebida autorização para a realização da pesquisa pela Secretaria de Saúde do município de Vitória da Conquista e pelo comitê de ética; finalmente, os participantes foram convidados por um dos pesquisadores, através da coordenadora da assistência farmacêutica e dos coordenadores de cada UBS, os quais articularam data e horário com os demais profissionais. Todos os profissionais que atuavam na equipe de saúde das UBS selecionadas foram convidados, assim como os farmacêuticos que atuam na APS (GF3), portanto este foi o critério de inclusão. Compareceram enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Apenas o grupo focal com equipe da área rural (GF2) contou com a participação do médico. A equipe da área urbana (GF1) tinha a peculiaridade de compartilhar a equipe Nasf com a área rural. O terceiro grupo (GF3) foi composto de farmacêuticos de duas equipes do Nasf, áreas rural e urbana; farmacêuticos da farmácia distrital e a coordenadora de assistência farmacêutica, dos quais apenas a coordenadora não atuava diretamente na atenção aos usuários.

As reuniões foram realizadas nas próprias UBS onde os participantes atuavam, no caso dos dois grupos compostos por profissionais que faziam parte da equipe de saúde das UBS. Para o terceiro grupo, como os profissionais trabalhavam em locais diferentes, a reunião aconteceu no centro de formação de profissionais da Secretaria de Saúde.

As sessões foram conduzidas por um moderador e um observador, o qual ajudou a elaborar notas sobre a dinâmica grupal. Cada encontro teve duração de 1 a 2 horas.

A entrevista foi semiestruturada, composta das seguintes perguntas abertas, idênticas nos três grupos: 1) Quais atividades do farmacêutico são observadas por vocês?; 2) Como vocês percebem as possibilidades de inserção do profissional farmacêutico na ESF?; 3) Que ações poderiam ser desenvolvidas por esse profissional nessa estratégia?; 4) Como esse profissional poderia somar às ações das equipes na UBS?; 5) Quais seriam as possibilidades de interação desse profissional com a equipe; 6) Quais seriam as desvantagens e/ou limitações dessa



inserção?; 7) Como você percebe a possibilidade do setor de farmácia atuar como divulgador das ações da equipe?; 8) Quais seriam as possibilidades de interação desse profissional com a comunidade?

Após o término dos encontros, foram transcritas todas as gravações de áudio. Inicialmente, cada sessão foi analisada separadamente e, em seguida, em conjunto através de análise de conteúdo temática. Categorias foram listadas a partir das falas, sendo composto de um quadro de análise, listando-se os núcleos de sentido para cada categoria. Selecionaram-se frases representativas da fala dos participantes. Foram identificados os pontos de convergência e divergência, associando os resultados obtidos com aqueles de outros estudos (12-14). Para a análise, não foi utilizado *software*, procedendo-se às interpretações por meio de leituras em profundidade e identificação das estruturas relevantes e das categorias empíricas.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia, Parecer 715232. O termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de autorização de uso de depoimentos foram assinados pelos participantes no mesmo momento da realização de cada grupo focal.

Resultados

A partir da análise temática do conteúdo, foram definidas quatro categorias: 1) falta esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos para a equipe de saúde da família e usuários; 2) incipiente interação do farmacêutico com a equipe; 3) necessidade de enfrentamento da medicamentação da sociedade e 4) estrutura inadequada das farmácias nas UBS.

Na APS, dispunha-se de farmacêutico em cada uma das quatro equipes do Nasf, dois na área urbana e dois na rural; um na coordenação da assistência farmacêutica; dois na farmácia distrital; além de outros sete farmacêuticos em outros setores.

Nas farmácias da ESF, quem se responsabilizava pela entrega de medicamentos eram profissionais de nível médio, sendo encontradas duas realidades distintas: em uma delas existia um profissional exclusivo para o setor de farmácia, com experiência de 25 anos nessa função (GF1); na outra, todos os profissionais da unidade tinham acesso à farmácia (GF2).

Falta esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos para a equipe de Saúde da Família e usuários

Houve manifestação de preocupação por parte dos participantes dos grupos focais 1 e 2 (equipes de saúde da família), com a orientação dos usuários quanto ao uso correto de medicamentos. Consideraram que o farmacêutico poderia esclarecer dúvidas durante a entrega desse recurso terapêutico, porém trouxeram preocupação quanto ao ato de dispensar medicamentos, visto que os profissionais que atuavam nas equipes não tinham formação adequada para tal atividade, e o

farmacêutico do Nasf não dispunha de tempo suficiente. Além disso, apontaram a possibilidade de detecção de problemas relacionados à falta de adesão.

Com relação ao uso incorreto de medicamentos, no grupo focal 3, um dos profissionais relatou que muitos usuários, hipertensos e diabéticos, faziam uso incorreto dos medicamentos e retornavam ao médico “sem necessidade”, pois os problemas observados poderiam ser evitados a partir de intervenções farmacêuticas. Tal possibilidade de intervenção foi levantada também no grupo focal 2.

Nessa perspectiva, de orientar os usuários sobre o uso de medicamentos, em dois grupos focais, houve demanda pela criação de grupos operativos adicionais, tanto no sentido de ampliar a ocorrência de atividades grupais com usuários hipertensos e diabéticos quanto no surgimento de grupos para novos segmentos, como gestantes, tabagistas, usuários com outras enfermidades. Demanda presente nas seguintes falas: “Na formação de grupos, pra orientar quanto ao uso racional de medicamentos, orientar a população, porque não é só o grupo de hipertensos e diabéticos [...] poderia formar mais grupos, além dos que já tem, porque se a gente não faz é por falta de tempo e profissional pra encaixar” (GF2). Em um dos grupos focais (GF1), foi citada a experiência exitosa com um grupo de tabagismo realizado por um farmacêutico, que posteriormente passou por cobranças quanto à continuidade da ação, o que não ocorreu devido à indisponibilidade da equipe e dos profissionais do Nasf. Esses grupos foram descritos como espaços para a discussão com usuários sobre o uso racional de medicamentos, além de outros temas.

Nos grupos focais 1 e 2, foi citada adicionalmente a possibilidade de atendimento individual por parte do farmacêutico, o que, de acordo com o grupo focal 2, acontecia apenas durante as visitas domiciliares, especialmente a usuários polimedicados ou com baixo grau de informação: “Consulta individual na unidade não tem, né?” (GF2). Em contraposição, as falas do grupo focal 3 contemplaram a realização de atendimentos individualizados: “às vezes, você precisa fazer uma intervenção individualizada” (GF3).

A falta de esclarecimentos de dúvidas de profissionais sobre medicamentos também foi declarada: “aqui em dúvida eu pergunto aos médicos” (GF1). De forma complementar, no grupo focal 3, foi descrito que enfermeiros buscavam a coordenação da assistência farmacêutica, a fim de sanar suas dúvidas sobre medicamentos: “às vezes enfermeiros tem alguma dúvida me ligam, pela coordenação ser o referencial” (GF3).

Em função das demandas descritas, foi levantada a possibilidade de inserir o profissional farmacêutico na equipe de saúde da família. Foi perceptível, por meio das falas, que há demanda por abordagem multiprofissional. Os participantes consideraram que a presença de novos profissionais na equipe de saúde da família otimizaria os trabalhos e qualificaria o serviço: “o Nasf deveria ser permanente e fazer parte da equipe” (GF2). Por sua vez, em outro grupo focal



(GF1), os participantes relataram que não se justificaria a presença do farmacêutico durante todo o horário de funcionamento das unidades. A sugestão foi o aumento no número de turnos em que o farmacêutico se dedicaria a cada UBS: três a quatro turnos por semana. Na área urbana, segundo relatos dos participantes, essa situação se mostrou mais privilegiada, pois o profissional atuava na unidade semanalmente, durante um turno; enquanto na área rural, quinzenalmente.

Incipiente interação do farmacêutico com a equipe

Foi apontado pelos grupos focais 1 e 2 que a efetiva interação dos farmacêuticos com as equipes seria prioridade. O termo “soltos” foi bastante usado para se referir à falta de interação dos farmacêuticos do Nasf com a equipe, ao contrário do que foi relatado para outros profissionais do Nasf, como nutricionista e educador físico. Houve grande cobrança por mudanças, apesar de terem sido consideradas as dificuldades em função dos poucos turnos em que o farmacêutico se encontra em cada UBS.

Outra dificuldade relatada é que geralmente as atividades eram desenvolvidas fora da unidade, já que espaços para a realização de reuniões e atividades coletivas não faziam parte da estrutura das unidades. A relevância da falta de interação se refletiu também nas respostas de um dos grupos focais sobre as desvantagens da presença de um farmacêutico, pois enfatizam: “A desvantagem é vir um farmacêutico e não interagir com a equipe” (GF1). No grupo focal 2, foi citado que o farmacêutico não formava vínculos com as equipes, o que seria uma consequência da interação incipiente.

A falta de interação do farmacêutico com as equipes foi demonstrada também pela dificuldade, por parte dos participantes dos grupos focais, de descrever as atividades do farmacêutico, portanto foi necessário reforçar a pergunta para que se dissertasse sobre as ações observadas, e não apenas sobre os anseios.

Foi relatado que a pouca interação entre profissionais do Nasf e equipes de Saúde da Família se refletiu em um dos pontos de intervenção no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, sendo reconhecida nas falas a importância dessa interação: “trabalhar em equipe mesmo é você ter acesso a outros profissionais [...] acho que você consegue identificar e solucionar [problemas], não só o farmacêutico dentro de uma unidade básica [...] é o planejamento, essas reuniões, é você frisar que precisa identificar isso [...] a gente precisa caminhar muito pra chegar ao ideal” (GF3).

Nos grupos focais 1 e 2, foram apontados alguns caminhos para se alcançar a tão almejada interação. Um deles seria a maior participação dos farmacêuticos do Nasf nas reuniões de equipe e do conselho local de saúde, o que permitiria o reconhecimento dos problemas no território e o planejamento em conjunto.

No grupo focal 1, foi chamada atenção para outra consequência da falta de participação do farmacêutico nas reuniões de equipe: a não discussão de assuntos referentes à farmácia,

considerando que o farmacêutico não está presente para defender seu ponto de vista. Nesse grupo, também foi mencionada a possibilidade do farmacêutico ou do atendente de farmácia atuar como divulgador de eventos e atividades educativas a serem desenvolvidas na UBS, o que não foi mencionado nos outros dois grupos.

Outro aspecto abordado, no grupo focal 3, foi a falta de divulgação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais aos prescritores, o que resultava na prescrição de medicamentos que não fazem parte do elenco básico do município, gerando problemas de adesão pela falta de acesso ao medicamento ou impulsionando a judicialização da saúde, embora, em muitos casos, dispunham-se de alternativas terapêuticas seguras e eficazes no elenco.

Foi problematizada, nos grupos focais 1 e 2, a questão do perfil do profissional farmacêutico Nasf, sendo apontada a necessidade de profissionais que saibam trabalhar em equipe, que busquem estratégias para auxiliar os usuários em suas demandas e, portanto, que tenham habilidades de comunicação. Segundo o relato, apenas alguns profissionais se destacaram no desenvolvimento das atividades como farmacêutico do Nasf e na adequada interação com a equipe.

Necessidade de enfrentamento da medicalização da sociedade

A terceira categoria traz o fenômeno da medicalização da sociedade como área potencial para a atuação farmacêutica. As equipes problematizaram a questão, referenciando-a como um fenômeno que necessita estratégias de enfrentamento. Foi colocada a necessidade de atividades educativas que problematizem os riscos do uso de medicamentos. A relação da comunidade com o medicamento foi referida como algo muito forte, a ponto de os usuários se sentirem insatisfeitos quando não é prescrito medicamento após a consulta médica.

Essa categoria ainda foi problematizada com relação ao estoque domiciliar de medicamentos, sendo referida como “farmacinha”, assim como à troca de medicamentos prescritos por automedicação ou inclusão adicional aos prescritos. “às vezes, além de tomar o que o médico passou, toma o que o vizinho passou” (GF2).

Ainda nessa perspectiva, as equipes relataram que há um aumento expressivo do consumo de medicamentos psicotrópicos: “Pelo tempo de experiência que eu trabalho na saúde da família, vejo que a maioria da população está tomando remédio controlado, então a gente não sabe o porquê” (GF1). Relataram que a prescrição excessiva desses medicamentos talvez aconteça em função do imediatismo almejado pelos usuários ante seus efeitos e da dificuldade de reduzir gradativamente o uso de medicamentos controlados quando estes não são mais necessários. Foi relatado também o uso excessivo de analgésicos, associado à intolerância à dor física.



Estrutura inadequada das farmácias nas unidades básicas de saúde

A quarta categoria aponta a necessidade de estruturação das farmácias nas UBS. Os grupos relataram que foram necessárias improvisações para se incluir um espaço para a farmácia nas unidades, não previsto originalmente: “Cada armarinho [no consultório médico] desse aqui tinha medicação, eu arrumava aqui pra pessoa já sair com a medicação” (GF1), “um banheiro que era dos funcionários que passou a ser farmácia, almoxarifado, cozinha!” (GF2).

No grupo focal 3, foi citada a farmácia distrital, a qual, segundo as discussões no grupo focal, não cumpria seu objetivo de fornecer suporte às UBS, devido ao tempo demandado para o atendimento a liminares judiciais: “o nosso intuito em um futuro breve é fechar algumas farmácias das unidades de saúde pra que esses pacientes sejam referenciados para esse serviço, que a ideia é buscar o medicamento naquele serviço. E quando a gente leva a liminar judicial pra lá e os farmacêuticos se ocupam dessa questão da liminar a gente tira eles de um atendimento ao público” (GF3).

Outro tema abordado por uma das equipes, relacionado com a estrutura do serviço, foi a falta de técnico que atue exclusivamente na farmácia. Foi relatado que, em uma das unidades, todos os profissionais tinham acesso à farmácia e faziam a entrega do medicamento, o que comprometia diretamente o controle de estoque (GF2). Além disso, não eram gerados dados que embasassem a solicitação de medicamentos, a qual acontecia sem critérios, sendo descrito como problema constante o vencimento de medicamentos. Por sua vez, na outra unidade, existia técnico experiente, responsável exclusivamente pela farmácia, o que resultou em relatos sobre o maior controle do estoque de medicamentos, assim como maior interação da farmácia com os demais setores da unidade (GF1).

Discussão

As equipes reconheciam o farmacêutico como um profissional com, teoricamente, perfil para atuar no esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos, tanto da equipe quanto dos usuários. No entanto, foram extremamente fortes as falas das equipes que apontavam para a falta de interação desses profissionais com os demais. Outros estudos também mencionam interação limitada do farmacêutico com a equipe (5), especificamente com os médicos (8) e seu isolamento profissional (11), provavelmente tais fatos explicam o achado em um estudo (15) que constatou maior acesso dos usuários aos profissionais do Nasf por meio dos agentes comunitários.

Uma justificativa apontada pelas equipes para a falta de interação foi o fato de haver poucos turnos de trabalho dedicados pelo farmacêutico a cada UBS atendida, no entanto foram citados outros profissionais do Nasf, com a mesma carga horária do farmacêutico, porém com boa interação com a equipe. Apesar dessas considerações, uma sugestão proposta pelas equipes foi o aumento dos turnos de atuação do farmacêutico em cada unidade. Na época, nove equipes da ESF eram atendidas por apenas uma equipe Nasf, número máximo de equipes que podem ser vinculadas a uma equipe Nasf, sendo cinco o mínimo (16).

Parecem faltar estratgias de comunicao e melhor definio do modo de trabalho dos farmacuticos, de modo que seja favorecida a interao e que o Nasf efetivamente contribua para o aumento da resolatividade da ateno a sade (1, 6, 15, 17). Algumas possibilidades: (a) reunies de matriciamento (6, 11, 17), no mnimo mensalmente, nas quais poderiam ser propostos planos conjuntos de interveno no territrio, pactuao de aes individuais ou conjuntas; (b) disponibilizao da agenda do Nasf para a equipe, dessa forma seriam favorecidas as possibilidades de encontro entre os profissionais, da equipe e do prprio Nasf com o farmacutico; (c) possibilidade de contato direto com o farmacutico, para casos urgentes e no previstos nas reunies de matriciamento (6). A participao do farmacutico em reunies de equipe seria uma forma de favorecer a interao deles com as equipes, o planejamento conjunto e maior conhecimento sobre o territrio (1, 10, 11). Um empecilho para a implantao dessas ideias pode ser a falta de tempo por parte dos farmacuticos. Por sua vez, considerando que, no municpio em questo, existiam cinco profissionais em cada equipe de Nasf e aconteciam reunies semanais entre esses profissionais, poderia haver participao alternada de profissionais do Nasf nas reunies de equipe e do conselho local de sade, alm de compartilhamento de informaes durante as reunies do Nasf.

Percebe-se a no adequao dos processos de trabalho s diretrizes sobre a atuao dos profissionais do Nasf (2, 6). O trabalho deveria ser orientado pelo apoio matricial, que envolve a troca de saberes entre os envolvidos, a pactuao das intervenes (1, 6), o que, idealmente, aumentaria progressivamente a autonomia das equipes, tanto no que se refere a dimenso clnico-assistencial quanto a tcnico-pedaggica (6, 17). Outra dificuldade, alm da falta de interao, apontada por outros pesquisadores, e falta de compreenso da lgica do apoio matricial por parte da equipe de sade da famlia e do Nasf (1).

Em um estudo (9), ao ser descrita a experincia de projeto de extenso universitria sobre cuidado farmacutico, em UBS, apontou-se a falta da temtica “medicamentos” nas prticas de sade e a falta de discusso com profissionais sobre uso racional de medicamentos. A presente pesquisa aponta que o tema est presente, por m há necessidade de maior planejamento do cuidado, inclusive foi levantado nos grupos focais o tema da medicalizao da sade, a qual pode ser conceituada como o emprego de procedimentos e tratamentos mdicos para problemas no mdicos, aumentando o risco de problemas iatrgnicos, com foco nos medicamentos (denominada “medicamentalizao”), e a urgncia em se trabalhar com medidas que contribuam para o uso racional deles (19-21).

Como proposta para o processo de desmedicalizar a comunidade, em um estudo (20), propoe-se a superao do reducionismo biolgico das doenas para a causao multidirecional, que considera mltiplos. Entre as causas e o adoecimento, nele so citados: processos psicolgicos, culturais, caractersticas dos ciclos vitais como sono-viglia, trabalho-descanso/lazer, ciclos de alimentao, qualidade da dieta. Dessa forma, o crculo virtuoso da proteo e da preveno quaternria se atingiria. A reduo anatomopatolgica e fisiopatolgica e eficaz em diversas



situações como infarto, tuberculose, cânceres, meningite, num primeiro momento, mas, em seguida, mesmo para tais situações, é importante avaliar a multicausalidade. Para isso, considera-se que é necessário reconhecer os limites da biomedicina, aplicar escuta qualificada e incluir outras racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares (20).

Desmedicalização aliada a ações de matriciamento em saúde mental na APS, por exemplo, poderiam ser estratégias de enfrentamento do aumento expressivo do consumo de medicamentos psicotrópicos, preocupação presente das falas das equipes. Em um estudo (22), conclui-se que há uma evidente necessidade de intervenção nessa questão, ao ser avaliada a utilização de benzodiazepínicos e antidepressivos em pacientes atendidos em farmácias do SUS.

Outra estratégia a ser avaliada seria a implantação de um Centro de Informações sobre Medicamentos (CIM), unidade operacional que proporciona informação técnico-científica sobre medicamentos de forma objetiva, atualizada e oportuna (23), contando com fontes de informação sobre medicamentos e profissionais capacitados, os quais oferecem informação pertinente às solicitações formuladas ou às necessidades identificadas (24). Poderiam ser disponibilizadas diversas formas de comunicação entre os profissionais e o CIM, por exemplo, telefone e ferramentas via internet. Estudo (24) avaliou os impactos do primeiro ano de atividades de um CIM, o qual pode preencher lacunas importantes na formação e na prática de médicos, enfermeiros e farmacêuticos, além de constituir fonte segura de informações para a sociedade no que diz respeito à automedicação. O centro teria como vantagem adicional a possibilidade de acesso a informações sobre medicamento sem contato direto entre as pessoas, o que contribuiria para o distanciamento físico necessário em épocas de pandemias (25).

Sobre a entrega de medicamentos, em uma pesquisa (10) sobre a atuação de farmacêuticos do Nasf, detectou-se que os profissionais das equipes percebem a farmácia como principal local de atuação do farmacêutico, o que não foi observado no presente estudo, em que a demanda se concentrou no esclarecimento de dúvidas, e a entrega de medicamentos na farmácia foi apenas colocada como uma das possibilidades de atuação, juntamente com os técnicos que atuam nessa função nas UBS. O farmacêutico poderia apoiar mais especialmente as atividades dos técnicos, para a realização mais qualificada da atividade de entregar os medicamentos aos usuários, o que caracteriza também o apoio matricial.

Com relação à estruturação da farmácia, foi perceptível que, no município em questão, as UBS mais antigas não foram construídas considerando todas as necessidades da APS. Além de não ter sido previsto local para a farmácia, não existiam também salas para almoxarifado, reuniões, atividades em grupos operativos, esterilização de materiais e armazenamento de resíduos sólidos de serviços de saúde. Como se trata de problemas de estrutura predial, torna-se mais complexa a resolução desse problema em curto ou médio prazo. Por sua vez, as secretarias municipais de saúde podem utilizar anualmente um percentual de até 15% da soma dos recursos financeiros das contrapartidas municipal e estadual para atividades destinadas à estruturação da assistência farmacêutica, incluindo a adequação das áreas, a aquisição de equipamentos e mobiliário, e a realização de atividades vinculadas à educação permanente (2, 26). Desse

modo, essas farmcias poderiam ser reorganizadas e estruturadas de forma mais adequada, com aquisio, por exemplo, de geladeiras e sistemas de refrigerao ambiente, o que possibilitaria melhor conservao dos medicamentos. E importante destacar que as USF no possuam sistemas informatizados, como o Hrus, o sistema de gesto da assistncia farmacutica (27), o qual poderia contribuir para melhor controle de estoque, dispensao, acompanhamento dos pacientes e avaliao dos servios por meio de indicadores de monitoramento e avaliao (2). A informatizao no garante resoluo de problemas, mas pode contribuir muito para a melhoria do servio (5). Inclusive para a realizao de aes em telessaude existe a necessidade de computadores e internet nas unidades. Parte do esclarecimento de duvidas aos usuarios poderia acontecer a distancia, por exemplo, no caso de doencas infecciosas. De acordo com o protocolo do Ministerio da Saude do Brasil, para o acompanhamento de pacientes com o novo coronavirus (covid-19) sem necessidade de internamento, o monitoramento deve ser realizado preferencialmente atraves de ligacoes (28).

Foi citada tambem a farmcia da familia, uma farmcia distrital, implantada em 2012, a fim de melhorar a estruturao dos servios farmacuticos no municipio. As farmcias distritais consistem numa unidade estruturada com a presenca do farmacutico durante todo o periodo de funcionamento, estando previsto acompanhamento farmacoterapeutico como atividade do servio. Essas farmcias seriam referencia para as UBS no seu entorno, ou seja, teriam um territorio definido, atendendo todo o elenco de medicamentos do municipio, poroem no contemplando a area rural (29). Em um estudo (30) sobre a atuacao de farmacuticos no Nasf, citou-se a hipotese de que as farmcias da familia pudessem melhorar o atendimento a populacao. No grupo focal com farmacuticos, foi evidenciada a ausencia de acompanhamento dos pacientes por parte dos farmacuticos da farmcia distrital, a justificativa apresentada foi a alta demanda de tempo em funcao dos processos de judicializacao da saude no que se refere aos medicamentos.

A implantacao de novas farmcias distritais com fechamento das farmcias das UBS no seu entorno poderia resultar em fragilizao da ESF, pois as equipes perderiam um dos seus recursos tecnologicos mais atrativos, que e o medicamento, com a fragmentao do elo do atendimento que vai desde o acolhimento ate a entrega do medicamento.

Houve demanda por maior participacao dos farmacuticos tanto contribuindo quanto coordenando grupos tematicos. Estudo (31) relatou a realizao de grupos operativos multiprofissionais com gestantes e idosos no contexto de residencia em Saude da Familia. Seus autores discutiram a necessidade de formacao humanistica e tecnica para possibilitar a realizao dessas atividades e observaram maior numero de participantes quando foi empregado o metodo de dramatizacao, o que mostrou uma possibilidade de relacao exitosa entre arte e saude. A metodologia "roda de conversa" tambem foi empregada, o que evidenciou a efetividade de metodos participativos. Nesse sentido, ha necessidade de farmacuticos com postura mais ativa e com formacao voltada para favorecer a relacao direta com os usuarios (5). Contudo, em um



estudo (15), relatou-se a falta de interesse da maior parte dos usuários pelas atividades em grupo, observando que apenas pequenos grupos se mostram assíduos e beneficiam-se da criação de vínculo com os profissionais do Nasf. Neste estudo, os agentes comunitários apontaram grande demanda por atendimentos individualizados por parte dos usuários, os quais consideraram as ações coletivas insuficientes, possivelmente pela falta de cuidado longitudinal.

O foco maior da discussão foi as atividades coletivas, porém foram debatidos também os atendimentos individuais e as visitas domiciliares. O Ministério da Saúde (6) inclui a possibilidade de realização de atendimento individualizado por farmacêuticos, porém, após a pactuação com a equipe (17), como parte de projeto terapêutico singular, incluindo diagnóstico, metas, divisão das responsabilidades e reavaliação. Contudo, tal perspectiva não foi discutida pelos grupos, foram citados apenas atendimentos por encaminhamento, não como parte de um projeto terapêutico.

As equipes demonstraram preocupação quanto à automedicação relacionada aos estoques de medicamentos, os quais podem ser discutidos durante as visitas domiciliares, que favorecem a aproximação com a realidade das famílias. Em estudos, é relatada a contribuição de projeto de extensão no recolhimento de medicamentos vencidos em domicílios (9) e é apontado que as visitas domiciliares ampliam o acesso dos usuários aos profissionais do Nasf, dificultado em função dos poucos turnos disponibilizados para cada UBS atendida (15).

Outro aspecto chama atenção nas falas analisadas: a interferência do perfil pessoal dos profissionais na comunicação entre farmacêutico e equipe. A comunicação não pode depender de características individuais, mas deve ser inerente à atuação profissional. Habilidades de comunicação em equipe precisariam ser desenvolvidas durante a formação, tanto na graduação como em educação permanente. Infelizmente, em geral, a formação é deficitária quanto ao desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e no SUS (10, 11, 30). Durante a graduação, ainda existe pouca ênfase no SUS (11, 30). A maior parte dos profissionais não é formada para atuar na lógica do apoio matricial (6, 18). Além disso, existe despreparo com relação à formação para o cuidado em saúde (17). Quanto à educação permanente, em estudo (18) sobre equipes mínimas de saúde da família e do Nasf em região semelhante à estudada aqui, constatou-se que são diminutos ou inexistentes, naquele território, processos de educação permanente em apoio matricial.

Um marco na busca por melhor formação para o SUS foi a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, de 2002 e 2017, porém um estudo (32) encontrou imensa disparidade de matrizes curriculares no que se refere a disciplinas voltadas à formação específica para o SUS, além da falta de consenso em relação ao perfil do egresso que se deseja formar (33).

Alguns programas de aprendizagem tutorial no SUS foram criados entre 2005 e 2008 (Pró-Saúde e o Pet Saúde), possibilidade de associação entre teoria e inserção na realidade (32). Projetos

de extensao com a atuacao de estudantes de Farmacia em USF tambem podem contribuir para a formacao de profissionais mais qualificados (9).

Conclusoes

Embora tenham sido escolhidas equipes de duas realidades distintas, urbana e rural, com e sem tecnico exclusivo para o setor de farmacia da UBS, os resultados obtidos a partir das falas foram muito semelhantes. E valido salientar que os grupos focais eram constituídos de pessoas que se conheciam e compartilhavam os processos de trabalho, o que pode ter gerado um sentimento de pertencimento ao grupo. Além disso, os participantes se referiam aos farmacêuticos que atuavam nas próprias UBS, gerando possíveis constrangimentos e amenização de situações conflitantes. Adicionalmente, tanto o moderador quanto o observador eram farmacêuticos, e esse fato era de conhecimento dos integrantes dos grupos. Apesar desses fatos, considera-se que os problemas foram relatados de modo abrangente e contextualizado. Portanto, o grupo focal se mostrou metodologia adequada para estudar a atuação do farmacêutico no Nasf.

As categorias obtidas a partir da análise das falas carregam demandas relacionadas ao farmacêutico no Nasf, cujas ações e atitudes ainda se encontram em construção. Além das contribuições a respeito das possibilidades de melhoria na resolutividade da APS, este estudo aponta a necessidade de mudança no perfil desses profissionais, de modo a favorecer tanto a formação para o trabalho técnico quanto para o humanístico, e de compreensão da lógica da atenção à saúde no SUS.

Referências

1. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trab. Educ. Saúde*. 2018;16(2):683-702. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Práticas farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). [internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2018[acesso: 20 set. 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/praticas_farmaceuticas_nasfab.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria n. 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário oficial da união*; 11 fev. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014[acesso: 29 maio 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf



5. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cien. Saúde Colet.* 2008;13(supl): 611-7. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2008.v13suppl0/611-617/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. [internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2014[acesso: 19 maio 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf
7. Provin MP, Campos AP, Nielson SEO, Amaral RG. Atenção farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2010;19(3):717-23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300022>
8. Martins BPR, Aquino AT de, Provin MP, Lima DM, Dewulf, N de LS; Amaral, RG. Pharmaceutical care for hypertensive patients provided within the Family Health Strategy in Goiânia, Goiás, Brazil. *Braz. J. Pharm. Sci.* 2013; 49(3):609-18. <https://doi.org/10.1590/S1984-82502013000300023>
9. Alencar TOS, Alencar BR, Silva DS, Araújo, JSC, Oliveira, SM, Souza RD de. Promoção do uso racional de medicamentos: uma experiência na estratégia de saúde da família. *Rev. bras. promoç. saúde* 2014;27(4):575-82. <https://doi.org/10.5020/2801>
10. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(5):1565-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17412014>
11. Barberato LC, Scherer MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Cien. Saúde Colet.* 2019;24(10):3717-26. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.30772017>
12. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis.* 2009;19(3):777-96. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
13. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia.* 2003;12(24):149-61. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Moreira DC, Soares DA, Castro CP, Bispo Júnior JP. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários. *Physis.* 2019;29(3):e290304. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290304>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) modalidades 1 e 2 às equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 31 dez. 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html
17. Silva DÂM, Mendonça SAM, Oliveira DRO, Chemello C. A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. *Trab. Educ. Saúde*, 2018;16(2):659-82. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00108>

18. Bispo Junior, JP, Moreira, DC. Educao permanente e apoio matricial: formao, vivncias e prticas dos profissionais dos Ncleos de Apoio a Saude da Familia e das equipes apoiadas. *Cad. Saude Pblica*. 2017;33(9):e00108116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>
19. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention: A balanced approach to demedicalisation. *Br. J. Gen. Pract.* 2019;69(678):28-9. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700517>
20. Tesser CD. Cuidado clnico e sobre medicalizao na ateno primria a saude. *Trab. Educ. Saude*. 2019;17(2):e0020537. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00205>
21. Marques A, Rocha C, Asensi F, Monnerat DM. Judicializao da saude e medicalizao: uma anlise das orientaes do Conselho Nacional de Justia. *Estud. Av.* 2019;33(95):217-33. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3395.0014>
22. Queiroz Netto MU, Freitas O, Pereira LRL. Antidepressivos e benzodiazepnicos: estudo sobre o uso racional entre usurios do SUS em Ribeiro Preto-SP. *Rev. Cienc. Farm. Bsica Apl.* 2012;33(1):77-81. Disponvel em: <http://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/311/309>
23. Santos L, Santos MEF, Martinbiancho JK, Jacoby T, Mahmud SDP; Tadiotto AL, Reutz LM. Caracterizao das atividades desenvolvidas pelo centro de informaes sobre medicamentos do Hospital de Clnicas de Porto Alegre (CIM-HCPA): perodo de 2007 a 2010. *Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul*. 2011;31(4):437-42. Disponvel em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/20152/14948>
24. Silva CDC, Coelho HLL, Arrais PSD, Cabral FR. Centro de informao sobre medicamentos: contribuio para o uso racional de frmacos. *Cad. Saude Pblica*. 1997; 13(3):531-535. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300029>
25. Chu KD, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schunemann, H. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020;395(10242):1973-87. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
26. Brasil. Ministrio da Saude. Portaria n. 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispoe sobre as normas de financiamento e de execuo do Componente Bsico da Assistncia Farmaceutica no ambito do Sistema nico de Saude (SUS). *Dirio Oficial da Uniao*; 30 jul. 2013. Disponvel em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html
27. Costa KS, Nascimento Jr JM. Hrus: inovao tecnolgica no SUS. *Rev. Saude Pblica*. 2012;46(supl):91-99. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000063>
28. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Ateno Primria a Saude diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saude*. 2020;29(2):e2020166. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
29. Brasil. Ministrio da Saude, Secretaria de Cincia, Tecnologia e Insumos Estratgicos, Departamento de Assistncia Farmaceutica e Insumos Estratgicos. Diretrizes para estruturao de farmacias no ambito do Sistema nico de Saude. [internet] Braslia: Ministrio da Saude; 2009[acesso: 2 nov. 2020]. Disponvel em: https://farmacia.ufba.br/sites/farmacia.ufba.br/files/diretrizes_de_farmacias_no_sus.pdf



30. Silva AG, Lima JG, Lira, AC. Atuação do farmacêutico nos núcleos de apoio à saúde da família: uma contribuição para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. APS.* 2016;19(1):14-23.
31. Costa EM, Rabelo AR, Lima JG. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.* 2014;35(1):81-8.
32. Monteguti BR, Diehl EE. O ensino de farmácia no sul do Brasil: preparando farmacêuticos para o sistema único de saúde? *Trab. Educ. Saúde.* 2016;14(1):77-95.
33. Souza IF, Bastos PRHO, Bogo D. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Pesqui. Saúde.* 2013;15(1):129-34.