

Chizuru Minami Yokaichiya^I
Wagner dos Santos Figueiredo^{II}
Lilia Blima Schraiber^{II}

Usuários de drogas injetáveis e terapia anti-retroviral: percepções das equipes de farmácia

Injecting drug users and antiretroviral therapy: perceptions of pharmacy teams

RESUMO

OBJETIVO: Compreender as percepções das equipes de farmácia sobre seu papel nos desafios assistenciais e adesão aos anti-retrovirais de usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV/Aids.

MÉTODOS: Estudo qualitativo por grupos focais e análise temática das falas produzidas com farmacêuticos, técnicos e auxiliares com experiência superior a seis meses na dispensação de medicamentos, de 15 unidades assistenciais de DST/Aids do município de São Paulo, em 2002.

RESULTADOS: Formaram-se três grupos, totalizando 29 participantes, provenientes de 12 dos 15 serviços existentes, com 12 universitários e 17 profissionais de nível médio. Os grupos concluíram que a farmácia tem importante papel na dispensação de anti-retrovirais, o que se reflete na adesão ao tratamento, pois por meio de seus procedimentos podem ser construídas relações de confiança. Avaliam, porém, que tal construção não ocorra pela excessiva burocratização de suas atividades. Isso repercute negativamente para todos os pacientes, em especial sobre usuários de drogas injetáveis, concebidos como “pessoas difíceis”. Tal concepção essencializa seus comportamentos: seriam confusos, com limites de compreensão e sem possibilidades de adesão ao tratamento. Os profissionais, porém, afirmam que tratam esses pacientes tal como os demais, igualando-os. Não percebem neste proceder, uma invisibilização das necessidades específicas dos usuários de drogas injetáveis no serviço, bem como a possibilidade de gerarem estereótipos estigmatizantes com barreira adicional ao trabalho da adesão.

CONCLUSÕES: Embora a farmácia seja indicada como espaço potencialmente favorável para escuta e construção de vínculos com os usuários, os resultados mostram obstáculos objetivos e subjetivos para torná-la propícia para trabalhar a adesão.

DESCRITORES: Síndrome de imunodeficiência adquirida, quimioterapia. Agentes anti-HIV, provisão e distribuição. Anti-retrovirais, provisão e distribuição. Abuso de substâncias por via intravenosa. Serviços de assistência farmacêutica, ética. Equipe de assistência ao paciente, ética. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

^I Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Lilia Blima Schraiber
Faculdade de Medicina USP/Medicina Preventiva
Av. Dr. Arnaldo 455 sala 2245
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: liliabli@usp.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the perceptions of pharmacy teams about their role in the healthcare assistance challenges and adherence to antiretroviral therapy by injecting drug users living with HIV/AIDS.

METHODS: Qualitative study through focus groups and thematic discourse analysis of pharmacists, technicians and assistants with more than six months of experience with medication supply, in 15 assisting units for STD/AIDS in the city of São Paulo, in 2002.

RESULTS: Three groups were formed, totaling 29 participants, originating from 12 out of the 15 existing services, and including 12 university level professionals and 17 high-school level professionals. The groups concluded that the pharmacy has an important role in the antiretroviral drug supply, which is reflected in the treatment adherence, because trust-based relationships can be built up through their procedures. In spite of this, they pointed out that such building-up does not take place through excessively bureaucratic activities. This has negative repercussions for all patients, especially for injecting drug users, considered "difficult people". Such concept sums up their behavior: they are supposed to be confused and incapable to adhere to treatment, and have limited understanding. Staff members, however, affirm they treat these patients equally. They do not realize that, by this acting, the specific needs of injecting drug users may become invisible in the service. There is also the possibility that stigmatizing stereotypes may be created, resulting in yet another barrier to the work on adherence.

CONCLUSIONS: Although the pharmacy is recommended as a potentially favorable place to listen to and form bonds with users, the results show objective and subjective obstacles to render it suitable for the work on adherence.

KEY WORDS: Acquired immunodeficiency syndrome, drug therapy. Anti-HIV agents, supply & distribution. Anti-retroviral agents, supply & distribution. Substance abuse, intravenous. Pharmaceutical services, ethics. Patient care team, ethics. Health knowledge, attitudes, practice.

INTRODUÇÃO

No Brasil, de 1980 a 2005, o uso de droga injetável foi responsável por 21,5% de casos de HIV/Aids em homens e 10,5% em mulheres.* A adesão de usuários de drogas injetáveis (UDI) vivendo com HIV/Aids à terapia anti-retroviral (ARV), de acesso universal e gratuito no País, é uma questão crucial para o controle da epidemia.

Experiências com a terapêutica ARV sugerem que a adesão é um dos fatores mais importantes no sucesso da assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo concebida esta adesão como complexo produto da integração de diversos elementos: conhecimentos, habilidades, aceitação, além de fatores ambientais favoráveis e, sobretudo, os relacionados ao adequado cuidado em saúde.**

Como mostra Nemes,** vários estudos indicam que o uso de drogas por pessoas vivendo com HIV/Aids é importante fator da não-adesão aos ARV. Mas também salientam que não há diferenças na adesão entre UDI e outros grupos, quando ajustados para fatores como renda, escolaridade, status psicológico ou social, para o Brasil e diversos outros países. Os autores chamam a atenção para o grande peso da qualidade da atenção médica e serviços de suporte adequados na adesão, reforçando a necessidade de práticas de inclusão e maior cuidado assistencial pela equipe multiprofissional.

Os serviços de farmácia podem desempenhar importante papel na promoção da adesão.² O estudo sobre a participação dos farmacêuticos no monitoramento do uso de antidepressivos, de Bultman & Svarstad,¹ indica sua contribuição direta para melhorar a adesão dos

* Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos-Aids. Bol Epidemiol AIDS [periódico na internet].2005 [acesso 12 mar 2006];2(1). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9A49113DPTBRIE.htm>

** Nemes MIB, organizador. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

pacientes de saúde mental. A Organização Mundial da Saúde¹⁷ (OMS) descreve a atenção farmacêutica como prática efetiva na melhoria da adesão em doenças crônicas. Ainda nesse contexto, a notificação das reações adversas a medicamentos pode ser preditora para a não-adesão. Segundo Schiller,¹⁴ a identificação, monitoramento e prevenção das reações adversas a ARV são componentes para a efetividade da assistência, para o que a visibilidade e o lidar direto e ético com pacientes UDI seria necessário.

Não obstante, a representação social acerca dos UDI mantém-se ligada à negação de adesão por parte desses pacientes, o que é atribuído ao uso de drogas. Essa representação também serve de base para possíveis discriminações desses usuários, gerando situações de estigmatização, na assistência ou fora dela, reduzindo as chances desses indivíduos na sociedade, marginalizando-os e excluindo-os.⁶ Na assistência, tal exclusão se expressa enquanto uma “invisibilização” do caso, prática comum dos profissionais referente a pacientes, nem sempre UDI, mas que são casos que demandariam formas inovadoras de tratamento porque são situações que não se enquadram no modo tradicional de prestar a assistência. Como mostra Schraiber,¹⁵ ao estudar situações análogas, esses casos são identificados como “pessoas problemáticas”. Assim, transformados por representações desqualificantes, esses pacientes passam a ser vistos como sempre indisciplinados, por sua suposta essência de “perturbadores”. Isto diminui a motivação dos profissionais em conhecê-los a fundo ou torná-los “visíveis” na assistência.

O presente estudo teve como propósito, de um lado, compreender as percepções de equipes de farmácia acerca das possibilidades objetivas de interferir na adesão à terapia ARV de pessoas vivendo com HIV/Aids, e compreender como esses profissionais concebem e lidam com pacientes UDI, a fim de identificar os aspectos subjetivos que interferem em seu desempenho e podem representar limites profissionais no engajamento a ações para a melhoria da adesão ao tratamento ARV.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, que abarca percepções, sentimentos e valores da população estudada,¹¹ com base na técnica de grupo focal.^{3,8}

Foram realizados grupos focais com farmacêuticos em separado dos técnicos e auxiliares de farmácia, para proporcionar maior liberdade de expressão, evitar a polarização entre níveis hierárquicos e manter maior homogeneidade dos grupos do ponto de vista do desempenho profissional.

Foram convidados todos os farmacêuticos e equipes de farmácia das 15 unidades assistenciais de DST/Aids

dos serviços municipais de São Paulo, com experiência superior a seis meses na dispensação de medicamentos ARV. Utilizou-se o convite do tipo carta-resposta com possibilidade de aceitação ou recusa.

A condução das discussões em grupos ficou a cargo de uma moderadora e uma relatora, treinadas especificamente para esta finalidade e externas às equipes dos serviços de saúde. Foram elaborados o roteiro da atividade e um manual de atribuições para moderador e relator dos grupos focais.

A construção do roteiro e elaboração do manual basearam-se em quatro observações diretas do trabalho da farmácia, em dois dias típicos de funcionamento de dois serviços escolhidos. Essas observações permitiram que as pesquisadoras de campo tivessem melhor conhecimento das dinâmicas de trabalho, regras, maneiras de agir e interagir entre pares e com pacientes, e linguagem utilizada na farmácia.

Um pré-teste do roteiro foi realizado com farmacêuticos convidados que não participaram dos grupos posteriores, e seu formato final abrangeu:

- definição e opinião dos profissionais sobre pacientes considerados “mais difíceis”, em termos gerais;
- percepção dos profissionais acerca de UDI;
- percepção dos profissionais quanto à atuação na adesão à terapia ARV, limites e estratégias, com base na experiência de lidar com pacientes HIV/Aids.

As sessões foram gravadas em fita de áudio, e a cada sessão foi elaborado relatório sobre a discussão contendo as falas dos participantes.

Foi utilizada análise temática, levando-se em conta as questões do roteiro. Em conformidade com a técnica do grupo focal, os resultados apresentados expressam as idéias do conjunto. Quando não houve consenso, analisou-se igualmente o dissenso do grupo, assim como intergrupos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo. Foi garantido anonimato a todos. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos 15 serviços convidados, 12 serviços aceitaram participar da pesquisa. Em dois serviços, todos os profissionais da farmácia preencheram o formulário de recusa. As justificativas das recusas não apresentaram relação com temas da pesquisa, mas por fatores variados, institucionais e pessoais.

Foram realizados três grupos de discussão, com duração de aproximadamente 2 horas e 30 minutos cada grupo. Os 29 participantes foram agrupados da seguinte forma: um grupo de farmacêuticos, com 12 participantes, e dois grupos de técnicos e auxiliares, um com oito e outro com nove participantes. Os participantes informaram a faixa etária e tempo de experiência de trabalho na farmácia com ARV, conforme Tabelas 1 e 2.

Pacientes considerados difíceis

Os profissionais, em conjunto, consideraram como “pacientes difíceis” as pessoas confusas, ou seja, aquelas com dificuldade de assimilação, compreensão das orientações sobre o tratamento, que não aceitam a doença ou não revelam a doença para a família. Consideraram ainda como difíceis: os agressivos, os deprimidos e os que não têm cultura. Entre essas pessoas estão incluídos analfabetos, moradores de rua, UDI, trabalhadores do sexo, travestis e dependentes de álcool. Por exemplo, ao considerarem os travestis, afirmaram: “*Quando querem arrumar confusão, são os piores. Fazem berreiro, porque às vezes eles gostam. Qualquer hora que chegam, querem lanche. A cota é 20 preservativos. Eles sempre querem mais!*”. E acrescentam: “*O maior problema é preservativo para moradores de rua. Virou moeda corrente para eles: usam drogas, tomam pinga, com preservativo!*”.

Em um dos grupos de auxiliares foi considerado que os UDI, em contraste com os travestis, não seriam tão

difíceis: “são discretos, calmos e são poucos; uns cinco ou seis, no máximo”.

Ao abordarem suas relações profissionais com os UDI, os três grupos relataram que esta relação ocorria de forma “normal”: “todos são tratados da mesma forma”. Portanto, não seriam diferenciados dos demais pacientes com HIV/Aids do serviço. A referência geral foi a de que os profissionais de saúde não conseguiram identificar os UDI apenas pelo contato interpessoal no cotidiano da farmácia, salvo se houvesse registro no prontuário médico, ou auto-identificação do paciente.

Um grupo relatou que a identificação dos UDI só ocorreria quando houvesse uma relação de confiança tal que permitisse ao paciente colocar-se como UDI, também possibilitando esclarecer dúvidas sobre interações farmacológicas entre drogas usadas pelo paciente e o ARV.

Se, de um lado, os relatos indicaram não haver como ou porque discriminar o paciente por ser UDI, de outro, os UDI foram considerados no uso de expressões como: “impacientes”, “que esquecem do tratamento”, “que não estão nem aí”, “pessoas que fazem qualquer coisa, se desagradados”, “não têm vida regular”, “não fazem vínculo” e “não têm apego”. Seriam ainda identificáveis, conforme alguns participantes: pelos “olhos vermelhos, injetados”, pela “inquietação”, “agitação” e “grande gesticulação”.

Tabela 1. Distribuição dos participantes dos grupos focais segundo grupo e faixa etária. São Paulo, 2002.

Faixa etária	Grupo de farmacêuticos	Grupo A de técnicos e ou auxiliares	Grupo B de técnicos e ou auxiliares
31-35 anos	1	0	0
36-40 anos	3	0	1
41-45 anos	2	1	4
46-50 anos	4	5	1
> 51 anos	1	3	2
Não respondeu	1	0	0
Total	12	9	8

Tabela 2. Distribuição dos participantes dos grupos focais segundo grupo e tempo de experiência de trabalho com ARV. São Paulo, 2002.

Tempo de experiência de trabalho com ARV	Grupo de farmacêuticos	Grupo A de técnicos e ou auxiliares	Grupo B de técnicos e ou auxiliares
6 meses a 1 ano	0	0	1
1-2 anos	0	3	1
2-4 anos	1	0	0
4-6 anos	5	4	5
> 6 anos	5	2	1
Não respondeu	1	0	0
Total	12	9	8

As considerações apresentadas pelos grupos focais mostram não haver uma definição clara e comum aos participantes acerca dos pacientes UDI quanto à sua condição de pacientes dos serviços: ora são normais, ora são impacientes ou sem compromisso com a assistência; ora são, ora não são identificáveis. Os relatos, assim, apresentam como característica marcante esta ambigüidade de percepções e valores, expressas por afirmações muitas vezes contraditórias. Reconhecendo que todos os pacientes vivendo com HIV/Aids são merecedores de cuidados especiais, os profissionais admitem que os UDI seriam pacientes como os demais e merecedores de igual atenção. Mas ao serem também considerados como pessoas bem problemáticas e de difícil adequação à assistência prestada, são diferenciados dos demais. Isto, porém, não foi levado em conta nas falas dos grupos como uma situação que demande cuidados ou ações adicionais para que o serviço alcance bons resultados. Ao contrário, ao postularem este paciente como “normal” na assistência, não conseguem identificá-lo como necessitado de acolhimento especial. Este não reconhecimento de necessidade especial de acolhimento, diante do fato de terem apontado este usuário como pessoa difícil, produz o reverso da intenção de assistência igualitária, podendo instaurar uma iniquidade ou até sua exclusão dos serviços. Assim procedendo, propiciam uma certa “invisibilidade” nas complexidades assistenciais, anulando a possibilidade do cuidado mais adequado ao UDI. O recurso a normalizar o paciente UDI transforma-se, neste caso, na negação de cuidados adicionais.

Segundo Schraiber,¹⁵ o profissional de saúde se empenha naqueles casos em que o difícil caracteriza desafios do ponto de vista técnico-científico: a patologia difícil. Nestes casos, supera eventuais barreiras e tenta buscar soluções para o paciente. Apresenta-se aqui outra situação de dificuldade, a da complexidade de cuidados e concretização do programa assistencial proposto.

Troca de seringas como assistência especial ao UDI

Uma das ações de cuidados especiais voltados para pacientes UDI constitui a troca de seringas do Programa Redução de Danos, constituído por um conjunto de medidas de saúde pública voltado para minimizar as conseqüências adversas do abuso de drogas. A troca de seringas é efetuada por agentes específicos. Os kits são compostos de seringas, agulhas descartáveis, lenços anti-sépticos, copo plástico, água estéril e preservativos que são colocados à disposição pelo Ministério da Saúde. Trata-se de proposta oficial do Ministério, assumida pelo estado de São Paulo (Decreto 42927 de 13/03/1998) por meio do Centro de Referência e Treinamento-Aids da Secretaria de Estado da Saúde. Os profissionais da farmácia deveriam participar destas ações, dada a implantação desse programa na cidade de São Paulo, em 2001-2002. Indagados, afirmaram

saber da existência do programa e da importância a ele atribuída na prevenção do HIV/Aids, por ser o custo das seringas menor que o tratamento da Aids.

Entretanto, os participantes dos grupos focais relataram que esta troca não estava sendo feita na farmácia e nenhum deles participava diretamente do programa. Segundo eles, a troca de seringas era feita por profissionais de outros setores e agentes específicos do Projeto.

Para alguns profissionais de saúde, a troca de seringas seria um incentivo ao uso de drogas. Outros mencionaram que o programa é inadequado, pois pode gerar falta de seringas para outros usos. Houve também participantes que afirmaram que realizar mais esta atividade aumentaria excessivamente o trabalho das farmácias.

Assim, de modo geral, os profissionais de saúde parecem não concordar com a implantação desse programa. Além disso, não se identificam como profissionais que devam pertencer a ele, apontando que a troca de seringas deveria ocorrer em “local específico e de fácil acesso”, mas distinto das farmácias em que atuam.

Adesão aos tratamentos e o papel da farmácia

Em todos os grupos afirmou-se que a farmácia tem importante papel na adesão a medicamentos ARV. Contudo, segundo um dos grupos, trabalhar para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento não seria atribuição apenas da farmácia. De modo geral e a fim de ampliarem sua participação nessa direção, os participantes de todos os grupos sugeriram melhorias em seus trabalhos na farmácia: elaborar planilhas dos pacientes faltosos e encaminhar para a convocação, adequar horários de administração dos medicamentos ao modo de vida do paciente, controlar a quantidade de medicamentos do paciente, explicando possíveis efeitos colaterais. Assim, esses profissionais acreditam que podem apoiar a comunicação entre paciente e médico. Alguns afirmaram que sentem co-responsáveis no tratamento dos pacientes.

Em todos os grupos, achou-se haver uma construção de vínculos de confiança com os pacientes, percebendo-se a farmácia como espaço favorável ao relato de coisas que não eram reveladas aos médicos. Muitas vezes os profissionais da farmácia referiram que a consulta médica é o espaço em que o paciente escuta, mas é na farmácia que ele quer falar, o que permitiria saber se o paciente adere ou não ao tratamento e por quais razões.

Os profissionais afirmaram conversar muito com pacientes sobre os aspectos pessoais, favorecendo as conversas informais; controlam as vindas dos pacientes e percebem que o paciente adere mais quando sua família participa.

A farmácia, na maioria das vezes, por ser o último local de assistência das unidades de saúde, é tida como última oportunidade para esclarecer as dúvidas remanescentes. Os profissionais buscam atuar nesta direção e mencionaram que quando se trata de pacientes em atendimento pela primeira vez no serviço, como há muitas informações técnicas, e o “paciente está cansado”, “não presta atenção”, “quer ir embora”, escrevem orientações para que o paciente possa ler posteriormente e tê-las consigo.

Em alguns serviços onde há “grupos de adesão”, “grupos de medicamentos” ou “grupos de pacientes”,* embora não sejam participantes diretos de rotina, os profissionais relataram que quadros de medicamentos com denominação comum brasileira dos fármacos e pictogramas auxiliam na adesão dos pacientes ao tratamento. Esporadicamente, alguns dos participantes dos grupos focais disseram participar dos próprios grupos de adesão.

Observa-se, então, que os participantes mostram-se favoráveis a ampliar sua atuação, o que alguns realizam em caráter mais pessoal do que institucional, enquanto motivação de cada qual e não como proposta da própria organização do serviço em que estão ou como motivação dada desde a administração ou gerência do serviço.

Limites e sugestões de mudança

Os profissionais referiram muitas atividades administrativas, que ocupam a maior parte de seu tempo de trabalho: burocracia e gerenciamento de estoque de medicamentos.

Todos os grupos apontaram como limites para o que considerariam melhorar seu trabalho para promover a adesão: falta de medicamentos e outros recursos materiais; carência de recursos humanos habilitados; impossibilidade de fechar a farmácia para participar das reuniões de equipe multidisciplinar, devido à contínua distribuição de preservativos; o não reconhecimento por parte de outros profissionais e da instituição sobre o trabalho da farmácia e sua importância, resultando em falta de tempo; sobrecarga de trabalho; e espaço físico impróprio para desenvolver trabalho educativo com privacidade. Além disso, muitas vezes, os participantes referiram não saber a quem dar prioridade no atendimento.

As possibilidades de mudança estariam na dependência de: espaço físico reservado para garantia de privacidade

do paciente, medicamentos em quantidade adequada e recursos humanos suficientes.

Foram sugeridas como ações para adesão: adequar horários de medicamentos usando linguagem clara e acessível ao paciente, utilização de pictogramas, instituir a prescrição conforme a Denominação Comum Brasileira dos fármacos,** caligrafia legível e construir vínculos de confiança com os pacientes.

Um dos grupos sugeriu como estratégia de adesão o estabelecimento de um tempo entre o diagnóstico da doença e o início do tratamento para que o paciente possa “assimilar” e “entender” a notícia antes de iniciar o tratamento ARV. O esclarecimento quanto aos efeitos colaterais e a confecção de cartazes sobre os medicamentos e seus custos financeiros também foram apontados.

Como fala final dos grupos acerca dos limites e possibilidades de melhorar o trabalho na farmácia, de modo geral, os participantes espontaneamente se mostraram satisfeitos com a possibilidade, suscitada pela pesquisa, de conversarem sobre seu cotidiano de trabalho. Afirmaram não ter tempo e oportunidade para discussões sobre esses assuntos na rotina habitual.

Assim, observou-se que, instados a refletirem sobre suas atuações, os participantes elaboram muitas sugestões, sendo uma delas a oportunidade de terem momentos para tal. Mas tanto suas sugestões quanto as críticas feitas permanecem ainda no plano de uma organização mais formal e burocrática de seus desempenhos, não resgatando o que eles próprios consideraram acerca de particularidades de suas clientela, como por exemplo os pacientes UDI e o que pensam deles enquanto sujeitos em seus relacionamentos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos estudos ressaltam a necessidade de uma radical mudança das relações interativas entre profissionais e usuários,^{7,9,10} o que seria imprescindível no caso dos pacientes UDI. Malta et al⁹ destacam a importância da comunicação para minimizar as barreiras à melhor adesão. Marin et al¹⁰ propõem uma transição de serviços voltados a medicamentos, para serviços voltados ao paciente, com mudança de comportamento e de práticas profissionais. Hepler & Strand⁷ destacam que não basta ter medicamento e dispensar corretamente; é necessário dirigir os esforços para o bem-estar social do paciente com responsabilidade social.

* Grupos de adesão, grupos de medicação ou grupos de pacientes, são atividades desenvolvidas por equipes multidisciplinares direcionadas ao paciente e voltadas para aumentar a adesão ao tratamento, acompanhamento e manutenção da terapia ARV.

** Trata-se de padronização da nomenclatura e a adoção de códigos de rápida identificação das substâncias ou preparados em uso no Brasil, enquanto nomenclatura oficial dos fármacos que desde 1980 vem sendo trabalhada e definida pelo Ministério da Saúde. A Anvisa/Comissão Permanente de Revisão da Farmacopéia Brasileira / Subcomissão de Denominações Comuns Brasileiras (SDCB) é a atual responsável pela nomenclatura brasileira e sua adaptação às Denominações Comuns Internacionais (DCI).

Tomando especificamente as equipes de farmácia, Melchior* mostra que os farmacêuticos das unidades assistenciais em DST/Aids do Brasil ocupam-se mais de atividades relacionadas à logística de medicamentos, do que dessa dimensão comunicativa e interativa. Dessa forma, a dispensação estaria sendo utilizada a menor de seu potencial enquanto prática de saúde, cuja melhor atenção farmacêutica compreenderia “atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação de saúde, de forma integrada à equipe de saúde.”¹²

A ausência de condições objetivas no trabalho para aprimorar seus desempenhos é consensualmente reconhecida: a falta de condições gerais, a sobrecarga de trabalho e a mecanização das atividades são as percepções de seu cotidiano. Estudo que avaliou, em âmbito nacional, serviços ambulatoriais às pessoas vivendo com HIV/Aids, mostra que 77% dos 322 serviços assistenciais em DST/Aids do Brasil contam com farmacêutico e, além disso, a maioria desses profissionais não exerce atividade exclusiva na atenção aos portadores de Aids.** O estudo mostrou, ainda, que as orientações sobre os medicamentos aos pacientes são oferecidas por farmacêutico ou enfermeiro em apenas 21% dos serviços. Esses dados reiteram a precariedade das equipes de farmácia dos serviços.

Portanto, há um quadro de fatores objetivos que funcionam como verdadeiros obstáculos a uma “atenção farmacêutica”, tal como definida pela OMS,¹⁷ e cuja prática esteja voltada sobretudo às necessidades do paciente. Trata-se de uma interação direta do farmacêutico com o usuário, voltada para a melhoria de qualidade de vida deste.

Tal interação implica também aspectos subjetivos, ou seja, envolve as concepções de seus sujeitos, remetendo ao modo como os profissionais estudados se aproximam dos pacientes UDI e com eles interagem, o que representa, relativamente aos pacientes tidos como “difíceis”, tornarem visíveis suas dificuldades.

Os profissionais devem fazê-lo com competência técnica e também com sensibilidade e compromisso ético, para lidar com as diferenças e não violar o direito à privacidade, e para decidir conjuntamente pelas ações mais adequadas, incluindo o paciente na co-responsabilidade de sua vida.¹⁴ A atuação mais lembrada nesse sentido pelas equipes de farmácia estudadas foi a manutenção

de um modo igual de proceder para com todos os pacientes, mesmo os UDI concebidos como “difíceis”, assim os tornando pacientes “normais”.

Normalizar, neste caso, representa apenas igualar pessoas, mas ainda não resolve as iniquidades assistenciais criadas por complexidades não abordadas pelos serviços ou pelos programas de atenção existentes. E de outro lado, concebê-los como “pacientes difíceis” acentua o estereótipo, o que pode ser estigmatizante.

A estigmatização relacionada ao HIV e Aids tem sido descrita como uma produção e reprodução de desigualdades sociais no grupo populacional, acentuando-se em pacientes considerados mais problemáticos, como UDI, trabalhadores do sexo, homossexuais e travestis.¹³ Essa exclusão social prejudica efetivamente os esforços de prevenção, cuidado e adesão.^{4,16} O medo da rejeição pode impedir que essas pessoas revelem sua condição de infecção pelo HIV. Isto pode ocorrer também na dispensação de medicamentos.

A farmácia poderia ser mais um local da assistência favorável à diminuição do estigma às pessoas vivendo com HIV/Aids que são UDI. Um relacionamento aberto, confiável e sem julgamentos pode propiciar habilidades necessárias para controlar eficazmente a adesão à terapia.*** Para a OMS,¹⁷ a adesão é um trabalho multidimensional, um processo dinâmico e complexo, influenciado simultaneamente por diversos fatores: complexidade do esquema terapêutico, fatores individuais do paciente e relação do paciente com o serviço. Os pacientes necessitam de suporte e os profissionais de saúde, de estar capacitados para lidarem com as barreiras à adesão.

Para as equipes de farmácia, tais possibilidades já se encontram potencialmente abertas,⁵ mas têm por base uma reorganização dos serviços, reestruturação do trabalho na farmácia para a inclusão de seus profissionais em equipes multidisciplinares do serviço como um todo. A farmácia enquanto espaço favorável para escuta e construção de vínculos, deveria ser alvo de mudanças, deixando a forma burocrática e mecânica de se operar o trabalho para se prestar mais à orientação farmacêutica direta ao paciente. A legitimação desses profissionais da farmácia de especial acolhimento e vinculação dos pacientes UDI, ainda se configura como um passo adicional às mudanças da base objetiva de seus trabalhos.

* Melchior SC. A Atuação do farmacêutico no PNDST/AIDS [dissertação de mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2002

** Melchior R. Avaliação da Organização Ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. São Paulo, 2003 [Tese de doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003

*** New York State Department of Health AIDS Institute. HIV Clinical Resource Office of the Medical Director. In: Pharmacy advisory committee for people with hiv infection. Pharmacists: partners in Health care for HIV- infected patients. 2006 [Acesso 16 mar 2006]. Disponível em: http://www.hivguidelines.org/public_html/ph-partners/ph-partners.htm

REFERÊNCIAS

1. Bultman DC, Svarstad BL. Effects of pharmacist monitoring on patient satisfaction with antidepressant medication therapy. *J Am Pharm Assoc (Wash)* [periódico na internet].2002 [acesso 09 ago 2004];42(1):36-43. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/436594>
2. Cantwell-Mcnelis K, James CW. Role of Clinical Pharmacists in Outpatient HIV Clinics. *Am J Health Syst Pharm* [periódico na internet].2002 [acesso em 18 mar 2006];59(5):447-52. Disponível em: http://www.medscape.com/viewarticle/429911_print
3. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev Saude Publica*.1996;30(3):285-93.
4. Celentano DD, Galai N, Sethi AK, Shah NG, Strathdee SA, Vlahov D, et al. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS* [periódico na internet].2001 [acesso 16 mar 2006];15(13):1707-15. Disponível em: <http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/fulltext.00002030-200109070-00015.htm;jsessionid=Ede11TyYVb6BhmYjrJY47qkWqDzZUXWV1tPW8JguoYVwRXuWFM0-1070481199!-949856145!9001!-1>
5. Dray-Spira R, Lert F. Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS* [periódico na internet]. 2003 [acesso em 16 mar 2006];17(3):283-90. Disponível em: <http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/fulltext.00002030-200302140-00001.htm;jsessionid=EdfaBbCA3d4tGa6CogLXEXghcbTzJYC2Yaf1SdN2EXc7bDOoQASr!-1070481199!-949856145!9001!-1>
6. Goffman E. Estigma: Notas sobre a manipulação de uma identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro; LTC; 1988.
7. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp*. 1999;1(1):35-47.
8. Krueger RA. Focus Groups. A practical Guide for Applied Research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
9. Malta M, Petersen ML, Clair S, Freitas F, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy: a qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*.2005;21(5):1424-32.
10. Marin N, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
12. Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos". Brasília; 2002.
13. Parker R, Aggleton P. Estigma, Discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar em AIDS; 2001. [Coleção ABIA: Cidadania e Direitos, 1].
14. Schiller DS. Identification, management, and prevention of adverse effects associated with highly active antiretroviral therapy. *Am J Health Syst Pharm* [periódico na internet].2004 [acesso 16 mar 2006];61(23):2507-2522. Disponível em: http://www.medscape.com/viewarticle/497920_print
15. Schraiber LB. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Rev USP*. 2001;(51):104-13.
16. Wood E, Montaner JS, Bangsberg DR, Tyndall MW, Strathdee SA, O'Shaughnessy MV et al. Expanding access to HIV antiretroviral therapy among marginalized populations in the developed world. *AIDS* [periódico na internet].2003 [acesso em: 18 mar 2006];17(17):2419-27. Disponível em: <http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/fulltext.00002030-200311210-00003.htm;jsessionid=EdlSaeISIREgdSheWzEK9Sck5PsLC1VHBwlgMOVyM6h93Osgvrr!-1070481199!-949856145!9001!-1>
17. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.