

Carina Akemi Nakamura

**O QUE FAZ O FARMACÊUTICO NO NASF?
CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO
BRASIL**

Dissertação submetida ao
Programa de Pós Graduação em
Farmácia – Área de Concentração
Fármaco-Medicamentos - da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau
de Mestre em Farmácia
Orientador: Prof.^a Dr.^a Silvana Nair
Leite

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca
Universitária da UFSC.

Nakamura, Carina Akemi

O que faz o farmacêutico no NASF? [dissertação] :
Construção do processo de trabalho e promoção da saúde em um
município do sul do Brasil / Carina Akemi Nakamura ;
orientadora, Silvana Nair Leite - Florianópolis, SC, 2013.
163 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Farmácia.

Inclui referências

1. Farmácia. 2. Promoção da Saúde. 3. Processo de
Trabalho. 4. Farmacêutico. 5. NASF. I. Leite, Silvana
Nair. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação em Farmácia. III. Título.

“O que faz o farmacêutico no NASF? Construção do processo de trabalho e promoção da saúde em um município do sul do Brasil”

POR

Carina Akemi Nakamura

Dissertação julgada e aprovada em sua forma final pelo(a) Orientador(a) e membros da Banca Examinadora, composta pelos Professores Doutores:

Banca Examinadora:



Prof. Dra. Flávia Martinello (UFSC – Membro Titular)



Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro (UFRG – Membro Titular)



Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires (UFSC – Membro Titular)



Prof. Dra. Silvana Nair Leite Contenzini (UFSC – Orientadora)

Prof. Dra. Tânia Beatriz Creczynski Pasa
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da
UFSC

Florianópolis, 26 de fevereiro de 2013.

Aos farmacêuticos que lutam pelo fortalecimento da categoria e em defesa do SUS.

AGRADECIMENTOS

Aos farmacêuticos do NASF por possibilitarem a realização deste trabalho, permitindo não apenas o acompanhamento das atividades, mas também discussões e contribuições para o meu crescimento acadêmico e profissional (Esse contato me fez ter mais orgulho da profissão e de vocês, profissionais do SUS).

À minha família, que mesmo distante, sempre me apoiou e me incentivou a seguir os meus sonhos e realizar meus desejos (Amo vocês!).

À minha orientadora Silvana Nair Leite pela confiança e dedicação nesses dois anos e meio de trabalho juntas e pela oportunidade de trabalhar com uma pessoa que tem o (incrível) dom da multifuncionalidade e competência (Eu te admiro muito e te tenho como um dos maiores exemplos na minha vida. Obrigada por tudo!).

Às professoras Rosana Isabel dos Santos e Marení Rocha Farias e aos farmacêuticos da Farmácia Escola (Alexandre, Marina, Aline e Dani) pela influência nas aulas e durante o estágio da graduação, momento em que me descobri como farmacêutica.

Ao Grupo de Políticas e Serviços Farmacêuticos e pessoal do EaD pelas discussões, “conversas de corredor” e momentos de descontração (em especial à Samara pelos momentos extra-curriculares).

À banca Mauro Silveira de Castro, Rodrigo Otávio Moretti-Pires e Flávia Martinello pelas contribuições dadas ao trabalho.

À Vá, Lê e Dai pelo apoio e contribuições nos trabalhos realizados nesse último ano (Aprendi muito com vocês!).

A todos os amigos, importância psicológica e emocional fundamental, perto ou longe (em especial aos que acompanharam de perto a jornada: Sami, Gabi, Si, Jhoni, Nize, Igã, Jo e Caio. O que seria de mim sem vocês?).

Ao CNPQ e INCT_if pelo auxílio financeiro e bolsa concedidos.

Ao PGFAR, PPGICH e PEN pelas disciplinas realizadas (em especial à professora Astrid Eggert Boehs pela “luz” na metodologia).

“Progress is impossible without change, and those who cannot change their minds cannot change anything”.

(George Bernard Shaw, 1944)

RESUMO

Em 2008 foi criado no Brasil o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família, ampliando a abrangência e o escopo das ações da atenção básica (AB), bem como sua resolutividade. Para isso, o NASF deve atuar em diversas áreas estratégicas, com políticas que incluem a Atenção Básica, a Promoção da Saúde e a Assistência Farmacêutica. A inserção do farmacêutico nessa equipe e neste novo contexto representa uma oportunidade de mudança do seu processo de trabalho. Assim, investigou-se a construção do processo de trabalho e da promoção da saúde pelo farmacêutico no NASF de um município do sul do Brasil. Dessa forma, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a promoção da saúde na área farmacêutica e uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, para observação do processo de trabalho e as atividades de promoção da saúde dos farmacêuticos. A revisão integrativa demonstrou que o uso do termo promoção da saúde está limitado à reorientação do serviço da farmácia e mudança de hábitos pessoais, traduzindo-se em estratégias para transmissão de informações sobre medicamentos e seus usos, cuidados preventivos e combate a hábitos prejudiciais à saúde. O estudo do processo de trabalho foi analisado em suas vertentes de atendimento de demanda de serviços farmacêuticos e a função de apoiador, com o desenvolvimento do trabalho autônomo e ao mesmo tempo limitador. Já o estudo da promoção da saúde demonstrou que o processo de trabalho revela um conceito de promoção da saúde condizente com a literatura, além do desenvolvimento de atividades tanto para os usuários quanto para equipes de Saúde da Família, sendo constatadas importantes barreiras e (algumas) possibilidades para o desenvolvimento pontual dessas ações. Conclui-se que a falta de planejamento e objetivo claro para o trabalho no NASF, além da deficiência de serviços farmacêuticos na AB torna o desenvolvimento de qualquer tipo de atividade (gerencial ou assistencial) importante e necessário, mesmo não atendendo integralmente a expectativa da proposta do NASF.

Palavras-chave: promoção da saúde, processo de trabalho, farmacêutico, NASF.

ABSTRACT

In 2008, the Support Nucleus Family's Healthy (NASF) was created in Brazil with the objective of supporting the insertion of the Family Health Strategy and broadening the range and scope of primary healthcare (AB) actions as well as its resolution ability. For such purpose, the NASF must perform in several strategic fields with policies that include Primary Health Care, Health Promotion and Pharmaceutical Assistance. The insertion of the pharmacist in this team and in this new context represents an opportunity of changing his working process. Thus, one investigated the construction of the working process and of the health promotion by the pharmacist in the NASF of a municipality in the south of Brazil. Thereby, one carried out an integrative literature review about health promotion in the pharmaceutical sector and a field research of qualitative approach in order to observe the pharmacists' working process and health promotion actions. The integrative review demonstrated that the use of the term health promotion is limited to the re-orientation of the pharmacy service and to the behavioral changes what is translated into strategies for the transmission of information about medicaments and their uses, preventive care and coping health-damaging habits. The study on the working process was analyzed in its lines of attending the demand of pharmaceutical services and the function of supporter, with the development of the work which is independent and limiting as well. As to the study on health promotion, it demonstrated that the working process reveals a concept of health promotion that is consistent with the literature, besides the development of activities for both the users and the Family Health (SF) teams and important barriers and (some) possibilities have been observed for the occasional development of these actions. The conclusion drawn is that the lack of planning and a clear objective for the work in the NASF, besides the deficiency of pharmaceutical services in the AB makes the development of any type of activity (managerial or assisting) important and needed even if it does not meet the expectancy of the NASF proposal integrally.

Keywords: health promotion, working process, pharmacist, NASF.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Seleção dos estudos analisados	61
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – As modalidades dos NASF desde sua implantação até 2012.....	29
Quadro 2 – Perfil dos farmacêuticos participantes do estudo....	54
Quadro 3 – Proposta de cronograma de atividades mínimas do farmacêutico do NASF.....	76
Quadro 4 – Serviços farmacêuticos categorizados entre técnico-gerenciais e técnico-assistenciais.....	91
Quadro 5 – Atual perfil do processo de trabalho dos farmacêuticos dos NASF.	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos estudos selecionados 62

Tabela 2 – Caracterização dos artigos selecionados, segundo
Carta de Ottawa. 66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAF	Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
CEO	Centro de Especialização em Odontologia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CI	Comunicação Interna
CLS	Conselho Local de Saúde
CMM	Consumo Médio Mensal
CS	Centro de Saúde
CTT	Composição Técnica do Trabalho
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FE	Farmácia Escola
FRD	Farmácia de Referência Distrital
IN	Instrução Normativa
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAAI-RAAC	Relatório ambulatorial de atendimento individual – Relatório ambulatorial de atividades coletivas
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Trabalho Morto
TV	Trabalho Vivo

UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
Unisul	Universidade do Sul de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP-RP	Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 FARMACÊUTICO NO NASF	26
1.2 O PROCESSO DE TRABALHO	37
1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE	39
1.4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS DOCUMENTOS DA FARMÁCIA	42
2 OBJETIVOS	47
2.1 OBJETIVO GERAL	47
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
3 METODOLOGIA	49
3.1 REVISÃO INTEGRATIVA	49
3.2 PESQUISA DE CAMPO	51
3.2.1 <i>Estudo de caso</i>	52
3.2.2 <i>Local de estudo</i>	52
3.2.3 <i>Participantes</i>	53
3.2.5 <i>Registro de dados</i>	57
3.2.6 <i>Aspectos éticos</i>	57
3.2.7 <i>Confiabilidade dos dados</i>	58
3.2.8 <i>Análise dos dados</i>	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1 A FARMÁCIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMO TEMOS CAMINHADO? A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA FARMACÊUTICA	61
4.1.1 <i>Caracterização dos estudos</i>	61
4.1.2 <i>Papel do farmacêutico</i>	67
4.1.3 <i>Barreiras para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde</i>	68
4.1.4 <i>Conceito de promoção da saúde</i>	69
4.2 A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO FARMACÊUTICO NO NASF	74
4.2.1 <i>A implantação do NASF</i>	74
4.2.2 <i>Os serviços farmacêuticos</i>	77
4.2.3 <i>O processo de trabalho ainda em construção</i>	91

4.2.4. O atual perfil do processo de trabalho do farmacêutico no NASF.....	93
4.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	112
4.3.1 O conceito.....	112
4.3.2 As atividades.....	120
4.3.3 Facilidades.....	131
4.3.4 Dificuldades.....	133
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	157
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	159
ANEXOS I – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SMS.....	161
ANEXOS II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	163

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo predominou o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. O indivíduo sempre foi compreendido pelo setor saúde de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores socioculturais, com tendência generalizante, fragmentando-o (perdendo a integralidade, já que a doença ocorre em partes de seu corpo) e compartimentando-o, descontextualizando-o de suas realidades familiar e comunitária. Seus anseios, desejos, sonhos, crenças, valores, relações com os demais membros de sua família e com o seu meio social são aspectos que não foram abordados pelo profissional de saúde por muito tempo (BRASIL, 2000). Nesse sentido, os serviços de saúde privilegiaram na sua organização, a atenção médica curativa. Porém, em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou um novo conceito de saúde, o chamado de conceito de saúde ampliado, em que: "saúde é o mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade".

Segundo Westphal (2006) o conceito de saúde pode ser classificado em três abordagens: biomédica (ausência de doenças e incapacidades), comportamental (capacidades fisiológicas, bem-estar físico e mental dos indivíduos) e socioambiental (estudo positivo, bem-estar bio-psio-social e espiritual; realização das aspirações pessoais e atendimento de necessidades). Assim, o novo conceito de saúde está relacionado à abordagem socioambiental e tem como determinantes de saúde: condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais.

Nesse sentido, observa-se a complexidade do tema, e a necessidade de uma reflexão mais aprofundada sobre o significado do conceito de saúde ampliado, considerando a necessidade imprescindível da colaboração entre disciplinas sociais e médicas. A complexidade do real não pode ser

abordada a partir de apenas um ângulo ou de um nível de análise, é necessário juntar os olhares e as competências (MORIN, 1996; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998; RAYNAULT, 2002). Dessa forma, os serviços de saúde devem privilegiar uma visão mais holística e socioambiental para que o foco seja a saúde (ampliada) do paciente.

1.1 FARMACÊUTICO NO NASF

A Atenção Básica (AB), como modelo de atenção à saúde no Brasil, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Possui como estratégia prioritária, a Saúde da Família (SF) para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implementado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de substituir o modelo vigente, sendo uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional. Baseada na interdisciplinaridade, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (BRASIL, 2000). Através do programa, as unidades do PSF passariam a atuar com equipes multiprofissionais compostas, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários com responsabilização sobre um território onde vivem, em média, mil famílias. Dessa forma, a equipe SF assume o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, nos quais a ação intersetorial

é considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada, devendo o profissional aliar-se a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, ajudando a descobrir e desenvolver as potencialidades individuais e coletivas (BRASIL, 2000; 2003).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois é uma estratégia de reorganização da atenção primária, não tendo um tempo para finalização, ao contrário do termo programa que indica uma atividade com início, desenvolvimento e finalização.

Com o intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pela portaria ministerial 154/2008. O NASF surge como uma estratégia inovadora, objetivando a ampliação da abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade (BRASIL, 2010; MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010). Ele visa fortalecer oito diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização, atuando em diversas áreas estratégicas, com políticas de: atenção básica, promoção da saúde, integração da pessoa com deficiência, alimentação e nutrição, saúde da criança e do adolescente, atenção integral à saúde da mulher, práticas integrativas e complementares, assistência farmacêutica, pessoa idosa, saúde mental, humanização em saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (MÂNGIA; LANCMAN, 2008; BRASIL, 2010).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob

responsabilidade das equipes de SF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Poderão compor o NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações: médico acupunturista, assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (2011), foram incluídas as ocupações: médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas). A composição de cada NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e das equipes e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2011).

Os NASF estão classificados em três modalidades, conforme composição, número de equipes vinculadas e valor do recurso financeiro. A seguir estão apresentadas as modalidades em três momentos: Portaria 154/2008, Política Nacional de Atenção Básica (2011) e Portaria 3124/2012 (Quadro 1).

Quadro 1: As modalidades dos NASF desde sua implantação até 2012.

		2008	2011	2012
NASF 1	Equipes vinculadas	8-20	8-15	5-9
	Mínimo de profissionais	5	200h/semanais	200h/semanais
NASF 2	Equipes vinculadas	Mínimo 3	3-7	3-4
	Mínimo de profissionais	3	120h/semanais	120h/semanais
NASF 3	Equipes vinculadas	-	-	2-3
	Mínimo de profissionais	-	-	80h/semanais

Fonte: BRASIL, 2008; 2011; 2012

A corresponsabilização entre NASF e ESF acontece por meio do apoio matricial, que objetiva assegurar a retaguarda especializada, tanto assistencial quanto suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, buscando construir e ativar a comunicação e o compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos por Campos (1999) para a reorganização de um processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário, a realização profissional, a desalienação progressiva do trabalhador e a articulação entre diferentes profissionais (CAMPOS, 1999). A equipe de referência é composta pelos profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Já o apoiador matricial é o profissional cujo perfil e o campo de conhecimento são distintos dos profissionais de referência, porém agregam conhecimento e contribuem com intervenções visando a resolução dos casos sob responsabilidade da equipe de

referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de se realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Para a construção do projeto terapêutico integrado, a articulação entre a equipe de referência e os apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais: atendimentos e intervenções conjuntas, especializadas ou apenas a troca de conhecimento e orientações entre equipe e apoiador (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Na equipe de referência, o apoio matricial se concretiza por meio de espaços de educação permanente, discussão de casos e atendimentos conjuntos, construção coletiva de planos terapêuticos e gestão de serviços, grupos compartilhados entre apoiadores e ESF, intervenções conjuntas no território e ações intersetoriais e atendimentos específicos do apoiador, quando necessário (ARONA, 2009; FLORIANÓPOLIS, 2011). É ainda uma lógica muito discutida e pouco aplicada na prática, mas é uma proposta rica e pode contribuir bastante para a saúde da população (REDENUTRI, 2011).

Arona (2009) observou em seu estudo alguns benefícios com a implantação do matriciamento, como a participação orgânica de várias equipes de referência, uma tendência à ampliação da capacidade de resolver problemas das equipes com diminuição de interconsultas e encaminhamentos, a possibilidade de abertura de um canal de comunicação interprofissional, quebrando o medo de perda de autonomia e o estabelecimento de um sistema de cogestão. Porém, dificuldades também foram encontradas: no caso do NASF, a aceitação por parte dos integrantes das equipes de SF, devido aos seus tempos disponíveis, a demanda muito alta no atendimento individualizado e a cultura dos profissionais, principalmente dos médicos que oferecem resistência quanto à mudança de direcionamento de suas ações, e a própria expectativa dos

pacientes em ter uma consulta ambulatorial tradicional. Além disso, há a dificuldade de locomoção das equipes, restrição de espaço físico, escassez de material, reduzido número de especialistas, preocupação com a lista de espera extensa e falta de capacitação da equipe (ARONA, 2009; REDENUTRI, 2011). Campos e Domitti (2007) descreveram diversos obstáculos na implantação, como estrutural (já que as organizações vêm se estruturando com elevado grau de departamentalização), decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos (devido ao volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda ser insuficiente, pois a implantação do SUS é parcial), político e de comunicação (por depender da existência de espaços coletivos, ou seja, dos estabelecimentos de algum grau de cogestão ou de democracia institucional), subjetivo e cultural (devido ao trabalho interdisciplinar depender de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado), ético (pelo compartilhamento de prontuário e a privacidade e segredo sobre a história do paciente, da família ou de grupos comunitários) e epistemológico (devido a maioria das especialidades e profissões de saúde trabalhar com um referencial sobre o processo de saúde e doença restrito, o biomédico).

Certos autores argumentam que o distanciamento dos serviços na formulação das propostas pedagógicas para formação inicial, assim como iniciativa crescente de educação à distância na pós-graduação, não contempla questões tão singulares como vínculo, acolhimento, escuta e ao próprio trabalho em equipe, indispensável para a proposta do NASF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Assim, o maior desafio é a formação do profissional para as práticas de saúde coletiva, já que deve ser dada uma atenção a esse fator determinante, pois pactuações sobre resolubilidade são metas a serem alcançadas. A visão da área da saúde no geral deve ser mudada e a formação deve ser baseada não em especialidades, mas sim em

Políticas de Saúde, para que a profissão se adapte às propostas do SUS (BARBOSA et al, 2010). Segundo Nascimento e Oliveira (2010), a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), pelo processo de formação no contexto da prática, tem se apresentado como uma estratégia positiva para a formação dos profissionais para trabalhar com as ferramentas propostas pelo NASF.

Atualmente, há mais de 600 farmacêuticos cadastrados em NASF em todo o Brasil. Dentro dessa lógica, o profissional farmacêutico pode atuar realizando intervenções diversas (individuais ou coletivas) para orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, à prevenção e ao tratamento da dependência química, à utilização de plantas medicinais, à viabilização da dispensação de medicamentos de alto custo e outras ações específicas da sua formação de base, bem como intervenções que dizem respeito a qualquer profissional de saúde, independentemente do seu núcleo de saber, de acordo com os princípios da clínica ampliada e da saúde coletiva (LOPES, 2010). Em 2010 foi publicado o documento “Diretrizes do NASF” abordando o processo de trabalho do NASF e aspectos operacionais por áreas estratégicas. Assim, serão descritas a seguir as possibilidades de ação do farmacêutico no NASF, dentro da estratégia de Assistência Farmacêutica (AF).

A AF deve ser desenvolvida através do apoio aos profissionais da ESF e da equipe do NASF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, mediante troca de saberes entre os profissionais envolvidos no cuidado. Ela é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional (BRASIL, 2004; 2010). Em relação ao uso racional de medicamentos, prioridade da Política Nacional de Medicamentos, o farmacêutico tem um importante papel de fomentar o debate acerca do assunto na própria equipe, com os indivíduos e com a comunidade, devendo atuar como referência

quanto às informações sobre os medicamentos e facilitar o acesso das equipes de SF e da equipe de NASF a fontes de informações confiáveis, equacionando a grande quantidade de informação disponível, nem sempre de boa qualidade e acessível (BRASIL, 2001; 2010).

A educação permanente em AF deve ser uma prática institucionalizada, articulada e integrada às necessidades e especificidades de cada equipe, e que promova a transformação das práticas de forma contínua. Porém, a educação em saúde para uso correto dos medicamentos deve representar a real necessidade da comunidade, necessitando ser entendida como processo, e não apenas como uma atividade ou intervenção pontual, como horário agendado ou tema estabelecido, e sim que faça parte do cotidiano de trabalho das equipes de SF e do NASF. Os profissionais podem contribuir nos processos educativos para modificar a realidade, por meio de intervenções coletivas, com grupos de usuários, famílias e na comunidade, e utilizar essas práticas de educação em saúde como espaço para abordagem interdisciplinar, tornando as atividades mais criativas e participativas (BRASIL, 2005; 2010).

A fim de obter melhores resultados no acesso, na racionalização dos recursos e no uso dos medicamentos, o farmacêutico do NASF deve interagir com o nível central de gestão da AF e com a coordenação dos Centros de Saúde (CS), propondo a normatização dos procedimentos relacionados à AF. Ele pode atuar no processo de revisão e escolha do elenco de medicamentos padronizado, mediante recomendação para substituição, exclusão ou inclusão de medicamentos (incluindo fitoterápicos e homeopáticos), com fundamentos nos dados específicos de morbimortalidade da população do território de atuação. Além disso, pode apoiar a equipe de SF no aprimoramento do controle de estoque e da programação dos CS, de forma a proporcionar melhorias na regularidade dos suprimentos de medicamentos, bem como nas atividades de armazenamento, distribuição e transporte, aspectos que

influenciam a integridade e a qualidade dos medicamentos, convergindo para o aperfeiçoamento das práticas dos serviços e racionalização dos processos de trabalho (BRASIL, 2005; 2010).

O farmacêutico deve ainda ter como uma de suas atividades principais a atuação junto aos conselhos de saúde, suprindo os membros desses conselhos com informações que contribuam para o efetivo controle social do financiamento da AF, do acesso e do uso racional dos medicamentos. Dessa forma, permite-se ao farmacêutico ampliar as fontes de identificação das reais demandas e necessidades locais, entender melhor a dinâmica e o contexto comunitário, favorecer o estabelecimento de vínculo e a ampliação do debate sobre o tema, em torno de um projeto comum para a saúde e para a sociedade na defesa dos interesses coletivos e construção do SUS, através da participação e ausculta nesses espaços de controle social e em outros movimentos populares (BRASIL, 2010).

Em relação ao acesso aos medicamentos, é preciso que o farmacêutico oriente corretamente os usuários e profissionais de saúde, tanto das equipes de SF quanto do NASF sobre os programas de acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo no município ou no estado, de acordo com os componentes da AF definidos pela política federal e outras formas estabelecidas localmente. Deve, além disso, ter disponíveis endereços, contatos, endereços eletrônicos, protocolos, normas, formulários e procedimentos para viabilizar o acesso da população aos medicamentos em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2010).

Com uma visão integral do sujeito e em seu contexto familiar, comunitário, e não apenas no medicamento, o farmacêutico tem a função de contribuir nas discussões de caso e na construção do projeto terapêutico singular. A participação nas discussões dos casos a serem visitados é fundamental para o melhor direcionamento do acompanhamento domiciliar, visando à otimização e racionalização dos recursos de saúde. Deve ser discutido com a equipe de SF para que os

medicamentos prescritos sejam avaliados e se os disponibilizados estão sendo corretamente utilizados, deve identificar condições de armazenamento e separar medicamentos sem condições de uso ou vencidos, quando houver, procurando recolhê-los para descarte adequado. Em casos de falha na adesão ou uso incorreto, o farmacêutico poderá intervir junto ao profissional da ESF, a partir da especificidade de cada caso, orientando quanto ao uso correto e propor estratégias para facilitar a adesão. Também pode compartilhar seus conhecimentos com a equipe de SF, particularmente os agentes comunitários de saúde (ACS) e os eventuais cuidadores, procurando levar a informação ao usuário de medicamentos (BRASIL, 2010).

A adesão ao tratamento pode ser motivada por ações educativas nos grupos de educação em saúde, no momento da dispensação, da orientação farmacêutica (relembrando as orientações esquecidas e reafirmando aquelas que não tenham sido entendidas ou não foram consideradas importantes pelo usuário, além de poderem ser detectados problemas relacionados à farmacoterapia e assim, quando necessário, realizar a discussão do caso com a equipe para encaminhamento dos usuários para os grupos de educação em saúde e/ou para acompanhamento individual) e por meio do seguimento farmacoterapêutico (compromisso do profissional, provido de forma sistematizada e documentada, em colaboração com o usuário e com os demais profissionais, mediante o desenvolvimento e adaptação de métodos à realidade do SUS). No entanto, é fundamental o entendimento de que a adesão é acima de tudo um fenômeno multidimensional, singular e de difícil mensuração, cuja intervenção precisa necessariamente da construção de vínculo entre o profissional e o usuário, a compreensão dos fatores que causam a não adesão do tratamento no contexto singular, a negociação com os saberes e práticas populares de saúde, a continuidade do cuidado e o desenvolvimento de autonomia dos usuários no seu cuidado.

Dessa forma, os profissionais do NASF e a equipe, devem trabalhar de forma interdisciplinar, influenciando na adesão, a partir do contexto individual, familiar e social, na medida em que atingem o universo cultural do usuário e estabelecem com este comunicação e relacionamentos afetivos (BRASIL, 2010).

Para a implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na ESF, os profissionais necessitam conhecer as práticas existentes no território, respeitando o saber popular; compreender o processo saúde-doença, na perspectiva da homeopatia; conhecer a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos; assim como toda a cadeia de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos: produção, controle, armazenamento, distribuição e atenção, o que irá garantir a qualidade, segurança e eficácia desses medicamentos. A regulamentação desses produtos e a capacitação/qualificação relativas às PIC merecem atenção especial (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a agenda dos profissionais farmacêuticos do NASF deve ser construída de forma a considerar os seguintes grupos de atividades: reuniões com as equipes de Saúde da Família, reuniões entre a equipe do NASF, Gestão das Farmácias, grupos de educação em saúde/atividades comunitárias, visita domiciliar, atendimento conjunto com outros profissionais de saúde, atendimento familiar e/ou individual e educação permanente (BRASIL, 2010).

Para que o farmacêutico possa atuar nessa nova lógica de trabalho, um modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é necessário re-significar o processo de trabalho. Essa re-significação, segundo Rodrigues e Araújo (2001) exige uma mudança na finalidade do processo, passando da cura à produção do cuidado, com foco na autonomização do sujeito, orientada pela integralidade em relação à fragmentação dos procedimentos, e tendo como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos.

1.2 O PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho, segundo Marx (1994), pode ser definido como a transformação de um objeto em um produto, através da atividade do homem, utilizando-se para isso instrumentos. Ao concluir o produto, que existia idealmente na imaginação, o processo extingue-se. O médico Mendes-Gonçalves (1992), influenciado pelas ideias marxistas, estudou o processo de trabalho em saúde delimitando os componentes: objeto de trabalho, instrumentos de trabalho, agentes, finalidade e produto. Segundo Peduzzi (2007), esses elementos são considerados a dinâmica nuclear que contemplam as dimensões do processo de trabalho e do trabalho em saúde, permanecendo assim, a necessidade de compreendê-los.

O objeto é a matéria-prima (matérias em estado natural ou produto de trabalho anterior), o que será transformado. Os instrumentos são utilizados para ampliar as possibilidades de intervenção sobre o objeto, podendo ser materiais e não materiais. Os agentes são os seres humanos que transformam a natureza, sendo que através de sua presença e ação, torna-se possível o processo de trabalho. A finalidade é a razão pela qual o trabalho é feito, dando significado à sua existência. E o produto é o resultado do trabalho, podendo ser bens tangíveis ou serviços (SANNA, 2007; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). No caso da saúde, a matéria-prima é o usuário, os instrumentos de trabalho a tecnologia (podendo ser leve, dura ou leve-dura, na abordagem de Merhy e Franco (2003)), os agentes são os trabalhadores em saúde, os considerados operadores do cuidado, a finalidade é o trabalho em saúde, a chamada produção do cuidado e o produto é a saúde (RODRIGUES; ARAÚJO, 2001).

Segundo Merhy e Franco (2003) o processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. Dessa forma, o trabalho pode ser considerado: Trabalho Morto (TM), relacionado aos instrumentos,

em que já se aplicou sobre ele um trabalho pgresso para sua elaboração, ou Trabalho Vivo (TV), aquele que está produzindo no momento. A razão entre os dois é considerada a Composição Técnica do Trabalho (CTT) (MERHY; FRANCO, 2003). O TM reflete o processo de trabalho voltado à produção de procedimentos, instrumentos e estrutura física para elaboração dos produtos do trabalho, sendo considerado tecnologia dura. Na predominância do TV, haverá uma produção do cuidado centrado em tecnologia leve, envolvendo as relações entre os sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, como respeito, acolhimento e vínculo. Já o conhecimento técnico, saberes próprios da profissão, protocolos clínicos, diretrizes, normas de conduta são considerados tecnologia leve-dura, pela existência de uma parte estruturada e outra que diz respeito ao modo singular de cada profissional aplicar seu conhecimento para produzir cuidado (MERHY; FRANCO, 2003).

A formação assistencial para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras e leve-duras, sendo a organização do trabalho voltado à consulta médica, e o saber médico a estrutura do trabalho dos demais profissionais, contribuindo para a hegemonia do trabalho morto sobre o trabalho vivo. Assim, a mudança do modelo assistencial visa uma transição tecnológica (e, principalmente filosófica) para a hegemonia do trabalho vivo, sendo a produção da saúde baseada nas tecnologias leves e a produção do cuidado centrada nas necessidades dos usuários (MERHY; FRANCO, 2003). O trabalho vivo, na leitura de Faria e colaboradores (2009), tem forte componente de criatividade e subjetividade, permitindo o crescimento e a realização do profissional e o desenvolvimento de estratégias singulares adequadas às necessidades reais - e por isso, dinâmicas, únicas e sujeitas a inúmeras variáveis.

A ESF e o NASF constituem-se num processo que não está concluído, sendo uma tarefa urgente, a ser realizada pelo conjunto dos gestores e trabalhadores da saúde, essa construção de novos modelos que possibilitem combinar a

produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas de resultados, cura, proteção e promoção da saúde (RODRIGUES; ARAÚJO, 2001).

1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O NASF e a ESF, como propostas de mudança do modelo de atenção, tem como um dos princípios orientadores a promoção da saúde. Juntamente com o novo conceito de saúde surgiu o termo “promoção da saúde”, que tem sido bastante utilizado como sinônimo de prevenção da doença e educação em saúde.

Um dos primeiros a utilizar o termo Promoção da Saúde, foi Sigerist em 1946, definindo-a como uma das quatro tarefas essenciais da medicina, juntamente com a prevenção de doenças, recuperação de enfermos e reabilitação (TERRIS, 1975; 1992). Nessa época o modelo hegemônico era o biomédico ou flexneriano, modelo voltado à cura das doenças, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007). O tema volta à tona nos anos 60, quando Leavell e Clark propõem que a Promoção da Saúde seria o primeiro elemento da prevenção primária e serviria para aumentar a saúde e o bem-estar geral, desenvolvendo o modelo de história natural de doença e os níveis de prevenção (LEAVELL; CLARK, 1965 apud WESTPHAL, 2006). A primeira declaração geral seria o Informe Lalonde, publicado em 1974, que define quatro eixos do campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. As repercussões do relatório podem ser identificadas no conceito orientador das práticas de saúde, já que naquela época a promoção da saúde se restringia à modificação de estilos de vida (LALONDE, 1974; TERRIS, 1992; TEIXEIRA, 2002), o chamado modelo behaviorista, que visava desestimular comportamentos e estilos de vida não-saudáveis, diminuindo a autonomia dos indivíduos, desresponsabilizando o Estado e

culpabilizando os indivíduos pelo seu estado de saúde (BATISTELLA, 2007). Em 1978, a OMS realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Ela tratou do problema da equidade em saúde em nível mundial, colocando como principal meta a “Saúde para Todos no Ano 2000” (OMS, 1978).

A Conferência de Alma-Ata desdobra-se na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Ela foi uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. Segundo ela, promoção da saúde é o nome dado ao “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OMS, 1986).

A Promoção da Saúde incorpora como método cinco grandes campos de ação (OMS, 1986):

- (1) Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis;
- (2) Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- (3) Reforço da ação comunitária;
- (4) Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- (5) Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Posteriormente outras Conferências sobre Promoção da Saúde foram realizadas: Adelaide (1988) que enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis (OMS, 1988); Sundsvall (1991) que buscou enfatizar a interdependência do meio ambiente e da saúde (OMS, 1991); Jacarta (1997) que refletiu sobre o que foi aprendido sobre promoção da saúde, bem como reexaminou os determinantes da saúde e identificou as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI (OMS, 1997); Cidade do México (2000) que buscou uma maior equidade, reconhecendo a responsabilidade dos governantes e necessidade de compartilhamento das estratégias entre todos os setores sociais (OMS, 2000); Bangkok (2005) que identificou ações, compromissos e promessas para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado (UIPES/ORLA, 2005); e Nairobi (2009) que constituiu uma oportunidade para a partilha de experiências sobre os cuidados primários de saúde, sendo a primeira a acontecer em um país em desenvolvimento (OMS, 2009). Estas conferências desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde que vêm sendo a base para a formulação de políticas de saúde em diversos países.

No Brasil e na América Latina os marcos legais e institucionais da promoção da saúde são contemporâneos da Conferência de Ottawa (WALLERSTEIN et al., 2011). A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 representa o marco decisivo do movimento de Reforma Sanitária brasileira, contextualizado pelo período de redemocratização do país, e envolveu a participação ativa de profissionais, políticos e movimentos sociais organizados. Conceitos e princípios muito influenciados pela Carta de Ottawa e pela Conferência de Alma Ata (1978) foram, em seguida, incorporados à Constituição Federal brasileira de 1988, criando o SUS. Porém, apenas em 2006, o Brasil formalizou sua Política Nacional de Promoção de Saúde (BUSS; CARVALHO, 2009).

Esse novo modelo de atenção pode ainda ser um caminho para a desmedicalização e desmedicamentação da sociedade. Por influência do modelo biomédico, o saber médico aparece cada vez mais como resposta para todos os problemas, inclusive situações cotidianas que fazem parte da condição humana e não estão vinculadas diretamente ao processo saúde/doença. Essa medicalização torna os indivíduos submissos e, conseqüentemente, acaba por limitar sua autonomia e aumentar sua dependência aos procedimentos e intervenções médicas, incluindo a uso (desnecessário) dos medicamentos, também chamado de medicamentação (CAPONI; BRZOZOWSKI, 2011). Segundo Nascimento (2005), o medicamento também tem sido valorizado como instrumento de adequação a padrões culturais impositivos, sendo seu consumo influenciado por informações científicas associadas a símbolos de poder, beleza, juventude e força. Dessa forma, cabe aos gestores a adoção de políticas públicas e a disponibilização de recursos para o funcionamento do sistema de saúde de forma eficaz e justa, levando em consideração a autonomia dos indivíduos e uma relação ética de diálogo e respeito entre os profissionais e os usuários (CAPONI; BRZOZOWSKI, 2011).

1.4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS DOCUMENTOS DA FARMÁCIA

Na área farmacêutica, os documentos relativos às práticas, políticas e educação profissional internacionais passaram a aludir à promoção da saúde como um dos objetivos do setor e como prática dos farmacêuticos (WHO, 1988; 1997; 1998). Infere-se que a presença do termo promoção da saúde nestes documentos decorre do movimento de aproximação da área farmacêutica com a atenção à saúde e a com a saúde pública em curso no setor desde o final da década de 80. No entanto, as citações ou são muito evasivas (apenas citando o termo) ou se restringem à proposição de práticas farmacêuticas,

preponderantemente, relacionadas ao uso de medicamentos e ao aconselhamento para mudanças de estilo de vida e redução de riscos. Em relação aos referencias nacionais da Farmácia, seguem trechos em que constam o termo:

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos: “O envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001)”.

Segundo o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: “A promoção da saúde também é componente da Atenção Farmacêutica e ao fazer o acompanhamento é imprescindível que se faça também a promoção (OPAS, 2002)”.

Nas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Farmácia, definiu-se que o farmacêutico deve estar apto a: “Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o (BRASIL, 2002)”.

Já segundo Política Nacional de Assistência Farmacêutica: “Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional (BRASIL, 2004)”.

Na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, o termo é empregado diversas vezes, no contexto de variadas recomendações, como: “Incluir os procedimentos farmacêuticos no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde no sistema de informação do Ministério da Saúde e que o mesmo promova um amplo debate para o detalhamento desses procedimentos, com fórum representado pelos usuários, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviço a ser submetido ao Conselho Nacional de Saúde para

aprovação e elaboração de uma resolução, a fim de disciplinar o assunto e incluir os procedimentos farmacêuticos na tabela do SIA/SUS (BRASIL, 2005)”.

Observa-se, no entanto, que em nenhum momento, nos principais documentos da Farmácia, desenvolve-se a aplicação do termo, conceitualmente ou em descrição de práticas farmacêuticas do que seria promover saúde nos campos de atuação do farmacêutico. O uso do termo promoção da saúde nos documentos e recomendações carece, desta forma, de embasamento nos referenciais bem estruturados, aceitos no campo da saúde.

1.5 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, constata-se que ainda há escasso referencial conceitual e proposições práticas para a aplicação da promoção da saúde como basilar para a ação do farmacêutico, comprometendo a concretização das orientações descritas por importantes documentos da área farmacêutica e em especial na área da assistência farmacêutica. Este fato sugere uma parca reflexão sobre o temário, tanto no meio acadêmico quanto no político ou nos serviços de saúde, não colaborando para o desenvolvimento de práticas farmacêuticas de promoção da saúde realmente embasadas em construções teóricas e conceituais mais atualizadas. Da mesma forma, o desenvolvimento de práticas pode e deve colaborar para a reflexão e a consolidação de referenciais teóricos mais próximos da realidade. Somado a isso, estudos como o de Arioli (2012), ainda indicam o não reconhecimento do farmacêutico como um profissional de saúde por parte das equipes de SF. Ao mesmo tempo, Vieira (2007) descreve as possibilidades de contribuição do farmacêutico na promoção da saúde, porém, estas ainda focadas no medicamento e considerando a promoção da saúde no sentido de mudança de hábitos.

Além disso, a formação do farmacêutico muito recentemente vem abrangendo uma concepção mais ampliada de saúde e incluindo os princípios da Política de Saúde. Para a ESF, apenas alguns poucos cursos de residência multiprofissional têm formado farmacêuticos com esta competência. Em Florianópolis, a RMSF, promovida pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), vem formando farmacêuticos que estão atuando, atualmente, nos NASF do município.

Ao mesmo tempo, a inserção de profissionais farmacêuticos na atenção primária à saúde vem se expandindo fortemente, aumentando de forma expressiva o número de farmacêuticos atuando neste setor no estado de Santa Catarina. Este avanço ainda recente, principalmente nos NASF observa-se que há uma demanda social, já que há concursos nessa área em diversos municípios e setores públicos. O fazer destes profissionais nos NASF, no entanto, ainda é motivo de angústias, dúvidas e precisa ser explorado e fomentado pela academia e pelos serviços para que a atuação dos farmacêuticos nos NASF, e de sua proposta como um todo se concretize em uma real promoção da saúde da população.

Neste cenário, propõe-se que o estudo do processo de trabalho dos farmacêuticos nos NASF de Florianópolis pode contribuir significativamente para a construção de embasamento teórico e de modelos de práticas farmacêuticas de promoção da saúde para além do assistencialismo estabelecido, através do diálogo do referencial nacional e internacional de promoção da saúde e das ações práticas desenvolvidas no contexto real.

O trabalho foi dividido em dois momentos diferentes: uma revisão integrativa da literatura, procurando identificar a produção científica sobre a promoção da saúde na área farmacêutica e o trabalho de campo, um estudo qualitativo de observação junto aos farmacêuticos, que terá os resultados apresentados sob os enfoques da construção do processo de trabalho e do desenvolvimento da promoção da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a construção do processo de trabalho e da promoção da saúde pelo farmacêutico que atua no Núcleo de Apoio à Saúde da Família da rede de atenção básica de um município do sul do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer e discutir a produção científica sobre a promoção da saúde na área farmacêutica;
- Conhecer e compreender o processo de trabalho do farmacêutico na lógica do NASF no município;
- Identificar as potencialidades, os conceitos e as ações de promoção da saúde desenvolvidas na rotina dos farmacêuticos do NASF.

3 METODOLOGIA

A metodologia está descrita para os dois momentos da pesquisa: a revisão integrativa da literatura e o trabalho de campo junto aos farmacêuticos do NASF.

3.1 REVISÃO INTEGRATIVA

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que visa reunir e sistematizar os resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Ela é composta por seis etapas: identificação do tema e identificação das questões da pesquisa, busca na literatura ou estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão, avaliação dos dados e categorização, análise dos achados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (GANONG, 1987).

Assim, foi realizada uma revisão bibliográfica que buscou uma análise de estudos sobre o tema, permitindo sua caracterização e a apreciação das bases teóricas da produção relacionada. Foi realizada revisão de artigos publicados nas bases de dados Medline pelas palavras-chave: (health promotion AND pharmacy) OR (health promotion AND pharmacist) OR (health promotion AND pharmaceutical) OR (health education AND pharmacy) OR (health education AND pharmacist) OR (health education AND pharmaceutical) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) pelas palavras-chave: (promoção da saúde E farmácia) OU (promoção da saúde E farmacêutico) OU (promoção da saúde E farmacêutica) OU (educação em saúde E farmácia) OU (educação em saúde E farmacêutica) OU (educação em saúde E farmacêutico). A busca foi conduzida em julho de 2012, considerando as publicações até dezembro de 2011.

Na primeira fase, apenas os estudos que possuíam resumo foram selecionados. Em seguida, foi feita uma leitura individual desses resumos, verificando a sua apropriação com o estudo e pertinência, sendo que foram excluídos os que não se relacionavam às ações, projetos ou estudos baseados na promoção ou educação em saúde aplicados, especificamente, na área farmacêutica. Os resumos que mantinham relação com o objetivo da pesquisa foram catalogados e analisados em torno das informações pertinentes para a análise (ano e nacionalidade da publicação, tipo do estudo, população alvo, objeto do estudo e campo de atuação). As categorias do “campo de ação” foram definidas baseadas na Conferência de Ottawa, que definiu cinco grandes campos de ação da promoção da saúde [6]:

(1) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis: ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais, contribuindo para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis;

(2) Criação de ambientes favoráveis à saúde: a promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis;

(3) Reforço da ação comunitária: incremento do poder das comunidades – empoderamento – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino;

(4) Desenvolvimento de habilidades pessoais: apoio ao desenvolvimento pessoal e social por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente;

(5) Reorientação dos sistemas e serviços de saúde: adotar uma postura abrangente, apoiando as necessidades individuais e comunitárias, que perceba e respeite as peculiaridades locais, culturais e sociais e reorientem sua organização para melhorar as condições de saúde e não apenas o tratamento das doenças.

Num terceiro momento, os artigos foram buscados na íntegra, sendo analisados para identificação das concepções de promoção da saúde explícitas e implícitas no texto, além de se buscar outras informações pertinentes para a compreensão do desenvolvimento dos estudos relatados e possibilitar a discussão dos resultados. Como limitação da segunda etapa, destaca-se o fato de algumas publicações não possuírem resumo ou os mesmos não terem uma satisfatória descrição do estudo. Já da terceira etapa, alguns artigos que não estavam disponíveis na íntegra, inclusive através do serviço de comutação, ou estavam escritos em línguas que não a portuguesa, a espanhola, a inglesa ou a francesa.

3.2 PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa qualitativa é um campo de investigação que atravessa disciplinas, campos e temas (DENZIN; LINCOLN, 2006), que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Ela se caracteriza pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2010). Segundo Creswell (2007) possui como características: a ocorrência em um cenário natural, o emprego de métodos múltiplos de coleta de dados, é emergente e não pré-configurada, é baseada nas interpretações do pesquisador, deve ser vista de forma holística, é reflexiva, usa processos de raciocínio indutivo e dedutivo e emprega uma estratégia de investigação.

A pesquisa qualitativa pode ser classificada em várias estratégias ou tradições, conforme Creswell (1997): biografia, fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia e estudo de caso. Já para Yin (2005), as estratégias de pesquisa são:

experimento, levantamento, análise de arquivos, pesquisa história e estudo de caso. Para a escolha da estratégia a ser utilizada, deve-se considerar três condições: tipo de questão de pesquisa proposta, extensão do controle que o pesquisador tem sobre eventos comportamentais atuais e o grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição a acontecimentos históricos. Muito embora cada estratégia tenha suas características distintas, há grandes áreas de sobreposições entre elas. Assim, o objetivo é evitar desajustes exagerados, escolhendo uma estratégia quando outra é mais vantajosa (YIN, 2005).

3.2.1 Estudo de caso

O estudo de caso é uma exploração de um sistema limitado por tempo e lugar ou um caso (ou múltiplos casos) (CRESWELL, 1997). É uma estratégia preferida quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos, quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em um contexto da vida real não claramente definidos, e quando as questões são do tipo “como” e “por que”. Ele permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real (YIN, 2005). Para sua realização podem ser utilizadas múltiplas fontes de informação que incluem observações, entrevistas, material áudio-visual, documentos e reportagens (CRESWELL, 1997). Assim, optou-se pela estratégia do estudo de caso, baseando-se na pergunta norteadora e no caso delimitado, possivelmente sendo de caráter único.

3.2.2 Local de estudo

O município de Florianópolis, capital de Santa Catarina, conta com mais de 400 mil habitantes (IBGE, 2012). Atualmente é referência nacional em saúde e utiliza como slogan: “Aqui o

SUS dá certo”. Sua rede de atenção à saúde disponibiliza: 50 centros de saúde, dois Centro de Especialização em Odontologia (CEO), quatro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), quatro Policlínicas, duas Unidade de Pronto Atendimento (UPA), quatro bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma Farmácia Escola (FE), um Laboratório Municipal e um Centro de Controle de Zoonoses (FLORIANÓPOLIS, 2012). Em 2012 o município possuía sete NASF cadastrados, sendo sua composição formada por: profissional de educação física, assistente social, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, pediatra, psiquiatra, geriatra e fisioterapeuta, variando o número de profissional conforme o NASF.

3.2.3 Participantes

Segundo YIN (2005), os informantes-chave são sempre fundamentais para o sucesso de um estudo de caso, já que fornecem ao pesquisador percepções e interpretações sobre um assunto. Sendo assim, os participantes do estudo foram os sete farmacêuticos que atuavam nos NASF no ano de 2012. O perfil dos farmacêuticos em relação à formação acadêmica, tempo de atuação na AB e no NASF e o número de CS e equipes de SF sob sua responsabilidade constam no quadro a seguir (Quadro 2).

Quadro 2: Perfil dos farmacêuticos participantes do estudo.

	Formação Acadêmica	Tempo de atuação na AB e no NASF	Número de CS/equipe de SF
F1	G: Farmácia UFSC (2000) E: RMSF UFSC (2004) M: Saúde Coletiva UFSC (2010)	AB: 10 anos NASF: 2 anos	5/12
F2	G: Farmácia-Bioquímica (2004) M: Farmácia UFSC (2006) E: Saúde da Família UFSC (2008)	AB: 4 anos NASF: 2,5 anos	8/14
F3	Farmácia-Bioquímica UFSC (1992) E: Saúde da Família UFSC (2008) E: Acupuntura (2012)	AB: 10 anos NASF: 2,5 anos	6/16
F4	G: Farmácia-Bioquímica USP-RP (2005) E: RMSF UFSC (2009) E: Gestão em AF UFSC	AB: 4 anos e meio NASF: 5 meses	9/22
F5	G: Farmácia-Bioquímica UFSC (2004) E: Saúde Pública	AB: 3 anos e meio NASF: 1,5 anos	5/17
F6	G: Farmácia-Bioquímica Unisul (2003) E: Atenção Farmacêutica E: Gestão da Saúde Pública UFSC (2012) E: Formação de preceptores Sírio Libanês (2013)	AB: 4 anos NASF: 8 meses	6/12
F7	G: Farmácia-Bioquímica UFSC (2008) E: Hematologia (2009) E: Gestão em AF UFSC (2012)	AB: 3 anos NASF: 2,5 anos	11/24

Elaborado pela autora.

(G): Graduação; (E): Especialização; (M): Mestrado; (AB): Atenção Básica; (NASF): Núcleo de Apoio à Saúde da Família; (CS): Centro de Saúde; (equipe de SF): Equipe de Saúde da Família.

3.2.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de duas diferentes fontes de informação: a observação participante e a entrevista. A pesquisadora começou a pesquisa acompanhando o cronograma estabelecido pelos farmacêuticos. Assim, o farmacêutico a ser acompanhado enviava seu cronograma mensal antecipadamente para que a pesquisadora pudesse encontra-lo no CS e realizar as observações participantes em atuação no campo. Dessa forma, pôde-se perceber a realidade do ponto de vista de alguém que está inserido no caso e não fora dele, diminuindo a possibilidade de distorção entre o que é dito e a realidade (MAFFEZZOLLI; BOEHS, 2008; CARTANA et al., 2008). Segundo Minayo (2010), a observação participante é definida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está em relação face a face com os observados, participando da vida deles, no seu cenário cultural, colhendo dados e se tornando parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este. As observações ocorrerem por cerca de 10 dias com cada farmacêutico participante da pesquisa, para que fosse acompanhada a rotina de trabalho dos mesmos e das equipes de SF e do NASF, observando e participando das atividades realizadas diariamente. Este período poderia ser estendido no caso do tempo de permanência não ter sido suficiente para uma compreensão mais ampliada e profunda da rotina (CARTANA et al., 2008), porém não foi preciso. A coleta de dados se deu no período compreendido entre março e novembro de 2012, sendo acompanhados, no total, 56 dias de trabalho dos farmacêuticos, período em que foi observada a saturação dos dados.

A segunda fonte de informação foi a entrevista semi-estruturada, que é a estratégia mais usada no processo de

trabalho de campo e uma das mais importantes fontes de informação para um estudo de caso (YIN, 2005; MINAYO, 2010), consistindo em uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2010). Na entrevista semi-estruturada há uma combinação de perguntas abertas e fechadas e o entrevistado pode discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada, sendo mais provável que seu ponto de vista seja expresso (FLICK, 2004; MINAYO, 2010).

A entrevista ocorreu no próprio ambiente de trabalho, durante o período de acompanhamento e seguiu um roteiro (Apêndice A) cujas questões propostas abrangiam a formação acadêmica, o tempo de trabalho e a capacitação direcionada ao NASF, além de conceitos e práticas de promoção da saúde e as facilidades e as dificuldades encontradas para o desenvolvimento da promoção da saúde na rotina de trabalho, tendo duração média de 10 minutos. Para garantir que as perguntas do roteiro estivessem claras, não induzidas e abrangessem todas as questões determinadas, realizaram-se testes pilotos com colegas para que o roteiro fosse reformulado até sua versão final. Este roteiro serviu de orientação e guia para a entrevista, apenas com lembretes e permitiu uma flexibilidade nas conversas e a absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor (MINAYO, 2010). No caso de consentimento do participante, a entrevista foi gravada com auxílio de um aparelho de áudio e transcrita para posterior análise. A gravação possui dois objetivos, um de obter a entrevista gravada, podendo ser consultada quantas vezes fossem necessárias posteriormente e o outro de dar uma maior atenção ao participante durante a entrevista.

A entrada em campo se deu através da participação da pesquisadora em uma reunião dos farmacêuticos dos NASF para a apresentação do projeto e organização do cronograma de acompanhamento dos farmacêuticos, através de uma pactuação entre os mesmos, já que todos os presentes concordaram em

participar. Os dois farmacêuticos ausentes foram contactados via email.

3.2.5 Registro de dados

Todas as anotações foram registradas em um diário de campo. O diário de campo é utilizado para registrar além das observações das atividades, sugestões e notas teóricas, também pensamentos, reflexões, deduções sobre a rotina e notas metodológicas nas quais podem ser descritos eventos sobre os acontecimentos relacionados ao método. Dessa forma, as experiências identificadas como de promoção da saúde foram verificadas *in loco*, considerando-se os avanços das práticas relacionadas às ações de promoção da saúde que contribuíam para se conhecer o processo de trabalho do NASF, as relações que estabeleciam com setores da área de abrangência, os processos criativos e inventivos, os resultados e as projeções sobre o trabalho no campo da promoção da saúde.

O estudo de campo foi conduzido até a saturação dos dados, porém todos os farmacêuticos foram entrevistados, já que se buscava todas as sete opiniões. O fechamento da amostra por saturação ocorre quando há redundância de informações, em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando os tópicos abordados. Já a exaustão, quando todos os indivíduos disponíveis são incluídos no estudo (FONTANELLA et al., 2008).

3.2.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos estão de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A participação ocorreu mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice B) pelas pessoas que concordaram em participar do estudo. A gravação da entrevista só foi realizada mediante autorização do participante. Além disso, todos os dados estão em sigilo e o anonimato foi garantido pela

utilização de códigos ao serem relatadas informações e opiniões do participante (MORSE; FIELD, 1995). O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Anexo I) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (ANEXO II), sob o protocolo de número 23912.

3.2.7 Confiabilidade dos dados

Na tentativa de diminuir os vieses da pesquisa e uma maior confiabilidade dos dados obtidos, utilizaram-se duas fontes de coleta, para. Segundo Maffezzolli e Boehs (2008) a adoção de múltiplas percepções pode clarear o significado e o entendimento das diferentes formas pelas quais o fenômeno é percebido e, de certa forma, verificar a repetição de determinada observação ou interpretação alcançada por uma fonte de dados, em comparação a outras fontes utilizadas. Como descrito anteriormente, o tempo de permanência foi o suficiente para a obtenção dos dados necessários. Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999) este tempo deve ser suficientemente longo para que se possa apreender a cultura de uma perspectiva mais ampla, corrigir interpretações falsas ou enviesadas e identificar distorções nas informações dos participantes. Além disso, as entrevistas foram transcritas logo após sua realização, para que os dados obtidos fossem checados pelos participantes. Segundo os mesmos autores, é necessário verificar se as interpretações do pesquisador fazem sentido para aqueles que forneceram os dados. A transcrição imediata também auxilia na percepção da saturação dos dados, identificando-se o momento do fechamento da amostra (FONTANELLA et al., 2008). Além disso, os resultados obtidos pela pesquisa foram apresentados, de forma anônima, em uma reunião com os farmacêuticos participantes, evitando a identificação das ações ou falas dos participantes pelos demais. Os apontamentos e críticas levantados na reunião foram levados em consideração para a versão final do trabalho.

3.2.8 Análise dos dados

Os dados obtidos através das entrevistas e das observações foram analisados através do método de análise de conteúdo. Esta análise é uma técnica que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2010). Segundo Minayo (2010) a análise parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos e atinge um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articulando a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características. A metodologia utilizada foi a proposta por Bardin (2010), que a organiza em três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos dados.

A pré-análise consiste na organização do material coletado através das entrevistas e anotações do diário de campo a partir das observações da rotina dos farmacêuticos. Primeiramente, foi realizada uma leitura flutuante em todo o conteúdo obtido a fim de estabelecer o contato com os dados, dessa forma, o conteúdo deverá ser lido, cuidadosamente, por diversas vezes, apreendendo-se as mensagens contidas nas entrelinhas dos textos. A leitura flutuante é fundamental para a revisão dos objetivos e hipóteses da pesquisa e determinação do corpus em que o pesquisador fixará sua atenção (BARDIN, 2010). Os diferentes dados (entrevista e observação) foram tratados separadamente.

A etapa de exploração do material é considerada a mais longa e exaustiva, em que os dados são codificados, ou seja, transformados sistematicamente e agregados em unidades, permitindo atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, esclarecendo o analista das características do texto.

Nesta etapa, após a leitura exaustiva, foram definidas as unidades de registro, posteriormente transformadas em unidades de significado, e a escolha de categorias. A categorização reúne um grupo de elementos sob um título genérico, devido a características comuns. Para as entrevistas, foram utilizadas como pré-categorias as questões utilizadas no roteiro, a fim de auxiliar o início da exploração do material. Após a organização das pré-categorias, os dados sofreram sucessivos recortes para que as unidades de significado sejam definidas através de palavras ou frases. Assim, foram criadas as subcategorias, através de reflexões, formulações, analogias, associações e releituras do conteúdo, e finalmente a conformação das categorias. Segundo Bardin (2010), as categorias devem respeitar os critérios de exclusão mútua, homogeneidade, objetividade e fidelidade, pertinência e produtividade.

A última etapa consistiu no tratamento dos dados e na sua interpretação, em que foram feitas diversas reflexões e associações, buscando fundamentar e cotejar teoricamente os achados da pesquisa. Dessa forma, os resultados encontrados sofreram a teorização para que fossem elaboradas as conclusões finais e as contribuições do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A FARMÁCIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMO TEMOS CAMINHADO? A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA FARMACÊUTICA.

4.1.1 Caracterização dos estudos

A busca resultou em 257 resumos selecionados, sendo que desses, 170 artigos na íntegra foram analisando e os demais foram categorizados apenas pelo resumo (Figura 1).

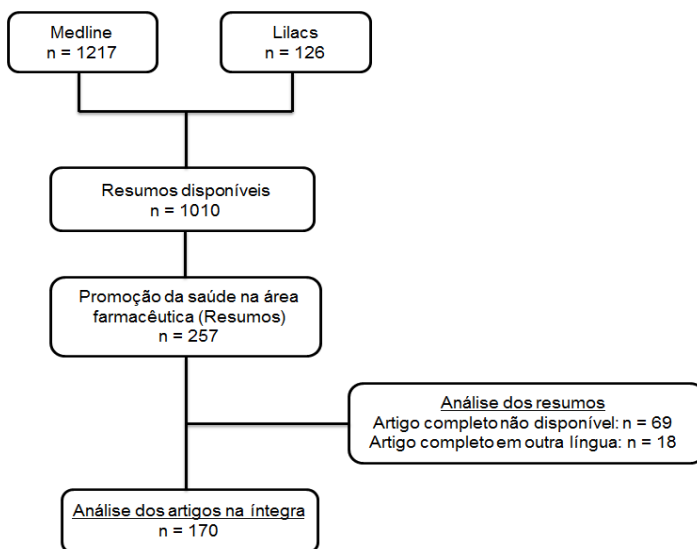


Figura 1: Seleção dos estudos analisados

Os primeiros estudos datam de 1975, com crescimento na década de 90 e maior concentração em 2011, sendo que o maior número de estudos foi realizado nos Estados Unidos (Tabela 1), seguido do Brasil, Austrália e Canadá. Em periódicos brasileiros, apenas a partir de 1996 iniciam-se as publicações no tema, sendo que a segunda colocação em relação ao local de estudo é devido a uma das bases de dados ser latino-americana.

Tabela 1: Caracterização dos estudos selecionados

Ano	n(%)
1975 - 1981	8 (3%)
1982 - 1991	14 (5%)
1992 - 2001	57 (22%)
2002 - 2011	178 (69%)
Local do estudo	n (%)
EUA.	43 (17%)
Brasil	14 (5%)
Austrália	9 (4%)
Canadá	9 (4%)
Escócia	8 (3%)
Japão	5 (2%)
Outros	63 (24%)
Não relatado	106 (41%)
Tipo do estudo	n(%)
Teórico	163 (63%)
Prático	94 (34%)
População alvo	n (%)
Farmacêuticos	139 (54%)
Estudantes	39 (15%)
Pacientes	61 (24%)
Outros	18 (7%)
Âmbito	n (%)
Farmácia comunitária	101 (39%)
Faculdades de farmácia	31 (12%)
Hospital, ambulatório, sistema de saúde, clínica	22 (9%)
Escolas	5 (2%)
Não relatado	98 (38%)
Foco	n (%)
Cessação do tabagismo	26 (10%)
Doenç�as cardiovasculares	18 (7%)
Asma	10 (4%)
Saúde bucal	8 (3%)
Diabetes	7 (3%)
Outros	61 (24%)
Não relatado	127 (49%)

A realização, em 1978, em Alma-Ata, da I Conferência Internacional sobre os cuidados primários de saúde, marcou os debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo e despertou a necessidade de estudos e publicações acerca da promoção da saúde como norteamento do desenvolvimento e reforma dos sistemas de saúde. Em 1986, a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde apresentou contribuições fundamentais, não só pela articulação de diretrizes políticas, mas também acendendo o interesse acadêmico sobre o tema (COLLINS; HAYES, 2007; CATFORD, 2011).

Entre os anos 60 e 70 a intensa mobilização política e social estimulou uma crítica contundente e questionadora dos fundamentos básicos dos sistemas de serviços de saúde, configurando assim, as reformas sanitárias em diversos países na década de 80. As novas propostas para os sistemas de saúde tiveram influência dos referências de promoção da saúde, sendo que o novo modelo reforçava a estrutura descentralizada, priorizando a atenção primária e estimulando a mudança de ênfase para atividades de promoção e prevenção (ALMEIDA, 1996).

No Brasil, inicia-se na década 90 a reforma curricular dos cursos de farmácia, que passaram a considerar as diretrizes desenvolvidas pelos organismos internacionais e a vigência do Sistema Único de Saúde (estruturado a partir dos princípios da Atenção Primária em Saúde, da Promoção da Saúde e do direito universal à saúde garantido constitucionalmente). Também é deste período o início da estruturação dos serviços farmacêuticos nos serviços públicos de saúde, em todos os níveis de atenção.

A maioria das publicações identificadas são trabalhos teóricos que relatam atividades descritas como de promoção da saúde em farmácias comunitárias, tendo como sujeitos do estudo os próprios farmacêuticos e, em menor proporção, os usuários (Tabela 1). Os trabalhos relativos a práticas desenvolvidas se limitam a descrever atividades realizadas em programas pontuais (destinado à prevenção específica ou manejo de doenças

crônicas, do uso de drogas ilícitas, da cessação do tabagismo), propondo materiais e práticas como folders, palestras e aconselhamento farmacêutico; atividades educativas em temas mais amplos, especialmente relacionados aos cuidados com o uso de medicamentos; e a avaliar a opinião do farmacêutico ou a satisfação do paciente quanto aos serviços realizados. Atividades educativas voltadas para estudantes de cursos de graduação e programas realizados por eles, além de novos focos para os currículos dos cursos também foram identificados nos artigos. Estratégias na área farmacêutica visando atender programas voltados à saúde da população, como Healthy People (2010 e 2020), também foram citadas (BABB; BABB, 2003; CIARDULLI; GOODE, 2003; OFFIONG et al., 2011).

Avaliações sobre a efetividade das atividades realizadas no âmbito farmacêutico para promover melhores condições de saúde não foram localizadas. A necessidade de buscar evidências sobre a efetividade, ou a relação entre custos e resultados de programas destinados a promover saúde tem sido debatida no meio acadêmico e governamental, como forma de sustentar decisões políticas e sociais e investimentos no setor. No entanto, o caráter amplo e difuso do que é definido como promoção da saúde impõem obstáculos a avaliações mais objetivas e mensuráveis. Metodologias adequadas a estas avaliações ainda carecem de investimentos, pois as abordagens têm focalizado, mais prevalentemente, as mudanças de comportamento individual e ainda, a análise de mudanças comunitárias de comportamentos de risco (JOHNSON, 1996; BABB; BABB, 2003; MERZEL; D’AFFLITTI, 2003).

Confrontado com o referencial da Carta de Ottawa (Tabela 2), a maioria dos estudos revelou ter como campo de investigação principal alguma proposição de reorientação da organização e oferta de práticas farmacêuticas, como o desenvolvimento de um modelo organizacional para farmácias comunitárias (SCAHILL et al., 2010) ou, em sua maioria, informações, aconselhamentos e outras estratégias (BABB;

BABB, 2003; VIEIRA, 2007), com objetivos destinados a, principalmente, mudanças de atitudes pessoais na população como substrato para uma vida mais saudável (como o incentivo a atividade física, mudança na alimentação), como programas e campanhas (HAMMARSTRÖM et al., 1995; HERSBERGER et al., 2006; KELLOW, 2011). Além disso, atividades de educação em saúde, com foco em adesão e uso correto de medicamentos também foram descritas (JELLIN; MAR, 1980; TANIGUCHI, 1980; AWAD; ABAHUSSAIN, 2010).

Tabela 2: Caracterização dos artigos selecionados, segundo Carta de Ottawa.

Campo de ação (Carta de Ottawa)	n (%)	Resumo
Elaboração de Políticas Públicas Saudáveis	1 (0.4%)	Modificações de políticas públicas e práticas farmacêuticas por influência da demanda no atendimento da farmácia, no caso, ocasionado pelo avanço do HIV/AIDS.
Criação de ambientes favoráveis	-	-
Reforço da ação comunitária	4 (2%)	Propostas que tem como objetivo o empoderamento dos indivíduos ou de comunidades para o controle das próprias escolhas. Estas, focadas, principalmente, na adesão ao tratamento medicamentoso, em atitudes pessoais para prevenção de doenças e participação ativa em palestras de educação em saúde e campanhas de saúde.
Desenvolvimento de atitudes pessoais	148 (58%)	Incentivo a mudanças de hábitos pessoais, considerados prejudiciais, dos indivíduos para uma vida mais saudável e melhor qualidade de vida. Programas e campanhas com foco na promoção da atividade física, alimentação saudável, cessação do tabagismo são os mais citados.
Reorientação dos serviços de saúde	245 (95%)	Propostas de reorganização das farmácias e oferta de práticas e serviços farmacêuticos, como informações, aconselhamentos, acompanhamentos, educação em saúde e outras estratégias.

Proposições de ações que tenham como objetivo o reforço da ação comunitária podem ser observados nos artigos que indicam o desenvolvimento de empoderamento dos indivíduos ou a organização de determinada comunidade para que estes tenham o controle das suas escolhas (SRNKA; PORTNER, 1997; NICHOLS-ENGLISH; POIRIER, 2000;

KELLOW, 2011), porém, focadas apenas na adesão ao tratamento medicamentoso e em atitudes pessoais para prevenção de doenças. O campo de políticas públicas foi identificado no resumo que aborda a influência das farmácias nas mudanças das políticas e práticas farmacêuticas em resposta ao avanço do HIV/AIDS (MYERS et al., 1996). O campo de ambientes favoráveis à saúde não foi abordado nos artigos.

4.1.2 Papel do farmacêutico

Para os autores dos artigos analisados, o farmacêutico é o último contato do paciente com um profissional de saúde após decisão médica pela terapia farmacológica (KELLOW, 2011), ou o único contato em relação aos medicamentos isentos de prescrição e às mudanças de hábitos, como a cessação do tabagismo (AQUILINO et al., 2003; LLOYD-WILLIAMS, 2003). A grande maioria dos artigos caracteriza o farmacêutico como um profissional acessível, disponível e a farmácia como um local privilegiado para a promoção da saúde, já que pode ser encontrada nos mais diversos lugares, e muitas vezes em funcionamento 24h por dia (MYERS et al., 1996; NICHOLS-ENGLISH; POIRIER, 2000).

As ações desempenhadas pelos farmacêuticos, propostas ou estudadas nos artigos revisados, podem ser agrupadas em quatro linhas:

(1) Educação e aconselhamento do paciente, em relação à dose do medicamento, efeitos adversos, interações medicamentosas, podendo incluir uma intervenção na terapia com o objetivo de melhorar seu cumprimento. Educação e aconselhamento para modificações de comportamento e mudança no estilo de vida, como autocuidado, aconselhamento nutricional, programa de exercícios físicos e cessação do tabagismo (NICHOLS-ENGLISH; POIRIER, 2000; BERDINE; O'NEIL, 2007; SISSON; KUHN, 2009; MAFFEO et al., 2009).

(2) O acompanhamento ou monitoramento, visando detectar a não adesão do paciente e reconhecer possíveis efeitos adversos (O'LOUGHLIN et al., 1999; CHANDRA et al., 2003; GRAND et al., 2003).

(3) O encaminhamento para profissionais especializados, quando cuidados específicos forem necessários (O'LOUGHLIN et al., 1999; NAVES et al., 2005).

(4) A triagem de sujeitos com fatores de risco para enfermidades alvo de programas de saúde, como doenças cardiovasculares (SRNKA; PORTNER, 1997; BOYLE et al., 2004).

4.1.3 Barreiras para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde

As barreiras ao desenvolvimento de serviços farmacêuticos promotores de saúde, no entanto, tomam grande espaço das publicações, refletindo as preocupações quanto à reorientação da própria profissão, que vem sendo estimulada por organismos internacionais, pelo mercado da área e pelo sistema público de saúde (no contexto brasileiro). Três âmbitos de barreiras para o desenvolvimento de ações profissionais dos farmacêuticos são identificados na literatura pesquisada:

(1) O farmacêutico e a categoria, a falta de conhecimento do farmacêutico sobre os produtos farmacêuticos e seus usos (PAUL et al., 2007) ou sobre saúde bucal (DICKINSON et al., 1995; MAUNDER; LANDES, 2005), o conflito de papéis quando em farmácia comunitária, devido a necessidade de se vender produtos (LLOYD-WILLIAMS, 2003), a falta de habilidade e treinamento específicos para ações de promoção da saúde, necessitando-se capacitações e treinamentos aos farmacêuticos (O'LOUGHLIN et al., 1999; VINHOLES et al., 2009); além de barreiras pessoais como medo, resistência a novos conceitos e falta de confiança, características prevalentemente referidas em farmacêuticos (BOYLE et al., 2004; SUNDERLAND et al., 2006).

- (2) A farmácia e a organização do trabalho, como falta de remuneração adequada, muitas atividades a serem realizadas (AQUILINO et al., 2003; GEORGE et al., 2010) e consequente falta de tempo (PATWARDHAN; CHEWNING, 2009), falta de instrumentos adequados para as ações (O'LOUGHLIN et al., 1999), comunicação e o conflito de papéis, ausência de espaço físico adequado e privacidade para realizar as atividades de aconselhamento dos pacientes (FOSTER; SMITH, 1998; O'LOUGHLIN et al., 1999; NICHOLS-ENGLISH; POIRIER, 2000).
- (3) O setor saúde, como a falta de integração entre as equipes profissionais e com os pacientes (DICKINSON et al., 1995) e a falta de reconhecimento do papel do farmacêutico por outros profissionais de saúde e pela própria população (O'LOUGHLIN et al., 1999).

4.1.4 Conceito de promoção da saúde

Os autores pesquisados não identificaram e discutiram de forma mais consistente, no entanto, o entendimento sobre ações de promoção da saúde e em que bases teóricas e metodológicas estas ações devem ser planejadas, propostas, desenvolvidas e avaliadas, conforme sugerido por Leite (2007). O emprego de uma definição explícita para o conceito de promoção da saúde foi apresentado apenas em poucos artigos. Entre as definições, estão: "*Ciência e arte de ajudar pessoas a mudar seus estilos de vida para mover em direção a um estado de ótima saúde*" (CHANDRA et al., 2003); "*Processo de habilitar as pessoas a aumentar o controle e melhorar sua saúde*" (BERDINE; O'NEIL, 2007); "*Uma ferramenta de preparação da comunidade para contribuir na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, exigindo o comprometimento de seus integrantes na condução desse processo*" (VINHOLES et al., 2009); "*Uma estratégia de mediação entre as pessoas e seus ambientes, combinando escolha pessoal com responsabilidade social para a saúde para*

criar um futuro mais saudável' (O'LOUGHLIN et al., 1999; PETERSON et al., 2010).

A ausência de uma definição explícita do que os autores estão considerando como promoção da saúde, em grande parte dos textos revisados, ou mesmo a ausência de uma indicação bibliográfica específica para tal pode revelar que o tema é, ainda frequentemente, tratado no nível do senso comum e sem embasamento teórico-metodológico que o sustente. Desta forma, os estudos e discursos ficam apoiados em conceitos implícitos dos autores (muitas vezes divergentes do referencial consolidado) e constrangidos a interpretações diversas pelos interlocutores (de acordo com seus próprios conceitos).

Segundo Buss (2000) podem-se reunir os enunciados de promoção da saúde em dois grupos. No primeiro, ela consiste nas atividades dirigidas às mudanças de comportamento, buscando um estilo de vida mais saudável e localizam-se no nível individual, no máximo no seio das famílias, no ambiente das culturas da comunidade em que vivem. E o segundo, que abrange a concepção segundo a carta de Ottawa, em que as atividades voltam-se para o coletivo e o ambiente, nos níveis físico, social, político, econômico e cultural. Em algumas das definições encontradas, citadas acima, pode-se interpretar uma concepção mais próxima à Carta de Ottawa, pressupondo a integração e interdependência dos cinco campos de ação definidos. No entanto, não é esta a interpretação que pode ser feita nas proposições teóricas e práticas dos textos, que estão muito mais limitadas em ações informativas unidirecionais, focadas no saber profissional e na sua disposição para informar ou prestar aconselhamentos, propondo uma educação em saúde preventivista e não construtivista, tendo a mudança de estilo de vida dos indivíduos (para uso correto de medicamentos ou prevenção de fatores de risco) como o objetivo principal, o que fica evidenciado pelos campos de ação descritos na Tabela 2. A abrangência da ação política do setor farmacêutico, tanto na mobilização e conscientização da população, quanto na

intervenção direta sobre formuladores e executores de políticas públicas sociais, de meio ambiente e de saúde é muito pouco abordada. Apenas um estudo discute a visão holística da prática farmacêutica no contexto da saúde bucal (BLACK et al., 1991) e outro, o suporte social de pacientes diabéticos e imigrantes por um profissional bilíngue e bicultural (GERBER et al., 2010), porém não foi possível aprofundar no tema, já que o artigo na íntegra não pôde ser recuperado.

Segundo Wiggins (2011) o empowerment é a chave para a promoção da saúde, sendo que a educação popular é considerada um método efetivo para aumentá-lo e, conseqüentemente, melhorar a saúde. A educação tradicional que oferece aos pacientes informações, panfletos e palestras em grupo é importante para informar os pacientes sobre sua doença, porém não é suficiente (HOLMSTRÖM; RÖING, 2010), deve-se, portanto, buscar o aumento da autonomia do paciente e não apenas sua adesão e cumprimento de recomendações (ANDERSON; FUNNEL, 2009). Essa educação popular que visa a autonomia dos indivíduos e coletivos tem forte inspiração do educador brasileiro Paulo Freire. Segundo ele, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 1996). Assim, observa-se a necessidade de incentivar o empowerment, pois este possibilita aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades, além de sua participação nos processos decisórios, nas atividades de planejamento e na implementação de ações de saúde (CARVALHO e GASTALDO, 2008).

A limitação das propostas e discussões sobre promoção da saúde na área farmacêutica, assim como a falta de desenvolvimento de referencial teórico nos trabalhos analisados aponta para um distanciamento expressivo da categoria em relação ao referencial articulado pela Carta de Ottawa e assumido como marco teórico na concepção do sistema de

saúde no Brasil. Embora a área farmacêutica no Brasil e em muitos outros países tenha passado por reforma curricular em seus cursos de graduação e, nas últimas duas décadas, tenha havido iniciativas no sentido de modificar o papel social da farmácia e a atuação do farmacêutico no sistema de saúde, os resultados ainda são acanhados, contrastando com a evolução que outras profissões têm alcançado no projeto de formação, cuja aptidão dos profissionais ao trabalho interdisciplinar e na atenção primária à saúde levam a ações mais abrangentes e decisivas para as mudanças de modelo de atenção há tempos conclamadas.

Sendo as ações educativas o principal foco da promoção da saúde na farmácia, e sendo as mudanças de comportamento entendidas como finalidade última da educação em saúde para estes e outros autores, como citado por Whitehead (2001), vale a observação do autor: a adoção de modelos tradicionais de educação em saúde (baseados em transmissão do saber profissional, unidirecionalmente) de forma isolada do contexto de vida das pessoas e da comunidade, pode resultar em maior dependência da população em relação aos profissionais, e ainda colaborar para o domínio do controle biomédico sobre a vida das pessoas e o autoritarismo do saber biomédico sobre os demais saberes e valores. Além disso, está bem documentado na literatura que os resultados da aplicação dessa concepção na promoção da saúde é limitada, as expectativas de mudanças comportamentais não são realistas e, frequentemente, mantém-se uma relação de educação tradicional, que frustra os profissionais em seu intento na atenção à saúde.

4.1.5 Considerações finais para a revisão integrativa da literatura

A revisão realizada indica maior concentração de estudos e relatos de experiências com foco na reorientação dos serviços farmacêuticos e mudanças no estilo de vida, limitando-se à

transmissão de informações. Ações relacionadas à elaboração de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis e reforço da capacidade da comunidade para a ação em saúde aparecem, ainda, em pequena proporção na produção acadêmica, científica ou de registro de práticas do farmacêutico, consistindo em um importante campo teórico e prático a ser desenvolvido na área da farmácia.

Os estudos científicos com esse tema apresentam inconsistência conceitual e pouco rigor metodológico uma vez que poucos explicitam a concepção de promoção de saúde que adotam. O uso do termo promoção da saúde nos estudos da área pode ser traduzido, na maioria das vezes, como estratégias para transmissão de informações sobre medicamentos e seus usos, cuidados preventivos e combate a hábitos prejudiciais à saúde.

Conclui-se que a promoção da saúde na área farmacêutica carece de embasamento em referenciais bem estruturados, internacionalmente aceitos e consolidados no campo da saúde para proporcionar para o setor farmacêutico a construção de proposições teóricas e práticas consistentes e condizentes com o conceito de promoção da saúde e capazes de sustentar a formação e prática profissional com os compromissos, habilidades e competências exigidos pelo sistema de saúde e pela população.

4.2 A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO FARMACÊUTICO NO NASF

Pelo que eles dão assim, que eles dizem... eu não sei qual é a intenção deles. [...] farmacêutica e assistente social não sabemos a que vieram. A gente não tem noção do que elas fazem, qual é a proposta delas com a gente. Na verdade é uma lei nova, e elas entraram ano passado. Então elas tão tentando ainda saber o que elas têm que fazer (Trecho de entrevista com um profissional de uma equipe de SF realizada por Arioli, 2012).

4.2.1 A implantação do NASF

Os NASF começaram a ser implantados no município no mesmo ano da publicação da portaria (2008), sendo que no ano de 2009 havia sete NASF implantados. A escolha dos profissionais farmacêuticos para o NASF se deu através de um processo seletivo interno, no qual eram pontuados a formação acadêmica e o tempo de serviço no município, tendo este último um peso maior. No caso de substituição do profissional, era escolhido um que atuava no mesmo Distrito Sanitário (DS).

No início, a Prefeitura, através da Gerência de Atenção Primária, juntamente com os coordenadores dos DS, realizou oficinas municipais e regionais para esclarecer e orientar a atuação dos profissionais nesta nova lógica. Eram realizadas reuniões quinzenais com todos os profissionais para organização do processo de trabalho, discussão de estratégias e atividades a serem realizadas. Atualmente, as reuniões acontecem mensalmente com a presença apenas dos profissionais do NASF, sendo em cada DS separadamente. Esses espaços, em teoria, devem ser utilizados, principalmente, para educação permanente ou discussão de casos clínicos e situações que

estão ocorrendo nos CS de sua responsabilidade, objetivando um aprimoramento em alguns pontos necessários, relacionados ao trabalho da equipe.

Para os profissionais que começaram atuar posteriormente (não na implantação), não houve capacitação formal, apenas a participação pontual em algumas (poucas) reuniões do NASF com educação permanente sobre processo de trabalho e competências. Dessa forma, esses profissionais tiveram que se preparar de forma individual ou conhecendo o trabalho de colegas que já atuavam no NASF, não tendo suporte da SMS para trabalhar nessa nova lógica, conforme observado na fala seguinte.

[F5]: [A preparação foi] por conta, lendo materiais, livros guias do MS, caderno da atenção básica sobre NASF, (...) autodidata, correndo atrás desse conhecimento.

No ano de 2010 foi realizada a primeira oficina dos NASF para debater a atuação no NASF, discutir o processo de trabalho como um todo, além de temas que poderiam ser abordados, como o matriciamento e as dificuldades encontradas. Apenas em 2012 começaram a ser realizadas reuniões por categoria profissional para que fosse definido o processo de trabalho da categoria. Como resultado dessas reuniões foi definido o cronograma de atividades, que prevê atividades mínimas que o profissional deve realizar e suas respectivas cargas horárias mínimas (Quadro 3), sendo função de cada farmacêutico organizar seu cronograma mensal e enviá-lo a coordenação do DS para que seja encaminhado para todos os CS de sua responsabilidade.

Quadro 3: Proposta de cronograma de atividades mínimas do farmacêutico do NASF.

Atividade	Carga horária mínima	Participação
Apoio à farmácia	8h/mês/CS	Apoio à equipe na realização do pedido mensal de medicamentos, organização da farmácia para evitar a falta e o vencimento de medicamentos.
Apoio à farmácia de referência distrital	4h/mês	Contato com usuários dos grupos de saúde mental e HIV/AIDS e discussão de caso com farmacêuticos.
Reunião de equipe	2h/mês/equipe	Discussão de caso, temas específicos, demandas do CS, estruturação de educação permanente, planejamento de ações.
Grupos de educação em saúde ou atividades coletivas	10h/mês	Participação de forma permanente ou pontual (através de convites em temas específicos). A forma de participação é escolhida pelo farmacêutico, sendo que deve ser priorizada a realidade local de cada CS.
Atendimento individual	4h/mês/CS	Conforme identificação de casos que apresentam problemas relacionados aos medicamentos. Após discussão do caso com a equipe é feito o planejamento de intervenção, conforme o contexto em que o usuário está inserido. Podem ser feitas orientações, dispensação programa ou acompanhamento sistematizado em longo prazo.

Fonte: Apresentação dos farmacêuticos na Oficial do NASF Sul (2012)

Assim, no mês de março de 2012 foi realizada a Oficina do NASF Sul no CS Armação, sendo apresentados os fluxos de trabalho de cada categoria profissional e realizadas discussões

em grupo entre cada categoria profissional do NASF e membros da equipe de SF sobre questões relacionadas ao processo de trabalho na prática, comparando com a teoria. Nos demais DS foram realizadas apenas as apresentações dos fluxos de trabalho dos profissionais para conhecimento dos demais profissionais do NASF, não tendo a participação das equipes de SF ou apenas a dos coordenadores dos CS.

4.2.2 Os serviços farmacêuticos

O documento “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS” define como finalidade dos serviços farmacêuticos o acesso qualificado aos medicamentos disponibilizados pela rede pública a seus usuários (BRASIL, 2009b). De acordo com as diretrizes, os serviços farmacêuticos estão divididos em duas categorias: técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, relacionados ao acesso ao medicamento e ao uso dos medicamentos, respectivamente. Esta categorização foi aplicada no atual estudo para sistematização das atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos.

4.2.2.1 Serviços técnico-gerenciais

Compreendem as atividades relacionadas à gestão da farmácia, garantindo a disponibilidade do medicamento, sua qualidade e conservação. Essas atividades exigem profissionais capacitados para o planejamento e execução das ações, que necessitam de conhecimentos e informações epidemiológicas, administrativas e gerenciais.

Segundo o Art. 5º da Instrução Normativa (IN) 003/2010 (FLORIANÓPOLIS, 2010b) do município, nos CS que não dispõem de farmacêutico, cabe ao coordenador designar um funcionário para se responsabilizar pelas ações administrativas (recebimento, armazenamento e controle de estoque dos medicamentos) e pelo atendimento (fornecimento, registro e

orientação ao usuário). Para isso, esse funcionário seguirá as orientações da normativa e buscará apoio técnico do farmacêutico do NASF.

As atividades mínimas que constam no cronograma do farmacêutico que compreendem essa categoria são: apoio à farmácia do CS e apoio à farmácia de referência distrital.

4.2.2.1.1 Apoio à farmácia

São responsabilidades das farmácias dos CS:

- Requisição dos medicamentos – realizada mensalmente via InfoSaúde em data específica para cada DS, segundo cronograma da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Segundo a normativa municipal (FLORIANOPOLIS, 2010b) é responsabilidade do coordenador do CS, porém, na maioria das vezes é realizada pelo farmacêutico ou pelo responsável pela farmácia com o apoio do farmacêutico. A requisição é baseada no consumo médio mensal (CMM), levando em conta a sazonalidade e possíveis períodos de desabastecimento. Alguns farmacêuticos utilizam uma planilha com dados atualizados mensalmente do CMM no período de 12 meses. O cálculo manual do CMM no período de três meses também foi observado, sendo relatado ser igualmente eficaz na representação do consumo esperado e por esse motivo, não houve adoção da planilha.

- Recebimento – Cerca de uma semana após a requisição, os medicamentos são entregues nos CS. O processo de conferência dos medicamentos entregues com a nota de entrega e a requisição, além de condições físicas gerais e prazo de validade é responsabilidade do profissional que trabalha na farmácia.

- Armazenamento – Após a conferência, os medicamentos são armazenados em gavetas nominais ou no armário de estoque. Dentro da gaveta permanecem os medicamentos com prazo de validade inferior, sendo ainda separados por lote, de

forma que o lote dispensado coincida com o lote do InfoSaúde, que automaticamente registra a dispensação do lote com prazo de validade mais próximo. Esse processo contribui para o controle da validade dos medicamentos, evitando desperdícios desnecessários por vencimento e um possível rastreamento, no caso de algum problema relacionado a determinado lote.

- Controle do estoque – é realizado através do InfoSaúde, sendo obrigatório o registro de dispensação de todos os medicamentos, já que a requisição dos medicamentos é realizada baseada no consumo e no estoque de cada medicamento. A opção saída por consumo do InfoSaúde é utilizada no caso de uso do medicamento durante o atendimento, sendo proibida para outros fins, de acordo com a normativa municipal (FLORIANÓPOLIS, 2010b). O controle da validade dos medicamentos é realizado pelo responsável pela farmácia, sendo comunicado ao DS os medicamentos com previsão de vencimento para três meses. Segundo a normativa municipal (FLORIANÓPOLIS, 2010b), o farmacêutico é responsável pela transferência de medicamentos entre os CS, conforme necessidade e disponibilidade, através da transferência simples no InfoEstoque.

- Balanço – é realizado trimestralmente em data aprovada pelo DS e divulgada antecipadamente para os usuários devido ao fechamento da farmácia por um período (4h) ou o dia inteiro (8h). Durante o balanço são contados todos os medicamentos da farmácia para que sejam feitas as correções necessárias do estoque no sistema. Além disso, as gavetas e armários de estoque são organizados conforme lote e prazo de validade, corrigindo e evitando a mistura de lotes. Apesar de ser uma responsabilidade do coordenador do CS, observou-se que a maior parte dos balanços foi realizada pelo farmacêutico com a ajuda de algum profissional da equipe, geralmente o responsável pela farmácia.

- Descarte de medicamentos – Os medicamentos vencidos são separados dos demais e encaminhados para a CAF

mediante transferência por vencimento via InfoEstoque. O mesmo procedimento é realizado com os medicamentos danificados, sendo encaminhado mediante transferência por danificação. Além disso, as farmácias recebem dos usuários medicamentos vencidos, danificados ou que não serão mais utilizados, sendo então encaminhados para o CAF. Uma campanha para o descarte dos medicamentos estava em processo de planejamento juntamente com um conselheiro de um Conselho Local de Saúde (CLS). Em alguns CS é observado um cartaz informando aos usuários que os medicamentos vencidos e que não serão utilizados podem ser entregues na farmácia.

A farmácia dos CS (não referência distrital) está sob responsabilidade de profissionais não farmacêuticos, geralmente técnico de enfermagem ou enfermeiro, sendo que na maioria dos locais há revezamento de profissionais na realização das atividades. Assim, é função do farmacêutico apoiar esses profissionais, promovendo sua capacitação para que o serviço da farmácia seja estruturado, com a realização de todas as atividades de forma adequada, garantindo assim, o acesso aos medicamentos no momento em que o usuário necessita. A presença do farmacêutico no CS tem modificado alguns hábitos antigos dos profissionais, como a necessidade de manter um grande estoque de medicamentos na farmácia e a desorganização das gavetas de medicamentos com a mistura de lotes - favorecendo o vencimento dos medicamentos -, permitindo que ele compreenda o objetivo de cada etapa da gestão e observando em médio prazo que o CMM reproduz a realidade do consumo. Opiniões como a apresentada abaixo foram relatadas.

[Relato de médico a F2]: Desde que você começou a apoiar a gente [CS], nunca teve tão pouco medicamento dentro da farmácia, mas nunca faltou tão pouco também.

4.2.2.1.2 Apoio à Farmácia de Referência Distrital

Os medicamentos sujeitos a controle especial são dispensados sob responsabilidade de um farmacêutico, sendo disponibilizados apenas nas Farmácias de Referência Distrital (FRD). O cronograma do farmacêutico do NASF inclui o apoio a essas farmácias, propiciando o contato durante a dispensação com os usuários que necessitam de medicamentos para saúde mental e do programa HIV/AIDS, este último dispensado em apenas dois locais no município. Além disso, através do contato com outros farmacêuticos são realizadas discussões de casos que são identificados por eles durante a rotina. Outro diferencial é a presença de alunos em estágio curricular, momento em que são tiradas as dúvidas dos estudantes referentes ao trabalho no NASF, ao trabalho do farmacêutico no geral, informações sobre medicamentos, saúde, entre outros.

Em caso de necessidade de substituição temporária (férias, licenças e atestados de até 30 dias) de farmacêuticos que atuam na FRD, o Art. 6º da IN 003/2010 (FLORIANÓPOLIS, 2010b) prevê a realização de acordo entre a coordenação dos DS, farmacêutico do NASF e coordenação local. Porém, essa substituição foi observada e muito citada como uma imposição feita pelo DS ao farmacêutico, que deve desmarcar suas atividades para substituir o outro profissional.

4.2.2.1.3 Outros

O farmacêutico pode ainda participar da seleção dos medicamentos sendo membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). A CFT do município é composta por: 1 médico pediatra, 1 médico geriatra, 2 médicos de família e comunidade, 1 cirurgião-dentista, 1 enfermeiro, 2 farmacêuticos da rede assistencial, 1 farmacêutico da CAF, 1 representante da Gerência de Assistência Farmacêutica, 1 representante da

Vigilância em Saúde vinculado aos Programas Estratégicos e 1 representante dos serviços de urgência e emergência.

Atualmente, os dois farmacêuticos da rede assistencial são representados por farmacêuticos do NASF. Durante o período de coleta de dados para este estudo, a CFT estava em processo de organização de uma oficina de priorização dos medicamentos a serem analisados, de discussão sobre o pedido de inclusão de um medicamento feito por uma indústria farmacêutica e de construção e análise de pareceres técnico-científicos do lorazepam (como benzodiazepínico alternativo para pessoas com doença hepática), dissulfiram (para tratamento de dependência do álcool) e cloridrato de bupropiona (como tratamento alternativo de depressão em pessoas que apresentam sintomas de disfunção sexual associado ao uso de outro antidepressivo). Após aprovação pela comissão, resultando na inclusão, manutenção, não inclusão ou exclusão do medicamento, o parecer técnico-científico é disponibilizado através do blog da CFT para consulta pública.

Outra atividade que consta no cronograma do farmacêutico é o planejamento de atividades. Esse espaço é utilizado para a organização do cronograma do mês seguinte, devendo contemplar as atividades mínimas em cada CS, além da conferência e registro das atividades realizadas durante o mês através do sistema RAAI-RAAC (Relatório ambulatorial de atendimento individual - Relatório ambulatorial de atividades coletivas) do InfoSaúde. O registro de todas as atividades é obrigatório, já que é através dele que a coordenação do DS tem acesso a produtividade de cada profissional. Apenas dois farmacêuticos possuíam um cronograma pré-definido. Se por um lado essa agenda pré-definida facilita o trabalho do farmacêutico durante o planejamento do cronograma, por outro, em certos momentos acaba impedindo-o de realizar atividades que acontecem simultaneamente em diferentes locais, já que seu cronograma define sua presença em um determinado CS.

Durante o período de coleta foram ainda observadas atividades de interação ensino-serviço, tendo farmacêuticos como preceptor de estágio curricular do curso de farmácia, da RMSF e do Projeto Pró-Pet Saúde. Atividades relacionadas à RMSF, como reunião entre preceptores e tutores, supervisão específica com tutora e supervisão geral compreenderam cerca de 12h/mês no cronograma. Em relação ao Projeto Pró-Pet Saúde, são reservadas 8h/semana para as atividades a serem realizadas entre os profissionais de saúde e os estagiários.

4.2.2.2 Serviços técnico-assistenciais

Essa categoria compreende as atividades relacionadas à garantia da efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação, além da difusão de informações sobre medicamentos e saúde, na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de SF. Como atividades dessa categoria estão: reunião de equipe, grupos de educação em saúde e atendimento individual.

4.2.2.2.1 Apoio à farmácia

- Dispensação de medicamentos – Assim como as demais atividades de apoio à farmácia, a dispensação é realizada por um profissional da equipe de SF, sendo responsabilidade do farmacêutico a capacitação desse funcionário. O processo de dispensação consiste nas seguintes etapas: acolhimento do usuário, atendimento e recebimento da prescrição, validação da prescrição, separação do medicamento, checagem da receita com o medicamento a ser dispensado, anotações necessárias ao processo de informação, entrega do medicamento, comunicação com o usuário, fornecendo informações pertinentes ao uso adequado dos medicamentos e registro do atendimento (BRASIL, 2009b). Em caso de necessidade de ajuste de doses ou substituição de forma farmacêutica, quando possível, estes

podem ser realizados apenas pelo farmacêutico, conforme normativa municipal (FLORIANÓPOLIS, 2010b), sendo que todas as orientações deverão estar por escrito, com carimbo, assinatura e data no verso da receita.

No município foi observada a simples entrega dos medicamentos constantes na receita médica, já que a falta de conhecimento técnico dos medicamentos e o rodízio de profissionais pelos setores acabam impedindo a real dispensação dos medicamentos. Durante a Oficina do NASF Sul, foi relatado por alguns profissionais que trabalham na farmácia que tanto eles quanto os usuários se sentem mais seguros quando as orientações são repassadas pelo farmacêutico, devido à confiança que têm nesse último. Os momentos em que o farmacêutico está apoiando a farmácia são utilizados pelos profissionais para observar a forma de acolhimento dos usuários, as orientações fornecidas ou mesmo tirar dúvidas que possam ter surgido durante um atendimento. O vínculo criado nesse ambiente é de extrema importância para o trabalho de todos os envolvidos, porém, a deficiência de RH e a falta de estrutura física da farmácia que impede a permanência de mais pessoas no local, acabam dificultando o estabelecimento desse vínculo.

4.2.2.2.2 Reunião de equipe

Segundo a Política Municipal de Atenção Básica (FLORIANÓPOLIS, 2007), cada equipe de SF em um CS tem garantido 2h semanais para reunião de organização, planejamento de ações e/ou espaço para discussão de caso e educação permanente. Conforme o cronograma de atividades mínimas, o farmacêutico deveria participar de uma reunião por mês de cada equipe de SF apoiada, já que esses espaços são utilizados para matriciamento, discussão de casos visitados ou a serem visitados, educação permanente, planejamento de ações do CS, entre outras atividades. Porém, foi observado que as próprias equipes de SF possuem uma indisponibilidade de tempo

e uma demanda de atividades que acabam dificultando a realização das reuniões semanais. Além disso, durante um período da coleta, as equipes de SF estavam com as ações voltadas ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), utilizando o espaço das reuniões para discussão e definição de ações e responsabilidades.

Caso não ocorra reunião da equipe de SF, o contato com a equipe pode ser realizado em outro momento agendado ou mesmo informalmente no CS, conforme a necessidade. A não realização das reuniões sem aviso prévio também acaba prejudicando o processo de trabalho do farmacêutico, pois, muitas vezes, opta-se por uma atividade em relação a outras, já que diversas reuniões de equipes de SF e grupos de educação em saúde são realizados no mesmo horário.

Além das reuniões de cada equipe de SF, há mensalmente uma reunião administrativa e/ou de planejamento do CS com duração de 4h, envolvendo todos os profissionais. O CS permanece fechado nesse período, dessa forma, deve ser organizado um cronograma no DS para que não haja reuniões simultâneas em CS próximos.

4.2.2.2.3 Grupos de educação em saúde ou atividades coletivas

Entre as atividades que as equipes de SF devem realizar no CS estão os trabalhos com grupos e atividades educativas. A participação do farmacêutico nos grupos pode acontecer de forma permanente ou pontual (através de convites), sendo bastante requisitado para discussão de assuntos relacionados ao uso de medicamento e à patologia para um melhor entendimento dessas questões pelo usuário, contribuindo para uma melhor adesão à terapia. Os principais grupos realizados são de hipertensão, diabetes, apoio psicológico, controle de tabagismo, planejamento familiar, alimentação saudável e prática de exercícios físicos, como caminhadas e alongamentos. Atividades

coletivas específica do farmacêutico ainda não são realizadas no município.

Como exemplo, um grupo de diabéticos em que o farmacêutico foi convidado para abordar a fisiopatologia da diabetes e o papel da insulina, focando na sua importância para a terapia e diferenciando os tipos de insulina utilizados pelos usuários. Essas questões abordadas levam a uma maior compreensão pelo usuário, fazendo-os entender a importância de todos os passos da terapia, e assim, optar por cumpri-la ou não. O farmacêutico pode também participar de grupos em que o medicamento não é abordado, como observado no grupo de apoio psicológico, em que a participação dele é permanente. O tema do grupo em questão era a solidão, sendo mencionado inclusive, a não existência de um medicamento para ela, apenas alternativas para amenizá-la, como uma ida a praia, o contato com a natureza, conversa com Deus. Esse grupo, segundo o farmacêutico, tem o objetivo de diminuir a ansiedade do usuário em relação à obtenção da receita médica, sendo uma oportunidade para conversar com os médicos e tirar as dúvidas existentes, sendo que a maior necessidade desses usuários é se sentir acolhido e ser ouvido. Outro exemplo de grupos é o de controle de tabagismo, em que os profissionais devem ser capacitados para participar. Nesse caso, são realizados quatro encontros em que os profissionais devem se basear no protocolo estabelecido pelo MS para conduzi-los, acrescentando informações pertinentes e tirando dúvidas.

Os grupos contribuem para o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários. Como exemplo, em um grupo de diabéticos com participação de mais de 20 usuários, o médico da equipe e profissionais do NASF que, emocionados, falaram individualmente sobre a relação que tinham com a enfermeira da equipe em seu último grupo antes de ser desligada da SMS, devido ao encerramento do seu contrato. Um abaixo-assinado foi organizado pelos usuários, assim como tentativas mal sucedidas da equipe para mantê-la no CS.

4.2.2.2.4 Atendimento individual

Os atendimentos individuais podem ser realizados nos seguintes âmbitos: farmácia, domicílio (visita domiciliar – VD) ou em consultório, com ações do tipo orientações, dispensação programada ou acompanhamentos em longo prazo. As causas dos problemas de não adesão a terapia podem ser de diversas origens, incluindo o medicamento, o usuário, o sistema de saúde, aspectos bio-psico-sociais e até relacionado aos profissionais de saúde (OPAS, 2002). É de extrema importância a identificação desses casos pela equipe de SF, principalmente o profissional que atende os usuários mensalmente na farmácia, e pelo farmacêutico durante a dispensação, atuando ele no NASF ou na FRD. Assim, os casos devem ser discutidos na reunião de equipe para que se possam planejar as ações a serem realizadas, devendo para isso, analisar o contexto em que o usuário está inserido para poder intervir na sua terapia.

Em função da grande demanda da farmácia, não é possível dar todas as orientações ou mesmo uma maior atenção aos usuários que necessitam, já que a demora no atendimento gera fila e inúmeras reclamações, além disso, há falta de espaço físico e apropriado e de um profissional para atender a farmácia, enquanto as orientações são fornecidas. Assim, os atendimentos que ocorrem na farmácia geralmente são menos complexos e não há um acompanhamento do usuário por um longo período, estes visam apenas estimular a adesão à terapia medicamentosa, com o foco no entendimento do usuário sobre os medicamentos.

Os atendimentos realizados em consultório podem ser mais completos e extensos, por se tratar de um ambiente mais propício para uma conversa, sem que haja interrupções e barreiras físicas (como o balcão e a janela existentes nas farmácias). Esses espaços podem ser utilizados para conhecer o usuário e não apenas sua receita médica, fator importante ao se

traçar um plano terapêutico. Durante um grupo, um usuário cuja pressão arterial se encontrava bem acima do considerado normal informou ao farmacêutico que não tomava o medicamento todos os dias. Conversando com o usuário em um ambiente mais privativo, observou-se que havia uma grande dificuldade de deglutição dos comprimidos, o que o impedia, muitas vezes, de tomar o medicamento. Ao final da consulta, pactuou-se que o usuário poderia ingerir o comprimido envolto a um pedaço de pão, já que essa foi a forma encontrada para que o usuário ingerisse o medicamento, utilizando-se da redução de danos. A dispensação programada tem sido implantada por um farmacêutico em um CS. Assim, todo mês o usuário agenda com o farmacêutico o dia para a retirada dos seus medicamentos, para que possa ser realizado um acompanhamento por certo período, conforme a necessidade.

As VD permitem o contato do farmacêutico com a farmácia caseira, sendo muito importante para estabelecer um diagnóstico para que, em conjunto com a equipe de SF, seja possível fazer avaliações e dar as devidas orientações. Elas são realizadas juntamente com um membro da equipe de SF, geralmente um ACS, já que as agendas do médico e do enfermeiro só possuem um período livre por semana para a realização de VD. Nesse momento, além da farmácia caseira, podem ser observados o ambiente e as condições em que o usuário vive, a relação com os familiares, buscando entender todo o contexto e o que isso pode influenciar na terapia e na vida do usuário. Os casos mais comuns são os que necessitam de apenas uma atenção a mais, como observado num caso de não adesão a terapia em que o usuário não conseguia encontrar os medicamentos que constavam na sua receita médica em sua caixa de medicamentos e vice-versa. Após conversar com o usuário observou-se que o nome genérico do medicamento estava escrito no blister em letras muito pequenas, sendo impossível para um idoso, como ele, ler. Casos mais complexos também são visitados, como uma usuária diabética cuja glicemia

capilar estava muito alta, que citou uma briga com a nora que a impedia de comer, assim, quando a nora não estava em casa a usuária comia compulsivamente, impedindo o controle da glicemia.

Segundo o Art. 22 § 2º do IN 001/2010 (FLORIANOPOLIS, 2010a) os atendimentos específicos não deverão exceder 60% da carga horária mensal, garantindo assim, as ações de apoio matricial às equipes de SF e em seus territórios de atuação.

4.2.2.2.5 Outros

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial n. 6286/2007, objetivando, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica. Os profissionais do NASF tem como atribuição o apoio à equipe de SF na coordenação do cuidado em todas as ações previstas, participando da construção de planos e abordagens terapêuticas, realizando discussões entre os profissionais, além de estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF (BRASIL, 2009a).

Apenas um NASF estava envolvido nas ações relacionadas ao PSE durante o período observado, porém, as atividades estavam sendo executadas pelos residentes de farmácia, nutrição, educação física, serviço social e enfermagem. Esse grupo estava desenvolvendo suas atividades em dois CS, visitando cerca de duas escolas por bairro. Apesar de não haver tema específico da farmácia, a residente participava de todas as atividades, contribuindo com seus conhecimentos e aprendendo com os demais.

Uma vez ao mês é realizada uma reunião de todos os farmacêuticos que trabalham na prefeitura. Apesar de o horário ter sido escolhido por votação e seu tempo de duração ser

descontado das horas de trabalho, são poucos os farmacêuticos que participam regularmente. Foram acompanhadas três reuniões, em que o número médio de participantes foi cinco, sendo três farmacêuticos do NASF. Durante as reuniões foram discutidos os diferentes processos de trabalho do farmacêutico na AB, considerando a possibilidade de enviar um projeto a SMS para que todos os farmacêuticos possam trabalhar na lógica do NASF, dividindo seu tempo entre a FRD e os CS, diminuindo assim, o número de equipes de SF para cada farmacêutico e possibilitando a gratificação do NASF para todos, como adicional à remuneração. Além disso, organizou-se uma forma de educação permanente, estudando e discutindo em grupo a fisiopatologia de algumas doenças, assim como os tratamentos disponíveis no município, sendo da AB ou do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF). Inicialmente, optou-se pelos medicamentos para osteoporose, estudando também a disponibilidade do carbonato de cálcio + calciferol apenas na FE e do alendronato de sódio 70mg apenas na FE e nas FRD.

A partir da observação junto ao cotidiano dos farmacêuticos, construiu-se um quadro (Quadro 4) com as atividades por eles desenvolvidas no período observado.

Quadro 4: Serviços farmacêuticos categorizados entre técnico-gerenciais e técnico-assistenciais.

Atividades realizadas pelos farmacêuticos	
<u>Técnico-gerenciais</u>	<u>Técnico-assistenciais</u>
Capacitação de outros profissionais quanto aos serviços da farmácia;	Dispensação de medicamentos;
Requisição de medicamentos;	Reunião de equipe de SF/CS;
Armazenamento e organização de medicamentos;	Matriciamento;
Balanço e correção de estoque;	Grupos de educação em saúde;
Transferência de medicamentos para outro CS;	Atendimento individual (farmácia, consultório e visita domiciliar);
Descarte de medicamentos;	Educação permanente;
Planejamento de atividades mensais;	Reunião do NASF;
Participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).	Programa Saúde na Escola (PSE);
	Reunião de farmacêuticos.

Elaborado pela autora.

4.2.3 O processo de trabalho ainda em construção

Mesmo após três anos da inserção dos farmacêuticos no NASF no município, observa-se, através das falas, que o processo de trabalho ainda não está definido e bem estruturado:

[F3]: Não tem um processo de trabalho definido ainda (...). No início, tentou-se fixar um processo de trabalho, porém esse processo não deu certo, por esse caminho percebeu-se que não iria fluir.

[F5]: O processo de trabalho [do farmacêutico no NASF] ainda está em construção.

Ao iniciar suas atividades no NASF, o profissional pôde elaborar e organizar seu próprio cronograma (certa “liberdade” e “autonomia” dada por parte da gerência), tendo, de forma geral, distribuído suas 40h/semanais segundo a demanda de cada CS, conforme observado nas falas. No contexto de um farmacêutico

que tem 11 CS sob sua responsabilidade, a necessidade de priorização de atividades e CS foi também citada.

[F4]: Quando eu assumi, tive que definir como iria distribuir minha carga horária, como que minimamente eu ia me organizar, foi um processo pessoal, não teve uma construção coletiva nem com a coordenação do distrito, só me pediram pra fazer uma proposta de como seria a minha organização, mas fui eu que sentei e elaborei uma proposta.

[F3]: Foi definido de acordo com a necessidade da unidade, o que a unidade queria, [você] se adapta e faz o trabalho. Se uma unidade precisa do farmacêutico na dispensação, é feita dispensação e capacitação do técnico, se precisa de ajuda em grupos (...).

[F7]: Eu procurei priorizar algumas coisas, como era trabalho demais pra uma pessoa só, eu procurei priorizar aquilo que geraria mais impacto, então eu procurei priorizar algumas unidades que tinham mais abertura para o trabalho, aquelas unidades que eram mais resistentes eu deixei mais de lado.

Na construção do cronograma, para os farmacêuticos sem experiência prática na lógica da SF, o trabalho dentro da farmácia apresentou-se como a melhor forma de criação de vínculo com a equipe de SF. Já para os farmacêuticos que fizeram a RMSF, cujos processos de trabalho se assemelham, houve uma maior facilidade na realização de atividades assistenciais, envolvendo a equipe de SF e os usuários. Um farmacêutico citou a definição do cronograma de atividades mínimas como um marco, pois a partir desse momento passou a ter uma referência para a elaboração do seu cronograma.

[F7]: Existe um marco antes dessa reunião de fluxo de trabalho nossa e depois. Depois eu passei a formatar um pouco mais próxima do que foi definido como fluxo.

4.2.4. O atual perfil do processo de trabalho do farmacêutico no NASF

Observou-se um dilema na definição do processo de trabalho para o farmacêutico atuando no NASF, já que ao atuar assistencialmente tem sua contribuição ampliada e reconhecida, porém, ao mesmo tempo, se mantém ausente do cotidiano dos serviços das farmácias, já que é responsável por várias equipes de SF e farmácias nos diversos CS. Assim, o farmacêutico acaba atuando em dois âmbitos diferentes: como um farmacêutico que visa estruturar as farmácias e como um farmacêutico que visa apoiar as equipes de SF em suas atividades.

Através do acompanhamento dos farmacêuticos pôde-se construir o Quadro 5, classificando a participação de cada um nas principais atividades realizadas, com o objetivo de visualizar a conformação do processo de trabalho atual. Ressalta-se que esse período compreendeu entre 10 a 12 dias, podendo ter ocorrido em apenas um mês ou dividido em dois meses. Assim, essa classificação não representa exatamente a realidade, e sim o momento da observação, já que o cronograma de atividades é montado para um mês completo.

Quadro 5: Atual perfil do processo de trabalho dos farmacêuticos dos NASF.

		Serviços farmacêuticos		NASF	
	Reunião dos farmacêuticos	+++	+++	+++	+
	Dispensação	++	++	++	+
	Farmácia Referência	+	+	+++	+
	Planejamento atividades	++	++	++	+
	Balanço	++	++	++	+
	Armazenamento/ Organização	+++	++	++	+
	Requisição de medicamentos	+	+	++	++
F1		+	++	++	+
F2		+	++	++	+
F3		+	++	++	+
F4		++	++	++	++
F5		++	++	++	++
F6		++	++	++	++
F7		+	++++	+	+

Elaborado pela autora.

* A Farmácia de Referência Distrital está dentro de um CS, diferentemente das demais regiões em que está na Policlínica.

Observa-se que a dispensação é a atividade realizada com maior frequência e por todos os farmacêuticos, sendo seguida pela participação em grupos de educação em saúde, realizada com maior frequência e pela requisição de medicamentos, realizada pela maioria dos farmacêuticos. Além disso, é possível observar o perfil de cada farmacêutico durante o período acompanhado.

F1: maior frequência de atendimentos individuais, realizados durante VD e início de implantação da dispensação programada; e participação nas reuniões de equipe ou de planejamento do CS.

F2: frequência mais distribuída entre as atividades, com foco na participação em grupos de educação em saúde, como o de hipertensos e diabéticos de forma pontual e o de saúde mental de forma permanente.

F3: organização e participação do grupo de controle de tabagismo juntamente com a nutricionista e a profissional de educação física, não havendo envolvimento da equipe de SF por falta de profissionais. Aproveitando o curso de especialização, F3 utilizou-se da auriculoterapia ao final dos grupos para ajudar os usuários com a ansiedade causada pelo abandono do cigarro.

F4: maior frequência de balanço realizado, explicado pelo atrasado na entrega dos medicamentos pela CAF, diminuindo os estoques das farmácias e assim, facilitando a realização do balanço. F4 organiza juntamente com a nutricionista e a educadora física um grupo de emagrecimento, estando presente na maioria dos encontros.

F5: organização e participação de novos grupos e de grupos de manutenção do controle do tabagismo juntamente com o médico de uma equipe de SF. Além disso, foram observadas discussões de caso juntamente com equipes de SF, farmacêutico do CAPS e geriatra da Policlínica. Durante o período observado, foi solicitada cerca de três vezes a presença de F5 na FRD para substituição temporária do farmacêutico.

F6: 8h/semana para atividades do Projeto Pró-Pet Saúde em parceria da prefeitura com a Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), sendo realizadas reuniões entre profissionais de saúde e estagiários para discussão das ações e as próprias ações nos locais definidos.

F7: o farmacêutico divide sua carga horária entre o NASF e a Policlínica ou UPA por necessidade de substituição dos farmacêuticos, exercendo parcialmente as atividades no NASF.

Após a coleta e a observação dos dados e do perfil atual do processo de trabalho, optou-se por construir categorias analíticas utilizando a ideia da dialética, já que a proposta do NASF tem se apresentado de forma ambígua, principalmente para o farmacêutico. Antes mesmo do início desse trabalho, diversas foram opiniões a respeito do NASF escutadas por farmacêuticos, dividindo-se em uma ampliação de atuação do farmacêutico, possibilitando sua inserção em uma equipe multiprofissional e, uma atitude precipitada, pois, os farmacêuticos deveriam ser inseridos na AB para a estruturação de todas as farmácias primeiramente e, após isso concretizado, o farmacêutico poderia trabalhar em atividades assistenciais. Nessa lógica de ambiguidade, emergiram duas categorias: processo de trabalho de apoiador das equipes de SF x processo de trabalho no atendimento das demandas por serviços farmacêuticos e processo de trabalho “autônomo” x processo de trabalho “limitador”.

4.2.4.1. Processo de trabalho de apoiador das equipes de SF x Processo de trabalho no atendimento das demandas por serviços farmacêuticos

Essa categoria representa o dilema do profissional farmacêutico na definição das atividades a serem realizadas, ora sendo um apoiador das equipes de SF, ora sendo um farmacêutico mais restrito às farmácias.

4.2.4.1.1 Processo de trabalho de apoiador das equipes de SF

Muitas são as expectativas e as proposições teóricas elaboradas por alguns autores para a almejada atuação do farmacêutico em equipes multiprofissionais. Segundo Sartor (2004), o farmacêutico interagindo com outros profissionais pode contribuir na discussão da racionalidade das terapias, alertando sobre possíveis interações medicamentosas, avaliando o risco-benefício das terapias e proporcionando uma melhor Assistência Farmacêutica aos usuários. O contato com uma equipe pode proporcionar ao farmacêutico, segundo Riciéri e colaboradores (2006), o conhecimento da realidade da saúde, o conhecimento do próprio profissional, o aprendizado e a experiência para lidar com situações adversas, o uso de tecnologias leves em relação às duras e o trabalho em equipe em relação ao individualismo para aprender a ser, de fato, um profissional de saúde.

A oportunidade de se inserir em uma equipe multiprofissional para o desenvolvimento das atividades foi citado como positivo por muitos dos farmacêuticos, já que permite a troca de conhecimentos com outros profissionais, qualificando e potencializando o trabalho, além de permitir a participação em diversas áreas fora do campo de atuação específico da farmácia.

Porém, foi observado que as atividades em conjunto com a equipe de SF ainda compreendem uma pequena parte do cronograma mensal do farmacêutico. Assim como citado por Vannucchi e Carneiro Junior (2012), Arioli (2012) e também observado na realidade do município e em falas durante uma oficina do NASF, ainda não há uma compreensão completa do trabalho do NASF, tanto pelos próprios profissionais do NASF quanto para as equipes de SF. O documento com as Diretrizes do NASF que deveria ser referência para o trabalho acaba sendo um dicionário de conceitos-chave, definindo-os teoricamente na maior parte do tempo, ou como citado por Vannucchi e Carneiro Junior (2012), o documento diz “o que fazer”, mas não “como fazer”. Exemplo disso foi a necessidade de construção do

cronograma conjuntamente com outros profissionais, devido à inexperiência no trabalho na lógica da SF e a insegurança em relação às atividades a serem desempenhadas. Pereira (2012) relata a falta de domínio dos trabalhadores do NASF quanto ao seu processo de trabalho, especialmente para as atividades não tecnicamente definidas para sua profissão, mas para aquelas referentes à interdisciplinaridade, ao trabalho em equipe, ao matriciamento. Para a autora, esta insegurança contribui para uma práxis conservadora e alienada.

Segundo as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010), a atuação dos profissionais é baseada em uma tecnologia de gestão chamada apoio matricial. Esse apoio matricial objetiva assegurar a retaguarda especializada, tanto assistencial quanto suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, buscando construir e ativar a comunicação e o compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Contudo, observou-se que a relação com a equipe de SF não acontece exatamente como proposta, pois não ocorre o matriciamento em muitos casos, fato também relatado por F3: “(...) um fluxo que deveria ser via matriciamento e não acontece”.

Os casos nem sempre são passados da equipe de referência para o farmacêutico e vice-versa, estabelecendo assim um novo fluxo de acesso ao farmacêutico do NASF, em que a proximidade com os usuários durante a dispensação ou em grupos de educação em saúde permite que o usuário tenha acesso ao serviço farmacêutico de uma forma direta, mas sem regularidade ou planejamento deste acesso ao profissional. Além disso, os demais farmacêuticos da rede municipal também podem ser pontes de acesso ao serviço, já que as relações pessoais e profissionais estabelecidas pelo farmacêutico do NASF permitem que os casos observados por outros profissionais possam ser encaminhados diretamente para ele. Se por um lado essa “ausência” de matriciamento é vista como algo

contra a proposta, por outro, pode ser importante para diminuir o tempo de espera para o atendimento do usuário, já que no caso do farmacêutico, há uma facilidade para o contato direto no momento da dispensação, ocorrendo que diversas situações em que a intervenção farmacêutica é necessária e capaz de solucionar problemas e dar encaminhamentos são resolvidas nesta oportunidade, apesar de aleatória em termos de regularidade. Uma espécie de matriciamento observado durante o acompanhamento dos farmacêuticos e também citado por Arioli (2012) são as discussões e elaborações de projetos terapêuticos realizados em situações informais, como as “conversas de corredor”, envolvendo poucos profissionais e de acordo com as necessidades e não nos espaços das reuniões. Sendo assim, confirma-se a teoria de Vannucchi e Carneiro Junior (2012) citada acima, já que as ações visando a resolução dos casos estão acontecendo, independente da forma como estão sendo executadas (via matriciamento ou não), fruto da ausência de metodologias nos documentos oficiais. Mesmo sem estar funcionando como a proposta, o NASF já mostra sua importância e pontos positivos, como citado por um farmacêutico que acredita que trabalhando nessa lógica, se passa a conhecer a história de vida do usuário, gerando mudanças na abordagem do atendimento, diferentemente do trabalho executado isoladamente nas farmácias, onde não há como conversar com os usuários devido ao tempo e espaço limitados.

Segundo Silva e colaboradores (2012), o trabalho em equipe tem se realizado de forma multiprofissional, somando-se os conhecimentos isoladamente apenas, porém, acredita-se que para a busca da transdisciplinaridade é necessário o conhecimento adequado dos casos, do território e o vínculo com as equipes de SF. O trabalho do NASF é influenciado e dependente do trabalho executado pelas equipes de SF, já que ele é apenas uma equipe de apoio para matriciamento (em teoria) de demandas trazidas pela própria equipe. É possível observar na prática que ao trabalhar com uma equipe mais

estruturada em relação à lógica da SF e à estruturação dos serviços do próprio CS, incluindo a farmácia, o papel do farmacêutico do NASF é muito mais evidente, já que exerce diversas atividades, principalmente assistenciais, diferentemente do que ocorre em CS com equipes não estruturadas, e nestes casos o farmacêutico do NASF basicamente exerce atividades gerenciais, limitado ao espaço da farmácia.

Além disso, a deficiência de formação específica para trabalhar nessa nova lógica, a falta de experiência, o conteúdo teórico e confuso das Diretrizes do NASF e, em muitos casos, o desinteresse dos profissionais das equipes de SF e do próprio NASF em trabalhar de forma interdisciplinar acabam impedindo o funcionamento do NASF conforme o esperado. Ressalta-se aqui a importância da procura por especializações e curso de capacitação por parte dos farmacêuticos que não tinham experiência anterior a entrada no NASF visando à qualificação do seu trabalho, como ocorreu com os farmacêuticos entrevistados.

4.2.4.1.2 Processo de trabalho no atendimento das demandas por serviços farmacêuticos

Se por um lado a possibilidade de atuar na assistência e na gerência gera certa angústia para alguns profissionais, por ter que optar pelas atividades a serem desempenhadas, por outro, pode “engessar” (SILVA et al., 2012) o processo de trabalho de outros, já que permite ao farmacêutico focar em atividades que julgue necessário ou com as quais se sinta mais confortável e não necessariamente com a lógica de trabalho proposta para o NASF. A farmácia se apresentou como a melhor forma de criar vínculos com os profissionais da equipe de SF, devido à associação farmácia-farmacêutico, e podendo, ainda, ser considerada o seu “cantinho” pelos farmacêuticos e pelos demais profissionais. Além disso, o fato de as farmácias ficarem sob a responsabilidade “de todos e de ninguém ao mesmo tempo” (SARTOR, 2004), na estrutura dos CS acaba necessitando a

presença de um profissional qualificado, já que em muitos casos, os profissionais que lá trabalham não possuem capacitação e conhecimento específicos para as atividades, como observado através da estocagem desnecessária de medicamentos e, ao mesmo tempo, falta deles, além do desperdício causado por medicamentos vencidos e da limitação de informações durante a dispensação. Em pesquisa realizada por Sartor (2010), observou-se que as farmácias sob responsabilidade do farmacêutico ou de profissionais que não se dividiam entre várias outras funções apresentavam-se com uma eficácia maior dos serviços de dispensação, quando comparadas as demais.

O farmacêutico organiza seu cronograma mensal no final do mês anterior, incluindo as atividades pactuadas anteriormente com as equipes de SF. Fato nada raro é o recebimento de ligações do DS convocando-o para substituir um farmacêutico de um serviço de saúde no dia seguinte ou no período seguinte, necessitando assim desmarcar compromissos agendados nos CS. Algumas coordenações distritais aparentam ser mais flexíveis no caso do farmacêutico não conseguir desmarcar as atividades agendadas anteriormente, porém, outras tratam a substituição como uma obrigação do farmacêutico do NASF – sua função precípua de cobrir os horários e locais onde outros farmacêuticos (não definidos como parte dos NASF) estejam faltando. Observou-se ainda que o farmacêutico do NASF é a primeira opção de substituição para a coordenação, que não utiliza como alternativa um remanejamento dos horários de trabalho dos farmacêuticos das FRD para evitar a irregularidade e concretude do processo de trabalho do farmacêutico do NASF. Esse fato tem sido considerado uma das maiores barreiras para a estruturação do processo de trabalho, conforme fala a seguir:

[F5]: O grande dificultador é falta de RH [recursos humanos], ter que cobrir outros profissionais e isso quebra o processo de trabalho (...). O farmacêutico tira férias, entra em licença, pega atestado, o farmacêutico do NASF que vai cobrir e prejudica muito o

processo de trabalho, ele é muito frágil ainda, o farmacêutico volante faz parte do processo de trabalho.

A falta de RH em relação aos profissionais da equipe de SF também se apresenta como um dificultador, sendo que pouquíssimas foram as equipes completas observadas, seja por férias, licença ou até mesmo a não contratação de novos profissionais para substituir os anteriores. Os técnicos de enfermagem são responsáveis por diversas atividades em diferentes setores, assim, na ausência de profissionais e na presença do farmacêutico, torna-se viável e lógico trabalhar em outra atividade que necessite de apoio e deixando a farmácia para o farmacêutico. Dispensações, realizações de balanço e pedidos mensais de medicamentos e grupos foram observados sem a presença de integrantes da equipe de SF. Nesse caso, conforme já citado anteriormente, o farmacêutico passa a ter a função que a equipe de SF julga ser necessária para o momento, conforme a demanda do CS. Como exemplo, há um grupo de controle do tabagismo sendo realizado pelos profissionais do NASF, devido às equipes de SF estarem incompletas e o CS ter recebido diversas reclamações solicitando-o através da ouvidoria.

As atividades gerenciais apresentam indicadores mais facilmente mensuráveis, quando comparados aos das atividades assistenciais. A falta de medicamentos ou o excesso em estoque são facilmente observados, além de ser possível analisar o InfoSaúde para comparação do registrado e do real, por exemplo. Assim, as atividades gerenciais acabam se tornando um trabalho mais concreto e visível pela equipe de SF e pelos usuários, gerando então mais demanda e expectativa do farmacêutico para estas funções e não para outras. Durante uma oficina do NASF foi citado pela equipe de SF diversas vezes o interesse em ter o farmacêutico no CS, mais precisamente na farmácia, todos os dias, demonstrando que esta é atividade esperada para este profissional, mais que a função de matriciamento.

Como último fator e talvez o mais relevante, por ser preocupante, tem-se a influência da formação do profissional no processo de trabalho. Os cursos de graduação não têm formado profissionais para trabalhar nessa nova lógica, confirmado também em pesquisa realizada por Silva e colaboradores (2012). Somado a isso, a insegurança e o medo do farmacêutico para atuar fora da farmácia, a falta de habilidades e capacitação para novas atividades, além do não reconhecimento do seu papel fora da farmácia por ele próprio, pelas equipes de SF e pelos usuários - barreiras também observadas na revisão bibliográfica - podem levar os farmacêuticos a se prenderem à farmácia como espaço e como atividade, limitando o fazer, a criação e os resultados em saúde esperados pela proposição dos NASF.

4.2.4.2 Processo de trabalho “autônomo” x Processo de trabalho “limitador”

Essa categoria representa a realidade enfrentada pelos profissionais na definição de seu processo de trabalho, tendo ao mesmo tempo uma “liberdade” para estruturá-lo como apoiador da equipe de SF e as limitações impostas pelo cotidiano dos serviços de saúde.

4.2.4.2.1 *Processo de trabalho “autônomo”*

A “liberdade” para definição de suas agendas, permitida ao profissional pela coordenação distrital, é a chave para o desenvolvimento da autonomia para a construção do processo de trabalho do farmacêutico no NASF. O profissional pode distribuir sua carga horária de trabalho entre as diversas atividades nos diferentes CS, sendo influenciado, principalmente, pela sua formação acadêmica e percepções pessoais sobre as atividades que quer ou precisa desenvolver. Apesar de os profissionais terem especialização voltada à SF, apenas os que a fizeram em forma de RMSF tiveram experiência prática,

conquistada atrás da modalidade do “aprender-fazendo”. Essa experiência prévia contribuiu na construção do processo de trabalho individualmente, na organização do seu cronograma, e coletivamente, na construção de materiais oficiais municipais e de relações de trabalho com as equipes de SF.

Por ser uma proposta considerada nova, o não entendimento tanto pela equipe de SF quando pelos próprios profissionais do NASF da proposta por completo do NASF, além da ausência de expectativa quanto ao trabalho do farmacêutico nesta modalidade, torna qualquer atividade resolutive sinônimo de um bom serviço. A ausência de farmacêuticos na maioria dos CS transforma a farmácia em um local que sempre exigirá o apoio, as habilidades e o conhecimento do farmacêutico.

A “liberdade” dada por parte da gerência, evitando “engessar” (SILVA et al., 2012) o processo de trabalho, não prescrevendo tarefa, execuções e horários permite, para quem está preparado e disposto, que o trabalho do profissional seja um trabalho vivo. Este ocorre no momento em que está sendo produzido, referindo-se ao uso de saberes e práticas próprios da profissão, juntamente ao seu potencial inventivo e criativo (MERHY, 2002). Exemplo disso é a ausência de rotina e a imprevisibilidade, pois diferentes indivíduos e diferentes casos surgem a todo o momento (ARIOLI, 2012). Além disso, nem sempre o que foi planejado se concretiza, necessitando de um “jogo de cintura” do profissional para reorganizar suas atividades e dando a ele autonomia para gerir as ferramentas a partir dos dados e dos saberes (FARIA; ARAUJO, 2010). Traz-se ainda a ideia do trabalho real, resultado das situações reais de trabalho que são dinâmicas, instáveis e submetidas a imprevistos, não havendo condições ideais ou idealizadas (BRITO, 2009).

Esse trabalho real pôde ser observado em um grupo de hipertensos e diabéticos em que o farmacêutico havia se preparado para falar sobre a adesão aos antihipertesivos, porém, ao iniciar o grupo, um dos usuários relatou ter que verificar sua glicemia capilar seis vezes por dia, assim diversas dúvidas

surgiram sobre a diabetes e o uso de insulina, levando o farmacêutico a mudar o foco da discussão; e também na ausência do psicólogo responsável pelo grupo de apoio psicológico, necessitando o farmacêutico assumir o grupo e falar de temas mais subjetivos, como a solidão, tema incomum para os farmacêuticos. De forma negativa, podem ser citados ainda os cancelamentos de reuniões, a ausência dos usuários nas dispensações programadas e atendimentos individuais em consultório, exigindo que os profissionais mudem sua programação e exerçam outras atividades.

A “autonomia” para definir sua agenda e forma de trabalho, assim como a função de “tapar buracos” na assistência dos CS, faz do processo de trabalho também um resultado mais do “acaso” do que de planejamento e organização. Muitas vezes o usuário consegue resoluções para seus casos ao entrar em contato direto com o farmacêutico, independente do contato prévio com a equipe de SF, como observado por uma idosa que foi ao CS buscar informações objetivando internar o neto em uma clínica psiquiátrica e, por acaso, conversou com o farmacêutico que estava no CS naquele horário, que através de suas relações pessoais e profissionais, conseguiu agendar uma consulta com o psiquiatra do CAPS para o dia seguinte. O acaso foi observado também quando uma usuária foi ao CS na tentativa de conseguir mais adesivos transdérmicos de nicotina e encontrou o farmacêutico que organizou o grupo de controle de tabagismo do qual ela participou, sendo possível obter a receita que necessitava. Nada garante que outro usuário ou o mesmo obterá a mesma resolubilidade para o mesmo caso se tivesse a ajuda de outro profissional ou se não contasse com a sorte de encontrar o farmacêutico no CS. Essa busca aleatória dos usuários por serviços de saúde é criticada pelos profissionais, pois considera que o usuário não sabe onde deve buscar a ajuda, já que está “entrando pela porta errada”. Porém, Cecílio (1997) defende a ideia do sistema de saúde com múltiplas portas de entrada, sendo o usuário o centro das preocupações,

garantindo a ele o acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. No entanto, os casos observados remetem à reflexão sobre como estas portas de entrada diversificadas e dependentes das características e relações pessoais de cada profissional geram acolhimento e resolubilidade muito diferentes de caso para caso.

Campos (2011) argumenta que, em geral, os métodos de gestão tendem a reduzir o grau de autonomia dos trabalhadores, por formas diretas ou indiretas de controle do trabalho e que na saúde, a decisão autônoma do trabalhador é fundamental por suas características de imprecisão, singularidade, por tratar-se do trabalho vivo em ato. Neste cenário, no entanto, é pertinente questionar até que ponto ocorre autonomia no processo de trabalho para os farmacêuticos do NASF e o quanto há de ingerência e falta clareza de objetivos para a proposta do NASF como um todo e para o profissional farmacêutico como componente desta estratégia de organização de trabalho na atenção primária.

A autonomia técnica, no entanto, é mais frequente na observação do cotidiano das atividades dos farmacêuticos. No seu fazer específico o farmacêutico demonstra melhor preparo e iniciativa e é melhor compreendido por seus colegas de trabalho. Para atividades de equipe, como matriciamento e discussões conjuntas de casos, muitas vezes o farmacêutico é limitado em sua autonomia de participar de forma equânime nas decisões, pois não é normalmente reconhecido como parte do processo clínico. Em reuniões observadas, os farmacêuticos com melhor formação em SF demonstraram iniciativa para esta participação, chamando para si a responsabilidade de participar das intervenções sobre os casos discutidos. Mas ainda assim, de forma muito dependente das características individuais.

4.2.4.2.2 Processo de trabalho “limitador”

Se por um lado o trabalho no NASF tem aspectos autônomos, por outro, pode ser limitador, pois as mesmas coordenações tratam o farmacêutico do NASF como um “tapa buraco”, exigindo sua presença na substituição de qualquer farmacêutico do seu DS, ou até mesmo de outro, conforme relatos. A posição da gerência mantém-se contrária ao Art. 6º da IN 003/2010 (FLORIANÓPOLIS, 2010b) que preconiza a realização de acordos entre as partes e não a imposição por parte da gerência. Esse fato tem sido considerado uma das maiores barreiras na estruturação do processo de trabalho do farmacêutico, como citado anteriormente. Um farmacêutico citou ter trabalhado apenas dois meses com as 40h para o NASF em seus dois anos de trabalho como farmacêutico do NASF, nos outros meses teve que dividir ou mesmo ceder toda sua carga horária para a substituição do farmacêutico da FRD. De acordo com ele, a prioridade da gestão é a Policlínica, independente das condições em que se encontram os CS de sua responsabilidade. Outra queixa, citada em uma reunião dos profissionais do NASF, foi em relação aos atendimentos específicos que não devem exceder 60% da carga horária mensal do profissional, segundo a normativa municipal (FLORIANOPOLIS, 2010a), porém, a gerência prefere que os profissionais, principalmente nutricionistas e psicólogos, privilegiem atendimentos individuais em relação às demais atividades, como as de promoção da saúde, utilizando como justificativa a necessidade de atender a alta demanda e diminuir a fila de espera.

Assim como a gerência, o próprio farmacêutico pode limitar seu processo de trabalho quando impede a flexibilização do seu cronograma mensal, caso observado nos cronogramas que são pré-definidos, em que o farmacêutico tem local definido para ir por dia da semana, dessa forma, se mais de uma reunião de equipe de SF ou grupos ocorrem no mesmo horário em diferentes CS, o farmacêutico é “impedido” de participar das

diferentes atividades, pois seu cronograma indica que ele estará em determinado CS naquele dia. No caso de não haver atividades nesse CS, mas em outro sim, o farmacêutico continua seguindo seu cronograma, com algumas exceções pontuais, como um convite para participar de um grupo. Muitas vezes, o trabalho dos profissionais pode estar centrado mais na esfera institucional do que na solidária e social (GALAVOTE et al., 2011), estando mais preocupado em cumprir sua carga horária de trabalho do que em desenvolver atividades durante o período de trabalho. Além disso, os farmacêuticos, assim como os demais profissionais da equipe de SF, podem trabalhar seguindo fielmente as normativas, fato também citado por Sartor (2004), produzindo trabalho morto, nas palavras de Merhy e Franco (2003). Os problemas encontrados durante a dispensação, como receita vencida, medicamentos em nome comercial, ausência de alguma informação podem impedir que o usuário receba o medicamento, interrompendo assim seu tratamento, pois, de acordo com a normativa, não devem ser dispensados medicamentos na ausência da receita médica “perfeita”. Observa-se a necessidade de mudar o foco da receita médica para o usuário durante a dispensação, pois fatos como esse leva o usuário a desacreditar no serviço de saúde como ambiente de acolhimento e resolução de suas necessidades.

A ausência de reconhecimento do papel do farmacêutico como profissional de saúde pela equipe, ao mesmo tempo em que lhe permite criar e inovar, é considerada um limitante, quando as equipe de SF ou do NASF não conseguem ver as potencialidades de suas ações nos casos. Foi citada pelos farmacêuticos a necessidade de oferecer seus serviços constantemente para os demais profissionais. Outro fator limitante do NASF, porém que divide opiniões, é a necessidade de comprovar sua produtividade, registrando todas as atividades realizadas e utilizando-se para isso espaços em que poderiam estar realizando outras atividades. Essa necessidade de monitoramento é citada por Vannucchi e Carneiro Junior (2012)

como prejudicial ao trabalho em si, pois além de tomar muito tempo, é considerada inútil e burocrática, além de ser uma tentativa de captura do trabalho vivo. O controle dos profissionais do NASF por suas gerências pôde ser observado também na construção e necessidade de encaminhamento do cronograma mensal, sendo que as informações contidas variam muito conforme o DS. Observou-se que alguns farmacêuticos apenas colocavam o CS que estariam em cada período, outros, além do CS incluíam a atividade a ser realizada, porém um farmacêutico era obrigado a escrever todas as atividades a serem realizadas em cada hora do dia, tornando o cronograma um instrumento desnecessário e controlador. Se há falta de diretrizes, metas e responsabilidades claras para os farmacêuticos do NASF no caso estudado, resultando em prejuízos e oportunidades para a construção sólida do processo de trabalho deste profissional, há também a ação limitadora do controle de certos aspectos do cotidiano dos profissionais em campo.

Ao chegar ao fim do capítulo, conclui-se que a fala que o inicia pode representar um pensamento geral das equipes de SF e dos próprios farmacêuticos, por ser uma nova lógica implantada no SUS, devido à deficiência de formação específica para a utilização de tecnologias leves e pela falta de orientação adequada aos profissionais ao iniciarem no NASF. Observa-se que a proposta do NASF para os farmacêuticos carece ainda de objetivos claros, impedindo o planejamento (por não saber aonde se quer chegar) e, conseqüentemente, a definição do processo de trabalho. Essa carência juntamente com a carência de serviço farmacêutico na rede de AB como um todo acaba tornando qualquer atividade realizada pelo farmacêutico sinônimo de um bom serviço, independente se está relacionada ao matriciamento ou não. Qualquer atividade não é necessariamente o que se espera do NASF, porém, no caso do farmacêutico se espera tudo, ou seja, qualquer coisa, já que é impossível que todas as atividades citadas e descritas nas Diretrizes do NASF para a AF

sejam realizadas por um profissional que se responsabilize por diversas equipes de SF e CS.

Ao mesmo tempo em que há certa “liberdade” e “autonomia”, por parte da gerência, para organização do seu trabalho, essa falta de gerenciamento é considerada limitadora, pois uma das premissas da autonomia é agir sabendo o que deve fazer e, no caso do farmacêutico no NASF, os objetivos, as metas e os resultados a serem alcançados ainda não estão claros o suficiente para os próprios profissionais e para a gerência. Assim, o farmacêutico deve construir seu processo de trabalho, buscando criar, inovar, contribuir para a saúde, buscar inter-relações com outros profissionais, desenvolver ações intersetoriais para que este seja respeitado pela gerência, evitando que ela torne o farmacêutico um “tapa buraco”. É necessário ainda que o farmacêutico perceba o resultado do seu trabalho, conseguir se observar e observar suas ações nele, o que contribuiria para o surgimento e fortalecimento do sentimento de responsabilidade e compromisso. Observa-se aqui a ambiguidade do matriciamento também, pois ele tem características e potência para a construção da autonomia do profissional, mas também possui armadilhas, sendo uma delas a ausência ou diminuição do contato direto com o usuário, impedindo assim, que o resultado do seu trabalho seja observado, já que o objeto dessa ferramenta passa a ser as equipes de SF.

Essa ausência de objetivo claro pode também ser percebida por outros profissionais, que podem esperar que o farmacêutico trabalhe apenas dentro da farmácia ou, pode não ter expectativas sobre seu trabalho, permitindo que ele tenha oportunidades de participar do matriciamento, dos grupos de educação em saúde, de VD, apoiar as equipes de SF na parte gerencial e assistencial, desenvolvendo o seu processo de trabalho na prática, na busca de seu objetivo final. Assim, essa nova lógica na presença de farmacêuticos preparados, com formação específica, dispostos, com compromisso e luta, pode

possibilitar a construção de uma nova história do fazer farmacêutico na Saúde Pública.

4.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

[F4]: Ela permeia todos os espaços, (...) tudo depende da maneira como a gente tá desenvolvendo as atividades para estar trabalhando como promoção ou não, mas acho que ela pode estar em todas as atividades.

4.3.1 O conceito

O termo promoção da saúde apresenta pluralidade de conceitos na literatura, resultado da aproximação ou distanciamento dos modelos do campo da saúde durante a evolução histórica das diferentes concepções (VERDI; CAPONI, 2005). Utilizado por Leavell e Clark na década de 60 como um nível de atenção da medicina preventiva, passou a representar recentemente um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2000).

Sícoli e Nascimento (2003) citam três principais “paradigmas” para os problemas de saúde. O primeiro grupo é baseado na doença e nos problemas médicos, sendo as ações voltadas ao tratamento dos sintomas, à erradicação das doenças e prevenção ao agravamento do processo. O segundo grupo estaria relacionado à Saúde Pública, baseando-se na prevenção e na conduta e promoção de comportamentos saudáveis. Já o terceiro, destinaria às mudanças sociais, relacionando-se aos problemas socioambientais, envolvendo o setor político. Carvalho (2004) divide a promoção da saúde em dois momentos: primórdios da promoção da saúde no Canadá (1974-1986) e Nova Promoção da Saúde. Buss (2000) também reúne os enunciados de promoção da saúde em dois grupos: no primeiro, ela consiste nas atividades dirigidas às mudanças de comportamento, buscando um estilo de vida mais saudável e localizam-se no nível individual, no máximo familiar, no ambiente cultural da comunidade em que vivem. E o segundo, que

abrange a concepção segundo a carta de Ottawa, em que as atividades voltam-se para o coletivo e o ambiente, nos níveis físico, social, político, econômico e cultural.

Esse capítulo não objetiva a classificação das falas dos entrevistados nos diferentes grupos existentes, apenas a constatação de que há uma pluralidade de significados e que estes, interferem na forma de desenvolver as atividades e no processo de trabalho do profissional. Segundo Reis e Püschel (2009) as mudanças não ocorrem de forma automática ao implantar programas e propostas inovadoras. O conceito de saúde da família baseado no modelo curativo e na promoção da saúde ainda co-existem e profissionais, muitas vezes, podem não estar encontrando as condições concretas para a efetivação do novo conceito, sendo este um dos desafios a ser enfrentado (HORTA et al., 2009a; REIS; PÜSCHEL, 2009). Assim, quando questionados sobre o conceito de promoção da saúde, as respostas foram diversas e puderam ser observados os diferentes estilos de pensamento em promoção da saúde.

Entre as falas pôde-se observar a visão de saúde que se distancia do foco apenas na doença.

[F4]: Mas é bem mais amplo que isso, se saúde não é só ausência de doença, não é só tratando da doença que irá promover saúde.

A saúde como ausência de doença é resultado do modelo biomédico, considerado o paradigma flexeneriano, caracterizado pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, fragmentando o corpo e tornando o conhecimento cada vez mais especializado (BATISTELLA, 2007). Nessa época, a importância estava no diagnóstico e na terapêutica, sendo assim, buscava-se a cura dos indivíduos que manifestavam alguma doença (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

A fala acima é característica da mudança desse paradigma, já que não relaciona a saúde apenas à ausência de doença. Com a criação da OMS em 1948 e a definição do termo saúde, esta passou a ser considerada como bem-estar físico e

mental. E após, com influência, principalmente canadense, a saúde passou a ser considerada num sentido mais amplo, incluindo uma adequação de vida social (SANTOS; WESTPHAL, 1999). Complementando o pensamento, F4 citou que a saúde é dependente de diversas variáveis.

[F4]: Lembrando do conceito de saúde, primeiramente, conceito ampliado que não é apenas ausência de doenças, mas resultado das condições sociais, psicológicas, que envolve a questão do bio-psico-social, temos que entender que tem várias variáveis envolvidas.

A carta de Ottawa (OMS, 1986) cita fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos como influentes na promoção e melhoria da saúde, não sendo responsabilidade exclusiva do setor saúde. A multifatorialidade da saúde pôde ser observada durante uma VD realizada, em que o usuário demonstrou interesse na conferência dos seus medicamentos pelo farmacêutico, após uma crise hipertensiva que o fez ir ao CS. O usuário, idoso, morava em uma casa minúscula e em péssimas condições de higiene, sua família, incluindo os filhos, que morava na casa ao lado não ofereciam nenhum tipo de ajuda. O farmacêutico, ao entrar na casa, tentou convencê-lo a abrir as janelas para que pudesse arejar um pouco o local. Após a visita, o farmacêutico explicou as condições em que o idoso vivia, acrescentando que houve visita da assistente social do NASF e o caso estava sendo encaminhado para os responsáveis pela proteção ao idoso.

A promoção da saúde foi relacionada pelos entrevistados à qualidade de vida, ao bem-estar e ao acesso ao que o indivíduo julga ser de seu interesse.

[F2]: Visa alcançar uma qualidade maior em termos de saúde, numa perspectiva mais ampla e não apenas prevenção de doenças.

[F3]: Promover o acesso para que as pessoas tenham o que querem ter, o que elas entendem que faz bem para elas.

[F4]: Deve-se pensar em tudo que está além disso, pensar na educação em saúde, nas condições e qualidade de vida da população de forma geral, na dimensão política da questão.

[F6]: É qualquer tipo de procedimento, qualquer tipo de atitude que uma pessoa tenha em busca do seu bem-estar, da sua saúde. Isso inclui desde uma alimentação saudável, até ir ao médico, fazer exames, ter uma boa adesão ao tratamento medicamentoso.

Segundo Minayo (2000), a qualidade de vida pode ser tratada sob diferentes olhares, sendo que no âmbito da saúde pode estar relacionado às necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, mas também, num ponto de vista mais focalizado, pode ser centrada na capacidade de viver sem doenças ou de superar dificuldades de estados ou condições de morbidade. A última fala apresenta uma proximidade maior com o ponto de vista mais focalizado, pois os exemplos citados estão relacionados a uma cultura medicalizante, em que as consultas médicas e exames diagnósticos são considerados necessidades (desnecessárias) pelo o indivíduo. Tesser (2006) descreve como urgente a rediscussão e a construção de uma prática clínica menos medicalizante na rede de atenção básica, já que essa cultura medicalizante vem comprometendo a potencialidade da ESF, que pode ser considerada ao mesmo tempo uma chance para a reconstrução da autonomia e uma poderosa força medicalizadora.

O termo promoção da saúde ainda é bastante utilizado como sinônimo de prevenção de doenças. Na fala de F5 é citada a proximidade dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças.

[F5]: [Há] confusão de promoção com prevenção, mas não deixa de ser um conceito bem próximo.

A confusão pode ser resultado da utilização do termo por Leveall e Clark para descrição dos níveis de prevenção, sendo a promoção da saúde considerada a prevenção primária, utilizando-se de medidas para proteção específica contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente (BUSS, 2000). Segundo Czeresnia (2003) a prevenção estaria relacionada à epidemiologia, evitando o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalências nas populações. Já a promoção seria mais ampla, não tendo como foco uma determinada doença, aumentando assim, a saúde e o bem-estar de forma geral. Apesar de ambas utilizarem do conhecimento científico, a promoção envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com os diversos condicionantes da saúde, sendo que apenas a ausência de doença não seria um objetivo suficiente a ser alcançado (CZERESNIA, 2003; BUSS; CARVALHO, 2009). Para Mattos (2006) a medicina preventiva é altamente medicalizante, não tratando apenas os doentes, mas também recomendando hábitos e comportamentos considerados capazes de evitar o adoecimento. É possível observar esse incentivo às mudanças de hábitos em alguns grupos de educação em saúde, como o de emagrecimento. Nele, algumas dicas de nutrição e atividade física, em sua maioria, são dadas aos interessados em perder peso e a cada semana eles são pesados para comparação, incentivando-os ainda mais a continuar com esses novos hábitos, seja por interesse, necessidade ou mesmo pela pressão de estar sendo controlado semanalmente. Outra fala citada a seguir relaciona a promoção da saúde à mudança de comportamento.

[F5]: A promoção está relacionada a estimular nos pacientes mudanças de hábitos, eles adotarem hábitos saudáveis para a melhora da saúde, não só visando a prevenção, até como parte do tratamento não

medicamentoso. A promoção está mais nesse sentido, mudança de hábitos, comportamentos, pros pacientes levarem uma vida mais saudável.

Esse estilo de pensamento deriva dos primórdios da promoção da saúde no Canadá (CARVALHO, 2004), sendo a principal referência o Informe Lalonde. Este citava como determinantes do processo saúde-doença a biologia humana, a organização dos serviços de saúde, o ambiente e o estilo de vida. Assim, na década de 70 o foco da promoção da saúde ficou restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, centrando-se na prevenção de doenças crônico-degenerativas, o chamado behaviorismo (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Naquela época surgiu também o conceito de “culpabilização das vítimas”, considerando os indivíduos os únicos responsáveis pela sua saúde, excluindo a responsabilidade dos determinantes sócio-políticos e econômicos (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; CARVALHO, 2004). O foco da atenção no âmbito individual, projetando-se, às vezes, para a dimensão familiar e, raramente para os grupos sociais tende a desviar a discussão dos fatores sociais, ambientais, econômicos e sobre as condições de trabalho que influenciam no processo saúde-doença (VERDE; CAPONI, 2005. BATISTELLA, 2007).

Em decorrência da necessidade de atualização do movimento de Promoção da Saúde e a realização das Conferências de Alma Ata (1984) e de Ottawa (1986), a saúde passou a ser considerada resultado de um complexo processo, condicionado por diversos fatores. Segundo Buss (2000), a promoção da saúde é uma “combinação de estratégias”: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais, trabalhando assim com a “responsabilização múltipla”, referente tanto aos problemas quanto às soluções propostas para os mesmos.

Seguindo essa visão ampliada, observou-se nas falas a importância do empoderamento dos indivíduos e da participação comunitária no desenvolvimento da promoção da saúde.

[F4]: Se temos hoje como um dos pressupostos [da saúde] o controle social, a participação da comunidade, também passa por aí a questão da promoção. Estimulando e desenvolvendo a participação da comunidade.

Uma das estratégias centrais da Promoção da Saúde é o reforço da ação comunitária, ou *empowerment* comunitário, observado através da participação da comunidade nas decisões, planejamento e na implementação das ações de saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008). Para os mesmos autores, há uma necessidade do fortalecimento da atuação dos indivíduos e dos grupos e do incentivo das ações que ofereçam suporte social à comunidade, estimulando assim, processos de auto-ajuda e a implementação de novas práticas de educação em saúde. Nesse sentido, o *empowerment* pode contribuir para a elaboração de estratégias visando o aumento do controle sobre a vida do indivíduo e comunidades, a eficácia política, maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida. Assim, pode tornar-se uma estratégia política que se contrapõe a propostas de gestão e regulação social para a manutenção da ordem social iniqua e injusta (CARVALHO, 2004).

A baixa adesão da população a mecanismos utilizados para a participação popular, como os conselhos (municipal, estadual, federal), pode ser devido a estes locais retratarem, em muitos casos, apenas a realidade de líderes políticos que ocupam esses postos para o acesso a recursos com interesses particulares, transformando-os em um local pouco adequado para o desenvolvimento de interesses públicos. Por esse motivo, apatia e descrença em instituições políticas e desengajamentos nos processos participativos tornam-se dominantes (FONTES; LIMA; LIMA, 2010).

O sistema político e os determinantes sociais têm determinado os perfis de saúde e doença, assim, diversos autores têm utilizado de teorias da economia, sociologia e política para identificar como ocorre essa influência (WALLERSTEIN et al., 2011). Para Carvalho e Gastaldo (2008), algumas estratégias de promoção da saúde de doentes crônicos podem ser realizadas através de um poder disciplinador, que objetivam “melhorar” os indivíduos utilizando-se de políticas públicas e verdades científicas. Dessa forma, o capitalismo juntamente com a lógica mercantilista investe na produção de indivíduos submissos ao criar um padrão de consumo, como por exemplo, o “corpo saudável”, resultado de ginástica, exercício, aumento da musculatura, nudismo, glorificação da beleza do corpo (CARVALHO, 2004; CARVALHO; GASTALDO, 2008). Portanto, a crítica fica por conta da obtenção de uma autonomia ilusória por parte indivíduos, tendendo a seguir regras e normas concebidas por profissionais ou pelas diretrizes das Políticas Públicas Saudáveis (CARVALHO, 2004). A influência negativa da política sob a promoção da saúde pode ser revertida se houver conscientização da população em relação à realidade, conforme citada em uma das falas.

[F1]: Penso que promover saúde significa contribuir pra que as pessoas tenham consciência de como a saúde é produzida, que na nossa sociedade atual é pautada pela lógica capitalista; contribuir com reflexões de como mudar a atual estrutura de produção da saúde.

A Nova Promoção da Saúde se desenvolveu nos últimos 25 anos em países como Canadá, EUA e na Europa ocidental. Já em países em desenvolvimento, como o Brasil, necessita-se trabalhar com esse conceito mais amplo, conduzindo também à construção de práticas sociais mais abrangentes (BUSS; CARVALHO, 2009), já que no país há uma péssima distribuição de renda, alta taxa de analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e

ambiente que influenciam fortemente nas condições de vida e saúde (BUSS, 2000). Assim, estratégias que garantam o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade, a produção de indivíduos autônomos e socialmente responsáveis e a contribuição para a democratização do poder político devem ser incorporadas na realidade brasileira (CARVALHO, 2004).

4.3.2 As atividades

Como citado anteriormente, os conceitos individuais sobre a promoção da saúde influenciam as atividades diárias e o processo de trabalho. Assim, serão apresentadas a seguir as atividades consideradas de promoção da saúde pelos farmacêuticos e as observadas durante a coleta de dados.

Antes, vale ressaltar as opiniões dos farmacêuticos referentes à prática da promoção da saúde, cabendo, inclusive, uma crítica aos serviços e profissionais da ESF que, em sua maioria, ainda não se desvincularam do modelo biomédico e behaviorista:

[F2]: A lógica do serviço está mais voltada à prevenção de doenças.

[F1]: Na imensidão de ações realizadas em um dia de trabalho, as ações de promoção não ocupam a maior parte da rotina.

Em estudo realizado por Arioli (2012) foi possível observar a priorização de atividades de prevenção pelos profissionais da ESF, cujo foco esteve em orientações sobre higiene, alimentação, medicação e atividade física. Ronzani e Silva (2008) citam que as práticas realizadas pelos profissionais da ESF se orientam, em grande parte, por ações curativas, mesmo em propostas focando a prevenção e a promoção da saúde.

Em contrapartida, a fala seguinte, juntamente com a que inicia o capítulo, demonstra que a saúde pode ser promovida em diversos momentos, dependendo da forma que as atividades são exercidas, não podendo ser definida com exatidão quando uma

ação é considerada promoção da saúde e quando deixa de ser para ser uma de prevenção, por exemplo.

[F1]: São várias as situações e exemplos que creio estar contribuindo com a promoção à saúde, no entanto acho difícil definir com exatidão na práxis em saúde os limites entre ações de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento.

Na busca pela integralidade da atenção, devem-se buscar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, evitando o foco em apenas um ponto, pois acaba por manter um modelo preventivista e reducionista (ARIOLI, 2012). Apesar da dificuldade citada em classificar as ações e sendo, talvez, um equívoco de nossa parte se pensarmos na integralidade, questionamos os entrevistados quanto às atividades consideradas de promoção da saúde realizadas no dia-a-dia. Através das respostas, puderam ser criadas três categorias de atividades, relacionadas ao grupo que seria foco das atividades: usuário, equipe de SF e trabalhadores do serviço público de saúde.

4.3.2.1 Usuário

No contato com o usuário podem ser realizadas atividades de promoção da saúde, porém, essas dependem de diversos fatores, incluindo a necessidade, a receptividade do usuário e a relação farmacêutico-usuário, contexto em que o usuário está inserido, entre outros, como observado na fala a seguir.

[F1]: Mais em certos momentos e menos em outros, dependendo do contexto e necessidades que os usuários trazem, também procuro trazer estas reflexões sempre partindo da situação problema em discussão.

Um dos principais momentos de contato com o usuário é na dispensação dos medicamentos. Durante sua realização, o farmacêutico é capaz de fazer uma primeira análise sobre a utilização dos medicamentos pelo usuário através do InfoSaúde, além de poder iniciar uma conversa, questionando o usuário sobre sua saúde, suas dificuldades e necessidades. Em grande parte das dispensações realizadas, as orientações farmacêuticas estão focadas no medicamento, seu uso, efeitos adversos, posologia, até mesmo o descarte. Porém, também é possível contribuir em outros aspectos, como a multifatorialidade da saúde, medicamentação da sociedade e a influência do capitalismo no campo da saúde, como observado na fala a seguir.

[F1]: Visualizo situações de promoção, por exemplo, quando consigo uma conclusão do usuário de omeprazol que o modo de levar a vida está relacionado com os problemas gastrointestinais e que a indústria farmacêutica lucra com o atual modo de levar a vida.

Durante o atendimento individual é possível dar uma atenção maior ao usuário, podendo conhecê-lo melhor e também sua realidade. Através do vínculo estabelecido por esse contato mais próximo, o farmacêutico pode ser capaz de compreender e ser compreendido pelo usuário. Ressalta-se a importância de não apenas impor ideias e comportamentos, conforme citado por F2.

[F2]: Meu objetivo é fazer com que eles saibam o que é a doença e o que aquele medicamento faz no organismo. E deixar bem claro o porquê é importante fazer ou não aquele tratamento, no sentido de empoderá-los, para que eles possam tomar decisões. E não ficar naquela de você tem que fazer, você tem que fazer.

Observa-se aqui uma educação horizontal, em que a relação profissional-paciente apresenta-se sem imposição de condutas, devido à consciência do profissional em considerar o

conhecimento do paciente. Briceño-León (1996) na construção das sete teses sobre educação cita que a “ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado” e que “não há um que sabe e outro que não sabe, mas sim dois que sabem coisas distintas”. Essas teses trazem a ideia de que o indivíduo tem conhecimentos, crenças, opiniões, assim, o processo educativo deve ser bidirecional, devendo haver um compromisso de transformação dos saberes de ambas as partes. A geração de saberes novos, crenças e mudança de hábitos, pode ser incentivada pelo profissional, porém, “se alguém não quer fazer algo por sua própria saúde, outro não pode fazê-lo por ela”. O empoderamento citado acima nos remete ao chamado *empowerment* psicológico, relacionado ao sentimento de controle dos indivíduos sobre a própria vida. Carvalho (2004) cita que esse controle é muitas vezes ilusório, já que a vida é influenciada pelo capitalismo e controlada por políticas e práticas macrossociais. Reforça-se aqui a importância de se conscientizar as pessoas em relação a como a saúde é produzida, citada anteriormente por F1.

Segundo F5, os grupos de educação em saúde “apesar de serem terapêuticos tem uma abordagem de promoção”. Neles, buscam-se estabelecer uma relação com o usuário procurando fazê-los entender a doença, o tratamento, as relações entre o estilo de vida e a doença, elucidar questões em que eles tenham dúvidas, para que eles tenham uma maior autonomia sobre a própria saúde. Observa-se na fala a seguir uma ação com o objetivo claro de promover a saúde, conscientizando os indivíduos de sua multifatorialidade que, por muitas vezes, é expressa e observada apenas em sintomas físicos. A ausência dessa consciência pode contribuir para a medicamentação social, ao considerar o medicamento a solução das dificuldades da vida. Fato grave, citado por Nascimento (2005) é que o consumo do medicamento esteve associado a noções de prevenção e promoção da saúde, estilo de vida, risco e responsabilização individual pela saúde, como

uma forma de autonomia e cuidado do corpo e da saúde. Assim, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos, na conscientização dos indivíduos para uma “desmedicamentização” de problemas sociais, ambientais e relacionados ao modo de vida, através de práticas de prevenção e de promoção da saúde (ARRAIS et al., 2005) no sentido real e contexto adequado, evitando assim conceitos equivocados e irreais, resultando em ações contrárias a proposta.

[F1]: Em um grupo de renovação de receitas que participo mensalmente surgiu o tema dor crônica e seu tratamento e prevenção. Lá pelas tantas conseguimos concluir que além de prevenir a dor crônica, precisávamos promover saúde promovendo relações sociais mais justas tanto no trabalho quanto na família.

Os grupos devem ser orientados por uma abordagem de integralidade, cuidadora e resolutiva às necessidades de saúde dos usuários, sendo promotoras da saúde “com” e não “para” a comunidade (HORTA et al., 2009b; REIS; PÜSCHEL, 2009). Isso pode ser observado através das votações para escolha dos temas a serem abordados nos grupos. Apesar de se organizarem em torno de patologias específicas por critérios de organização, tem-se observado nesses espaços o descentramento em relação ao foco da patologia, o suporte para condições de vida difíceis, a criação de espaços de sociabilidade, a troca de conhecimentos entre usuários e entre estes e os profissionais e o fortalecimento e qualificação dos vínculos entre os usuários e as equipes (NETO; KIND, 2010). A diversidade de temas pode ser exemplo do descentramento da doença, já que abordam plantas medicinais, problemas para dormir e a higiene do sono, menopausa e climatério, osteoporose, ronco, respiração, solidão, problemas relacionados ao consumo de carne, corresponsabilidade para com a saúde, memória, sexo na 3ª idade, autoestima e amor próprio, relaxamento, entre outros.

Essas atividades individuais ou coletivas apresentam-se como a área para atuação do campo de ação “desenvolvimento de habilidades pessoais”, utilizando-se geralmente da educação em saúde para atingir o objetivo. Como citado anteriormente, deve-se atentar para a forma com que as informações são passadas para o usuário, evitando ser unidirecional, vertical e focada na doença. Segundo Briceño León (1996), a educação deve ser ainda dialógica e participativa, com troca de saberes e comprometimento de ambos os lados na escuta e transformação, devendo a participação da comunidade e dos indivíduos ocorrer a todo o momento, inclusive desde antes do início dos programas. A inserção do farmacêutico nessas práticas que incluem áreas não privativas de sua profissão é ressaltada por Leite (2007), devido sua importância para o profissional e para os indivíduos na promoção da saúde.

Outra atividade relacionada à promoção da saúde é a motivação da população para participar das reuniões do CLS, das decisões dos CS, incentivando assim, o empoderamento dos indivíduos e comunidades. Empoderamento este, observado no relato a seguir:

[F7]: Esse grupo que fui é tocado pela própria comunidade, então não existe um profissional de saúde responsável por formar o grupo, por tocar o grupo, a própria comunidade se reuniu, pegou o espaço da unidade pra fazer o grupo, mas eles mesmos tocam aquilo, decidem quais são os temas que querem ouvir, quem vão convidar, quando que vai acontecer, tudo isso é discutido por eles, tem um coordenador, uma pessoa da comunidade que está fazendo aquilo. E tem outro que é a mesma coisa, a própria comunidade que criou o grupo de artesanato e eles mesmos tocam aquilo.

O controle social está relacionado à participação do usuário no controle e avaliação das políticas e ações de saúde, podendo ser observado dentro dos conselhos de saúde

(WENDHAUSEN; CAPONI, 2002). Porém, como citado por Nascimento e Nascimento (2005), a população está ausente do planejamento e da tomada de decisões, sendo que sua participação se limita a legitimar as decisões já tomadas pela equipe. Assim, os profissionais devem estimular os usuários a conhecer mais sobre a saúde e seus direitos (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002) para que de fato haja a participação popular. Os conselhos deveriam construir sujeitos sociopolíticos, que compartilham saberes técnico e popular, podendo estabelecer um projeto assistencial comum (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005). Segundo Leite (2007), o farmacêutico pode incentivar o “reforço da ação comunitária” e a participação no controle social através do incentivo a participação nos conselhos locais e municipais de saúde, colaboração na organização política da comunidade em associações, e criando pontes entre o poder público e a comunidade, encaminhando solicitação, ajudando na elaboração de documento, entre outras possibilidades. Fato pontual que incorpora um dos exemplos foi observado no acompanhamento de um farmacêutico, que forneceu todas as informações sobre a defensoria pública para que uma usuária tentasse solucionar o problema com seu filho preso.

Não se encaixando em nenhuma dessas atividades, porém, classificada como uma ação de promoção da saúde, observou-se o encaminhamento de uma comunicação interna (CI) por parte do farmacêutico com uma proposta para eliminar a 2ª via das receitas médicas, possibilitando que esta passe a ter o tamanho de uma folha A4, facilitando a leitura dos usuários idosos. Além disso, evita-se a retenção da 2ª via de medicamentos não controlados, não acumulando papéis desnecessários dentro da farmácia que serão encaminhados para a Gerência de Assistência Farmacêutica, para o armazenamento desnecessário. Apesar de ser uma ação pequena, pode-se considera-la no campo de “elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis”, já que objetiva uma mudança na normativa municipal, contribuindo, inclusive,

com a sustentabilidade. O campo de “criação de ambientes saudáveis” pôde ser observado durante a reunião de uma equipe de SF, em que por um breve momento foi falado sobre a duplicação de uma rodovia próxima ao CS, que aumentou o fluxo de veículos e a velocidade com que estes passam pelo trajeto, causando diversos acidentes. A luta dos moradores e dos profissionais, não especificamente o farmacêutico, por meio do CLS, era para a criação de faixas de pedestres, sinalização e também ciclovias.

4.3.2.2 Equipe SF

Ações e temas relacionados à promoção da saúde podem ser abordados tanto com os usuários como com as equipes de SF, como citado em fala a seguir:

[F1]: Procuo no cotidiano abordar a contradição dos benefícios e riscos do uso dos medicamentos com o modo capitalista de produzir saúde e, por isso, vejo que ações de promoção à saúde podem aparecer contempladas tanto em atendimentos clínicos direcionados a indivíduos, quanto em atividades coletivas com usuários do SUS ou trabalhadores do SUS.

As atividades citadas e observadas nessa categoria estão relacionadas às gerenciais no âmbito da farmácia, como auxílio na organização, capacitação dos técnicos para a realização do pedido mensal e a dispensação de medicamentos, visando estruturar o serviço para garantir o acesso ao medicamento quando o usuário necessite e a informações adequadas antes do seu uso. Na ausência do farmacêutico em tempo integral, é necessário capacitar os profissionais para desenvolver adequadamente todas as etapas do processo gerencial. A necessidade de adequação da estrutura física também tem sido alvo de reclamações pelos farmacêuticos, que têm lutado perante os coordenadores dos CS e gerência para eliminação

das barreiras físicas (janelas e balcões) para o contato farmacêutico-usuário, dificuldade citada anteriormente. Nascimento Junior em BRASIL (2009b) afirma que no intuito de garantir a qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e a efetiva implementação de ações com foco na melhoria da assistência à saúde das farmácias dos CS, são necessários infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a integração dos serviços e o desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica. Leite (2007) cita ainda que a estruturação dos serviços das farmácias na visão da “reorganização dos serviços”, campo de ação da Carta de Ottawa (OMS, 1986), deve estar focada na mudança do modelo de atenção, substituição de reorientação de práticas centradas na demanda por medicamentos para práticas terapêuticas alternativas, autônomas e baseadas em propostas interdisciplinares.

Além de atividades gerenciais, são realizadas ações de educação permanente, como por exemplo, oficinas com os ACS. Essas oficinas objetivam qualificar as orientações dados pelos ACS aos usuários, auxiliá-los na identificação de problemas relacionados aos medicamentos, respeitando suas competências profissionais, além de serem espaços para reflexão sobre a medicalização da saúde e da vida. Os temas mais frequentemente abordados estão relacionados ao uso dos medicamentos, armazenamento, descarte, automedicação, disponibilidade dos medicamentos na rede municipal, a saúde. A fala citada a seguir está no contexto de um farmacêutico que tem sua carga horária reduzida para o trabalho no NASF, necessitando priorizar as ações.

[F7]: Eu acabo trabalhando mais educação permanente com os ACS que estão mais próximos da comunidade, eu não fico muito próxima da comunidade. Eles que estão mais próximos mais inseridos, acabam sendo essa ponta da educação. Procuro trabalhar muito educação permanente com eles para que

eles possam ter esses óculos da visão do farmacêutico pra passar pra comunidade.

Discussões de temas específicos ou gerais também podem ocorrer nos espaços das reuniões. Acompanhou-se a marcação de uma reunião com uma equipe de SF, em que um farmacêutico da FE seria convidado para apresentar-lhes os medicamentos do CEAF e o processo para o acesso a esses medicamentos, pois foi observado que os profissionais da equipe de SF não tinham o conhecimento adequado sobre esses medicamentos. Também foi observado um espaço dentro da reunião semanal para temas escolhidos, como drogas de abuso. Assim, toda semana um profissional era responsável por trazer e apresentar informações de determinada droga, permitindo discussões sobre os casos no território. As equipes devem ter conhecimento adequado sobre as diretrizes e protocolos clínicos para que possam orientar os usuários sobre os procedimentos necessários para acessar os medicamentos, recursos e serviços de Assistência Farmacêutica especializada, além de colaborar com o uso racional dos medicamentos. Para isso, é necessário que os farmacêuticos se utilizem da educação permanente definindo, juntamente com a equipe as prioridades e temas a serem trabalhos (BRASIL, 2010). A educação permanente é sinérgica ao apoio matricial, sendo o suporte técnico-pedagógico o momento de apoio educativo com e para a equipe, em que ao serem percebidas dificuldades ou carências por parte da equipe de referência, o profissional matriciador deve através de discussão de casos e temas, compartilhar seu conhecimento específico, tornando-o conhecimento de todos (BRASIL, 2010; CUNHA; CAMPOS, 2010).

4.3.2.3 Trabalhadores do serviço público

Além disso, intervenções típicas da promoção na atuação como agente político do movimento dos trabalhadores do serviço público de Florianópolis, realizando discussões e ações

vinculadas ao movimento. Observou-se durante o acompanhamento de um farmacêutico o processo de luta para a aprovação do plano de carreira, cargos e salários (PCCS) dos profissionais. Assim, o farmacêutico durante as reuniões de equipe de SF reforçava a importância da participação de todos os profissionais nas reuniões para discussão e definição do plano. Os períodos de reunião foram considerados paralizações, permitindo a participação dos profissionais. Outro fato observado, porém não citado pelos farmacêuticos, foi a luta pela categoria farmacêutica. Presenciou-se em uma reunião de farmacêuticos a intenção de enviar uma proposta para a SMS, com o intuito de padronizar o processo de trabalho do farmacêutico na AB, possibilitando o recebimento de gratificações por todos. Porém, observou-se uma categoria desunida, confirmada pela presença de poucos e os mesmos farmacêuticos em todas as reuniões. Segundo Cavalcante e colaboradores (2008), o trabalhador deve ter um posicionamento político, crítico e consciente em defesa da saúde e pelo direito do trabalho digno, reivindicando a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis.

As ações de promoção da saúde são muito diversificadas e podem estar relacionadas a um único campo de ação da Carta de Ottawa ou vários simultaneamente, sendo que a combinação de são mais eficazes (BUSS, 2000; BUSS; CARVALHO, 2009). Assim como a revisão bibliográfica do capítulo 1, as atividades se concentram nos campos de “reorientação dos serviços de saúde”, “desenvolvimento de habilidades pessoais” e em uma proporção menor “reforço da ação comunitária”, porém, ações nos demais campos também puderam ser observadas de forma ainda tímida. Segundo Rumor e colaboradores (2010) o reforço da ação comunitária deve ser intensificado, garantindo uma maior participação, incentivo, estímulo e autonomia dos usuários e comunidades para que respostas concretas possam ser dadas a algumas demandas imediatas, motivando-os para novas conquistas. A execução dessas ações tem se mostrado dependente do processo de trabalho tanto do farmacêutico

quanto da equipe de SF. Assim, serão descritas as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da promoção da saúde dentro do modelo do NASF.

4.3.3 Facilidades

Entre facilidades, segundo os farmacêuticos, para desenvolver ações de promoção da saúde no modelo do NASF está a atuação na lógica da SF, pois as possibilidades de atuação e intervenção são diversificadas quando comparadas as dos farmacêuticos que não atuam sob esta lógica.

[F2]: Quando estava dentro da farmácia, não tinha possibilidade de estar interagindo com a comunidade na comunidade. No NASF existe essa possibilidade, já que está dentro da comunidade, trabalhando essas questões de promoção da saúde. Na farmácia fica muito restrito ao atendimento de demanda.

A possibilidade de interação e troca de conhecimentos com outros profissionais, tanto da equipe de SF como da própria equipe multiprofissional do NASF tem permitido ao farmacêutico se inserir em outras práticas além da dispensação. Em pesquisa realizada por Andrade e colaboradores (2012), os profissionais também consideravam a articulação do trabalho da ESF e do NASF uma potencialidade, principalmente pelos diversos campos para atuação. Barbosa e colaboradores (2010) também concluem que as atividades multiprofissionais são enriquecedoras, citando inclusive a articulação do fisioterapeuta e do farmacêutico. Segundo Silva e colaboradores (2012) é fundamental a troca de conhecimento dialógica para as práticas de saúde, já que ninguém é detentor de todo o saber necessário.

[F4]: A possibilidade realmente de atuação multi e interdisciplinar.

[F7]: Poder trocar experiência com outros profissionais de saúde, isso facilita bastante você pensar melhor naquilo que digamos

assim, precisa ser promovido. Às vezes você pensa que existe um problema, ou que existe alguma coisa que você quer tratar, daí você vai olhar com outro profissional e vai ver que ele tem uma opinião diferente e você vai trocar de opinião, então acho que essa troca com outros profissionais é fundamental.

[F5]: Então tem várias especialidades profissionais que qualificam e potencializam esse trabalho da promoção da saúde. A possibilidade dessa interação permite o encaminhamento de pacientes pra esses grupos que são mais voltados para promoção, os atendimentos individuais, matriciamento, também articulações intersetoriais, como o trabalho com escolas no PSE, com oficinas e educação em saúde em que se trabalha alimentação saudável, atividade física, sexualidade, trabalho em paróquias com idosos.

O trabalho desenvolvido pelas equipes de SF também foi considerado uma facilidade, em relação à experiência profissional e a consequente abertura da equipe para o trabalho de outros profissionais, possibilitando a criação de vínculos e atividades em conjunto. Porém, essa realidade pode variar conforme os DS, os CS e até mesmo entre as equipes dentro de um mesmo CS. A realização das atividades dentro da agenda das equipes de SF é encarada como um desafio para o funcionamento do NASF, já que as metas assistenciais e o processo de trabalho, de forma geral, foram estabelecidos anteriormente (SILVA et al., 2012).

[F7]: Pelo menos lá as equipes são bem abertas para o trabalho, principalmente relacionado à promoção da saúde, eles são bem empolgados e engajados e isso ajuda bastante.

A “liberdade” dada por parte da gerência para a construção do cronograma também foi citada, possibilitando uma flexibilidade de horários para os profissionais. Resultado também encontrado por Silva e colaboradores (2012), citando que o cronograma deve ser feito de acordo com a realidade e demanda, dando autonomia ao NASF para articular com as equipes de SF e identificar as prioridades e a maneira de atuação.

[F1]: A gestão municipal de certa forma e ao compararmos com certas experiências de outros municípios, não impõe e não engessa nossa prática profissional. Por exemplo, temos informação que em outro lugar eles já recebem da gestão o cronograma, a ementa e instrumentos a serem utilizados em tais atividades, tirando a autonomia do profissional pra abordar as temáticas de outra forma.

4.3.4 Dificuldades

A formação acadêmica do farmacêutico e a experiência profissional tanto dos integrantes das equipes de SF quanto das equipes do NASF foram apontadas como dificuldades para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. O fato de a implantação do NASF ser consideravelmente recente, somado ao fato dos currículos dos cursos de graduação permanecer com foco no modelo biomédico, não atendendo as necessidades do serviço público de saúde (ANDRADE et al., 2012), podem justificar a deficiência de formação específica para trabalhar nesse novo modelo. A falta de reconhecimento do farmacêutico como um profissional de saúde pelos profissionais e pela população, fruto de sua ausência e o caráter comercial das farmácias (AGNONESI; SEVALHO, 2010), ainda permanece como uma barreira a ser superada. Andrade e colaboradores (2012) citam ainda a necessidade de educação permanente para

os profissionais e a necessidade de um melhor entendimento do processo de trabalho da ESF e do NASF.

[F2]: A dificuldade que ainda existe de trabalhar em equipe multiprofissional, pois nossa formação ainda é bastante individualista.

[F3]: A dificuldade dos profissionais entenderem esse novo modelo e começarem a entender o trabalho do farmacêutico (como o farmacêutico pode ajudar). A pior dificuldade é a inserção do farmacêutico, como trabalhar em conjunto.

Apresenta-se como uma dificuldade o pouco interesse da população por atividades de promoção da saúde, dando preferência às curativas, para que os problemas sejam solucionados em curto prazo. Além disso, não há o interesse por parte da população, de modo geral, em participar de atividades comunitárias. Resultado semelhante foi encontrado por Arioli (2012), sendo, segundo a autora, reflexo do histórico do trabalho em saúde e do próprio trabalho da equipe, já que, geralmente, há uma rotina objetivando o atendimento da demanda dos usuários e suas necessidades imediatas (HORTA et al., 2009a).

[F5]: Na prática, pouco interesse e participação da comunidade para promover a saúde (...). Muitas vezes quando se fala em promoção da saúde, passar orientações para mudança de comportamento, eles não demonstram interesse ou já cortam o atendimento, não querem estender o assunto, quando convida para participar dos grupos, não demonstram interesse.

[F2]: E a questão da acomodação da população, eles gostam muito de reclamar, mas quando se chama eles para fazerem algo, eles não aparecem, sejam nas reuniões do CLS, nas manifestações, mobilizações em geral da melhoria da qualidade no próprio bairro. Em alguns bairros isso é mais

evidente que em outros, mas no geral a população é bem acomodada.

Vale lembrar que a maioria dos grupos de educação em saúde não representa a real demanda dos usuários, já que são organizados pelos profissionais do CS, segundo as necessidades percebidas por estes ou apenas seus interesses. A adesão dos usuários aos grupos deve servir como alerta para as equipes de SF para que aqueles considerados desnecessários ou pouco interessantes pelos usuários sejam reformulados ou mesmo descartados e, no seu lugar, sejam realizados grupos que representem a demanda e o interesse local. Outro ponto a ser lembrado é a cultura da população que prioriza as ações curativas e as resoluções em curto prazo, já que essas podem ser observadas, diferentemente das ações que almejam a promoção da saúde, que se apresenta como um objetivo abstrato para a maioria da população. Assim, o trabalho na lógica da SF deve ser interdisciplinar e dialógico, para que os usuários expressem suas reais necessidades de saúde e, investir no conhecimento do ser humano local, identificando suas circunstâncias pessoais e coletivas, culturais, valores e tradições (RUMOR et al., 2010).

A alta demanda, representada pela responsabilidade por um número maior de equipe do que o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica de 2011 apresenta-se como uma das maiores dificuldades, já que é citada por diversos profissionais. Em razão do número máximo de equipes vinculadas terem sofrido redução por duas vezes (2011 e 2012) acredita-se que não seja um problema exclusivo do município e por ser uma proposta consideravelmente nova, muitos ajustes ainda devem ser feitos para se chegar num modelo mais aplicável para a realidade. Formiga e Ribeiro (2012) também concordam que o NASF possuem muitos CS sob sua responsabilidade e Pereira (2011) ainda cita a necessidade de deslocamento entre os CS, tornando a situação ainda mais cansativa e desgastante.

[F4]: A nossa carga horaria é muito pequena em cada um dos CS e isso dificulta criar vínculo com as equipes, criar vínculo com as comunidades, conhecer todo o território desses 9 CS é praticamente impossível. (...) dificulta esse processo pra gente ter uma interação maior com alguma entidade, associação, inviabiliza ter um contato maior com a comunidade.

Além disso, o posicionamento da gerência que ao mesmo tempo em que dá “liberdade” ao profissional para organizar seu cronograma, obriga-o a substituir outros farmacêuticos, tem sido considerado a principal barreira para a estruturação do processo de trabalho, como citado no capítulo anterior. Esse fato tem impedido a criação de vínculo com as equipes de SF e com os usuários, por se manterem distante por certo período ou por ser considerado um profissional não confiável, já que por diversas vezes tem que desmarcar compromissos já agendados. Outro posicionamento da gerência é a priorização do atendimento de demanda individual em relação às demais atividades. Acredita-se que essa posição não tenha tanta influência no cronograma do farmacêutico como no do nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta que chegam a utilizar mais de 60% de sua carga horária para esses atendimentos, impedindo o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde.

[F7]: Ter que cobrir outros serviços, então às vezes o vínculo é uma dificuldade muito grande pra mim. (...) a gente começava a desenvolver o trabalho, a coisa começa a andar, de repente, não, agora o farmacêutico tal está de férias, eu tenho que cobrir. Então tudo aquilo que você fez, não é que você perde, mas acaba que não fica com aquele vínculo todo com a equipe, então você some por 2 meses, aparece daqui 2 meses e tem que meio que começar tudo, e ai fica meio picado esse trabalho, então acaba que a

gente não consegue criar mesmo o vínculo e isso dificulta bastante, com a equipe e com a comunidade.

[F5]: Em função do distrito, da gestão priorizar a parte individual, acaba deixando a parte de promoção da saúde meio de lado, mas é um posicionamento da gestão que quer que a agenda seja montada mais para atendimento individual e menos ações coletivas.

Por último, temos a ausência de espaços adequados dentro dos CS para o desenvolvimento de atividades em grupo, como também citado por Formiga e Ribeiro (2012) e Arioli (2012). Essa última autora ainda cita ser consequência do financiamento insuficiente a ausência de estrutura adequada.

[F7]: A questão de espaço, nem só minha dificuldade, mas uma dificuldade dos profissionais como um todo lá, de algumas unidades não terem espaço pra fazer um grupo, uma reunião, então você acaba dependendo desse espaço fora, e isso dificulta bastante.

Conclui-se que a promoção da saúde apresenta-se como um campo complexo, necessitando de um trabalho conjunto de diversos atores e setores. Para que o farmacêutico possa atuar de fato na promoção da saúde, alguns obstáculos principais ainda devem ser superados, como a necessidade de formação específica para o novo modelo de atenção à saúde, pois seus conceitos se refletem nas práticas; qualificação das equipes de SF, pois dela dependem grande parte do trabalho do NASF e a visão biomédica ainda permanece hegemônica para os profissionais de saúde; a necessidade de adaptação do número de equipes de SF sob sua responsabilidade, já que o alto número traz uma alta demanda para os profissionais que precisam optar por equipes a serem apoiadas, ou por atividades a serem realizadas, sendo que as atividades com foco na promoção da saúde acabam ficando em segundo plano; e, principalmente, a

necessidade de definição do objetivo, das metas, dos resultados a serem alcançados pelo trabalho do farmacêutico no NASF e a consequente priorização das atividades que levam a eles, sendo que esses devem estar relacionados à mudança do modelo de atenção, tendo a promoção da saúde como base.

Apesar das dificuldades e da falta de planejamento do processo de trabalho para a promoção da saúde, os farmacêuticos estão construindo essas possibilidades em setores e estratégias para as quais a farmácia não tem história e referência. Os farmacêuticos, mesmo não sendo todos e nem a todo o momento, estão conseguindo ampliar seu trabalho, saindo de dentro da farmácia, na frente ou atrás de uma caixa de medicamento. Assim, na presença de um farmacêutico que tem conhecimento, disposição e interesse em criar e desenvolver ações que não são aquelas esperadas pelo seu trabalho, a autonomia dada pela gerência passa a ser um elemento-chave. Porém, para isso, a promoção da saúde deve ser considerada como um objetivo e, antes disso, deve se ter clareza do que é a promoção da saúde para que a visão e as possibilidades sejam aumentadas, saindo do foco do medicamento e da mudança de hábitos. Ressalta-se ainda a importância do controle social para que o objetivo seja alcançado, é necessário o incentivo aos indivíduos e comunidades a participar das ações, ter voz, lutar pelos seus interesses, o que não foi observado durante a pesquisa. Assim, o NASF e a ESF, como propostas de mudança do modelo hegemônico da saúde, e o farmacêutico, como um profissional de saúde capaz de mudar o foco do medicamento para o usuário, tornam-se peças importantes para o desenvolvimento da promoção da saúde dos indivíduos e comunidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se a organização do processo de trabalho é definida pelo objetivo final do trabalhador, é necessário que, primeiramente, haja uma desvinculação do modelo biomédico por parte de todos os profissionais, para que a saúde passe a ser vista de forma ampliada, considerando todos os seus determinantes. Assim, será possível que as tecnologias leves sejam incorporadas, culminando na predominância do trabalho vivo.

O NASF no município estudado se apresenta como uma proposta dialética e dialógica para os farmacêuticos, pois ao mesmo tempo em que o processo de trabalho é considerado autônomo e criador, pela “liberdade” para a construção do seu cronograma e suas atividades, é também limitador, pela falta de objetivos, métodos e condições de trabalho. Além disso, ao mesmo tempo em que está inserido em uma equipe multiprofissional e pode atuar no cuidado dos usuários e comunidades, se percebe uma necessidade de estruturação do espaço da farmácia, prendendo-o a um trabalho mais gerencial em relação ao assistencial. Utilizando-se a frase inicial, conclui-se que um dos principais motivos para a falta de estruturação do processo de trabalho do farmacêutico no NASF é a ausência do seu objetivo claro, tanto para os profissionais quanto para a gerência. Essa ausência somada à deficiência do serviço farmacêutico na em algumas unidades da rede de atenção básica acaba impedindo a priorização de atividades voltadas à proposta do NASF. A definição do objetivo, das metas e resultados a serem alcançados devem estar relacionadas à mudança do modelo de atenção, tendo a promoção da saúde como base. Para isso, é necessário que conceito de promoção da saúde também esteja claro, para que as possibilidades de ações sejam aumentadas.

Através do estudo do processo de trabalho do farmacêutico observou-se que os profissionais possuem um conceito de promoção da saúde condizente com a literatura e

estão, em suas possibilidades e particularidades, conseguindo ampliar seu trabalho, mudando um pouco o foco exclusivo no medicamento. Assim, para um trabalho com foco na promoção da saúde, é necessário envolver os indivíduos e comunidades, trabalhar interdisciplinarmente, ter formação específica, disposição e compromisso. O compromisso dos profissionais com os resultados supera a deficiência do conhecimento em como se colocar em prática as políticas, assim, a obscuridade do documento das Diretrizes do NASF passa a ser superada pela qualificação do profissional, possibilitando que a política se desenvolva na práxis. Espera-se que essa nova lógica seja capaz de transformar todos os profissionais, já que segundo Marx (1975) e Engels (1974), citado por Faria e Araújo (2010), o trabalho criou o próprio homem, podendo transformá-lo, ou seja, ao mesmo tempo em que o trabalho em saúde produz cuidado, produz cuidadores e esses, são capazes de lutar pela própria saúde e pela dos outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**, v. 5, p. 3-53, 1996.
- ALVEZ-MAZZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Editora Pioneira, 1999. 2. ed.
- ANDERSON, R. M.; FUNNEL, M. M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient Education and Counseling**, v. 79, n. 3, p. 277-82, 2010.
- ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3603-3614, 2010.
- AQUILINO, M. L. et al. Smoking-cessation services in Iowa community pharmacies. **Pharmacotherapy**, v. 23, n. 5, p. 666-73, 2003.
- ARIOLI, I. G. S. **Práticas e estilos de pensamento em promoção da saúde no contexto da atenção básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- ARONA, E. C. Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 26-36, 2009.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1737-46, 2005.
- AWAD, A.; ABAHUSSAIN, E. Health promotion and education activities of community pharmacists in Kuwait. **Pharmacy World & Science**, v. 32, n. 2, p. 146-53, 2010.
- BABB, V. J.; BABB, J. Pharmacist involvement in Healthy People 2010. **Journal of American Pharmacists Association (Washington DC)**, v. 43, n. 1, p. 56-60, 2003.

- BARBOSA, E. G. B. et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BERDINE, H. J.; O'NEIL, C. K. Development and implementation of a pharmacist-managed university-based wellness center. **Journal of American Pharmacists Association (2003)**, v. 47, n. 3, p. 390-7, 2007.
- BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.
- BLACK, D. R.; LOUGHEAD, T. A.; HADSALL, R. S. Purdue stepped approach model: application to pharmacy practice. **DICP**, v. 25, n. 2, p. 164-8, 1991.
- BOYLE, T. C.; COFFEY, J.; PALMER, T. Men's health initiative risk assessment study: effect of community pharmacy-based screening. **Journal of American Pharmacists Association (2003)**, v. 44, n. 5, p. 569-77, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Relatório Final. Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização na Assistência Farmacêutica, com Controle Social. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da

Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3124, 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**, Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 3, n. 1, p.113-25, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da unidade de saúde da família**. Caderno 1. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 2001.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 7-30, 1996.

BRITO, J. C. Trabalho real. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 2 ed. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2012.

- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.
- BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6 p. 2305-16, 2009.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3033-40, 2011.
- CAMPOS, W. S. C.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, 399-407, 2007.
- CAPONI, S.; BRZOZOWSKI, F. S. Ética e medicalização. In: Módulo Optativo [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.
- CARTANA, M. H. F. et al. El estudio de caso en investigación en enfermería. In: Prado ML, Souza ML, Carraro TE, editores. **Investigación Cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales**. Washington (DC): OPS/OMS, 2008. p. 213-221. (Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000, n.9).
- CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n. 4, p. 1088-95, 2004.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, suppl. 2, p. 2029-40, 2008.
- CATFORD, J. Ottawa 1986: back to the future. **Health Promotion International**, v. 26, suppl. 2, p. ii163-7, 2011.
- CAVALCANTE, C. A. A. et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 241-8, 2008.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-78, 1997.

- CHANDRA, A.; MALCOLM, N.; FETTERS, M. Practicing health promotion through pharmacy counseling activities. **Health Promotion Practice**, v. 4, n. 1, p. 64-71, 2003.
- CIARDULLI, L. M.; GOODE, J. V. Using health observances to promote wellness in community pharmacies. **Journal of American Pharmacists Association (Washington DC)**, v. 43, n. 1, p. 61-8, 2003.
- COLLINS, P. A.; HAYES, M. V. Twenty years since Ottawa and Epp: researchers' reflections on challenges, gains and future prospects for reducing health inequities in Canada. **Health Promotion International**, v. 22, n. 4, p. 337-45, 2007.
- CRESWELL, J. W. Five Qualitative Traditions of Inquiry. In: _____. **Qualitative Inquiry and Research Design**. Choosing among Five Traditions. Thousand Oaks: SAGE, 1997. p. 47-69.
- CRESWELL, J. W. Procedimentos Qualitativos. In: _____. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 184-210.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método paidéia para gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.
- DICKINSON, C.; HOWLETT, J. A.; BULMAN, J. S. The role of the community pharmacist as a dental health adviser. **Community Dental Health**, v. 12, n. 4, p. 235-7, 1995.
- FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, 2. ed.
- FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 429-39, 2010.
- FLICK, U. Entrevistas semi-estruturadas. In: _____. **Uma introdução a pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004. p. 90-107.

FLORIANÓPOLIS. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=nucl eos+de+apoio+a+saude+da+familia>>. Acesso em: outubro de 2011.

FLORIANÓPOLIS. **População Florianópolis** (por Distrito Sanitário, Unidade de Saúde, Área e Micro-área). Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: dezembro de 2012.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução Normativa n. 001/2010**. 2010a. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=nucl eos+de+apoio+a+saude+da+familia>>. Acesso em: dezembro de 2010.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 283 de 2007. Aprova a Política Municipal de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. Florianópolis: **Diário Oficial do Município**, 2007.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução Normativa n. 003/2010**. 2010b. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=assistencia+farmaceutica&menu=0>>. Acesso em dezembro de 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 24, v. 1, p. 17-27, 2008.

FONTES, B. A.; LIMA, R.; LIMA, J. A. Promoção da saúde e participação social: o modelo de atenção básica do Sistema de Saúde Brasileiro. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 46, n. 1, p. 65-79, 2010.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-22, 2012.

- FOSTER, S. L.; SMITH, E. B. Patient consultation in a managed care setting: guiding pharmacy into the future. **American Journal of Managed Care**, v. 4, n. 7, p. 1039-46; quiz 1047-8, 1998.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 231-40, 2011.
- GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.
- GEORGE, P. P. et al. The evolving role of the community pharmacist in chronic disease management - a literature review. **Annals Academy of Medicine Singapore**, v. 39, n. 11, p. 861-7, 2010.
- GERBER, B. S. et al. A pharmacist and health promoter team to improve medication adherence among Latinos with diabetes. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 44, n. 1, p. 70-9, 2010.
- GRANT, R. W. et al. Improving adherence and reducing medication discrepancies in patients with diabetes. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 37, n. 7-8, p. 962-9, 2003.
- HAMMARSTRÖM, B.; WESSLING, A.; NILSSON, J. L. Pharmaceutical care for patients with skin diseases: a campaign year at Swedish pharmacies. **Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 20, n. 6, p. 327-34, 1995.
- HERSBERGER, K. E. et al. Sequential screening for diabetes-evaluation of a campaign in Swiss community pharmacies. **Pharmacy World & Science**, v. 28, n. 3, p. 171-9, 2006.
- HOLMSTRÖM I.; RÖING M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. **Patient Education and Counseling**. v. 79, n. 2, p. 167-72, 2010.
- HORTA, N. C. et al. A prática das Equipes de Saúde da Família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 524-29, 2009a.
- HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 12, n. 3, 293-301, 2009b.
- IBGE. **Estimativa da população 2012**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em janeiro de 2013.

- JELLIN, J. M.; MAR, D. D. Pharmacists as instructors of health education in community colleges. **Contemporary Pharmacy Practice**, v. 3, n. 1, p. 43-6, 1980.
- JOHNSON, J. A. Self-efficacy theory as a framework for community pharmacy-based diabetes education programs. **Diabetes Educator**, v. 22, n. 3, p. 237-41, 1996.
- KELLOW, N. Evaluation of a rural community pharmacy-based Waist Management Project: bringing the program to the people. **Australian Journal of Primary Health**, v. 17, n. 1, p. 16-22, 2011.
- LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- LEITE, S. N. Quê “promoção da saúde”? discutindo propostas para a atuação do farmacêutico na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1749-50, 2007.
- LLOYD-WILLIAMS, F. The effect of an intervention programme to improve health education leaflet uptake and distribution in community pharmacies. **Patient Education and Counseling**, v. 49, n. 1, p. 27-33, 2003.
- LOPES, L. F. Atuação do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2010. Disponível em: <<http://semanaracine.com.br/2010/05/28/atuacao-do-farmacutico-no-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf/>>. Acesso em novembro de 2010.
- MAFFEO, C. et al. My First Patient Program to introduce first-year pharmacy students to health promotion and disease prevention. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 73, n. 6, p. 97, 2009
- MAFFEZZOLLI, E. C. F.; BOEHS, C. G. E. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. **Revista da FAE**, v. 11, n. 1, p. 95-110, 2008.
- MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de apoio à saúde da família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista Terapia Ocupacional**, v. 19, n. 2, 2008.
- MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994. 14. ed
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na**

- atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. 6. ed.
- MAUNDER, P. E.; LANDES, D. P. An evaluation of the role played by community pharmacies in oral healthcare situated in a primary care trust in the north of England. **British Dental Journal**, v. 199, n. 4, p. 219-23, discussion 211, 2005.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde:** processo de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65, 2003.
- MERZEL, C.; D’AFFLITTI, J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 4, p. 557-74, 2003.
- MINAYO, M. C. S. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco, 2010. 12. ed.
- MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 15, n. 3, p. 465-74, 2010.
- MORIN, E. Epistemologia da Complexidade. In: SCHNITMAN, D.F. (Org). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 274-289.
- MORSE, J. M.; FIELD, P. A. Reporting Qualitative Research. In: _____. **Qualitative Research Methods for Health Professionals.** Thousand Oaks: SAGE, 1995. p. 171-94.
- MYERS, T. et al. The role of policy in community pharmacies' response to injection-drug use: results of a nationwide Canadian survey. **AIDS & Public Policy Journal**, v. 11, n. 2, p. 78-88, 1996.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos

- Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-6, 2010.
- NASCIMENTO, M. C. Medicamentos, comunicação e cultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, suppl, p. 179-193, 2005.
- NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. A prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333-45, 2005.
- NAVES, J. D. O. S.; MERCHAN-HAMANN, E.; SILVER, L. D. Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1005-14, 2005.
- NETO, J. L. F.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivos na promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, n. 20, v. 4, p. 1119-42, 2010.
- NICHOLS-ENGLISH, G.; POIRIER, S. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. **Journal of American Pharmacists Association (Washington DC)**, v. 40, n. 4, p. 475-85, 2000.
- OFFIONG, C. Y. et al. The role of colleges and schools of pharmacy in the advent of Healthy People 2020. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 75, n. 3, p. 56, 2011.
- O'LOUGHLIN, J. et al. The role of community pharmacists in health education and disease prevention: a survey of their interests and needs in relation to cardiovascular disease. **Preventive Medicine**, v. 28, n. 3, p. 324-31, 1999.
- OPAS. **Consenso Brasileiro De Atenção Farmacêutica**: proposta. Brasília, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Boletim Informativo da 7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde, Nairobi, Kenya, 28 de outubro de 2009, p. 1-2. Disponível em: <www.afro.who.int/index.php?option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D5073+&hl=pt->. Acesso em maio de 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Adelaide**. Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Adelaide: OMS, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Jacarta**. Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Jacarta: OMS, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Sundsvall**. Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Sundsvall: OMS, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração do México**. Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Cidade do México: OMS, 2000.

PATWARDHAN, P. D.; CHEWNING, B. A. Ask, advise and refer: hypothesis generation to promote a brief tobacco-cessation intervention in community pharmacies. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 17, n. 4, p. 221-9, 2009.

PAUL, C. L. et al. Pharmacists on the front line in providing support for nicotine replacement therapy and bupropion purchasers. **Drug and Alcohol Review**, v. 26, n. 4, p. 429-33, 2007.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 2 ed. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2012.

PEREIRA, K. G. **Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em um município de Santa Catarina/SC**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

PETERSON, G. M. et al. Public perceptions of the role of Australian pharmacists in cardiovascular disease. **Journal of**

Clinical Pharmacology Therapeutics, v. 35, n. 6, p. 671-7, 2010.

RAYNAULT, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 1, p. 43-55, 2002.

REDENUTRI. **Texto de sistematização 05**: como estão sendo realizadas as ações de alimentação e nutrição nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família? Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/redenutri/sistematizacao_na_sf5.pdf>. Acesso em agosto de 2011.

REIS, M. L.; PÜSCHEL, V. A. A. Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n. 2, p. 1308-13, 2009.

RICIERI, M. C. et al. O farmacêutico no contexto da Estratégia em Saúde da Família, que realidade é esta? **Visão Acadêmica**, v. 7, n. 2, 2006.

RODRIGUES, M. P.; ARAUJO, M. S. S. **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Observatório RH, NESC/UFRN. Natal; 2001. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/polo_t05.htm>. Acesso em dezembro de 2012.

RONZANI, R. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.1, p. 23-34, 2008.

RUMOR, P. C. F. et al. A promoção da saúde nas práticas educativas da Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 674-80, 2010.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 221-4, 2007.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p.71-88, 1999.

SARTOR, V. B. **A Assistência Farmacêutica e a Estratégia Saúde da Família**: em busca da integralidade da atenção à saúde no curso de especialização em Saúde da Família/modalidade Residência – UFSC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Curso de Especialização

em Saúde da Família/modalidade Residência. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SARTOR, V. B. **Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SCAHILL, S. L.; HARRISON, J.; CARSWELL, P. What constitutes an effective community pharmacy?--development of a preliminary model of organizational effectiveness through concept mapping with multiple stakeholders. **International Journal of Quality Health Care**, v. 22, n. 4, p. 324-32, 2010.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, A. T. C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-84, 2012.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>>. Acesso em dezembro de 2012.

SISSON, E.; KUHN, C. Pharmacist roles in the management of patients with type 2 diabetes. **Journal of American Pharmacists Association (2003)**, v. 49, Suppl1, p. S41-5, 2009.

SRNKA, Q.; PORTNER, T. S. Exploring self-care and wellness: a model for pharmacist compensation by managed care organizations. **American Journal of Managed Care**, v. 3, n. 6, p. 943-52; quiz 955-7, 1997.

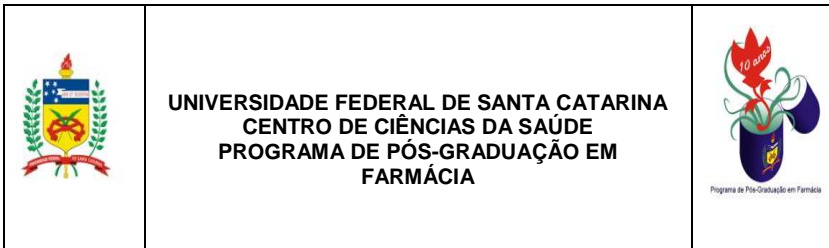
SUNDERLAND, B. et al. Rural pharmacy not delivering on its health promotion potential. **Australian Journal of Rural Health**, v. 14, n. 3, p. 116-9, 2006.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde.** Para gestores municipais de serviços de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

- TANIGUCHI, R. T. Community drug information services by telephone. **Contemporary Pharmacy Practice**, v. 3, n. 2, p. 82-4, 1980.
- TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- TERRIS, M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. **Journal of Public Health Policy**, v. 13, n. 3, p. 267-76, 1992.
- TERRIS, M. The contributions of Henry E. Sigerist to health service organization. **Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society**, v. 53, n. 4, p. 489-530, 1975.
- TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 347-62, 2006.
- UIPES/ORLA. A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em agosto de 2011.
- VANNUCCHI, A. M. C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 963-82, 2012.
- VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 82-8, 2005.
- VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-20, 2007.
- VINHOLES, E. R.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do serviço de atenção farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 293-303, 2009.
- WALLERSTEIN, N. et al. Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South

- America: 25 years after Ottawa. **Health Promotion International**, v. 26, suppl. 2, p. ii226-36, 2011.
- WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1621-28, 2002.
- WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: Campos, G.W et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-665.
- WHITEHEAD, D. Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion? **Journal of Advanced Nursing**, v. 34, n. 6, p. 822-32, 2001.
- WIGGINS, N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. **Health Promotion International**. v. 27, n. 3. p. 356-71, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ethical criteria for medicinal drug promotion**. Report of forty first World Health Assembly. Geneva, Switzerland, 13 May 1988. Geneva: World Health Organization, 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication**. Report of the fourth WHO Consultative group on the role of the pharmacist. Hague, Netherlands, 26-28 August 1998. Geneva: World Health Organization (WHO/DAP/98.13), 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of the pharmacist in the health care system**. Preparing the future pharmacist: Curricular development. Report of a third WHO Consultative Group on the role of the pharmacist. Vancouver, Canada, 27-29 August 1997. Geneva: World Health Organization (WHO/PHARM/97/599), 1997.
- YIN, R. K. **Estudo de caso**. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005. 3. ed.

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semi-estruturada





Pesquisa: 'A promoção da saúde pelos farmacêuticos na rede de atenção básica de um município do sul brasileiro'

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Qual sua formação acadêmica? E a profissional? (Incluir o ano do término).
2. Há quanto tempo está trabalhando no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)? E na atenção básica?
3. Houve alguma capacitação direcionada ao NASF? De que forma você se preparou para trabalhar nessa área?
4. Qual seu conceito de promoção da saúde? Quais práticas você realiza na sua rotina que são consideradas, por você, promoção da saúde?
5. Quais são as facilidades encontradas para o desenvolvimento da promoção da saúde na sua rotina? E as dificuldades?
6. Como foi definido seu processo de trabalho?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA</p>	 <p><small>Programa de Pós-Graduação em Farmácia</small></p>
---	--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa 'Práticas farmacêuticas e práticas de promoção da saúde: desenvolvimento de possibilidades nos NASF de Florianópolis/SC', parte do trabalho de mestrado realizado pela pesquisadora Carina Akemi Nakamura, sob orientação da Dra. Silvana Nair Leite. Sua participação não é obrigatória, sendo que a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou com a instituição. Qualquer dúvida que você venha a ter antes, durante ou após a realização da pesquisa poderá ser esclarecida pessoalmente ou através dos contatos abaixo.

O presente projeto de pesquisa tem a proposta de estudar a rotina de trabalho dos farmacêuticos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Florianópolis e tem como objetivos: analisar a construção da promoção da saúde pelo farmacêutico na equipe multiprofissional da rede de atenção básica, além de identificar as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da promoção da saúde na prática profissional dos farmacêuticos, conhecer sua concepção de promoção da saúde e identificar as ações de promoção da saúde desenvolvidas em sua rotina de trabalho.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista referente ao seu trabalho dentro do NASF e a um acompanhamento de sua rotina de trabalho por no mínimo 10 dias, período variável conforme os resultados obtidos e objetivos cumpridos. A entrevista será gravada com auxílio de um gravador e todas as informações que a pesquisadora achar pertinente serão anotadas em um diário de campo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, utilizando-se códigos para este fim. Não há riscos relacionados com sua participação e como benefício, o trabalho final poderá ser consultado, esperando-se que informações relevantes sobre promoção da saúde sejam obtidas.

Você receberá uma cópia deste termo em que consta o contato das pesquisadoras e do professor orientador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Dra. Silvana Nair Leite
Farmácia Escola
Universidade Federal de Santa
Catarina
Email: silvana.nair@hotmail.com
Tel:(48)37219567

Carina Akemi Nakamura
Mestranda
Programa de Pós-Graduação em
Farmácia
Universidade Federal de Santa
Catarina
Email: carina.akemi@gmail.com
Cel: (48)99895236

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Farmacêutico

ANEXOS I – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SMS



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPISH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Práticas farmacêuticas e práticas de promoção da saúde: desenvolvimento de possibilidades nos NASFS de Florianópolis/SC" da pesquisadora responsável Profª. Drª. Silvana Nair Leite e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPISH.

Florianópolis, 23/01/2012.

Maria Francisca dos Santos Dausy
União da Integração Lattes - UIL
MANTIDA 12/01/12

Maria Francisca dos Santos Dausy
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

ANEXOS II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

PROJETO DE PESQUISA

Título: Práticas farmacêuticas e práticas de promoção da saúde: desenvolvimento de possibilidades nos NASF de Florianópolis/SC.

Pesquisador: Silvana Nair Leite Cortezini

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

CAAE: 01111912.8.0000.0121

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 23912

Data da Relatório: 14/05/2012

Apresentação do Projeto:

O presente processo refere-se ao projeto de pesquisa "Práticas farmacêuticas e práticas de promoção da saúde: desenvolvimento de possibilidades nos Nasf de Florianópolis/SC". O projeto de pesquisa em questão será desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

A presente pesquisa tem por objetivo geral analisar a construção de promoção da saúde pelo farmacêutico na equipe multiprofissional do NASF do município de Florianópolis/SC. Os objetivos específicos são assim delineados: identificar as facilidades e as dificuldades para o desenvolvimento da promoção da saúde na prática profissional dos farmacêuticos nos NASF; Conhecer a sua concepção de promoção da saúde; identificar as ações de promoção da saúde desenvolvidas em sua rotina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em decorrência da construção da pesquisa e dos referenciais teóricos e metodológicos adotados não há especificação de riscos relativos aos sujeitos participantes do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Com o projeto em questão os pesquisadores almejam analisar a participação e atuação do farmacêutico na equipe do NASF de Florianópolis. Para tanto trabalham com uma pesquisa de desenho qualitativo e com a referência do estudo de caso utilizando as técnicas da entrevista e do diário de campo. Os pesquisadores apontam que a pesquisa poderá contribuir de forma significativa com o embasamento teórico e a elaboração de modelos de práticas farmacêuticas e de promoção da saúde para além do assistencialismo estabelecido, na medida em que novas práticas possam se aproximar da realidade da população atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam no presente projeto os documentos solicitados, no caso: Folha de Rosto; Declaração de Compromisso; Projeto de Pesquisa; Modelo do TCLE.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Consideramos que a presente pesquisa apresenta os documentos solicitados; encontra-se bem construída com delineamento dos referenciais teóricos adotados e com apresentação dos referenciais metodológicos; bem com, consideramos que a presente pesquisa poderá contribuir com a efetivação do programa NASF no setor da saúde. Dessa forma, somos de parecer favorável a sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 19 de Maio de 2012

Assinado por:
Washington Portela de Souza