



CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DO FARMACÊUTICO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, SOBRAL - CE

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PHARMACISTS IN A MULTIDISCIPLINARY RESIDENCY PROGRAM WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY, SOBRAL-CE

Olindina Ferreira Melo ¹
Michele Batista Almagro ²
Paula Natanielle Nunes Alves ³
Ana Maria Vieira Falcão ⁴
Kamila Soares Balreira ⁵
Maria Lidiane Rodrigues Santos ⁶

RESUMO

O farmacêutico inseriu-se na atenção primária através da Estratégia Saúde da Família (ESF) buscando interagir com outras categorias profissionais, assegurando uma atenção integral. Indubitavelmente, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia do município de Sobral-CE contribui sobremaneira para a viabilização dessa inserção. Este trabalho relata as experiências de trabalho das farmacêuticas da 6ª e 7ª turmas da RMSF. As ações desenvolvidas incluíram: fitoterapia como terapia medicamentosa de primeira escolha; gerenciamento da Farmácia do Centro de Saúde da Família; dispensação de medicamentos; visitas domiciliares; Educação em Saúde; mobilizações sociais; e Educação Permanente. Analisando-se as experiências observou-se que a inserção do farmacêutico viabilizou conquistas como: reconhecimento do fazer pela comunidade e profissionais da equipe da ESF; atuação com os prescritores, reduzindo os problemas relacionados com medicamentos; acompanhamento farmacoterapêutico; atuação no controle social; articulações intersectoriais e interdisciplinares.

Palavras-chaves: Saúde da Família. Atenção Primária. Farmácia.

ABSTRACT

Pharmacists were included in the scope of primary health care through the Family Health Strategy (ESF) seeking to interact with other professionals in order to ensure integral care. The Multidisciplinary Residency Program in the Family Health Strategy (RMSF) in the Visconde de Sabóia Training School Family Health, Sobral, CE, Brazil has greatly contributed to facilitate this inclusion. This paper reports the work experiences of pharmacists from the 6th and 7th classes of the RMSF. The developed actions included: phytotherapy as first choice of medication therapy; management of the Pharmacy in the Family Health Unit; dispensation of medication; home visits; Health Education; Social mobilization; and Continuous Education. The analysis of experiences revealed that the inclusion of pharmacists enabled achievements such as: acknowledgement from the community and professionals from the ESF team; work as prescribers reducing problems related to medication; pharmacotherapeutic follow-up; work in social control; inter-sector and interdisciplinary cooperation.

Key words: Family Health. Primary Health Care. Pharmacy.

1 - Mestre em Bioquímica. Preceptora de categoria de Farmácia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

2 - Farmacêutica. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

3 - Farmacêutica. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

4 - Especialista em Citologia Clínica e Microbiologia Clínica. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

5 - Especialista em Hematologia Clínica. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

6 - Farmacêutica. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

1 INTRODUÇÃO

O resgate histórico da profissão farmacêutica inicia-se no século XVI quando os primeiros europeus tiveram que render-se aos tradicionais ensinamentos dos pajés, utilizando ervas naturais para o combate de suas chagas. A figura do cirurgião barbeiro ou uma botica aparece na história quando navios – portugueses, espanhóis ou franceses - surgiam em expedição. O único boticário correspondente à instituição do Governo Geral de Thomé de Souza foi Diogo de Castro que na época possuía função oficial com remuneração.

As boticas como ramo comercial foram legalizadas em 1640 e eram os locais possíveis de encontrar remédios do reino e plantas medicinais. A aprovação dos boticários acontecia em Salvador, na época capital do Brasil, sendo um procedimento de fácil acesso. O que se podia encontrar na época eram boticários de nível intelectual baixo, que possuíam pouco conhecimento sobre medicamentos e por vezes analfabetos.

A fiscalização rigorosa quanto ao exercício da profissão, com proibição de ilegalidades no comércio das drogas e medicamentos aconteceu somente em 1744, ocasionada pela reforma feita por Dom Manuel.

Em 1824 surge no Brasil o ensino de farmácia, tendo como primeiro professor José Maria Bontempo. Um ano após criou-se na Universidade do Rio de Janeiro a Faculdade de Farmácia, proporcionando em seguida o surgimento de diversos cursos.

A figura do farmacêutico aparece somente em 1886 quando o decreto 2055 impossibilita que os boticários não habilitados mantivessem suas boticas abertas. Atualmente a profissão farmacêutica é regulamentada e para ser exercida é necessária a inscrição referente ao estado de atuação no Conselho Regional de Farmácia.

*O resgate histórico da
profissão farmacêutica
inicia-se no século XVI
quando os primeiros europeus
tiveram que render-se aos
tradicionais ensinamentos
dos pajés, utilizando ervas
naturais para o combate de
suas chagas.*

Hepler e Strand (1999) fazem uma análise da atividade farmacêutica no século XX e a define em três fases, a saber: tradicional, de transição e de desenvolvimento da atenção ao paciente. Os boticários que preparavam e vendiam o medicamento fazem parte da fase tradicional; a fase de transição é marcada pela perda do papel social desenvolvido pela farmácia, quando entra em vigor a lei 5.991/73, favorecendo a lógica do mercado capitalista, dando direito de possuir um estabelecimento farmacêutico a qualquer empreendedor. Em contrapartida, o sistema de saúde nacional passou nos últimos anos por reformas em sua base estrutural e doutrinária, partindo de uma lógica mercantilista e curativista para a atenção integral ao indivíduo e à família. De fato, neste sentido, em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Neste novo modelo, saúde passa a ter um conceito mais amplo, deixando de ser apenas a ausência de doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é uma situação de completo bem estar físico, mental e social. Trabalhando nesta perspectiva, o novo modelo investe na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

A partir destas discussões sobre saúde, o profissional farmacêutico passa a vislumbrar um novo papel na sociedade, uma nova forma de contribuir com a qualidade de vida da população. Desta forma, em 2002, acontece o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, que define o conceito básico de Atenção Farmacêutica:

Um modelo de prática farmacêutica desenvolvida no modelo de Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doença, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade de saúde (CONSENSO, 2002, apud PEREIRA; FREITAS, 2008).

Neste sentido, o farmacêutico passa a ocupar um

lugar no novo modelo de saúde na atenção primária, atuando conjuntamente aos demais profissionais de saúde para melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), o farmacêutico tem o seguinte papel:

O farmacêutico ocupa papel-chave nessa assistência, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. E como profissional de medicamentos, traz também para essa área de atuação conhecimentos de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos.

O Ministério da Saúde propõe a reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica (AF), a partir da Política Nacional de Medicamentos tendo como fundamentos: a descentralização da gestão; a promoção do uso racional de medicamentos; a otimização e eficácia na distribuição no setor público; e estímulo a iniciativas que conduzam a redução nos preços dos produtos. Além destas diretrizes, destacam-se ainda como prioridades: a adoção da RENAME (Relação Nacional dos Medicamentos), regulamentação sanitária de medicamentos, promoção da produção de medicamentos, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos permitindo acesso à informação e educação continuada (BRASIL, 1999). Desta forma a atuação do farmacêutico, além de promover o uso racional de medicamentos, com redução dos riscos de morbimortalidade, proporcionará meios para que os custos relacionados com a farmacoterapia sejam os menores possíveis para a sociedade (VIEIRA, 2006).

O farmacêutico passa a ocupar um lugar no novo modelo de saúde na atenção primária, atuando conjuntamente aos demais profissionais de saúde para melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos.

Diante da importância da ESF na organização da atenção à saúde da população brasileira, surge o questionamento: “Será que os profissionais estão preparados para atuar neste novo modelo?”. Tal questionamento vem à tona a partir de um cenário em que a maioria dos cursos de graduação possui uma lógica assistencialista, biologicista, com uma prática de trabalho centrada na atenção individual e especializada.

2 A PROPOSTA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Com a implantação do novo modelo de atenção à saúde no Brasil houve uma grande necessidade de qualificar os profissionais para atuarem na ESF. Diante deste cenário os sistemas de saúde e educação encontram-se frente ao desafio de criar estratégias educacionais efetivas para formar um profissional com determinado perfil para atuar na atenção primária e ou requalificar os que já estão inseridos nas unidades básicas de saúde (CASTRO; THERRIEN, 2009).

Em 1999, o Ministério da Saúde junto com atores do Movimento Sanitário lançam a proposta de criação de um modelo de Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006a).

Esta proposta tenta preencher a lacuna deixada pelo setor da educação na formação dos profissionais para atuarem no sistema de saúde vigente. Fica claro o descompasso entre esses dois setores, o que obriga o setor saúde intervir na formação, intensificando iniciativas de capacitação de seus quadros em seu próprio local de trabalho.

Amâncio Filho (2004) fala da dificuldade de aplicação prática de conceitos como promoção da saúde, e afirma que os mesmos estão diretamente ligados à compreensão de que a saúde é dependente dos resultados de outros setores da ação governamental. Esse autor traz ainda a reflexão de que para uma intervenção efetiva na realidade é necessária uma estreita e permanente parceria institucional entre os setores saúde e educação. Esta parceria deverá objetivar a construção de uma proposta educacional que conjugue conhecimentos produzidos e acumulados pelas duas áreas.

É preciso, portanto, construir um processo educacional que articule a formação

profissional com as necessidades e as demandas da sociedade, como estratégia eficaz para o desenvolvimento econômico, social e cultural dessa mesma sociedade, na perspectiva de possibilitar ao indivíduo o exercício eficiente de resultados imediatos ou de curtíssimo prazo e, ainda, procurando romper com a renitente inadequação entre formulações teóricas e a rebeldia do cotidiano (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Ceccim e Feuerwerker (2004) fazem uma análise crítica do processo de formação dos profissionais de saúde, bem como traçam esboços de uma formação completa, com discussões que visam melhorar a qualidade de vida da população. Neste sentido, os autores colocam que:

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral (RMSF) teve início no ano de 1999 através de uma parceria entre a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo a primeira implantada no país, partindo da necessidade de capacitar os profissionais que ingressavam no Programa Saúde da Família, considerando os princípios e diretrizes do SUS (BARRETO et al., 2000) e utilizando como proposta de trabalho a “Tenda Invertida” onde o locus e o momento de formação do profissional passa a ser o território onde atua a equipe do PSF, pois este é considerado o lugar de apropriação de conhecimentos, atuação crítica, reflexiva, propositiva e tecnicamente competente (ANDRADE et al., 2004).

A proposta pedagógica da RMSF enfatiza uma formação baseada em competências humana, técnica, social e política.

A proposta pedagógica da RMSF enfatiza uma formação baseada em competências humana, técnica, social e política. Criando espaços dialógicos e de problematização, fazendo com que o residente analise sua realidade de trabalho debatendo e construindo soluções para os problemas encontrados. Esses espaços se compreendem nas rodas da equipe multiprofissional, rodas ampliadas, momentos de estudo, rodas dos Centros de Saúde da Família. A articulação da Escola com a Gestão Municipal foi fundamental na tentativa de alinhar os pensamentos, rever conceitos e discutir prioridades.

3 A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SOBRAL-CE

A Política de Assistência Farmacêutica ainda não prevê no âmbito da Atenção Primária à Saúde a presença do farmacêutico. Logo, a chegada e a inserção desse profissional foram dificultadas pela falta de referencial no serviço. Não existe um papel definido das competências e limites da atuação farmacêutica porque ainda são pouco difundidas e incipientes as experiências do farmacêutico na Atenção Primária e na ESF.

A expectativa é que com a promulgação da Portaria 698/06, a qual prevê recursos financeiros federais para os serviços farmacêuticos na Atenção Primária, os municípios sintam-se incentivados a contratarem este profissional para atuar, inclusive nos Centros de Saúde da Família. Essa proposta certamente conduzirá a profissão farmacêutica a construir referenciais de prática no âmbito da Atenção Primária.

A partir do ano de 2001 surgem as primeiras ações dessa categoria na atenção primária do município de Sobral por meio da seleção de profissionais farmacêuticos para o Programa de RMSF. Estas foram focadas na fitoterapia, com ampla divulgação do fazer do farmacêutico tanto nas comunidades quanto para os outros profissionais da equipe.

Após uma lacuna de dois anos, a 5ª turma de RMSF disponibiliza duas vagas para farmacêuticos, que fizeram parte do Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família - NAISF. Em 2008 a EFSFVS lança um novo edital para RMSF onde são selecionados 60 profissionais da saúde preenchendo duas turmas (6ª e 7ª), com seis vagas para cada categoria, inclusive farmácia. Paralelo a isso, o município de Sobral abriu três vagas para farmacêuticos, que passaram a fazer parte das equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF.

Nesse contexto, o profissional farmacêutico inseriu-se na Estratégia de Saúde da Família atuando de forma

interdisciplinar e multiprofissional. Desta forma, surgiu a oportunidade de uma atuação dialógica permanente com outros conhecimentos e favorecendo o questionamento, confirmação, complementação, negação, ampliação e esclarecimento de aspectos não identificados nos territórios. Os territórios que tiveram a presença da farmacêutico-residente foram: Dom Expedito, Estação e Tamarindo (Equipe 1); Sinhá Sabóia e Pedrinhas (Equipe 2); Terrenos Novos e Vila União (Equipe 4); Coelce e Junco (Equipe 5); Padre Palhano e Sumaré (Equipe 6).

4 RELATANDO AS EXPERIÊNCIAS DA FARMÁCIA NA ESF: DEFININDO SUAS PRÁTICAS E SABERES A PARTIR DA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR E MULTIPROFISSIONAL

A profissão farmacêutica passou por transições históricas motivadas por fatores políticos e econômicos. Freitas et al. (2002 apud PEREIRA; FREITAS, 2008) atribuem estas transições à revolução industrial, que o setor farmacêutico, favorecendo a padronização de formulações para a produção de medicamentos em larga escala e a descoberta de novos fármacos. Os autores enfatizam que tal fato quase leva à obsolescência os laboratórios magistrais das farmácias, campo principal de atividade atribuído aos farmacêuticos.

A nova política de saúde do Brasil abriu as portas para que o farmacêutico passasse a integrar a equipe multiprofissional na atenção primária. Este profissional ainda não faz parte da equipe básica da ESF, porém, já é peça fundamental para promover saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

O farmacêutico inseriu-se na atenção primária buscando contribuir com seu fazer multiprofissional. Sua atuação retira do foco o medicamento passando a valorização do indivíduo e seu contexto familiar e social. A interação com outras categorias profissionais possibilitou uma atenção integral ao indivíduo, viabilizando a desmedicamentação que leva ao agravo social.

4.1 A Fitoterapia como Terapia Medicamentosa de Primeira Escolha

A Organização Mundial da Saúde recomenda que os países membros, especialmente aqueles de Terceiro Mundo, procurem ampliar o arsenal terapêutico para a saúde pública através do aproveitamento das práticas de medicina caseira empregadas pelo povo. Essas

O farmacêutico inseriu-se na atenção primária buscando contribuir com seu fazer multiprofissional. Sua atuação retira do foco o medicamento passando a valorização do indivíduo e seu contexto familiar e social.

recomendações estão resumidas nos quatro itens expressos a seguir (MATOS, 2000):

- Proceder a levantamentos regionais das plantas usadas nas práticas caseiras de medicina popular ou tradicional e identificá-las cientificamente;
- Apoiar o uso das práticas úteis selecionadas por sua eficácia e segurança terapêuticas;
- Suprimir o uso de práticas consideradas inúteis ou prejudiciais;
- Desenvolver programas governamentais que permitam cultivar e utilizar as plantas selecionadas.

O SUS, através da Lei nº 8.080/90, garante à população segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e acesso às medicações essenciais. Ademais, o Ministério da Saúde, através do Decreto nº 5813, aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que garante à população brasileira o acesso seguro e o uso racional desses produtos bioativos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (BRASIL, 2006b).

No município de Sobral-CE, a Fitoterapia foi implantada em março 2001 através da parceria entre a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral por meio do Projeto Farmácia Viva, o qual foi planejado para atuar como um programa de assistência social farmacêutica a pequenas comunidades governamentais (secretarias de saúde) ou privadas (ONGs).

Através da RMSF, o profissional farmacêutico pode colocar os princípios deste projeto em prática, atuando de forma ativa junto aos outros profissionais do CSF e principalmente com a comunidade. As principais ações desenvolvidas foram:

- Articulação com outros setores (instituições de ensino, associações comunitárias, escolas) para criação de hortos;

- Distribuição de mudas à população, facilitando o acesso às plantas medicinais resgatando a cultura popular;

- Fomento à pesquisa sobre plantas medicinais e fitoterapia, contribuindo com o acervo bibliográfico;

- Disponibilizando medicamentos fitoterápicos na atenção primária;

- Realização de oficinas de preparação caseiras nos territórios, considerando a sazonalidade e demandas da comunidade.

A despeito do crescimento da indústria química farmacêutica, onde prevalece o crescente custo dos medicamentos sintéticos, é evidente a importância da fitoterapia como prática complementar de saúde, considerando-se os efeitos adversos destes, e a necessidade de se desenvolver novas moléculas bioativas a partir de similares naturais (LEAL, 1998). Porém, na atenção primária, esta terapia complementar apresenta ainda alguns desafios, a saber:

- Fortalecer e consolidar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS;
- Contribuir na capacitação dos conselheiros para viabilização do resgate cultural da comunidade;
- Estreitar relações com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ESF, ampliando o potencial educativo-preventivo e de promoção à saúde;
- Aprofundar a ligação existente entre a fitoterapia e a alimentação adequada (segurança alimentar);
- Ampliar a organização, mobilização e articulação nos setores populares interessados neste trabalho e buscar novas parcerias junto a Escolas, Universidade e Poder Público Local.

4.2 O Gerenciamento da Farmácia do CSF

A reformulação das políticas de saúde brasileiras evidenciou a necessidade de criação de políticas específicas para o setor de medicamentos. Desta forma, em 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos que segundo Torres, Castro e Pepe (2007) confere caráter mais abrangente à Assistência Farmacêutica, explicitando como fundamental, além do acesso aos medicamentos, a garantia de sua qualidade, segurança e uso adequado.

Neste sentido a inserção do farmacêutico nas farmácias dos CSF garante ao usuário uma atenção integral, que vai desde o gerenciamento à assistência e atenção farmacêuticas, até uma melhor integração junto aos demais profissionais da equipe básica.

A inserção do farmacêutico nas farmácias dos CSF garante ao usuário uma atenção integral, que vai desde o gerenciamento à assistência e atenção farmacêuticas, até uma melhor integração junto aos demais profissionais da equipe básica.

A experiência da RMSF viabilizou o desenvolvimento de ações para melhoria na qualidade do trabalho desenvolvido pelos atendentes de farmácia, além de melhor atendimento ao usuário. Essas ações incluíram:

- Elaboração e implantação de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);
- Atualização dos cadastros dos programas ministeriais: Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA); tuberculose; hanseníase e saúde mental;
- Implantação do livro de ocorrências para registro das atividades;
- Seleção de medicamentos necessários, programação, aquisição e armazenamento adequados dos selecionados;
- Controle de estoque dos medicamentos da Portaria 344/98 (Psicotrópicos) através do livro de registro;
- Realização de vistorias considerando a biossegurança, respeitando as normas de armazenamento, espaço físico e temperatura.

A efetivação destas atividades em consonância com a Coordenação de Assistência Farmacêutica (COASF), equipes básicas e profissionais da equipe multiprofissional oportunizou resolutividade no acesso aos medicamentos pelos usuários.

4.3 A dispensação de medicamentos

A assistência farmacêutica no âmbito do SUS muitas vezes é associada apenas ao abastecimento dos medicamentos nos CSF, porém, é necessário reconhecer a importância do farmacêutico no ato da distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários e equipe de saúde. É através deste profissional que garantimos segurança, acompanhamento da utilização e provimento

de informação e orientação aos pacientes acerca do tratamento. Essa atividade foi vivenciada pelas farmacêuticas durante o período da RMSF, fazendo parte do cronograma semanal em cada território adscrito pela equipe multiprofissional.

Durante a dispensação o farmacêutico deverá analisar a prescrição quanto à: legibilidade, assinatura/CRM, dosagem, via de administração, nome do usuário e data. Assim como observar o aspecto físico-químico, validade, concentração, forma farmacêutica e quantidade do medicamento.

Freqüentemente esta função é marginalizada, porém é no momento da dispensação de medicamentos que o farmacêutico entra em contato com grande parte dos usuários do sistema, viabilizando a identificação dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM's) e as dificuldades na adesão ao tratamento. A partir desta identificação o profissional poderá realizar um plano de cuidado para melhoria na qualidade de vida do paciente.

4.4 Realização de visitas domiciliares

Há muito tempo profissionais da saúde utilizam a visita domiciliar como ferramenta de trabalho. Há relatos de que na Grécia Antiga (443 a.C.) médicos percorriam as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto ao controle e melhoria do ambiente físico, provisão de água, alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo.

Hoje com a implantação das novas políticas públicas de saúde esta ferramenta é resgatada garantindo uma mobilidade profissional (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Esta pode ser compreendida como atuação em seu entorno, detectando necessidades, promovendo saúde e cuidado. Nesta perspectiva, o profissional farmacêutico buscará promover a saúde da população valorizando seu contexto social, econômico e familiar.

A compreensão deste contexto possibilita intervenções terapêuticas mais eficientes, bem como a formação de vínculo entre o profissional e o usuário, aumentando as chances de melhor adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não.

4.5 Realização de atividades de educação em saúde através da educação popular

A ESF, sendo a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, nos permite trabalhar em um campo fértil chamado comunidade – território, rico em saberes e sabedoria populares, rico em conhecimento. O

grande desafio é mudar conceitos, compartilhar saberes ao invés de “doar” saber, este antes colocado como ideal.

E como promover uma mudança de conceitos? Que meio utilizar para dialogar com os sujeitos? Existe uma ferramenta? O termo em destaque é: Educação Popular, que possui cinco pontos fundamentais: diálogo, humanização, resgate, sujeito total e matrizes. A importância do diálogo entre os sujeitos, sendo este a “síntese do processo educativo”. Ele nos faz compreender que a educação popular vai tornar os “seres humanos mais humanos”. Além de nos mostrar que o objetivo da educação popular é tornar o sujeito consciente, com autonomia e autoridade.

A RMSF proporcionou às farmacêuticas-residentes uma vivência de diálogo com a comunidade, colocando em prática os cinco pontos citados pelo autor. Como exemplo pode-se citar algumas experiências exitosas:

- Realização de curso para gestantes compreendendo que o acompanhamento sistemático deste período possibilitou intervenções que contribuíram para a redução da mortalidade materna e perinatal, bem como garantir uma evolução normal da gravidez. O trabalho foi realizado dentro de uma abordagem participante influenciando na ampliação dos conceitos de saúde, cidadania, coletividade, no contexto das gestantes e da comunidade em que vivem;

A ESF, sendo a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, nos permite trabalhar em um campo fértil chamado comunidade – território, rico em saberes e sabedoria populares, rico em conhecimento.

- Participação em grupos de idosos, utilizando-os como estratégia do processo educativo, facilitando a participação, troca de experiências e esclarecimento de dúvidas, além de favorecer a formação de vínculo com a comunidade e a tomada de decisões para o autocuidado dos sujeitos. Os temas abordados incluíram: “Convivendo com doenças crônicas não transmissíveis”; “Uso racional de medicamentos”; “Oficinas de memória”, este realizado em conjunto com outros profissionais da equipe multiprofissional.

A atuação farmacêutica estendeu-se ao desenvolvimento de atividades junto aos diferentes

grupos que acontecem na Unidade de Saúde, a saber: de puericultura; de mulheres envolvendo o auto-cuidado e planejamento familiar; de adolescentes enfocando métodos contraceptivos, drogadição e facilitação do protagonismo juvenil; de sobrepeso e alimentação saudável abordando a utilização de plantas medicinais diuréticas, ansiolíticas e dislipidêmicas.

Existe um ponto de ligação entre a Educação em Saúde e a Educação Popular, as duas andam juntas, se complementando, sendo a educação popular o meio mais fácil de atingir os objetivos da educação em saúde. A primeira trabalha o pensar do indivíduo, seu modo de perceber e atuar no território, enquanto que a segunda usa como mecanismo de apoio, a pedagogia adequada, observando as linguagens verbais e não verbais presentes no espaço. Nesse contexto, as farmacêuticas vivenciaram momentos de reflexão quanto ao seu fazer na ESF.

4.6 Participação nas mobilizações sociais

O Ministério da Saúde (MS) coloca como atribuição de toda a equipe da ESF a mobilização social em torno das demandas e necessidades em saúde, ações de promoção da saúde e ações educativas dirigidas à família e à comunidade (BRASIL, 2002).

A inserção do farmacêutico na atenção primária promoveu sua imersão na mobilização social a partir de articulações para formação de grupos operativos, objetivando a participação social de adolescentes, idosos, grupos de doenças crônicas não transmissíveis e usuários com doenças infecto-contagiosas, como a hanseníase e a tuberculose.

O grupo de farmacêuticas articulou as mobilizações, apoiando a comunidade no empoderamento do direito à cidadania, de forma que a presença do profissional em processos comunitários relacionados ao controle social foi o modo de fortalecer os movimentos comunitários e de valorização da cultura local. Buscou-se não só contemplar a educação em saúde para o tratamento das patologias e prevenção de incapacidades, mas a facilitação de discussões sobre o uso racional de medicamentos em fóruns comunitários, permitindo uma visão ampliada da farmacoeconomia e o entendimento de suas limitações, evidenciando a necessidade da intersetorialidade nos processos saúde-doença, na tentativa de impactar nos determinantes sociais.

Ainda dentro das atividades da RMSF, realizou-se assistência farmacêutica no território através da visita domiciliar, pois essa é uma estratégia que valoriza a

O grupo de farmacêuticas articulou as mobilizações, apoiando a comunidade no empoderamento do direito à cidadania.

formação dos vínculos com o usuário, a família e o cuidado com o peridomicílio. Foram realizados ainda, trabalho em grupos com moradores em suas residências, possibilitando o fortalecimento dos vínculos e mobilizações.

4.7 Participação e promoção de educação permanente

O Ministério da Saúde propõe a Educação Permanente como estratégia de transformação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas, de participação popular e controle social no setor da saúde. Essa metodologia, que pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, é feita a partir dos reais problemas enfrentados e leva em consideração os conhecimentos e as experiências prévias dos indivíduos (BRASIL, 2005). Com base na aprendizagem significativa, existe uma possibilidade de transformação de práticas profissionais, onde perguntas e respostas são elaboradas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que promove a atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta às práticas organizacionais e interinstitucionais e/ou intersetoriais (CECCIM, 2001).

Através da RMSF, o farmacêutico vivenciou a Educação Permanente em Saúde nos seguintes eixos: atendentes de farmácia, assistência farmacêutica municipal, equipe multiprofissional, agentes comunitários de saúde (ACS) e equipe mínima de saúde.

Os momentos de Educação Permanente em Saúde dos atendentes de farmácia e farmacêuticos, aconteceram após a identificação das necessidades do grupo de forma dialógica/participativa em oficinas, culminando na construção de um cronograma anual com cada temática e seus facilitadores. Estes encontros ocorreram

Desta forma, a inserção do farmacêutico na atenção primária viabilizou conquistas tais como: reconhecimento do fazer desta categoria pela comunidade, profissionais da equipe mínima e multiprofissional.

mensalmente. As temáticas abordadas com os atendentes de farmácia incluíram: Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), Educação Permanente, SUS/ESF, portaria nº 344/98, acolhimento, relações humana e ética, assistência farmacêutica, tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes. De forma semelhante, nos momentos de Educação Permanente entre os farmacêuticos foram discutidos: o fazer do farmacêutico da atenção primária a saúde, diretrizes SUS/ESF, POP's, atualização em farmacologia, fitoterapia, farmacovigilância e relação interpessoal.

Nas ações de Educação Permanente junto à equipe multiprofissional, ACS e equipes básicas foram as necessidades específicas de cada território que nortearam as temáticas abordadas, que incluíram: fitoterapia, acolhimento, controle social e uso correto dos antimicrobianos.

Para Ceccim (2001), cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise das experiências locais, da organização de ações em rede, das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais.

5 CONCLUSÕES

Ao longo da história acadêmica percebem-se grandes desafios que envolvem a integralidade e a equidade, no âmbito técnico, político, científico e de participação social. O profissional de saúde se depara com a condição que prima pelas especialidades, sendo que este profissional será inserido em um sistema de saúde universalizado. Na tentativa de minimizar esses desafios, a RMSF traz a proposta de qualificação profissional priorizando as competências técnica, social e política.

Desta forma, a inserção do farmacêutico na atenção primária viabilizou conquistas tais como: reconhecimento

do fazer desta categoria pela comunidade, profissionais da equipe mínima e multiprofissional; atuação com os prescritores, na perspectiva de evitar os PRM's; acompanhamento farmacoterapêutico considerando os princípios da equidade, atuação no controle social, articulações intersetoriais e interdisciplinares. Não obstante os grandes avanços, a categoria ainda se depara com desafios como a ausência de avaliação das ações promovidas pela coordenação de assistência farmacêutica e a dificuldade na organização do serviço na atenção primária, embora haja a descentralização das farmácias do CSF. Outro desafio para a categoria foi a não contratação do farmacêutico para o serviço, inviabilizando a sistematização das ações.

Portanto, considerando-se os grandes avanços do papel do farmacêutico na atenção primária, onde além de promover uso racional dos medicamentos, assegura uma atenção integral ao usuário, a experiência aqui relatada, indubitavelmente, estimulará um fomento a políticas públicas para a atuação plena do farmacêutico no SUS.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMÂNCIO FILHO, Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2009.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. SANARE, v. 5, n. 1, p.41-46, 2004.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al. A residência em saúde da família em Sobral: um ano formando especialista em larga escala. SANARE, v. 2, n. 3, p. 19-28. out./nov./dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 176 de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos Municípios e Estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e defines valores a serem transferidos. Mar. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços, desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 414 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política nacional de plantas medicinal e fitoterápico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília (DF): MS, 2002.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CASTRO, Verônica Said de; THERRIEN, Silvia Maria Nobre. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma Estratégia de Qualificação. Rev. Brasileira de Educação Médica, v.33, n. 2, p. 211-220. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/08.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2009.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva. Divulg. Saúde Debate, n. 23, p. 30-56, dez. 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, LAURA C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2009.

HEPLER C. D, STRAND L. M. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. Pharmaceutical Care España, v. 1, p. 35-47, 1999.

LEAL, T. C. B. Produção do óleo essencial de capim cidreira (*Cymbopogon citratus* (DC) Stapf) em função de fatores endógenos e exógenos. 1998. Tese (Doutorado), Universidade Estadual do Norte Fluminense, Rio de janeiro, 1998.

LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Ciências Cuidado Saúde, v. 7, n. 2, p. 241-246, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ciencuccuidsaude/article/view/5012/3247>>. Acesso em: 28 nov.2009.

MATOS, F. J. A. Plantas Medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no nordeste do Brasil. 2. ed. Fortaleza: Imprensa Universitária/UFC, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. El papel del farmacéutica en la atención a la salud: declaración de Tóquio. Genebra: OMS, 1993. 37p.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, São Paulo, v. 44, n. 4, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2009.

PIMENTA, Tânia Salgado; COSTA, Edinã Alves. O exercício farmacêutico na Bahia da segunda metade do século XIX. História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1013-1023, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n4/07.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

TORRES, Rachel Magarinos; CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio de; PEPE, Vera Lucia Edais. Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão de literatura. Ciências & Saúde Coletiva, v. 12, n. 4, p. 973-984. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n4/16.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2009.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2006.

