

A CONTRIBUIÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fernanda Alves Moreira Novaes da Silva¹

Fernanda de França Moreira

RESUMO

A atenção primária abrange as necessidades de promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva de uma população. A assistência farmacêutica deve ser abordada como um dos componentes da promoção integral a saúde podendo utilizar o medicamento, a orientação, o conhecimento técnico do profissional como importante instrumento para estabelecer a relação terapêutica entre o farmacêutico e o paciente.

Os cuidados primários de saúde são essenciais a saúde da população a iniciar a prevenção nas UBS, com o auxílio da equipe multidisciplinar, para um bem estar e qualidade de vida dos pacientes.

O profissional farmacêutico é o melhor capacitado para conduzir às ações destinadas a melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, através da sua integração e colaboração com o restante da equipe de saúde (NASF, ESF) e a atenção farmacêutica.

Palavras-chave: Atenção primária; atenção farmacêutica; assistência farmacêutica

¹Fernanda Alves Moreira Novaes da Silva – Graduando em Farmácia Universidade Braz Cubas
Fernanda de França Moreira – Graduando em Farmácia Universidade Braz Cubas

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária a saúde têm-se apresentado como estratégia de organização da atenção a saúde para operar de forma regionalizada, sistematizada e contínua, as necessidades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva de uma população (ARAÚJO *et al.*, 2008).

As Unidades Básicas de Saúde constituem a principal porta de entrada do sistema de assistência à saúde estatal em nosso país (ARAÚJO; FREITAS, 2006).

Por conseguinte, a qualidade da atenção à saúde está referenciada pela competência profissional, eficiência e solidez na utilização de recursos e principalmente pela busca e satisfação dos usuários em resposta favorável na promoção da saúde (ARAÚJO; FREITAS; UETA, 2005).

A assistência farmacêutica deve ser abordada como um dos componentes da promoção integral a saúde que pode utilizar o medicamento como importante instrumento para o aumento da resolubilidade do atendimento ao paciente (COSENDEY *et al.*, 2000).

De acordo com a literatura, os medicamentos podem aumentar a expectativa de vida, erradicar certas doenças, trazer benefícios sociais e econômicos. Por outro lado, pode ser utilizado irracionalmente, aumentar os gastos com saúde pública ou levar à ocorrência de problemas relacionados a medicamentos, acarretando considerável impacto deletério a saúde da população (BRASIL, 2011).

Na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, em 1978 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS (Atenção Primária a Saúde). Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para todos no Ano 2000”. A declaração de Alma-Ata, como foi chamada o pacto assinado entre 134 países defendia:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Na referida reunião foram destacados pontos importantes em relação à assistência farmacêutica, destacando-se: o abastecimento dos medicamentos essenciais, recomendações para que os governos formulassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008).

A discussão envolvendo o uso de medicamentos nos serviços públicos de saúde brasileiros, intensificou-se a partir do movimento de reforma sanitária, especialmente a partir de 1988, com a institucionalização do SUS (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Na Lei 8080/1990, que estabelece a organização básica das ações de serviço e saúde, consta que, entre os campos de atuação do SUS, está incluída a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, bem como a formulação da política de medicamentos (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Configura-se uma nova fase no contexto político e institucional de saúde no país, implicando a construção de um conceito de assistência farmacêutica, capaz de orientar novas posturas profissionais e institucionais, que procuram contrapor as ações desarticuladas e submissas aos interesses econômicos (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Esta proposta de reorientação da assistência farmacêutica influenciou importantes avanços como a Política Nacional de Medicamentos, em 1998, e a Lei de Genéricos, em 1999 (NICOLINE; VIEIRA, 2011).

Segundo a OMS, o profissional farmacêutico é o melhor capacitado para conduzir às ações destinadas a melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo indispensável para organizar os serviços de

apoio necessário ao desenvolvimento da assistência farmacêutica (PEREIRA; FREITAS, 2008).

É também responsável como dispensador da atenção sanitária, que pode participar ativamente na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Considerando os conceitos estabelecidos, entende-se que a formulação e a implementação da política de assistência farmacêutica dependem do processo de gestão, garantindo a articulação de várias etapas envolvidas, assegurando dessa maneira, a eficácia e a qualidade dos serviços prestados ao uso racional dos medicamentos (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

Enfim, é um conceito de prática profissional em que o usuário do medicamento é o mais importante beneficiário das ações do farmacêutico, o centro de sua atenção. A atenção farmacêutica mais pró-ativa rejeita uma terapêutica de sistemas, busca a qualidade de vida e demanda que o farmacêutico seja um generalista. Ela é um pacto social pelo atendimento que necessita ter uma base filosófica sedimentada. O exercício profissional do profissional passa hoje pela concepção clínica de sua atividade, sua integração e colaboração com o restante da equipe de saúde e o cuidar direto do paciente; ou seja, cuidado, assistência, ou atenção farmacêutica (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

O sistema de saúde deve promover e manter a saúde da população, tratá-la com dignidade e facilitar sua participação das decisões sobre cuidados, tratamentos e procedimentos de saúde (SHIMIZU; ROSALES, 2008).

Seguindo tendência mundial, o Brasil vive um momento de intensa reestruturação na área do medicamento que permeia o sistema de saúde; a implantação de ações preconizadas pelo SUS. A atuação conjunta da ANVISA, do Ministério da Saúde e das Opas, fortalecendo as ações voltadas a racionalidade no emprego dos medicamentos sendo esse o primeiro passo para o sucesso da atenção primária a saúde (SHIMIZU; ROSALES, 2008).

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 A assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde

No Brasil, as atividades do farmacêutico estão inseridas na Assistência Farmacêutica, um conceito cuja construção teve início no final dos anos 1980, envolvendo todas as atividades relacionadas ao medicamento, desde a pesquisa e produção até a dispensação de forma cíclica e integrada (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

O resgate da função assistencial do farmacêutico vem sendo feita a partir de um novo modelo de prática denominado atenção farmacêutica. Desde a proposição da primeira definição, muitas contribuições têm sido feitas, envolvendo ou não outras práticas farmacêuticas, mas a filosofia que orienta essas contribuições permanece consensual. Assim, o maior benefício da implantação deste novo modelo de prática está no restabelecimento da relação terapêutica entre o farmacêutico e o paciente, perdida há muito tempo (ANGONESI, 2008).

Os medicamentos são considerados a principal ferramenta terapêutica para a recuperação ou manutenção das condições de saúde da população. No entanto, o simbolismo de que eles são revestidos e, conseqüentemente, o uso dos mesmos pela sociedade, tem contribuído para o surgimento de muitos eventos adversos, com elevado impacto sobre a saúde e custos dos sistemas. Assim, a promoção do uso racional dos medicamentos é uma ferramenta importante de atuação junto a sociedade, para senão eliminar, minimizar o problema. Nesse sentido o farmacêutico pode contribuir sobremaneira, já que este é assunto pertinente ao seu campo de atuação. Sua participação em equipes multidisciplinares acrescenta valor aos serviços e contribui para a promoção da saúde (VIEIRA, 2007).

O Brasil vem experimentando, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças importantes no seu sistema público de saúde. Neste contexto, princípios importantes vêm norteando a política de saúde do país, tais

como: universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A universalidade trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Neste aspecto, a Atenção Básica a Saúde (ABS) tem-se constituído em prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local, com a finalidade de fornecer a “porta de entrada” do sistema. Nesse sentido, a ABS toma força na década de 1990 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, estabelecendo como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A distribuição de medicamentos em qualquer nível de atenção a saúde é uma das atividades da AF. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, definiu as funções e finalidades da AF dentro do SUS, como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e a avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Durante muitos anos, as ações de AF no sistema de saúde pública no Brasil se confundiram com as ações da Central de Medicamentos (Ceme) (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A década de 1990 foi marcada por uma crise na Ceme em razão de atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais, com escândalos de corrupção que culminaram com sua extinção, em 1997 (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Ressalta-se também nesta década, a regulamentação do SUS, através da Lei nº 8.080/1990, o que reforçou a necessidade cada vez mais emergente da formulação de uma política nacional de medicamentos, consoante com o novo sistema de saúde do país (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Em 1998 foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que reorienta o conceito de assistência farmacêutica com o propósito de garantir a

segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, bem como a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, respondendo a necessidade, discutida internacionalmente a anos, de racionalizar o uso de medicamentos e aumentar o acesso e reafirmando que os farmacêuticos deveriam assumir essa responsabilidade. Assim, a Assistência Farmacêutica é conceituada como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas as etapas constitutivas, desde a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Porém as atividades continuavam centradas no medicamento, o que era evidenciado especialmente pela não adoção do novo modelo de prática, a Atenção Farmacêutica, que já havia sido recomendado pela OMS em 1993, na Declaração de Tóquio (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Em relação ao conceito de dispensação também se observa um avanço, pois diferentemente do conceito proposto pela legislação sanitária, o aspecto comercial da atividade é excluído. Ao deixar claro que o farmacêutico é responsável não só pelo fornecimento do medicamento como também pela orientação para o seu uso adequado, o conceito de dispensação adquire um caráter mais técnico. Dispensação é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Mesmo com a definição de conceitos relacionados à prática farmacêutica na PNM, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publica uma resolução, em 2001, que estabelece as Boas Práticas em Farmácia, propondo outro conceito de assistência farmacêutica, que inclui a preocupação demonstrada nos informes da OMS sobre assistência integral a saúde, mas

não especifica as atividades farmacêuticas. Da mesma forma como na PNM, ainda não há a adoção do conceito de Atenção Farmacêutica, embora seja possível notar alguns avanços operacionais no estabelecimento de requisitos para a prática farmacêutica, especialmente em farmácias comunitárias, que se assemelham aos procedimentos da farmácia clínica e da Atenção Farmacêutica (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Já em relação ao conceito de dispensação, não há avanço na resolução do CFF, e em relação à PNM há um retrocesso, mantendo o caráter comercial da atividade: ato do farmacêutico de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

A discussão em torno de uma nova política para o Complexo Industrial da Saúde partiu da constatação de que o setor farmacêutico no Brasil registrou em 2007 um déficit comercial de US\$ 5,5 bilhões. Como o setor público é o maior consumidor de medicamentos no país, uma portaria do Ministério da Saúde (978 publicada em maio de 2008), modificou o formato das compras de medicamentos do governo, levando em conta esse déficit comercial que se construiu pela necessidade de compras de produtos com novos paradigmas técnicos, com maior sofisticação tecnológica e maior proteção de propriedade intelectual. A política consolidada partiu da constatação de que o País precisa de um “enobrecimento competitivo da base nacional” na produção de medicamentos. Nesse processo, alteração desse porte na política de fármacos terá impacto na própria gestão operacional do sistema de saúde, que atende a maioria da população, especialmente carente e dependente de medicamentos fornecidos pelo SUS (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2010).

A proposta da nova política define também uma “prioridade de financiamento” para essa produção nacionalizada e sistêmica a partir de medidas de estímulo que incluem a participação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, BNDES, Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2010).

Não é aconselhável fazer futurologia em política de saúde, mas é pertinente refletir sobre a sustentabilidade econômica, política e institucional do

SUS, partindo do pressuposto de que não há política irreversível. Ainda que estabelecido na Constituição e nas leis, o SUS não está livre de retrocessos. O futuro do SUS depende do que se faz hoje (PAIM, 2012).

3.2 O Papel do Farmacêutico

O Código de Ética Farmacêutica Brasileiro rege que o profissional deve atuar buscando a saúde do paciente, orientando-o em todos os sentidos. A Atenção Farmacêutica consiste no mais recente caminho a ser tomado para tal finalidade. Esta, segundo a OMS, conceitua-se como a prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. Sua atuação profissional inclui uma somatória de atitudes, comportamentos, responsabilidades e habilidades na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos eficientes e seguros, privilegiando a saúde e a qualidade de vida do paciente. Para isso a prática da Atenção Farmacêutica envolve macrocomponentes como a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados. Essa postura requer do profissional conhecimento, empenho e responsabilidade, frutos da formação acadêmica e da vivência profissional conquistada cotidianamente (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Autores realizaram uma análise sobre os três períodos que consideram mais importantes da atividade farmacêutica no século XX, definindo-os como: o tradicional, o de transição e o de desenvolvimento da atenção ao paciente. O papel tradicional foi desenvolvido pelo boticário que preparava e vendia os medicamentos, fornecendo orientações aos seus clientes sobre o uso dos mesmos. Era comum prescrevê-los (VIEIRA, 2007).

Conforme a indústria farmacêutica começou a se desenvolver, este papel do farmacêutico paulatinamente foi diminuindo. Começa assim o período de transição. As atividades farmacêuticas voltaram-se principalmente para a produção de medicamentos numa abordagem técnico-industrial. Os países de primeiro mundo concentraram-se no desenvolvimento de novos fármacos e o Brasil que possui um parque industrial farmacêutico predominantemente

multinacional, trabalhou a tecnologia farmacêutica, adaptando as fórmulas às condições climáticas no país (VIEIRA, 2007).

A publicação da Lei 5.991/73, que ainda está em vigor, conferiu as atividades farmacêuticas um enfoque mercantilista. Qualquer empreendedor pode ser proprietário de uma farmácia ou drogaria, desde que conte com um profissional farmacêutico que se responsabilize tecnicamente pelo estabelecimento. Este é o marco da perda do papel social desenvolvido pela farmácia. O estabelecimento comercial farmacêutico voltou-se para o lucro e o farmacêutico passou a perder autonomia para o desempenho de suas atividades. O profissional passou a atuar como um mero empregado da farmácia ou drogaria. Perdeu o respeito da sociedade e refugiou-se em outras atividades, distanciando-se de seu papel de agente de saúde. Com isto ampliaram-se os espaços para a obtenção de lucros desenfreados através da “empurroterapia” e das propagandas desmedidas (VIEIRA, 2007).

O medicamento passou a ser visto como uma solução “mágica” para todos os problemas humanos, assumindo o conceito de bem de consumo ao detrimento de bem social (VIEIRA, 2007).

Mas enfim, o farmacêutico em meio a uma grave crise de identidade profissional, iniciou sua reação fazendo nascer nos anos 60 a prática da farmácia clínica. Passou a se conscientizar do seu papel para a saúde pública. A prática farmacêutica orienta-se para a atenção ao paciente e o medicamento passa a ser visto como um meio ou instrumento para se alcançar um resultado, seja este paliativo, curativo ou preventivo. Ou seja, a finalidade do trabalho deixa de focalizar o medicamento enquanto produto farmacêutico e passa a ser direcionada ao paciente, com a preocupação de que os riscos inerentes a utilização deste produto sejam minimizados (VIEIRA, 2007).

O lamentável desastre ocorrido em 1962, em virtude do uso da talidomida por gestantes, ocasionando uma epidemia de focomelia, desencadeou um novo olhar sobre o uso dos medicamentos e foi o marco para o surgimento das ações de farmacovigilância. Passou-se então ao período de desenvolvimento da atenção ao paciente (VIEIRA, 2007).

Os países começaram a se preocupar com a promoção do uso racional dos medicamentos, motivados pela publicação de documentos pela

Organização Mundial da Saúde (OMS). O primeiro passo neste sentido foi a introdução do conceito de medicamentos essenciais em 1977 (VIEIRA, 2007).

No Brasil, a partir de meados dos anos 1990, a presença marcante das ações dos conselhos de farmácia e vigilância sanitária, em estabelecimentos comerciais farmacêuticos está mudando o panorama nacional. A exigência da presença do farmacêutico no setor privado está trazendo-o para o desempenho de suas funções em farmácias e drogarias (VIEIRA, 2007).

O mesmo está ocorrendo no serviço público, embora de forma muito mais lenta. Hoje, mais do que nunca, é possível encontrar farmacêuticos desempenhando funções dentro das secretarias municipais da saúde, mas o número de profissionais está muito aquém das reais necessidades. Ainda não está garantida a sua presença em todas as unidades básicas de saúde, mesmo existindo dispositivo legal que determine isto. No entanto, temos que refletir que mudanças estão ocorrendo e que acenam para a melhora dos serviços oferecidos à população (VIEIRA, 2007).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde, publicou o documento conhecido como "Declaração de Tóquio", resultado do trabalho do grupo que se reuniu nesta cidade para discutir o papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. Abre-se espaço sem precedentes para a ampliação da prática farmacêutica (VIEIRA, 2007).

Este novo modo de pensar a atenção ao paciente pelo farmacêutico tem se difundido com rapidez e tem sido debatido com relação às potencialidades para a saúde pública (VIEIRA, 2007).

O farmacêutico está voltando a cumprir o seu papel perante a sociedade, corresponsabilizando-se pelo bem estar do paciente e trabalhando para que este não tenha sua qualidade de vida comprometida por um problema evitável, decorrente de uma terapia farmacológica. Este é um compromisso de extrema relevância, já que os eventos adversos a medicamentos são considerados hoje uma patologia emergente e são responsáveis por grandes perdas, sejam estas de ordem financeira ou de vida (VIEIRA, 2007).

No Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) comandou uma oficina de trabalho para discutir a atenção farmacêutica. O grupo constituído para este fim produziu o documento "Proposta de Consenso

Brasileiro de Atenção Farmacêutica", que tem por objetivo uniformizar os conceitos e a prática profissional no país (VIEIRA, 2007).

Dentro deste novo contexto da prática farmacêutica, no qual a preocupação com o bem estar do paciente passa a ser a viga mestra das ações, o farmacêutico assume papel fundamental, somando seus esforços aos dos outros profissionais de saúde e aos da comunidade para a promoção da saúde (VIEIRA, 2007).

Transpondo para a nossa realidade as estratégias defendidas mundialmente, é possível dizer que o farmacêutico (da drogaria, farmácia comercial ou farmácia privativa dos hospitais e unidades ambulatoriais de saúde) pode trabalhar sob três pontos básicos: reorientando o serviço de farmácia, desenvolvendo as habilidades da comunidade e incentivando os indivíduos à ação comunitária (VIEIRA, 2007).

Para tanto, o farmacêutico atende o paciente diretamente, avalia e orienta em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico, por meio da análise das suas necessidades relacionadas ao medicamento. Deste modo, consolida a relação existente entre a prática e o conhecimento teórico na atuação farmacêutica, promovendo, sobremaneira, saúde, segurança e eficácia. O sistema corresponde a um trabalho conjunto entre o médico, o paciente e o farmacêutico garantindo, portanto, o cumprimento do artigo 196, título VIII da Constituição Federal Brasileira: "A Saúde é um direito de todos e dever do Estado" (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

O setor público é o maior prestador de bens e serviços à população, possuindo responsabilidades que dependem da qualidade, da agilidade e da localização desses serviços, no entanto ainda focaliza sua própria existência, deixando a qualidade em segundo plano. Quando se pretende administrar um serviço de saúde tendo como perspectiva a qualidade, deve – se focar o indivíduo como um todo e não somente a doença (VOLPATO *et al.*, 2010).

É fundamental mudar as relações de leigos e de profissionais com a farmacoterapia, e modificar a cultura do "quanto mais melhor" no consumo de medicamentos. Eles são importantes demais para serem submetidos a relações de compras e de venda. Os farmacêuticos têm, sem dúvida, grande

contribuição a dar nesse campo para o conjunto da sociedade (ROZENFELD, 2008).

Em 25 de outubro de 2006, o Brasil tinha 104.098 farmacêuticos registrados nos Conselhos Regionais de Farmácia. Este grande contingente de profissionais, devidamente capacitados e aproveitados, tem o potencial de contribuir para que mudanças significativas na questão do uso de medicamentos no país possam ocorrer (MENDES, 2008).

3.3 A atenção básica como primeiro contato do usuário do SUS

A República Federativa do Brasil está organizada político e administrativamente em União, Distrito Federal, 26 estados e 5.564 municípios, que pela Constituição de 1988 são todos entes federados autônomos. Entretanto, conforme a mesma Constituição, todos esses entes autônomos constituem, no caso da saúde pública, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi criado para executar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, obedecendo aos princípios de universalidade, igualdade e integralidade do acesso às ações e serviços. A gestão do sistema é realizada pelas três esferas de governo, municipal, estadual e federal, com compartilhamento das responsabilidades e do financiamento. Os serviços de saúde são administrados principalmente pelos municípios, que formam, com os serviços sob gestão dos estados e da União, uma rede regionalizada e hierarquizada (VIEIRA, 2008).

A Atenção Básica à Saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde. É o primeiro contato com o Sistema de Saúde. Compreende um conjunto de ações e serviços de clínica médica, pediátrica, ginecologia, obstetrícia, encaminhamentos para os demais níveis. A estratégia da organização da Atenção Básica é o PSF. A responsabilidade da oferta de serviços é da gestão municipal e o financiamento é responsabilidade dos três níveis de governo (BRASIL, 2006)

O Sistema Único de Saúde, pela sua complexidade e características, necessita de uma Atenção básica estruturada, de pessoal qualificado para

suporte técnico às ações de saúde, e do alcance de bons resultados (BRASIL, 2006).

A produção de conhecimento é considerada estratégica no desenvolvimento dos recursos humanos e serviços na Atenção Básica. Exige articulação permanente com áreas técnicas, administrativas, coordenações de programas estratégicos de saúde – Hanseníase, Tuberculose, Saúde Mental, Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Vigilância Sanitária, Epidemiológica, órgãos de controles, Conselho de Saúde, profissionais de saúde, entidades de classe, universidades, fornecedores e setores de comunicação da Secretaria, entre outros segmentos da sociedade, para melhor execução, divulgação e apoio às suas ações (BRASIL, 2006)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária para a reorganização da Atenção Básica, segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Preconiza-se que ela seja desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe multiprofissional, para populações delimitadas em territórios adstritos, com utilização de tecnologias de elevada complexidade, baixa densidade e máxima resolutividade. Deve estar integrada a uma rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e às famílias e que se assegure a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica (BRASIL, 2006)

A ESF já havia representado uma política prioritária para a organização da atenção primária em saúde no Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com incentivos para a sua implementação. No início dos anos 2000, a estratégia havia alcançado uma importante disseminação no território nacional e uma expressiva base de apoio política, técnica e social. Quando se inicia o Governo Lula em 2003, a ESF permanece na agenda e prossegue a sua expansão. Ao final de 2008, segundo estimativas oficiais, a ESF abrangeria 49% da população, o que corresponderia a mais de 90 milhões de pessoas. Essa estimativa é próxima da obtida pela Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) para o mesmo ano (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Junto às equipes de Saúde da Família, houve a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tendo início em janeiro de 2008, com o objetivo de desenvolver e aprimorar um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. Nele as diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas, centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista, assistencialista e medicalizante (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Os Núcleos visam 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 oito áreas estratégicas: atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (MANGIA; LANCMAN, 2008).

Tais ações deverão ser planejadas e definidas em conjunto com as equipes e de acordo com as necessidades e realidade local. A Portaria GM nº154, de 24 de Janeiro de 2008, (republicada em 04 de Março de 2008) define que o NASF:

deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

Assim, a atenção básica é considerada uma das colunas da organização do sistema de saúde, sendo o primeiro contato do usuário. As unidades de saúde da família estão inseridas no nível básico de atenção e apresentam potencial para resolver a maior parte dos problemas, uma vez que não se restringem ao diagnóstico de uma doença e ao seu tratamento, mas realizam ações de prevenção e promoção da saúde. Diante desses fatores, o

planejamento da qualidade na atenção primária se faz necessário e deve ser fundamentado nos princípios doutrinários do SUS (VOLPATO et al., 2010).

4.CONCLUSÃO

Através dos conhecimentos adquiridos ao longo deste trabalho desenvolvido, concluímos que o farmacêutico tem um papel relevante a cumprir no sistema de saúde, devido ao seu conhecimento técnico na área dos medicamentos.

Evidenciamos que o papel do farmacêutico como assessor do medicamento na equipe de saúde é dificultado nas condições vigentes da unidade de saúde, pois o modelo ainda é centrado na consulta médica e na divisão social do trabalho em saúde.

O farmacêutico tem uma interação limitada com a equipe de saúde, por ter seu tempo preenchido através da resolução de problemas operacionais.

A solução do problema, no âmbito geral, não será simples, se mantida a forma como o serviço está estruturado, pois grande parte das pressões de demanda não depende do serviço de saúde em si, mas de políticas sociais inclusivas, as quais tem impacto direto nas condições de saúde da população.

Dessa forma, o farmacêutico deve rediscutir seu posicionamento como profissional de saúde, redefinindo seu trabalho com o medicamento e dando uma nova amplitude a ele. Neste sentido, essa mudança deve representar não somente uma mudança operacional na atividade farmacêutica, mas também uma alteração importante de paradigma com reflexos futuros na atuação desse profissional.

Dentro dessas necessidades, poderiam ser organizados no serviço de saúde, com mais frequência, cursos de gerência ou oficinas para esses profissionais, auxiliando-os na solução de problemas operacionais relacionados ao atendimento de populações específicas, como os idosos, diabéticos, hipertensos, epiléticos e portadores de HIV/AIDS; que é fundamental no estabelecimento de uma relação de confiança entre o paciente e o provedor do cuidado ao uso de medicamentos.

Devido a isso, a profissão farmacêutica tem passado por transformações no perfil desse profissional, centrando sua formação acadêmica no cuidado aos pacientes, através da implantação do currículo generalista, que permite ao farmacêutico integrar-se profissionalmente ao sistema de saúde, assumindo um papel importante na informação sobre a utilização correta dos medicamentos e sua contribuição na atenção primária a saúde.

5.REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E., *et al.* **Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil).** *Caderno de saúde pública*, 2009, v.25, nº6, p.1337-1349.

ANGONESI, D; SEVALHO, G. **Atenção Farmacêutica: Fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro.** *Ciência e saúde coletiva*, 2010, v.15, nº3, p.351-372.

ANGONESI, D. **Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos.** *Ciência e saúde coletiva*, 2008, v.13, p.629-640.

AQUINO, D.S. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?** *Ciência e saúde coletiva*, 2008, v.13, p.733-736.

ARAÚJO, A.L.A; FREITAS, O. **Concepções do Profissional Farmacêutico sobre a Assistência Farmacêutica na Unidade Básica de Saúde: Dificuldades e Elementos para a Mudança.** *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 2006, v.42, nº1, p.137-146.

ARAÚJO, A.L.A., *et al.* **Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde.** *Ciência e saúde coletiva*, 2008, v.13, nº 1, p.611-617.

ARAÚJO, A.L.A; UETA, J.M; FREITAS, O. **Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde.** *Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada*, 2005, v.26, nº2, p.87-92.

COSENDEY, M.A.E., *et al.* **Assistência Farmacêutica Na Atenção Básica de Saúde: A experiência de três estados brasileiros.** *Caderno de Saúde Pública*, 2000, v.16, nº1, p.171-182.

FELISBERTO, E., *et al.* **Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: O caso da atenção básica no Brasil.** *Caderno de saúde pública*, 2010, v.26, nº6, p.1079-1095.

GIOVANELLA, L., *et al.* **Saúde da família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** *Ciência e saúde coletiva*, 2008, v.14, nº3, p.783-794.

MÂNGIA, E.F; LANCMAN, S. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional.** *Revista de Terapia Ocupacional Universidade São Paulo*, 2008, v.19, nº2, p.1.

MENDES, G.B. **Uso racional de medicamentos: O papel fundamental do Farmacêutico.** *Ciência e saúde coletiva*, 2008, v.13, p.569-571.

NICOLINE, C.B; VIEIRA, R.C.P.A. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): Percepções de graduandos em Farmácia.** *Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2011, v.15, nº39, p.1127-1144.

NOGUEIRA, C.O; BAPTISTA, T.W.F; MACHADO, C.V. **Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: A agenda federal de prioridades.** *Caderno de saúde pública*, 2011, v.27, nº3, p.521-532.

OLIVEIRA, A.B., *et al.* **Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil.** *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 2005, v.41, nº4, p.109-117.

OLIVEIRA, L.C.F; ASSIS, M.M.A; BARBONI, A.R. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde.** *Ciência e saúde coletiva*, 2010 v.15, nº3, p.3561-3567.

PAIM, J.S. **O futuro do SUS.** *Cadernos de saúde pública*, 2012, v.28, nº4, p.612.

PEREIRA, L.R.L; FREITAS, O. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a Perspectiva para o Brasil.** *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 2008, v.44, nº4, p.602-612.

PUCCIAL, P. T. **As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do município de São Paulo, Brasil: Condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no sistema único de saúde, 2006.** *Caderno de saúde pública*, 2008, v.24, nº12, p.2755-2766.

ROZENFELD, S. **Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão.** *Ciência e saúde coletiva*, 2008, v.13, p.561-568.

SALVIANO, L.H.M.S; LUIZA, V.L; PONCIANO, A.M.S. **Percepção e condutas de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de reações adversas a medicamentos.** *Epidemiologia Serv. Saúde*, 2011, v.20, nº1, p.47-56.

SILVA, J.M; CALDEIRA, A.P. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.** *Caderno de saúde pública*, 2010, v.26, nº6, p.1187-1193.

SHIMIZU, H.E; ROSALES, C. **A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário.** *Revista Latino - am Enfermagem*, 2008, v.16, nº5, p.87-93.

TAMAKI, E.M., *et al.* **A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do sistema único de saúde através de processos participativos de ensino – aprendizagem – trabalho.** *Revista Brasileira saúde materno infantil*, 2010, v.10, nº1, p.s201-s208.

TREVISAN, L; JUNQUEIRA, L.A.P. **Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos.** *Saúde e sociedade*, 2010, v.19, nº3, p.638-652.

VIANA, A.L.A., *et al.* **Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil.** *Caderno de saúde pública*, 2002, v.18, nº2, p.139-151.

VIEIRA, F.S. **Gasto do Ministério da saúde com medicamentos: Tendência dos programas de 2002 à 2007.** *Revista de saúde pública*, 2009, v.43, nº4, p.674-681.

VIEIRA, F.S. **Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde.** *Ciência e saúde coletiva*, 2007, v.12, nº1, p.213-220.

VIEIRA, F.S. **Qualificação dos serviços Farmacêuticos no Brasil: Aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde.** *Revista Panam Salud Publica/ Pam Am J Public Health*, 2008, v.24, nº2, p.91-100.

VOLPATO, L.F., *et al.* **Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da função qualidade (QDF).** *Caderno de saúde pública*, 2010, v.26, nº8, p.1561-1572.