

# O farmacêutico e a promoção de saúde: uma união possível na prática?

*The pharmacist and health promotion: a possible union in the practice?*

**Carolina Couto Herculano CASTRO,  
Michele Peixoto QUEVEDO**

*Casa de Saúde Santa Marcelina. Rua Fontoura Xavier, 1037 - Itaquera,  
São Paulo, São Paulo, Brasil. Email: michele@aps.santamarcelina.org*

## ABSTRACT

Since SUS consolidation, the pharmacist was included in the public health system. The concept of pharmaceutical care brought professionals with wider functions. The pharmacist's focus changed from the medication as central problem, to the a close relation with patients; however, strategies need to be established, in order to such skills become a routine for the pharmacist. Therefore, this work intended to identify and understand the limiting factors involved in health promotion activities of Primary Care's pharmacists. For this purpose, a qualitative research with descriptive, explanatory investigation, based on the work of pharmacists at Public Basic Unities of Health with Family Strategy was carried on, by using semi-structured interview applied in a group of six pharmacists. We concluded that an approximation between the pharmacists and Public Health care is needed, passing through changes on training and management

**Key Words:** health promotion; pharmacist; health care

## RESUMO

Desde a consolidação do SUS, o farmacêutico integra o sistema público de saúde. Observa-se a necessidade de profissionais com atuação ampliada, o que, na prática, inicia-se com a introdução do conceito de atenção farmacêutica. O foco do serviço, antes centralizado no medicamento, passa a se voltar para o paciente, mudança esta que implica em diversas estratégias para que o farmacêutico torne parte de seu contexto profissional. O presente trabalho pretendeu identificar e compreender os fatores limitantes da execução de atividades de promoção da saúde dentro do processo de trabalho do farmacêutico na atenção primária. Trata-se de uma pesquisa explicativa e descritiva de corte qualitativo, a partir da realidade do trabalho de farmacêuticos de Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com seis farmacêuticos, e prévio questionário para caracterização dos sujeitos. Os dados foram tratados através da análise de conteúdo e análise temática. Conclui-se que há necessidade de maior aproximação entre os profissionais farmacêuticos e a Saúde Pública, com transformações na formação e gestão.

**Palavras Chave:** promoção em saúde; farmacêuticos; atenção primária

## INTRODUÇÃO

A conjuntura da saúde coletiva nacional possui claramente uma contextualização histórica de mobilizações sociais, situadas num cenário de transições políticas e econômicas (1). Fundamentados essencialmente na participação da sociedade em busca de seus direitos como cidadãos, estes “[...] movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população” (1). O Sistema Único de Saúde (SUS) inicia neste período seu processo de construção a partir de embates políticos, ideológicos e tecnológicos (2).

Paralelamente à formação do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se amplamente discutida como “um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas” (3). Segundo Starfield (2002), a APS deve funcionar como um serviço de “porta de entrada”, facilitando o acesso dos usuários ao sistema de saúde, com atenção qualificada e com os menores gastos possíveis (4).

No Brasil, a APS é consolidada como política de saúde por meio da Atenção Básica, incorporando em seus princípios “a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS” (5). Suas propostas de ações abrangem a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (5). Assim, foram criados dispositivos e tecnologias com o objetivo de inserção da estratégia na rede de serviços e ampliação das ações da APS, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Dentre as áreas estratégicas de atuação do NASF, destaca-se a Assistência Farmacêutica (AF). A partir da inserção do farmacêutico no NASF, surgiu a necessidade de profissionais com desenvolvimento de habilidades e de atuação ampliados, mesmo o farmacêutico já integrando o sistema público de saúde desde a consolidação do SUS (6).

Na prática, esta mudança iniciou-se com a introdução do conceito de Atenção Farmacêutica. Assim, o foco do serviço antes centralizado no medicamento, passou a ter como objeto o sujeito como um ser social, implicando em diversas limitações em relação ao seu processo de trabalho (7).

Em relação às ações da APS que favorecem a ampliação da visão do processo saúde-doença, emergiu como prática fundamental a promoção de saúde, sendo consolidada no Brasil com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2006).

A promoção de saúde como um processo a fim de atingir a melhora da qualidade de vida dos sujeitos, deve ser exercida por diversos setores da sociedade, principalmente profissionais da saúde, portanto o farmacêutico necessita incorporar esta prática como parte de seu contexto profissional (3).

Nesta pesquisa buscou-se a compreensão, a partir da vivência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), das limitações de um processo de trabalho ainda pouco esclarecido: a prática de promoção de saúde pelos farmacêuticos.

## MÉTODO:

Trata-se de um estudo explicativo e descritivo de corte qualitativo. A pesquisa foi realizada a partir da realidade de Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (UBSF), de três microrregiões da região Leste do município de São Paulo. Foram utilizadas como referência as UBSF que estão sob a supervisão da Casa de Saúde Santa Marcelina, em parceria com a Prefeitura Municipal de São Paulo.

As pessoas da pesquisa foram profissionais farmacêuticos (sob sigilo de dados, nomeados de F01 a F06) vinculados a duas, três ou quatro UBSF. A escolha da amostra foi aleatória, por meio de sorteio de dois farmacêuticos de cada microrregião, de um total de dez farmacêuticos.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com quatro perguntas abertas relacionadas ao processo de trabalho desenvolvido por estes profissionais, e um questionário fechado para caracterização dos mesmos. A entrevista foi realizada seguindo os procedimentos para pesquisa com humanos exigidos pelo Ministério da Saúde (8). Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo e a análise temática.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Coordenadoria Regional Leste das Unidades de Saúde da Família (nº04/2012) e, posteriormente, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura da Cidade de São Paulo (nº CAAE: 02879612.2.0000.0086).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da coleta de dados foi realizada a caracterização dos entrevistados, de acordo com o quadro 1. Os resultados mostraram que os profissionais entrevistados eram jovens, com idade entre 28 e 37 anos, com formação profissional recente, entre 1997 a 2008; e estavam inseridos nas UBSF há pouco tempo (média de 2 anos).

**Quadro 1.** Profissionais entrevistados nas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (UBSF)

Farmacêutico	gênero	idade	Número de UBSF onde atua	Instituição de formação	Conclusão da Graduação	Pós-Graduação*	Tempo de trabalho em UBSF
1	F	28	3	Público	2008	Sim	1 ano
2	F	32	3	Privado	2008	Não	2 anos
3	F	37	3	Privado	1997	Sim	2,5 anos
4	F	33	2	Privado	2007	Sim	1,5 ano
5	M	29	2	Privado	2005	Sim	3,5 anos
6	M	35	3	Privado	2006	Sim	2 anos

\*áreas de formação: Saúde Pública, Atenção Farmacêutica, Microbiologia, Administração Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Marketing Farmacêutico, Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

A maioria dos entrevistados (83%) afirmou possuir graduação em ensino superior privado, e ter cursado pós-graduação *lato sensu* em áreas diversas, sendo as mais relacionadas à APS: Saúde Pública, Atenção Farmacêutica, Assistência Farmacêutica e Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

A análise das entrevistas permitiu a construção das seguintes categorias temáticas: “percepção do conceito de promoção de saúde pelos profissionais farmacêuticos”, “limitações da realização de atividades de promoção de saúde” e “a prática do profissional farmacêutico quanto à promoção de saúde – ideal *versus* real”.

Percepção do conceito de promoção da saúde pelos profissionais farmacêuticos: a potência teórica da promoção de saúde aliada à sua prática está em amplo desenvolvimento nos últimos 20 anos, período de ocorrência de diversas conferências internacionais, nas quais foram constituídas as bases conceituais e estimulado o desenvolvimento de políticas públicas envolvendo o tema (9). Para os entrevistados, o conceito de promoção da saúde perpassa por transformações e incorporação de valores associados a este conceito, como qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação social, parcerias intersetoriais, aliados à visão da saúde em seu contexto mais ampliado (10).

Pensando na percepção conceitual dos profissionais de saúde há ainda “[...] confusões entre os conceitos de promoção e prevenção [...] sendo a saúde ainda compreendida como ausência de doença” (11). Foi observado tal distanciamento do conceito de promoção de saúde, além de uma abordagem de certa forma insuficiente e pouco aprofundada a respeito do conceito, conforme evidenciado nas seguintes falas:

[...] e a parte preventiva, não, não chega a ser a, o quadro curativo, né, mas sim trabalhar a prevenção [...] (F02)

[...] envolve o paciente não chegar a desenvolver alguma patologia, [...] ou necessitar propriamente do sistema de saúde [...] é tudo que...a gente leva pra evitar que aquele paciente adoça [...] (F05)

Promoção da saúde pra mim é...ver como resultado a melhoria da qualidade de vida do paciente [...] (F03)

Na última fala, destaca-se a busca da melhoria da qualidade de vida, aspecto relacionado essencialmente à promoção de saúde, considerando que as condições de saúde da população são consideradas como “[...] produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida” (9)

Alguns profissionais mencionaram a ampliação do escopo das intervenções em saúde “para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde” (12), conforme proposto pela PNPS (2006), mesmo que de forma mais escassa em referência à amplitude do conceito de promoção de saúde:

[...] promoção da saúde é [...] tentar acolher o paciente antes dele tá doente, a gente tem que cuidar dele [...] (F01)

[...] os benefícios que você pode trazer, né, pro paciente [...] (F04)

Assim, pode ser pensado o acolhimento e o cuidado, no sentido da escuta qualificada e de uma forma de aproximação dos serviços de saúde e dos profissionais com o usuário e a partir de suas necessidades, tornando este escopo de ações em potencial transformador e emancipador dos sujeitos (13).

[...] eu acho que o farmacêutico se enquadra nessa questão de promoção de saúde como educador [...] (F04)

Pode ser observada na fala acima a incorporação de uma prática considerada como promotora de saúde: a educação em saúde. A APS é um espaço de ações edu-



cativas voltadas “para a promoção da saúde, como um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais” (14).

De fato, algumas práticas grupais nas UBSF se caracterizam como promotoras de saúde, quando estão atreladas ao fortalecimento e transformação dos sujeitos envolvidos, profissionais e usuários, sem vinculação com o aspecto saúde-doença, “[...], sobretudo através das interações que se estabeleçam vínculos de confiança e de respeito às particularidades, que são construídos a partir de um caráter não só educativo e preventivo” (15). Dentro dessa perspectiva, ressaltam-se alguns grupos:

[...] é desde o grupo de caminhada, o grupo de artesanato [...] (F01)

[...] eu não gosto de fazer [...] grupo que esteja vinculado apenas, única e exclusivamente com o fator medicamento [...] então a gente faz grupo de jovem, então eu vou lá falo de outras coisas [...] como qualquer outro profissional [...] (F06)

Além disso, alguns profissionais evoluíram para uma compreensão “de que a promoção da saúde depende das condições de vida e de que, para tanto, os sujeitos precisam ter autonomia e lutar por seus direitos” (16), conforme explicitado abaixo:

[...] É pensar em contextos [...] a própria pessoa entender o seu, seu lugar [...] participar mesmo dos, dos processos deles [...] que é importante ele participar de um conselho [Conselho Gestor] [...] dele vir em reunião, dele pedir, dele se cuidar mesmo, saber, tipo, que é um direito dele aquilo [...] aconselhar...e tudo o mais, de fazer toda a orientação [...] do auto-cuidado, dele ser autônomo [...] de você conscientizar o outro do que é [...], depois que você consegue esclarecer [...] ele começa a procurar mais e conforme ele for procurando, você consegue oferecer mais serviços [...] (F06)

Assim, o farmacêutico assume um papel de conscientização, aconselhamento, esclarecimento, no sentido de “estimular a capacidade das pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida” (17). E é a partir da conscientização da população que as práticas de promoção de saúde se desenvolvem, com o fortalecimento da autonomia individual e coletiva. O estímulo à interação entre as pessoas, por meio da participação em conselhos gestores, é um instrumento e um mecanismo essenciais de ampliação desse desenvolvimento (18).

Limitações da realização de atividades de promoção de saúde: o farmacêutico como profissional da saúde,

deve buscar sua atuação para além da técnica, com um maior envolvimento nas questões políticas e sociais (19). Esta mudança de paradigma entretanto, esbarra em diversas limitações na prática dentro da APS, em relação à promoção da saúde.

A primeira está relacionada ao atual processo de trabalho do farmacêutico que se encontra nas UBSF, na realidade apresentada nesta pesquisa. Diversos pontos podem ser ressaltados como dificuldades:

[...] *Eu vou começar o fato de ser os meus locais de trabalho...de ser três, é uma coisa que é muito, muito difícil [...]* é que tudo vai entrar no fator de estar em três Unidades [...] *ai eu tenho que fazer gestão de estoque, eu tenho que fazer pedido de...material, eu fico muito na parte da gestão [...]* é a questão do tempo e de não estar no lugar o tempo inteiro [...] (F06)

[...] *e também uma grande limitação é que nós ficamos em várias Unidades, eu no caso fico em três, então é muito difícil você fazer pra, tudo pra três [...]* (F01)

Pode ser percebido que o fator tempo é um limitador. Na atual conjuntura apresentada, o farmacêutico está presente nas UBSF como um profissional “supervisor”, onde transita entre duas, três e até quatro UBS, com ou sem Saúde da Família. Essa ausência do profissional em tempo integral nas Unidades de Saúde opõe-se a uma das propostas da I Conferência Municipal de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2002): “prover em todas as Unidades Básicas um Serviço de Farmácia para atender aos usuários [...] com a presença do profissional farmacêutico [...] durante todo o período de funcionamento da unidade, de forma a garantir assistência farmacêutica à comunidade, visando à humanização do atendimento e propiciando melhoria da qualidade da dispensação (20)”.

Essa escassez de profissionais em tempo integral nas UBSF, de acordo com este processo de trabalho, pode levar ainda a um distanciamento de determinadas atividades, como é o caso da promoção à saúde. Segundo Borges e Nascimento Jr. (2008), este “envolvimento demasiado do farmacêutico nas atividades administrativas [...] consome um número de horas significativo da jornada de trabalho” do mesmo (21):

[...] *a gente acaba sendo muito sugado pela parte burocrática, administrativa [...]* (F04)

Outra limitação apontada como limitante estava relacionada ao próprio papel do farmacêutico na APS e o entendimento de sua atuação pelos profissionais das diferentes categorias, pela gerência e pelos próprios usuários do serviço:

*[...] há também a dificuldade [...] no entendimento da, das próprias outras categorias [...] de entender o meu papel também, talvez porque às vezes, né, a gente não deixe claro [...]* (F06)

*[...] ele [usuário] não, não reconhece o farmacêutico como profissional que faz esse papel de promoção, a própria equipe, ela tem essa dificuldade de identificar o farmacêutico [...]* (F05)

*[...] lidar com burocracias de gerente que não [...] entende a liberdade que o farmacêutico tem que ter [...]* (F03)

Há algum tempo tem sido discutido o papel do farmacêutico e sua inserção no sistema de atenção à saúde, evidenciando que o farmacêutico deve atuar na equipe multiprofissional, como membro efetivo e não como entidade autônoma, e também deve participar de atividades educacionais de promoção da saúde e prevenção de doenças (22).

A Assistência Farmacêutica tem como fundamento que seja propiciado à sociedade o uso garantido dos medicamentos de forma racional, com qualidade e com segurança (23), sendo o farmacêutico fundamental para a implantação e prática deste processo na APS.

Mesmo com delimitações de sua função, pode ser percebido que o profissional farmacêutico apresentou muita dificuldade de se localizar no sistema de saúde. Além disso, conforme explicitado na fala abaixo, há também a falta de reconhecimento desse papel pelos outros profissionais da equipe:

*[...] o restante da equipe não entende como a gente faça parte da equipe multiprofissional [...] e essa dificuldade de você entrar na equipe mesmo [...]* (F01)

No Brasil, a integração do farmacêutico na equipe multiprofissional foi recente, ocorrendo a partir da criação dos NASF, de forma a promover o uso racional de medicamentos, realizar atividades de Educação Permanente em Saúde, integrar-se com a gestão da AF e estimular a participação social, além de praticar atividades mais assistencialistas, como dispensação de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, orientação farmacêutica, visita domiciliar, discussões de caso e construção de protocolos, linhas de cuidado e projetos terapêuticos singulares (2).

Apesar da realidade de trabalho observada no local da pesquisa possuir configuração diferente da proposta acima citada de atuação nos NASF, o farmacêutico, com todas suas potencialidades, deveria ser o promotor de mudanças das práticas essencialmente no foco do seu

processo de trabalho (24), ou seja, de um profissional meramente técnico e administrativo dos medicamentos para um profissional clínico e assistencial.

*[...] Eu acho que o...profissional farmacêutico ainda ele é uma figura nova, né, na equipe multidisciplinar, eu acho que não é muito claro [...] qual é a real função dele [...] por essa questão de também ele não ser visto como um...um profissional clínico, né, assistencial [...]* (F04)

A falta de conhecimento das suas reais funções no cuidado à saúde aliada a um isolamento por parte do farmacêutico “consciente ou inconscientemente, do resto da equipe de saúde”, pode prejudicar a percepção de sua importância na mesma (25).

A formação farmacêutica tem sofrido mudanças significativas, porém é característico da categoria um vocabulário de difícil entendimento, além de um conjunto de atividades pouco conhecido e sistematizado, tornando mais difícil sua inserção dentro do sistema de saúde (26).

Entretanto, o trabalho em equipe deve pressupor entendimento e diálogo entre todos os envolvidos. O farmacêutico como membro de equipe deve ter uma prática de construção diária na rotina desses profissionais, como pode ser observado em alguns ambientes, nos quais a percepção da equipe de saúde “[...] proporcionou mudanças na unidade de saúde [...] com a inserção do farmacêutico” (25).

Pensando-se ainda nas limitações encontradas, algumas falas convergiram para o fato da adesão dos usuários ser outro dificultador:

*[...] Adesão do próprio paciente [...]* (F05)

*[...] e a própria também não aderência de alguns pacientes [...]* (F03)

Adesão e aderência são termos ligados a concepções que vão desde aspectos comportamentais, tal como o não cumprimento da prescrição ou de alguma orientação, até questões como fatores socioeconômicos, sistemas de saúde e o próprio indivíduo (27).

Porém, hoje se vivencia um modelo curativista e prescritivo de atenção à saúde, portanto esta pode ser uma visão do profissional que se aproxima da dicotomia saúde-doença, até por um processo de internalização de suposições desde sua formação (28).

A não adesão a um grupo ou atividade pode significar para o profissional o desinteresse do usuário com seu autocuidado, mesmo tendo acesso ao que é oferecido. Esta mudança no foco da responsabilidade pela saúde, para o usuário, gera uma “autoculpa” por parte dos profissionais.



No entanto, há complexidade da não adesão ao tratamento, e o entendimento de que o usuário está inserido em um contexto social e em busca de necessidades de saúde construídas por si no meio em que vive, pode facilitar a busca da parceria com o mesmo, além de possibilitar o reconhecimento do usuário como um aliado na promoção da saúde em sua comunidade (29), fato percebido na seguinte fala:

*[...] a própria cultura do paciente, porque ele não procura a Unidade pra promoção, ele, ele vê a Unidade como uma coisa curativa [...]* (F05)

A prática do profissional farmacêutico quanto à promoção de saúde - ideal *versus* real: as falas dos farmacêuticos entrevistados seguiram duas direções, quando estes foram questionados a respeito das ações de promoção de saúde realizadas no cotidiano do trabalho.

Em relação às práticas ideais, alguns dos profissionais falaram a respeito da realização de visitas domiciliares e de consultas:

*[...] e a gente tá começando agora, que é essa questão da 'VD' [Visita Domiciliar], que é fazer essa orientação no paciente, mas eu ainda não comecei a fazer esse trabalho [...]* (F05)

*[...] aí eu vou entrar no que a gente precisa fazer ainda [...]* conseguir fazer consulta, fazer visita [...]

As visitas e consultas fazem parte das atribuições do farmacêutico no NASF (6). São estratégias assistenciais baseadas nesta “nova” perspectiva do exercício profissional farmacêutico, com o foco do cuidado no usuário. É por meio das visitas domiciliares que os profissionais obtêm um maior contato com as famílias e conseguem realizar um diagnóstico de suas realidades, pois adentram no ambiente em que vivem e se aproximam em todos os sentidos do seu cotidiano, tornando-o um espaço que favorece as relações, a escuta e o vínculo (30, 31).

*[...] eu poderia fazer [...] muita coisa [...] vou pensar em participações de coisas além assim de...de envolvimento com [...] grupos educacionais [...] vou pensar em grupos de, por exemplo, de conselhos mesmo [...] Conselho de Saúde, [...] é Fóruns Locais de Saúde [...] e participar de instituições um pouco além, assim, não só de educação sobre saúde, né [...] mas educação sobre conceitos mesmo, sobre...o lugar no mundo [...]* (F06)

Assim, o farmacêutico tem o papel de compartilhar espaços de discussão sobre políticas e interesses pú-

blicos, além de estimular e fortalecer a mobilização da comunidade na busca de seus direitos, do exercício da cidadania e de sua autonomia (32).

Outro ponto da fala citada é a questão de educação em saúde para além da informação e da passagem de conhecimento dos saberes técnicos e científicos, verticalmente pelos profissionais da saúde (33). O trabalho em equipe, multidisciplinar e compartilhado, mostrou ser significativo para modificação da prática para a promoção da saúde, conforme ilustrado abaixo:

*[...] eu poderia realizar, eu acho, assim, uma...uma integração maior com a equipe... discutir um caso com a equipe [...]* (F01)

*[...] participar de [...] consulta compartilhada com o enfermeiro [...] parte com o médico também [...] com a parte de Saúde Mental [...]* (F02)

Em relação às práticas reais de promoção de saúde algumas falas apontaram para a realização de grupos:

*[...] Tá, eu trabalho com um grupo de hipertensos e diabéticos, vinculados aos programas da prefeitura, né, Remédio em Casa e AMG [Auto Monitoramento Glicêmico] [...] é... faço oficina de orientação medicamentosa [...]* (F04)

*[...] atualmente o meu foco maior é grupo, né, a gente tem a parte dos hipertensos, né, a gente procura dar educação pra esses pacientes, né, orientar, como armazenar, armazenamento dos medicamentos [...] a gente tem o programa que é o Auto Monitoramento Glicêmico [...]* (F02)

As falas acima citadas mostram a dificuldade dos farmacêuticos de se desvincularem de atividades relacionadas ao medicamento ou às doenças crônicas, resultando em um enfoque mais orientativo relacionado à prevenção, o que limita o cuidado a ações mais pontuais e curativas (34).

Porém, há aproximação da real prática de promoção de saúde quando grupos são pensados como espaços de troca de experiências, de interação profissional-comunidade, e de fortalecimento de ações que visem à melhoria de qualidade de vida:

*[...] Bom, eu gosto muito de fazer grupo educativo porque [...] eu acho que elas [pessoas] se estimulam, trocam experiências, [...] é um grupo de incentivo [...] que toca bastante, é...no Auto Monitoramento Glicêmico eu faço mais promoção de saúde em geral [...] ela vai ali naquele grupo e eu to falando da qualidade de vida dela, dela fazer uma caminhada, dela ouvir uma música, dela,*

*delas tentar relaxar [...], terapias alternativas pra controlar essa Diabetes [...] a gente abrindo os olhos das pessoas pra, pra coisas diferentes que elas possam fazer [...]* (F03)

Outras falas direcionaram-se a um diferente campo de ação, no que concerne ao reforço às ações comunitárias e ao desenvolvimento de habilidades pessoais (35). A horta comunitária e as discussões de “Rodas de Chá” valorizam os saberes populares e os utilizam na construção de práticas saudáveis à população:

*[...] e eu fazia a Roda de Chá [...]* (F06)

*[...] Tem a horta comunitária, né, que a gente faz [...] além do plantio, a gente faz a parte de, de orientação de plantas medicinais [...]* (F02)

As visitas domiciliares e consultas, atividades vinculadas à Atenção Farmacêutica, tiveram como objetivo a melhora da assistência ao usuário em relação à utilização de medicamentos (36).

*[...] eu faço alguma ação de Atenção Farmacêutica [...]* (F01)

*[...] e também atualmente a gente tá começando a parte de Atenção, é Farmacêutica, onde a gente vai começar também a parte de consultas e visitas [...]* (F02)

*[...] não sei se se enquadra aí, mas tem essa questão das visitas, das consultas, né [...]* (F04)

É necessário, porém, que esta prática não esteja atrelada restritamente ao uso de medicamentos, sendo fundamental estar voltada tanto ao âmbito individual quanto ao coletivo (22).

Dentro das atribuições do farmacêutico na APS, a dispensação de medicamentos surgiu como facilitadora da promoção de saúde:

*[...] orientações, aqui, de balcão [...] é onde eu consigo fazer algum tipo de promoção [...]* (F06)

Segundo Angonesi (2008), esta prática sofreu ao longo dos anos diversas transformações conceituais, desde um ato de entrega dos medicamentos até uma aproximação com a Atenção Farmacêutica (37). Sendo uma atividade privativa do farmacêutico, deve ser estimulada como uma forma de ampliação da relação entre farmacêutico e usuário, tornando-se um desafio para o mesmo na APS, já que nem sempre a utilização do medicamento é necessária, podendo-se estabelecer outras relações entre profissional e usuário (38).

Por fim, a Educação Continuada de equipes, agentes comunitários de saúde, técnicos de farmácia, e demais profissionais da UBS, foi citada diversas vezes:

*[...] a parte do, de Educação Continuada, que é dentro da equipe [...] capacitação com, já fiz com os ACS, com os administrativos, e tava esses dias fazendo um processo com os médicos mesmo [...]* (F06)

*[...] eu faço essa Educação Continuada com [...] os técnicos de farmácia [...]* (F05)

*[...] Tem o... grupos educativos com os agentes comunitários de saúde, pra tornar eles facilitadores desse trabalho do farmacêutico [...]* (F04)

Pensando na concepção dos termos “capacitação” e “educação continuada”, as falas refletiram uma visão mais reducionista da educação em saúde. Entretanto, a promoção de saúde talvez se aproxime do desenvolvimento de práticas educacionais reais na perspectiva de uma transformação dos trabalhadores e/ou usuários em atores sociais, a fim de conduzir, por meio de seus saberes da vida real, do cotidiano do trabalho e espaços de reflexão, à construção de melhores políticas públicas de gestão e atenção, além do fortalecimento do controle social na saúde (39).

## CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu uma análise das necessidades de transformações do profissional farmacêutico do SUS. Os profissionais entrevistados eram jovens e recém-inseridos no SUS, tendo a maioria iniciado sua atuação de forma despreparada em relação às amplas concepções e desafios encontrados na APS. O profissional farmacêutico incerto de suas atribuições ao transitar por várias UBSF e despender seu tempo com questões burocráticas e administrativas, encontra dificuldades de inserção nas equipes e vínculo com a comunidade.

É preciso que haja maiores incentivos na formação e capacitação destes farmacêuticos, desde a reflexão sobre conceitos de saúde até a questões que abrangem o contexto sócio-político brasileiro, além de reforço das potencialidades do profissional consonantes com o interesse coletivo, como educação em saúde, educação continuada, atividades grupais e visitas domiciliares.

## AGRADECIMENTOS

À Casa de Saúde Santa Marcelina, à Prefeitura de São Paulo e aos profissionais farmacêuticos das unidades de saúde participantes deste estudo.



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília (DF); 2006.
- Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec. 1996.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília (DF); 2007.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília (DF); 2009.
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta. Brasília; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996. Seção 1. p.21.082-85.
- Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2003.
- Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Ciênc. saúde coletiva 2000. 5(1):163-77.
- Heidemann ITSB, Almeida MCP de, Boehs AE, Whosny AM, Monticelli M. Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções. Texto & contexto Enferm. 2006.15(2):352-58.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF); 2006.
- Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev Esc. Enferm. USP. 2004. 38(2):143-51.
- Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. Saúde Soc. 2007.16(1):57-68.
- Alves LHS, Boehs AE, Heidemann ITSB. Family health strategy professionals and users' perception on health promotion groups. Texto & contexto enferm. 2012. 21(2).
- Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção Da Saúde: A Concepção Dos Profissionais De Uma Unidade De Saúde Da Família. Trab. Educ. Saúde. 2012.10(2):235-55.
- Campos GWS. Reflexões sobre a Clínica Ampliada em equipes de Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC de, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(2): 2115-2122.. DOI: [10.1590/S1413-81232008000900016](https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900016).
- Cordeiro BC, Leite SN. O Farmacêutico na Atenção à Saúde. 2 ed. Itajaí: Univ. do Vale do Itajaí. 2008.
- SÃO PAULO (Município). Conferência Municipal de Política de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica I. Relatório Final. São Paulo; 2002.
- Borges FP, Nascimento Junior JM. Assistência Farmacêutica na APS. In: Cordeiro BC, Leite SN. O Farmacêutico na Atenção à Saúde. 2 ed. Itajaí: Universidade Vale do Itajaí; 2008. p.55-74.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13 - 16 de dezembro de 1988 + O papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população: Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto - 3 de setembro de 1993 + Boas práticas em farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares/ Organização Mundial da saúde, Ivama AM, Maldonato JM org. Brasília: Organização Panamericana de Saúde: Conselho Federal de Farmácia; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília (DF); 2001.
- Jaramillo NM. Prefácio. In: Cordeiro BC, Leite SN. O Farmacêutico na Atenção à Saúde. 2 ed. Itajaí: Univ. do Vale do Itajaí, 2008.
- Provin MP, Campos AP, Nielson SEO, Amaral RG. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. Saúde soc. 2010; 19(3):717-24.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. O exercício do cuidado farmacêutico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006.
- Gusmão JL, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento - conceitos. Rev. Bras. Hipertensão. 2006; 13(1):23-25.
- Reiners AAO, Nogueira MS. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(1):59-65.
- Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. Texto & contexto enferm. 2008;17(1):64-71.
- Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita Domiciliar: Tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Revista Ciênc. Cuid. Saúde. 2008;7(2):241-47.



31. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais da Estratégia De Saúde Da Família. *Texto & contexto enferm.* 2006;15(4):645-53.
32. Bydlowski CB, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde Soc.* 2004;13(1):14-24.
33. Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde soc.* 2004;13(1)5-13.
34. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(2):490-98.
35. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *As Cartas da Promoção de Saúde.* Brasília (DF); 2002.
36. Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010;15(3):3603-14.
37. Angonesi D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008;13:629-40.
38. Maia TOS, Nascimento AA. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3939-49.
39. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface comun. saúde educ.* 2006;9(16):161-77