

no processo de utilização de medicamentos. Satisfaz as necessidades sociais ajudando os indivíduos a obterem melhores resultados durante a farmacoterapia (FAUS; MARTINEZ, 1999).

O farmacêutico, sendo um profissional de nível superior, com sólida formação sobre os medicamentos e muitas vezes o único com quem o paciente tem um contato fora do serviço de saúde, poderia ser incorporado nas ações de saúde, contribuindo para a redução de custos no sistema de saúde. (PERETTA; CÍCIA, 1998 *apud* ARAUJO, 2005 p. 89).

O universo de atuação do farmacêutico na área de saúde pública é bastante amplo, passando pela pesquisa, manipulação, produção, armazenamento, distribuição de medicamentos, produtos farmacêuticos, análises diagnóstico-terapêuticas e de alimentos, além de vigilância sanitária, farmacológica e epidemiológica. O profissional farmacêutico exercendo estas atividades deverá ser capaz de atuar como co-responsável pela execução do conjunto de ações executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir assistência terapêutica integral à população na promoção e recuperação da saúde e prevenção da doença. (REIS, 2010).

A Resolução n° 338, de seis de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, diz que a assistência farmacêutica é conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção, e à recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa promover o acesso e o seu uso racional; esse conjunto que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004. art. 1° parágrafo III).

O profissional inserido na estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), participa de reuniões constituídas de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, formando um grupo educativo de saúde. Para que os objetivos de prevenção, promoção e assistência à saúde sejam atingidos, adotam atribuições que promovam ações educativas, participação da elaboração do diagnóstico epidemiológico e social, planejamento e realização de visitas domiciliares, prestando consulta farmacêutica (Anamnese)¹ e intervenção farmacêutica aos usuários nos diferentes ciclos de vida, participando da capacitação, educação e formação permanente das equipes e demais profissionais da saúde (CRF-SP, 2010).

¹ é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde ao seu paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença.

O Farmacêutico, no exercício de sua profissão, é o profissional que exercerá a “dispensação orientada” do medicamento ao usuário. É neste momento em que o profissional reforça a orientação médica, fornece novas informações acerca da medicação e do tratamento, cria um vínculo com o paciente e, se necessário, começa a realizar um acompanhamento terapêutico, analisando as informações e, em contato com o profissional prescritor, decidindo a melhor farmacoterapia para o paciente (GUIDONI *et al.*, 2009).

É essencial a construção de um modelo de atenção integral e de qualidade, centrado no aumento da resolutividade na rede básica, reduzindo a necessidade de encaminhamentos e aumentando o grau de responsabilização das equipes de saúde, cada um com suas funções, em relação aos usuários e a confiança destes no cuidado que lhes é prestado neste nível de atenção (BRASIL.MS, 2005).

Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre as ações e serviços de Assistência Farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado; é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista sob ótica integral. (BRASIL.MS, 2006).

De acordo com o CRF-SP (2010), o farmacêutico participa da ESF de duas formas:

- Em Assistência Farmacêutica, nas unidades de dispensação de medicamentos das Unidades Básicas de Saúde;
- Integrando a equipe de saúde da família que atende à população no PSF, fato de relevância considerável na prevenção de doenças, e diminuição do sofrimento humano.

As unidades básicas de saúde constituem a principal porta de entrada para o sistema estatal de assistência à saúde em nosso país (ARAÚJO; FREITAS, 2006).

Durante a pesquisa bibliográfica pôde-se observar que o desenvolvimento sobre a temática ainda se encontra em baixa quantidade de pesquisas por profissionais Farmacêuticos; as pesquisas realizadas mostram que o campo de trabalho em ESF é mais explorado por outros profissionais da saúde, em especial os médicos, enfermeiros e dentistas. Deixando claro que o Farmacêutico ainda se encontra escasso na inserção da ESF (Equipe de Saúde da Família), devido, não possuir muitas pesquisas de prática sobre a profissão e o Programa de Atenção Farmacêutica (AMORIN, 2011).

A presença do Profissional Farmacêutico na Equipe de Saúde da Família é considerada por muitos sem importância, mesmo sabendo que o profissional Farmacêutico é o profissional capaz de entender do cuidado com o medicamento e com o usuário do

medicamento. A realidade é a de que por em prática a frase de que “onde existe medicamento tem que se encontrar farmacêutico” se encontra ausente ao se relacionar com a realidade ao PSF (AMORIM, 2011).

A Portaria nº 648 cita os serviços dos Profissionais de Equipes de Saúde, ao citar esses serviços deve ser revisada na parte de Atribuições dos Profissionais de Equipes de Saúde que fica no Anexo I e descrever as Atribuições do Farmacêutico, o que reforça a inserção do profissional Farmacêutico deixando clara a importância da permanência do Profissional Farmacêutico na ESF (AMORIM, 2011).

A ausência do farmacêutico na equipe do PSF é como criar uma saúde para os ricos, com direito a tudo, e outra para os pobres, com direito ao mínimo necessário. Para os autores, além de atividades de competência exclusiva, os farmacêuticos inseridos na Saúde da Família poderiam utilizar-se de ferramentas epidemiológicas capazes de otimizar compras e evitar desperdícios (BRANDÃO; RANGEL, 2005 *apud* HERDY, 2010).

No SUS, esses profissionais atuariam no ciclo da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e orientação ao uso), provocando redução de custos e melhoria na qualidade de produtos, adesão e acesso ao tratamento (HERDY, 2010).

O proposto estudo aborda os Conceitos Gerais: de Programa de Saúde da Família; Agente Comunitário da Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Atenção Primária; Assistência Farmacêutica; o Ciclo da Assistência Farmacêutica; a Atenção Farmacêutica e a Assistência Farmacêutica no PSF.

OBJETIVO GERAL

Discutir a importância do profissional farmacêutico e sua participação na ESF, que permitirá ao paciente obter informações precisas sobre o uso do medicamento e suas variantes (interações medicamento-medicamento, medicamento-alimento, medicamento-álcool, efeitos colaterais, reações adversas, posologia, terapêutica medicamentosa etc.), no momento da dispensação, atividade esta de competência exclusiva dos farmacêuticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discutir a importância da Atenção Farmacêutica na ESF;
- Analisar erros envolvendo o medicamento;
- Intervir na troca de produtos e de dosagem;
- Compreender a medicação errônea;
- Propor eficácia na conclusão do ciclo farmacoterapêutico;
- Assegurar o paciente sobre o produto prescrito;
- Compreender o desperdício dos medicamentos;
- Acompanhar nas dificuldades de adesão do paciente ao tratamento e os casos de efeitos colaterais;
- Estimular a condição de melhor compreender a sua doença;
- Acompanhar a aquisição e dispensação de medicamentos;
- Promover proteção e recuperação da saúde no âmbito individual e coletivo;
- Promover adequada compreensão da natureza do seu tratamento.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: revisão bibliográfica, descritivo/explicativo. De aspecto qualitativo.

Coleta de dados: Estudo realizado através de revisão bibliográfica utilizando diversas fontes, como: livros, artigos científicos e documentos pertinentes ao assunto. Os artigos pesquisados através de bancos de dados da Internet foram extraídos dos sites: SCIELO e BIREME. Buscaram-se artigos científicos e livros produzidos no ano de 1999 a 2010, lançando mão das seguintes palavras-chaves: atenção farmacêutica, profissional farmacêutico, atuação farmacêutica, saúde pública, Programa de Saúde da Família (PSF).

Análise de dados: Das referências bibliográficas encontradas foi realizada uma leitura prévia, para seleção do material que foi utilizado neste trabalho. Após a leitura, foram selecionados os artigos que referissem às informações sobre, a atuação do profissional farmacêutico na saúde pública, para que os objetivos de prevenção, promoção e assistência à saúde sejam atingidos. Após a seleção de todo o conteúdo, será elaborado o texto final, com uma análise crítica referente ao tema.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Estratégia da Saúde da Família (ESF)

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de mudar as práticas do SUS, procurando levar as ações para perto das famílias e melhorar as condições de saúde da população. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. O programa desenvolve ações de promoção, prevenção e de assistência a saúde, dirigidas à população e aos grupos de riscos específicos, como é o caso das gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e pacientes com hanseníase (BRASIL.MS, 2007).

Atualmente é visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária² e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização com isso reconhece que o Programa Saúde da Família (PSF) não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutive (BRASIL.MS, 2009).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, onde reza que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (PORTARIA N° 648, 2006) (BRASIL.MS, 2006).

² é parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL.MS, 2000), ressalta que o PSF incorpora e reafirma os princípios acima, e estrutura a Unidade de Saúde da Família (USF) da seguinte forma:

- **Caráter substitutivo:** a ESF não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-la significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população.
- **Integralidade e hierarquização:** a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que sejam asseguradas a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- **Territorialização e cadastramento da clientela:** a USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.
- **Equipe multiprofissional:** cada equipe - ESF- é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pela equipe multiprofissional. Cada equipe é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando-se mais sensível às necessidades dos indivíduos atendidos. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade mais facilmente (SOUSA; CARVALHO, 2003).

“Outros profissionais de saúde podem ser inseridos nas equipes, de acordo com a realidade local e com o modelo de atenção básica adotado por cada município” (AQUINO, 2010).

4.2. Agente Comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe de saúde

O agente comunitário de saúde está inserido no programa do ministério da saúde: ESF, programa que consolida ações de atenção primária ou básica à saúde (BRASIL.MS, 2009).

Historicamente, a idéia que apóia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparecem em várias partes do mundo, ou seja, a idéia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

Na ESF eles, foram incluídos em equipes de trabalho que contam com um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, com proposta de atuação para a unidade básica, o domicílio e a comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Figura 1: Agente Comunitário de Saúde em visita domiciliar



FONTE: BRASIL.MS, 2011.

A profissão de Agente comunitário da saúde foi criada pela Lei 10507/02 e revogada pela Lei 11350/03, que no seu artigo 3º descreve que o Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da

saúde³, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL.MS, 2006).

No Parágrafo único da Lei 11350/03, são consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- A promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- O registro, para fins exclusivos, de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- O estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- A realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- A participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Segundo o Artigo 6º da Lei 11350/03 o Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- Residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;
- Haver concluído o ensino fundamental.

“No Brasil, atualmente, mais de 200 mil agentes comunitários de saúde estão em atuação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde” (BRASIL.MS, 2009).

O agente comunitário de saúde é um membro da equipe de saúde, muitos não cumprem devidamente suas atribuições por praticarem ações que não condizem com sua profissão (FERRAZ, 2005).

Segundo Ferraz (2005), os ACS fazem trabalho de apoio como atender a recepção, entregar fichas para consultas médicas, procurar prontuários de pacientes, atender

³ é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade.

ao telefone, entregar medicamento no posto e marcar consultas especializadas, podendo incluir também a contabilidade da farmácia e o pedido de material para Secretaria Municipal de Saúde. Essas tarefas destinadas ao ACS, como apoio no Posto de Saúde (PS) são extremamente danosas para as famílias inseridas na ESF. O tempo que o ACS permanece no PS diminui consideravelmente sua disponibilidade para as visitas domiciliares (MARQUES, 2008). Considerando a visita domiciliar como instrumento ideal para prática de educação em saúde é importante sua permanência e periodicidade, pois a troca de informações se dá no contexto do indivíduo-realidade-ACS (FERRAZ, 2005).

As necessidades das pessoas da comunidade são informadas primeiramente ao ACS, devido à maior acessibilidade, através das visitas domiciliares. Logo, as informações, reclamações ou soluções dos problemas mais graves são relatadas e pedidas aos ACS, exigindo uma resposta emergencial. Por este fato, o ACS é peça fundamental na equipe de saúde e espera-se que tenha um bom relacionamento com a comunidade local, seja aceito, tenha sigilo sobre os problemas das famílias, seja comunicativo, seja bem treinado a respeito das orientações de educação em saúde, realize cobertura sistemática da área de atuação e tenha ética profissional em suas atitudes (MARTINES *et al.*, 2007).

Os ACS se deparam com dúvidas de muitos usuários da comunidade sobre os medicamentos prescritos, mas nem sempre tem as informações pertinentes a esse assunto e nem são qualificados para tal área. Eles consideram as informações sobre medicamentos importantes, principalmente para os pacientes com doenças crônicas. Até porque, esses pacientes podem ter complicações como Interações Medicamentosas (IM)⁴ e Reações Adversas (RAM). Além deste fato, deve ser enfatizado que a adesão ao tratamento é indispensável para garantir a efetividade e sucesso da farmacoterapia⁵ prescrita. (NUNES *et al.*, 2008).

Mais um problema relatado pelo ACS em NUNES *et al.* (2008), é a dúvida de muitos pacientes em relação à farmacoterapia. Os ACS relatam desconforto ao serem abordados com questionamentos sobre medicamentos e por não terem subsídios para solucioná-los; mas, indicavam a quem recorrer para tirar as dúvidas. O profissional de primeira escolha foi o farmacêutico.

Devido às prescrições médicas dos pacientes, o farmacêutico também foi solicitado pelos ACS, uma vez que relataram a necessidade de existir uma comunicação entre

⁴ é evento clínico em que os efeitos de um fármaco são alterados pela presença de outro fármaco, alimento, bebida ou algum agente químico ambiental.

⁵ é o tratamento de pacientes com medicamentos.

os agentes e o farmacêutico para orientar e educar os pacientes sobre o uso correto e racional dos medicamentos. Essa orientação pode ser prestada durante a visita domiciliar e dispensação dos medicamentos (NUNES *et al.*, 2008).

Ainda em relação aos medicamentos de acordo com (NUNES *et al.*, 2008), foi descrito pelos ACS que as embalagens ainda não são apropriadas ao fracionamento, gerando dificuldade de identificação quando o medicamento é cortado, podendo ocorrer erro de medicação no momento da dispensação⁶ ou durante a administração do medicamento pelos usuários.

Quando há dúvidas sobre a farmacoterapia, muitos pacientes não pedem informação aos profissionais de saúde por ficarem constrangidos; pois, muitas explicações são complexas e cheias de termos técnicos, o que dificulta o entendimento por parte do usuário (NUNES *et al.*, 2008).

Nunes *et al.* (2008), considerou que “o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, como médicos, farmacêuticos, enfermeiros e os próprios ACS pode resultar na solução do problema do Uso Racional de Medicamentos”. Podendo ainda ser necessário a garantia ao acesso de Atenção Farmacêutica contínua para garantir a adesão ao tratamento e diminuição dos PRMs, na forma de educação em saúde por parte dos farmacêuticos.

4.3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Para apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, e a regionalização, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das

⁶ a dispensação de medicamentos e produtos para saúde representa a principal atividade farmacêutica, entre as várias desenvolvidas tanto no meio hospitalar como ambulatorial, e a principal demanda dos consumidores.

necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de saúde da família (BRASIL.MS, 2009).

De acordo com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008: traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL.MS, 2009).

Os NASF são classificados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2 (BRASIL, 2009).

De acordo com o parágrafo 2, do Artigo 3º, da Portaria MS/GM nº 154/08, para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1, no mínimo cinco das profissões de nível superior de acordo com as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional, vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família (BRASIL.MS, 2008).

Já os NASF 2, de acordo com o parágrafo 4º deste mesmo Artigo, poderão compor no mínimo três profissionais de nível superior de acordo com as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional, vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família.

A responsabilidade de funcionamento e as ações que serão realizadas pelos NASF são das Secretarias Municipais de Saúde: desde a definição do plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, até a disponibilização de estrutura física adequada e garantia dos recursos de custeio, perpassando o estabelecimento de estratégias para desenvolvimento de parcerias com os demais setores da sociedade (BRASIL.MS, 2007). O gestor municipal, através de critérios de prioridade, a partir das necessidades locais e disponibilidade de profissionais, define que profissionais do NASF devem ser cadastrados numa única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de SF, às quais estão vinculados (BRASIL.MS, 2008).

A Portaria nº 154, do Ministério da Saúde, aponta como um de seus eixos estruturantes a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que torna a Política Nacional de Assistência Farmacêutica parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2004). Mediante o exposto, a inserção do farmacêutico no NASF deve buscar a promoção do acesso e uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso.

O profissional farmacêutico pode ser inserido nos dois modelos de NASF existentes, dando suporte a Saúde da Família. E, dentro de suas inúmeras atividades, listam-se abaixo aquelas previstas no Anexo I da Portaria MS/GM nº 154/08:

- Coordenar e executar as atividades de **Assistência Farmacêutica** no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- Auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;
- Promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da **Atenção Farmacêutica** na Atenção Básica/ Saúde da Família;
- Selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, garantindo a qualidade dos produtos e serviços farmacêuticos prestados;
- Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/Saúde da Família;
- Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos⁷ e homeopáticos⁸, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- Subsidiar o gestor e os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade⁹ associada aos medicamentos;

⁷ é aquele alcançado de plantas medicinais, onde utiliza-se exclusivamente derivados de droga vegetal tais como: suco, cera, exsudato, óleo, extrato, tintura, entre outros

⁸ é preparado em um processo que consiste em diluição sucessiva da substância, succussão e "dinamização" (ou "potencialização"), em uma série de passos.

⁹ é a morte causada por fatores externos, tais como: acidentes e violência.

- Elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;
- Intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados satisfatórios definidos e mensuráveis, para a melhoria da qualidade de vida;
- Estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica;
- Treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/ Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

5. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Declaração de Alma-Ata, datada de 1978 e aprovada pela Organização Mundial de Saúde em 1979, aponta a Atenção Primária em Saúde como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos de acordo com o lema “Saúde para todos no ano 2000” (ALEIXO, 2000, p. 49; MENDES, 2002, p. 9).

Segundo avaliação da OMS, o sistema de Saúde que assume os princípios da APS obtém melhores resultados em saúde e aumenta a eficiência do conjunto do sistema. (ABRAHÃO, 2007).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, a Portaria nº 648 MS/GM de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define Atenção Básica como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL.MS, 2006).

Outra definição que encontramos da Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada cuidados primários de saúde e atenção básica, foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios

aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

E de acordo com Starfield (2002), as principais características da atenção primária à saúde (APS) são:

- Constituir a **porta de entrada** do serviço : espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.
- **Continuidade** do cuidado : a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade.
- **Integralidade**: o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde, ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.
- **Coordenação do cuidado**: mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 648 de 2006, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem como fundamentos Portaria MS/GM nº 648 de 2006 *in verbis*:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social. (PORTARIA nº 648, 2006)(BRASIL.MS, 2006).

6. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Conforme a Portaria nº 3916/98 do Ministério da Saúde (BRASIL.MS, 1998) a definição da Assistência Farmacêutica refere-se às atividades relacionadas com medicamentos, destinadas a apoiar ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos, sua conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação de sua utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamento e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, para assegurar o uso racional de medicamento.

A Resolução nº 338/04 do Conselho Nacional de Saúde (2004), traz que a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população:

De acordo com a Resolução nº 338/04 Parágrafo IV - as ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, 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 bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Assim, podemos compreender que a Assistência Farmacêutica engloba entre suas diversas atividades, as ações de Atenção Farmacêutica quando se referir às ações específicas do profissional farmacêutico no contexto da assistência à população, individual e coletiva, quanto à promoção do uso racional de medicamentos (LESSA, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL.MS, 2006), a Assistência Farmacêutica possui as seguintes funções e atividades:

- Planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as ações.

- Articular a integração com os serviços, profissionais de saúde, áreas interfaces, coordenação dos programas, entre outras.
- Elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos.
- Elaborar instrumentos de controle e avaliação.
- Selecionar e estimar necessidades de medicamentos.
- Gerenciar o processo de aquisição de medicamentos.
- Garantir condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.
- Gestão de estoques.
- Distribuir e dispensar medicamentos.
- Manter cadastro atualizado dos usuários, unidades e profissionais de saúde.
- Organizar e estruturar os serviços de AF nos três níveis de atenção à saúde no âmbito local e regional.
- Desenvolver sistema de informação e comunicação.
- Desenvolver e capacitar recursos humanos.
- Participar de comissões técnicas.
- Promover o uso racional de medicamentos.
- Promover ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos, gestores e profissionais da saúde.
- Desenvolver estudos e pesquisa em serviço.
- Elaborar material técnico, informativo e educativo.
- Prestar cooperação técnica.
- Assegurar qualidade de produtos, processos e resultados.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em outubro de 1998, tornando-se o instrumento norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos no país. Vários fatores motivaram a formulação da PNM, dos quais se destacam (BRASIL.MS, 2008):

- Problemas na garantia de acesso da população dos medicamentos;
- Problemas na qualidade dos medicamentos;
- Uso irracional dos medicamentos;
- Desarticulação da Assistência Farmacêutica;
- Desorganização dos serviços farmacêuticos.

A Política Nacional de Medicamentos, publicada em 1998 por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, tem como principais finalidades:

- Garantir a necessária segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos;
- A promoção do uso racional dos medicamentos;
- O acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

Segundo a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL.MS, 1998), a reorientação da Assistência Farmacêutica é uma diretriz fundamental para o cumprimento de seus principais objetivos, que são: facilitar o acesso aos medicamentos essenciais e promover o uso racional dos mesmos. Com isso, para se estabelecer uma gerência efetiva na execução dessas atividades a gerência assume um papel prioritário na Assistência Farmacêutica.

O gerente deve planejar, organizar, coordenar, acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido com racionalidade para que a Assistência Farmacêutica atinja seus objetivos. É de seu dever também buscar mobilizar e comprometer seus funcionários na organização e produção de serviços que atendam às necessidades da população, valorizando as habilidades existentes no corpo profissional e potencializando as suas contribuições. Por isso, é fundamental entender a realidade social em que se atua, assim como, dispor de conhecimentos e habilidades de gerência (MARIN *et al.*, 2003).

Para a efetiva implementação da Assistência Farmacêutica, é fundamental ter como princípio básico norteador o Ciclo da Assistência Farmacêutica, que é um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, com suas interfaces nas ações de atenção a saúde (AQUINO, 2010).

Figura 2: ciclo da assistência farmacêutica



FONTE: BRANDÃO; RANGEL, 2005.

6.1. O ciclo da Assistência Farmacêutica

As atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica ocorrem numa sequência ordenada. A execução de uma atividade de forma imprópria prejudica todas as outras, comprometendo seus objetivos e resultados. Como consequência, os serviços não serão prestados adequadamente, acarretando em insatisfação dos usuários e, apesar dos esforços despendidos, evidenciam uma má gestão (CONASS, 2004).

Basicamente, as gerências/coordenações estaduais têm a responsabilidade de coordenar as atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica que abrange a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento da avaliação e da supervisão das ações (CONASS, 2007).

A seleção é o ponto de partida do ciclo de Assistência Farmacêutica, sendo, portanto, uma atividade fundamental. A seleção é o processo de escolha de medicamentos eficazes e comprovadamente seguros, ao melhor custo possível, pois é imprescindível ao atendimento das necessidades de uma dada população, tendo como base as doenças prevalentes, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção a saúde (MARIN *et al.*, 2003).

A seleção de medicamentos deve estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos como, também, na estrutura dos serviços de saúde, ou seja, é importante que se faça, previamente, um diagnóstico local do território para a garantia da efetividade da lista de medicamentos selecionados. O diagnóstico local é uma ação primordial para a instalação de uma Unidade de Saúde da Família, e também é primordial para o estabelecimento das escolhas de medicamentos necessários para o atendimento de uma comunidade. A seleção de medicamentos é um processo dinâmico e participativo, que necessita envolver um número grande de profissionais da área da saúde. Essa seleção para uma USF deve envolver toda a equipe de saúde (AQUINO, 2010).

A programação de medicamentos consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. Para atingir uma boa programação é necessário dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos, o perfil epidemiológico, a oferta e demanda de serviços na área da saúde, recursos humanos capacitados, e a disponibilidade financeira. A programação serve para evitar compras e perdas de medicamentos, assim como descontinuidade no suprimento;

identificar as quantidades necessárias para o atendimento da população; e definir prioridades frente a disponibilidade de recursos (BRASIL.MS, 1997).

A aquisição é um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, e tem como objetivo suprir as unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema (MARIN *et al.*, 2003).

O armazenamento é um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, conservação e controle de estoque. Cada uma dessas etapas requer conhecimentos técnicos específicos para a garantia da qualidade do medicamento, do recebimento ao controle de estoque, que só o profissional farmacêutico possui (BRASIL.MS, 1989). O gerenciamento adequado dessa etapa do ciclo reduz as perdas dos medicamentos.

A distribuição consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidades, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária. A distribuição deve ser rápida e segura na entrega e transporte, e eficaz no sistema de informação e controle. “É necessária a formalização de um cronograma de distribuição, estabelecendo os fluxos, os prazos para a execução e a periodicidade das entregas de medicamentos” (CONASS, 2007).

A dispensação é o ato farmacêutico de propiciar medicamentos a um determinado paciente, em 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, dando ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, ao reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (OMS, 1995).

A dispensação de medicamentos é uma prática que exige além de conhecimentos técnico-científicos, algumas habilidades e atitudes como saber comunicar-se, ser paciente, saber ouvir, ter atitude pessoal de empatia e consideração ao usuário; e desenvolver técnicas de abordagem ao usuário que são necessárias para propiciar a adesão do usuário ao tratamento. Apesar de sua complexidade, são grandes as possibilidades de melhorias em todos os componentes do ciclo, proporcionando um bom padrão no suprimento de medicamentos essenciais e, assim, dar boas condições para que a dispensação de medicamentos e a atenção farmacêutica individual e coletiva aconteçam de maneira qualificada (MARIN *et al.*, 2003).

Em todas essas etapas é fundamental a presença do farmacêutico dando suporte técnico-científico e administrativo para as equipes de saúde a fim de garantir eficácia e

qualidade em todas as etapas do ciclo; e acolhimento aos usuários do sistema, melhorando a adesão ao tratamento medicamentoso e diminuindo o uso irracional de medicamentos (AQUINO, 2010).

Em cada uma das etapas que compõem o ciclo da Assistência Farmacêutica, nota-se que, assim como em todos os serviços de saúde, na ESF a presença do profissional farmacêutico é fundamental. “Isso porque ESF é um ambiente em que o diagnóstico local, o vínculo entre comunidade e equipe, a educação em saúde, a orientação para a promoção da saúde e prevenção da doença são peças essenciais para o diferencial do trabalho desenvolvido” (AQUINO, 2010). As atividades exercidas pelo farmacêutico através do NASF irão auxiliar as equipes de saúde na promoção do uso racional de medicamentos, na adesão ao tratamento, no sucesso da terapia e no abastecimento regular de medicamentos para a comunidade, impactando positivamente na qualidade do serviço prestado aos usuários do ESF.

6.2. A Assistência Farmacêutica na Estratégia de Saúde da Família.

A Assistência Farmacêutica na atenção primária da saúde deve atender a demanda dos usuários no sentido de garantir o acesso ao medicamento. Para isso, uma das etapas fundamentais são o estabelecimento de critérios de padronização dos medicamentos, mecanismos de compra e a logística de distribuição, de modo a proporcionar maior racionalidade administrativa. O estabelecimento de limites para a seleção de medicamentos, baseado em critérios epidemiológicos, de segurança, eficácia (evidências clínicas) e farmacoeconômicos, evita as pressões mercadológicas e de relações interpessoais, minimizando o modelo estruturado com base na consulta médica e no atendimento automático das demandas por elas geradas (MARIN *et al.*, 2003; MESTRINER, 2003).

A tecnologia de uso dos medicamentos, mais especificamente referente ao processo de atendimento, representado pela relação direta com o usuário do medicamento, é enfatizada como a atividade mais importante do farmacêutico, pois este é o detentor privilegiado do conhecimento sobre o medicamento (HARDLING; TAYLOR, 1997).

Neste contexto, um ambiente que consideramos propício para o desenvolvimento de modelos tecnológicos de uso do medicamento e avaliação de seu impacto na qualidade de vida dos usuários é a Estratégia da Saúde da Família (ESF) (ABRANTES, 2006).

A ESF construiu um elo entre a população e os profissionais de saúde, facilitando o acesso a todo e qualquer serviço de saúde, tornou-se não apenas uma porta de entrada para a saúde pública como também assumiu um papel de co-responsável pela saúde do usuário cadastrado em sua área de abrangência (ARCANJO, 2011).

Este Programa do Ministério da Saúde tem como estratégia ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos sadios ou doentes em seu ambiente familiar através de um atendimento contínuo e integral, contrapondo-se ao modelo tradicional, voltado à doença, ao hospital e às ações curativas. A ESF prioriza a família como a fonte e desenvolvimento da saúde, caracterizada pelos hábitos e condições individuais e familiares. A equipe básica ou mínima é composta por médico generalista, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e agente comunitário podendo ser incluídos outros profissionais de saúde (BRASIL.MS, 1997).

O farmacêutico nesta equipe é responsável pelo desenvolvimento de atividades de orientação dos pacientes quanto ao uso de medicamentos, podendo reduzir os problemas relacionados aos medicamentos e contribuir para a utilização racional destes. “Essa concepção facilita o trabalho integrado de assistência à saúde e o estabelecimento de elos de confiança entre usuários e o fornecedor do serviço” (ARCANJO, 2011).

A ausência do profissional farmacêutico na rede de atenção a saúde e, subsequentemente, de sua orientação ao paciente contribui, segundo Naves e Silver (2005), para o inadequado conhecimento e entendimento da prescrição por parte do usuário, o que contribui para a ineficácia da terapêutica medicamentosa.

Na ESF, o farmacêutico irá assumir tarefas que, devido a sua ausência no Programa, são realizadas por médicos e enfermeiros, a exemplo do acompanhamento dos doentes crônicos (hipertensos e diabéticos) à luz da assistência farmacêutica. A inserção do farmacêutico na ESF vai mudar a história do Programa e da atenção básica, vez que levará à adesão ao tratamento, ao uso racional dos medicamentos, ao barateamento dos gastos na aquisição dos produtos e à diminuição das internações hospitalares desnecessárias, dentre outros benefícios (ABRANTES, 2006).

A Portaria nº 698 (BRASIL.MS, 2006) diz que o profissional farmacêutico vai atuar na atenção básica, inclusive na Estratégia Saúde da Família (ESF). O ato legal que disciplina a inclusão é a Portaria nº. 698, de 30 de março de 2006 do Ministério da Saúde. A norma define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição da República e na Lei do SUS.

De acordo com o Art. 2º dessa Portaria, os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Art. 3º Ficam criados os seguintes blocos de financiamento:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS.

A Portaria 698/06 (BRASIL.MS, 2006), representa o início de um novo ciclo para a saúde brasileira e, em especial, para os profissionais farmacêuticos. A norma atende a uma antiga aspiração, uma bandeira de luta do Conselho Federal de Farmácia e dos farmacêuticos.

É interessante ressaltar que a inserção do profissional de Farmácia na ESF atende também ao Código de Ética (CFF, RDC-417/2004), efetivando o papel deste profissional na saúde coletiva. O farmacêutico não tem função substitutiva de outros profissionais, como o médico, e sim preencher uma lacuna no sistema de saúde, que surgiu com a presença de múltiplos prescritores para um único paciente, com a explosão de inúmeros medicamentos no mercado e de informações e publicidade dirigida aos públicos técnico-científicos e leigo (CIPOLLE *et al.*, 2001).

7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Atenção Farmacêutica, entendida como um modelo de prática profissional desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, de acordo com a proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, possui por finalidade aumentar a efetividade do tratamento medicamentoso, concomitante à detecção de problemas relacionados a medicamentos (PRMs) (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento daquelas suas necessidades relacionadas com os medicamentos e favorecendo a adesão do paciente ao tratamento (MARIN *et al.* 2003).

O Código de Ética Farmacêutica Brasileiro (CFF, 2001) 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. Segundo a Organização Mundial da Saúde, conceitua-se como a prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico (OMS, 1993).

A atuação profissional do farmacêutico inclui uma somatória de atitudes, comportamentos, co-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 (MARTINEZ, 1996).

A prática da Atenção Farmacêutica envolve macro componentes como a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (IVAMA, 2002).

Essa postura requer do profissional conhecimento, empenho e responsabilidade, frutos da formação acadêmica e da vivência profissional conquistada cotidianamente (MIGUEL, 2000). Para tanto, o farmacêutico atende o paciente diretamente, avalia e orienta em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico (FURTADO, 2001), por meio da análise das suas necessidades relacionadas aos medicamentos e detectando problemas relacionados a medicamentos (PRMs).

A RDC (ANVISA) nº 44 trás nos seu capítulo VI assuntos da Atenção Farmacêutica, *in verbis*:

Art. 63. A atenção farmacêutica deve ter como objetivos a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos, promover

o uso racional dos medicamentos, a fim de melhorar a saúde e qualidade de vida dos usuários.

§1º Para subsidiar informações quanto ao estado de saúde do usuário e situações de risco, assim como permitir o acompanhamento ou a avaliação da eficácia do tratamento prescrito por profissional habilitado, fica permitida a aferição de determinados parâmetros fisiológicos e bioquímico do usuário, nos termos e condições desta Resolução (RDC (ANVISA) nº 44, 2009).

Então, a importância da implantação da Atenção Farmacêutica se torna necessária, para diminuir a prescrição inadequada, distribuição e dispensação imprópria, comportamentos inadequados de pacientes. Ao se diminuir os PRM diminuem também os custos relacionados às aquisições de medicamentos e o reconhecimento do Profissional Farmacêutico (AMORIM, 2011).

8- A AUTOMEDICAÇÃO NA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A utilização correta de medicamentos preconizada na política nacional de medicamentos e pelas recomendações internacionais, ocorre quando os pacientes recebem a medicação adequada às suas necessidades clínicas, seguindo doses e um período de tempo adequado e correspondente aos seus requisitos individuais, ao menor custo possível para eles e para a comunidade sendo que inegavelmente a automedicação¹⁰ é irracional. Entende-se por automedicação “uso de medicamento sem a prescrição” (OMS, 2002).

A automedicação corresponde a consideráveis 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil (AQUINO, 2008); sendo os mais solicitados: os analgésicos, descongestionantes nasais, antiinflamatório/antirreumático e anti-infecciosos de uso sistêmico; e destes, 44,1% seriam necessárias a apresentação da prescrição médica para adquiri-los, logo nota-se que na maioria das vezes a automedicação é inadequada podendo acarretar prejuízo ao usuário (ARRAIS, 1997).

O uso irracional de medicamentos e a prática de automedicação trás indesejáveis consequências tais como reações adversas a medicamentos (RAM), resultados negativos associados aos medicamentos (RNM), internações, agravamento do quadro clínico e enfermidades iatrogênicas (CIPOLLE, 2001; VILARINO 1998).

Tais práticas representam, além disso, um desperdício de recursos que sobrecarregam os gastos com atendimentos, internações e óbitos. Dados estimam que os resultados negativos associados aos medicamentos (RNM) sejam responsáveis, por um custo anual de US\$85 bilhões sem esquecer que a automedicação e suas complicações são responsáveis por no mínimo 20% dos orçamentos hospitalares (AQUINO, 2008; BORTOLON, 2007).

Além do mais, estima-se que cerca de 15% das internações hospitalares sejam por possíveis RAM e 92% dos casos de problemas com medicamentos no âmbito secundário e terciário da saúde possam ser prevenidos. Portanto, práticas do exercício farmacêutico no âmbito primário de atenção à saúde, assim como na Estratégia de Saúde da Família (ESF), podem identificar e prevenir RNM, bem como propor soluções para os já existentes; desta maneira prevenindo e diminuindo gastos hospitalares pelo uso inadequado de medicamentos (LUCCHETTA; SARRA; MASTROIANNI, 2009).

¹⁰ É a prática de ingerir medicamentos sem o aconselhamento e/ou acompanhamento de um profissional de saúde qualificado, em outras palavras, é a ingestão de medicamentos por conta e risco por um indivíduo.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo fazer uma pequena reflexão sobre a importância do profissional Farmacêutico na Estratégia Saúde da Família e o quanto ele pode ajudar no quadro da equipe multiprofissional. Buscou-se compreender a percepção da inserção, atuação e contribuições dos farmacêuticos junto às equipes da ESF; identificando o profissional Farmacêutico como um profissional essencial para ser incluído na Portaria nº648 de 28 de Março de 2006, onde não se encontra nenhuma atribuição desse profissional de saúde na Portaria atual.

Ao longo deste estudo demonstramos que, para os profissionais e gestores da Estratégia Saúde da Família (ESF), os profissionais de saúde, ou áreas afins, que não fazem parte da equipe mínima, são muito importantes para a garantia da qualidade e aumento da resolubilidade do trabalho das equipes.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), criado em 2008, surgiu para atender a demanda das Equipes de Saúde da Família que se sentem carregadas de funções, pois, geralmente, a equipe é responsável por um número de pessoas bem acima do que é preconizado como limite de famílias por equipe.

Outra contribuição do NASF para a ESF é o aumento da resolubilidade do trabalho das equipes. Isso possibilita que os problemas existentes sejam resolvidos dentro da própria Unidade de Saúde da Família, diminuindo o encaminhamento para unidades hospitalares.

Essa pesquisa apresenta também como objetivo identificar as possíveis contribuições do profissional farmacêutico para a ESF. Observa-se que inúmeras contribuições do farmacêutico relacionadas ao medicamento para a garantia da qualidade e aumento da eficácia do serviço prestado pelas equipes são citadas no trabalho.

Sabendo que o profissional Farmacêutico Generalista se dispõe em exercer suas atividades de promoção para o desenvolvimento socioeconômico das políticas de medicamentos e também na prevenção e agravos da saúde da comunidade com o uso racional de medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico desenvolvido na Atenção Farmacêutica onde o contato direto do cuidado com o paciente e o medicamento utilizado, são fatores importantíssimos para melhoria da saúde.

A presença do farmacêutico na equipe de saúde da família é essencial, pois ele é responsável pelo desenvolvimento de atividades de orientação dos pacientes quanto ao uso de

medicamentos, podendo reduzir os problemas relacionados aos medicamentos e contribuir para a utilização racional dos medicamentos, e realizar o abastecimento regular de medicamentos para a comunidade. Essa concepção facilita o trabalho integrado de assistência à saúde e o estabelecimento de elos de confiança entre usuários e o fornecedor do serviço.

Assim, nosso intuito é de chamar a atenção para essa área de estudo, com a esperança de que essa realidade mude o quanto antes, para se ver preenchida as lacunas nos serviços públicos de saúde pela falta do reconhecimento social em relação ao papel do Profissional do Farmacêutico na Estratégia Saúde da Família e suas conquistas com os serviços farmacêuticos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L. **Atenção primária e o processo de trabalho em Saúde**. v. 3, n. 1, p. 1-3. jan.-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 1 ago. 2011.

ABRANTES, A. A inserção do farmacêutico no PSF. Notícia Fiel Jornalismo Coragem, **Correio da Tarde**. 2006. Disponível em: < <http://www.correiodatarde.com.br/artigos/impresao/3093>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária a saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectiva de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde**. n. 1, p 19-25, 2000. Disponível em: < <http://pt.scribd.com/doc/44805926/A-Atencao-Primaria-a-Saude-e-o-Programa-de-Saude-da-Familia>>. Acesso em: 3 out. 2011.

AMORIN, T. M. C. **A implantação da Atenção Farmacêutica no PSF (Programa de Saúde da Família) na população rural**. 20f. 2011. TCC (Graduação)-Curso de Farmácia. Centro Universitário da Bahia. Salvador, 2011.

AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232008000700023&lng=en &nrm = iso>. Acesso em: 08 de mar. 2011.

AQUINO, S. **Assistência farmacêutica como apoio ao Programa de saúde da família no município de Teresópolis**: Percepção dos profissionais e gestores do programa. Rio de Janeiro, 2010. 74f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estácio de Sá, RJ, 2010. Disponível em : < <http://portal.estacio.br/media/1958599/resumo%20sabrina.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2011.

ARAÚJO, M. D. de. **O cotidiano de uma equipe do programa saúde da família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005. 221 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005. Disponível em: < <http://www.cchn.ufes.br/ppgp/teses/2005mda.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

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. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.**, v. 42, n. 1, p.137-46, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n1/29868.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2011.

ARCANJO, P. M. DA SILVA. **A importância da assistência farmacêutica nas equipes de saúde da família sob a ótica do enfermeiro**. 2011. 25f. TCC (Especialização)-Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2011. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2667.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2011.

ARRAIS, Paulo Sérgio D. et al . Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, fev. 1997. Disponível em: <[http:// www. scielosp.org/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 mar. 2011.

BRANDÃO, A.; RANGEL, P. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Portaria cria Grupo de Trabalho para definir atuação do farmacêutico no PSF. **Pharmacia Brasileira**, maio 2005. Disponível em< <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2011.

BRASIL. **Decreto – Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS, 1997. 36 p.

_____. _____. **Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: < [http:// pfdc.pgr.mpf.gov.br /atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias /portaria_MS_3.916.1998](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_3.916.1998)> Acesso em: 4 ago. 2011.

_____. _____. **Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família – PSF**. p 65. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: < <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/publicacoes/re/psf2.pdf>> Acesso em: 3 nov. 2011.

_____. _____. **Portaria GM/MS n. 1105, de 05 de julho de 2005**. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de medicamentos nesse nível de atenção à saúde. Brasília: MS, 2005. Disponível em :< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1105.htm>> Acesso em: 23 ago. 2011.

_____. _____. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica:** instruções técnicas para sua organização. 2.ed. - Brasília: MS, 2006. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=332433&indexSearch=ID> Acesso em: 11 ago. 2011.

_____. _____. **Portaria MS/GM N° 698/06**, que define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Brasília: MS, 2006. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-698.htm>> Acesso em: 06 jun. 2011.

_____. _____. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. 2 ed. Brasília: MS, 2006. 208 p.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica.. Brasília, DF, 2006. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd17.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf > Acesso em: 14 jun. 2011

_____, _____. **O ensino e as pesquisas da Atenção Farmacêutica no âmbito do SUS**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Brasília: MS, 2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ensino_pesquisa_farmaceutica_sus_1ed.pdf>. Acesso em 01 jun. 2011.

_____, _____. **Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/3665958/PORTARIA-15408-NASF>>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. _____. **Cadernos de Informações de Saúde: Teresópolis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm>> Acesso em: 27 ago. 2011.

BORTOLON, P. C.; KARNIKOWSKI, M. G. O; ASSIS, M. Automedicação versus indicação farmacêutica: o profissional de farmácia na Atenção Primária à Saúde do Idoso. **Revista de APS**, v. 10, p. 200-9, 2007. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/v010n2.htm>>. Acesso em: 8 mar. 2009.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2001, 396 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Código de ética farmacêutica**. Brasília: Resolução 417 de setembro de 2004. Disponível em: < <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=167&titulo=C%C3%B3digo+de+%C3%89tica> >. Acesso em: 22 out. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentosdocs/pnaf.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde / conselho nacional de secretários de saúde**. Brasília. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em 22 out. 2011.

_____. **Documenta 3**. Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass, 2004a. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documenta3.pdf> >. Acesso em: 4 maio 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Disponível em: < http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DE SÃO PAULO. **Comissão de Saúde Pública**. São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.crfsp.org.br/comissoes-assessoras-/188-comissao-de-saude-publica.html>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2011.

FAUS, M.J. Atención Farmacéutica como respuesta a uma Necesidad Social. **Ars Pharmaceutica**, v. 41, n. 1 p. 137-143, 2000. Disponível em: < <http://www.ugr.es/~ars/abstract/41-137-00.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2011.

FAUS, M.J., MARTINEZ, F. La Atención Farmacéutica en Farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. **Pharm. Care Esp.**, v. 1, p. 56-61, 1999. Disponível em: < <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0016.PDF>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-55, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf> >. Acesso em: 15 set. 2011.

FURTADO, G. R. **Noções básicas sobre Atenção Farmacêutica**. Curitiba: Editora UFPR, 2001. 23 p.

GUIDONI, C. M.; OLIVEIRA, C. M. X; FREITAS, O.; PERREIRA, L. R. L. Diabetes Mellitus e Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 1, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-82502009000100005&script=sci_arttext >. Acesso em: 07 maio 2011.

HARDLING, G.; TAYLOR, K. Responding to change; the case of community pharmacy in Great Britain. **Soc Health & Illness**, 1997, v. 19, n. 5, p. 547-60. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00419.x/pdf> >. Acesso em 4 maio de 2011.

HERDY, S. A. **Novos caminhos na estratégia da saúde da família**: a inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional. 2010. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

IVAMA, A. M. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 24p. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/PropostaConsensoAtenfar.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2011.

LESSA, I. Livro: **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998. (Série Saúde em debate)

LUCCHETTA, Rosa Camila; SARRA, Josiane dos Reis; MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho. **Automedicação e uso de medicamentos na estratégia de saúde da família**. 2009. Disponível em : < http://prope.unesp.br/xxi_cic/27_22870293895.pdf >. Acesso em: 18 out. 2011.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003, 373 p. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/0080.pdf> >. Acesso em: 01 nov. 2011.

MARQUES, M. M. **Atenção farmacêutica**: instrumento de educação em saúde no programa de saúde da família. Niterói, 2008. 101f. Dissertação (Mestrado)-Centro universitário Plínio

Leite de Niterói, RJ, 2008. Disponível em: <<http://www.unipli.com.br/mestrado/img/conteudo/dissertacao%20melissa.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2011.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. S. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v41n3/12.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2011.

MARTINEZ ROMERO, F. **Atención Farmacéutica em España: un gran compromiso**. Buenos Aires: Farmacia Profesional, 1996, p. 6-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322005000400002>. Acesso em 23 set. 2011.

MASTROIANNI, P. C. et al. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 45, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/20.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2011.

MENDES, E. V. **A Atenção primária à saúde do SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br>>. Acesso em: 30 maio 2011.

MESTRINER, D. C. P. **O farmacêutico no serviço público de saúde: a experiência do município de Ribeirão Preto – SP**. 2003. 155 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, USP, Ribeirão Preto, SP, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-16022007-105945/pt-br.php>>. Acesso em: 3 set. 2011.

MIGUEL, M. D. **Atenção Farmacéutica na formação do acadêmico de farmácia**. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Ciências Farmacêuticas, Curitiba, 09/2000. 46 p. Disponível em: <http://www.essex.ensino.eb.br/oc/PDF/PCC_2009_CFO_PDF/GBravo/TCC%20Final%20Ten%20A1%20Mansini.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2011.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223-30, 2005.

NUNES, C. G.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. O medicamento na rotina de trabalho dos ACS da Unidade Básica de saúde de Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. **Saúde de Soc. São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 85-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/08.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2011.

OLIVEIRA, Andrezza Beatriz et al . Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** São Paulo, v. 41, n. 4, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v41n4/a02v41n4.pdf> >. Acesso em: 21 ago. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Aplicación de La estrategia de salud para todos en El año 2000; segunda evaluación ; región de las Américas.** Washington, D.C: Opas/OMS, 1995. v. 3. Disponível em: <http://publications.paho.org/product.php?productid=65>. Acesso em: 02 maio 2011.

_____. **El papel Del farmacêutico em el sistema de atencion de salud.** OMS: Tokio, Japón, 31 ago.-3 sept. 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos:** componentes centrales. n. 5, Ginebra, 2002; Disponível em: <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2011.

PERETTA, M. D.; CICCIA, G. N. **Reingeniería de la práctica farmacéutica:** guia para implementar atención farmacéutica en la farmacia. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana. 1998, 226 p. Disponível em: < <http://www.diazdesantos.es/libros/peretta-y-ciccia-reingenieria-de-la-practica-farmaceutica-guia-para-implementar-atencion-farmaceutica-en-la-farmacia-L0001123800675.html> >. Acesso em: 3 out. 2011.

SILVA. J. A.; DALMASO. A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. São Paulo, 2002. **Interface**, v. 6, n. 10, p.75-96, fev. 2002. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf> >. Acesso em: 18 ago. 2011.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf> >. Acesso em: 27 nov. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-in/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1 >. Acesso em: 23 out. 2011.

VILARINO, Jorge F. et al . Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, fev. 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-101998000100006&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 8 mar. 2011.

ZARGARZADEH, A. H.; EMANI, M. H.; HOSSEINI, F. Drug-related hospital admissions in a generic pharmaceutical system. **Clin. Exp. Pharmacol. Physiol.**, v. 34, p. 494-8, 2007.

Revisado por

Célia Romano do Amaral Mariano
Biblioteconomista CRB1/1528

DECLARAÇÃO

Eu, CÉLIA ROMANO DO AMARAL MARIANO, RG nº 5.714.022-4, formada em Biblioteconomia pela Faculdade de Sociologia e Política da USP, com diploma registrado do MEC, inscrita no CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA – CRB/1-1528, DECLARO para os devidos fins acadêmicos que fiz a revisão das citações e referências bibliográficas do TCC intitulado “**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**” do Curso de Farmácia da Faculdade de Ceres – FACERES.

Ceres, 12 fevereiro de 2012

Célia Romano do Amaral Mariano
Biblioteconomista CRB1/1528